



Rapport de visite :

14 au 18 mai 2018 – 1^{ère} visite

Centre Hospitalier

Buëch-Durance

Laragne-Montéglin

(Hautes-Alpes)

SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier Buëch-Durance de Laragne-Montéglin (Hautes-Alpes) du 14 au 18 mai 2018. Cette mission a fait l'objet d'un rapport de constat qui a été adressé le 10 octobre 2018 au directeur du centre hospitalier, au préfet des Hautes-Alpes, au délégué départemental de l'agence régionale de santé (ARS), à la présidente du tribunal de grande instance de Gap et au procureur de la République près ce tribunal. Le procureur de la République et le directeur de l'hôpital ont émis des observations, respectivement le 31 octobre et le 23 novembre 2018. Elles ont été intégrées au présent rapport. Il s'agissait d'une première visite.

Le centre hospitalier Buëch-Durance (CHBD) est le seul établissement de santé mentale des Hautes-Alpes. Il regroupe une quinzaine de structures hétérogènes, allant de l'accueil médico-social à l'unité d'hospitalisation complète, réparties sur cinq communes des Hautes-Alpes. Son siège se situe à Laragne-Montéglin, lieu d'implantation historique de l'hôpital psychiatrique départemental ouvert en 1959. Le CHBD est né en 2012 de la fusion de cet hôpital psychiatrique et de l'hôpital général local. Au jour de la visite, il comptait six unités d'hospitalisation complète, dont quatre unités psychiatriques ayant vocation à accueillir l'ensemble des patients du secteur 05G01, qui couvre les trois-quarts du département. Ces quatre unités étaient localisées sur le site d'Arzeliers, à Laragne-Montéglin, et représentaient soixante-dix-neuf lits. Le 14 mai 2018, elles hébergeaient soixante-quatre patients. Chacune peut accueillir des patients en soins sans consentement : au jour de la visite, le CHBD comptait vingt-quatre patients sous ce statut, dont quinze en programme de soins et neuf en hospitalisation à temps complet. Il emploie environ 500 personnels, dont 104 dans les unités d'hospitalisation complète en psychiatrie. Les effectifs sont corrects sans être généreux ; les personnels sont expérimentés et fidèles. Le budget de la psychiatrie est en baisse : son évolution traduit le « virage médico-social » de l'établissement. Le CHBD fait l'objet, comme de nombreux hôpitaux, d'un plan de retour à l'équilibre.

Le projet de l'établissement est très libéral : l'ouverture de la chambre, de l'unité, la libre circulation des patients en soins sans consentement dans le parc constituent le principe. Cette position est ardemment défendue par les soignants et même présentée comme une sorte de devise du site (v. en ce sens l'article de Dominique Friard, infirmier au CHBD : *Le soin portes ouvertes, une pratique honteuse ?*, Santé mentale n° 199, juin 2015, p. 58-64). Le projet de soins est à la hauteur : degré très élevé d'individualisation des prises en charge ; équipes soignantes investies, dans lesquelles la discussion en interne est toujours possible et les transmissions sont efficaces ; présence d'un généraliste 24h/24 ; multitude et diversité des activités thérapeutiques en dépit du faible nombre de patients ; place importante des familles tant au niveau individuel qu'institutionnel. La politique du médicament, avec des pharmaciens disponibles pour les patients, se déplaçant dans les unités et les recevant dans leurs bureaux, est efficace et mériterait d'inspirer d'autres établissements. Il n'y a par ailleurs quasiment pas de contention au CHBD, cette absence n'étant pas compensée par un niveau de sédation important. Aucun patient n'était contentonné au moment de la visite – il n'y a d'ailleurs aucun matériel de contention : les seuls liens potentiels, utilisés de façon rarissime, sont les draps ou les pulls retournés des patients. Aucune unité n'est dotée de chambre d'isolement au sens strict : toute la communauté médicale s'est opposée à la création de telles chambres en 2016. Il existe néanmoins des chambres

sécurisées dont l'usage est ambigu, à mi-chemin entre chambre d'hébergement et chambre d'isolement, sans mention dans un registre.

Néanmoins, les sujets de préoccupation existent. Le port du pyjama est régulièrement imposé aux patients. Il est quasi-systématique pour les patients en soins sans consentement les premiers jours de l'admission. Cette tenue n'est pas réservée à l'unité : des patients en pyjama peuvent se retrouver dans le parc, voire être ainsi présentés à l'audience avec le juge des libertés et de la détention. Cette pratique vient compenser à la fois l'ouverture de principe des chambres et des unités, et l'absence d'isolement et de contention. Pour autant, elle apparaît peu compatible avec la dignité des patients, et n'est ni suffisamment réfléchie ni assez encadrée. Le CHBD entretient par ailleurs avec l'écrit et le droit un rapport largement perfectible : l'information des patients et des proches est inexistante (absence de règlement intérieur, de règles de vie dans les unités, livret d'accueil jamais remis aux patients), les protocoles concernant les restrictions de liberté sont rares, la situation particulière des patients en soins sans consentement est mal appréhendée du point de vue juridique (absence de document retraçant le droit des patients, manquements dans les décisions d'admission, réactivité de la préfecture insuffisante pour les levées des soins à la demande du représentant de l'Etat, registre de la loi très mal tenu). Enfin, s'agissant de la vie quotidienne des patients, le constat est contrasté. L'implantation dans un vaste parc, sur un plateau au centre de massifs montagneux, est un atout considérable. Les locaux sont propres et correctement équipés dans deux unités sur quatre. Mais lors de leur visite, les contrôleurs ont constaté que les deux autres étaient moins adaptées (pas ou peu de sanitaires individuels, pas de verrous de confort, pas de possibilité pour le patient de fermer son placard à clef), l'une d'entre elles (Perce-Neige) étant en outre dans un état de vétusté inacceptable (problèmes de chauffage, de fuites d'eau, manque d'intimité).

Les contrôleurs ont perçu d'importantes tensions pendant la mission : le transfert d'une unité à Gap préoccupait l'ensemble des soignants, à la fois en termes de prise en charge des patients et de situation sociale des personnels. Celles-ci n'affectaient pas les droits des patients ou la qualité des soins mais entamaient la sérénité des relations professionnelles. Depuis, l'ARS a décidé de maintenir cette unité à Laragne-Montéglin, sur proposition d'une conférence de consensus qui s'est tenue pendant l'été 2018. Lors de la mission et malgré ce contexte, les soignants et la direction se sont montrés extrêmement attentifs aux questionnements des contrôleurs, ce qui apparaît encourageant quant à la portée de leurs recommandations. La réponse du directeur au rapport de constat, faisant déjà état d'avancées en novembre 2018 (notamment en matière d'écrits et d'accès aux droits), atteste de cet état d'esprit. Par ailleurs, les constats préoccupants opérés dans l'unité Perce-Neige sont désormais obsolètes puisque l'unité a été transformée en foyer d'accueil médicalisé en août 2018. Elle a été modernisée et n'accueille plus de patients à temps complet. **L'hôpital ne compte donc plus aujourd'hui que trois unités psychiatriques, pour cinquante-trois lits.** Associée à la transformation en profondeur de son offre de soins, cette démarche continuelle de fermeture de lits (400 lits il y a trente ans, 109 lits il y a trois ans, 79 lits lors de la mission, 53 lits aujourd'hui) soulève désormais une autre question : celle de la taille critique de l'établissement, sa vocation psychiatrique pouvant à terme être menacée.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

1. BONNE PRATIQUE 31

Il est proposé aux familles un programme de formation leur permettant de mieux appréhender la maladie et le traitement de leur proche hospitalisé au CHBD et de maintenir le contact avec lui de façon positive et efficace.

2. BONNE PRATIQUE 36

Les frais d'expertise pour les demandes de protection juridique sont en principe pris en charge par le conseil départemental lorsque le patient bénéficie des minima sociaux.

3. BONNE PRATIQUE 44

L'horodatage des certificats médicaux est une bonne pratique qui gagnerait à être étendue aux décisions du directeur et aux arrêtés municipaux afin d'assurer le respect des délais impartis par la loi.

4. BONNE PRATIQUE 48

L'ouverture de toutes les unités demeure le principe. Les exceptions sont rares, courtes et motivées.

5. BONNE PRATIQUE 69

L'absence de recours à la contention est exemplaire et contribue à une prise en charge extrêmement respectueuse des droits fondamentaux des patients.

6. BONNE PRATIQUE 70

L'implication exceptionnelle de l'équipe de la pharmacie auprès des patients et des équipes, pour donner toute sa place aux explications relatives au médicament, est une pratique de l'éducation thérapeutique du patient qui contribue fortement à son autonomie.

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 18

Dans l'hypothèse d'une évolution vers une dispensation plus automatisée des médicaments du fait de l'intégration dans le groupement hospitalier de territoire, la direction et les soignants doivent veiller à ce que le patient continue d'obtenir des explications pertinentes et individualisées au moment de la distribution.

2. RECOMMANDATION 24

Le personnel en charge du registre de la loi et des dossiers administratifs des patients, ainsi que les soignants, doivent bénéficier d'une formation sur les différentes procédures régissant les soins sans consentement comme sur les droits y afférents.

3. RECOMMANDATION 26

Face à la prépondérance de patients admis en soins pour péril imminent, il convient de rappeler aux services des urgences que les admissions sous cette forme doivent être sérieusement argumentées, tant sur l'impossibilité de recueillir la demande d'un tiers que sur l'existence d'un péril pour la santé du patient.

4. RECOMMANDATION 27

Dans le respect des dispositions de l'article L.3211-3 du code de la santé publique, l'organisation de l'établissement doit permettre la rédaction et la signature de la décision d'admission du directeur dès la prise en charge effective du patient. De même, l'arrêté municipal, nonobstant son caractère provisoire, doit être notifié au patient pour lui permettre de faire valoir ses droits.

5. RECOMMANDATION 28

Le document intitulé « notification sur l'information des droits et voies de recours » actuellement joint aux arrêtés du préfet doit être modifié pour intégrer l'ensemble des droits édictés à l'article L.3211 du code de la santé publique et doit être notifié en même temps que la décision d'admission à tous les patients faisant l'objet de soins sans consentement, SDRE comme SDT.

6. RECOMMANDATION 28

Les certificats médicaux gagneraient à inclure une mention précisant que le patient a été informé, de manière adaptée à son état, du maintien des soins ou du projet de prise en charge et qu'il a pu faire valoir ses observations.

7. RECOMMANDATION 29

L'établissement doit se doter de documentations écrites permettant aux patients et à leurs proches de connaître l'organisation des services, les règles de vie quotidienne dans les unités, leurs droits et devoirs et s'assurer de la distribution de ces documents dans les différents pavillons pour affichage et remise aux patients.

8. RECOMMANDATION 29

Le livret d'accueil, à distribuer aux patients lors de leur arrivée dans l'unité, doit être réécrit ; afin que l'intégralité des droits des patients en soins sans consentement doit y être mentionnée ; que le nom et les coordonnées du juge des libertés et de la détention, des membres de la commission départementale des soins psychiatriques, de la commission des usagers et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté doivent figurer dans une rubrique sur les voies de recours.

9. RECOMMANDATION 32

Une meilleure information sur les différentes associations qui œuvrent au sein du CHBD et des liens plus étroits entre elles permettraient une plus grande prise en charge du désarroi des usagers et des familles face à l'hospitalisation en psychiatrie et la souffrance qui peut en résulter.

10. RECOMMANDATION 32

Le groupe d'entraide mutuelle (GEM), qui œuvre au sein du CHBD et regroupe un grand nombre d'usagers, doit être représenté au sein de la commission des usagers avec voix délibérative, comme les autres associations.

11. RECOMMANDATION 33

Les événements indésirables graves ne doivent pas uniquement recenser les sorties non autorisées. Il convient d'y ajouter les violences ou agressions graves entre patients ou sur le personnel, dont la commission des usagers doit avoir connaissance.

12. RECOMMANDATION 34

Dans le respect de l'article L.1111-6 du code de la santé publique, la personne de confiance désignée par le patient doit être informée de sa désignation et des conséquences en découlant et invitée à confirmer son accord sur celle-ci.

13. RECOMMANDATION 37

Les mandataires de l'union départementale des associations familiales des Hautes-Alpes doivent demeurer facilement accessibles pour prendre toute décision relative aux droits civils et sociaux des patients protégés et pour participer plus activement à leur prise en charge.

14. RECOMMANDATION 37

La confidentialité d'une hospitalisation doit être garantie par une procédure proposée systématiquement aux patients, face à des tiers qui souhaiteraient recueillir des informations sur leur situation.

15. RECOMMANDATION 38

La saisine du juge des libertés et de la détention devrait mentionner les coordonnées complètes des tiers demandeurs à la mesure (adresse postale, téléphone, messagerie) afin de permettre une convocation utile dans les délais impartis, ainsi que des tuteurs ou curateurs.

16. RECOMMANDATION 39

Le barreau des Hautes-Alpes doit impérativement mettre en place une permanence afin que les patients du CHBD puissent bénéficier des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 qui rend obligatoire l'assistance ou la représentation de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office.

17. RECOMMANDATION 42

Chaque visite et réunion de la commission départementale des soins psychiatriques doit faire l'objet d'un compte rendu communiqué à l'établissement concerné.

18. RECOMMANDATION 43

Conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP, l'ensemble des pièces des procédures relatives à une mesure doit figurer dans le registre de la loi lui-même, notamment les décisions d'admissions du directeur et les décisions du JLD, ainsi que les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part.

19. RECOMMANDATION 45

Les décisions du préfet s'opposant à un avis médical doivent être écrites et motivées. Lorsqu'un deuxième avis médical confirme l'absence de nécessité de maintenir une hospitalisation complète en soins sans consentement, l'arrêté préfectoral de levée de la mesure doit intervenir sans délai.

20. RECOMMANDATION 47

Les agents du poste d'entrée font une confusion entre les patients en soins sans consentement et ceux qui portent un pyjama. Celle-ci doit être levée.

21. RECOMMANDATION 51

Les unités doivent être dotées de salons familiaux, permettant aux patients d'accueillir leurs proches dans l'intimité et dans des conditions satisfaisantes, y compris pour les enfants. Les horaires de visite doivent y être affichés.

22. RECOMMANDATION 53

La mise en pyjama des patients doit être strictement proportionnée à la nécessité des soins requis et toujours limitée à une brève durée. Le dispositif doit par conséquent être revu afin qu'il fasse désormais pleinement partie de la prise en charge médicale du patient, qu'il soit réévalué quotidiennement et avec cohérence, qu'il soit tracé efficacement pour donner lieu à une analyse collective au sein de l'unité voire de l'établissement.

En outre, les patients ne doivent jamais être vêtus d'un pyjama lors de l'audience devant le juge des libertés et de la détention.

23. RECOMMANDATION 57

L'absence d'inventaire systématique des biens du patient fragilise leur conservation et engage la responsabilité de l'hôpital. L'inventaire doit concerner l'ensemble de ses biens (et pas uniquement les biens de valeur) et être réalisé de façon contradictoire dans la mesure du possible.

24. RECOMMANDATION 58

Contrairement au repas du midi, aucun soignant n'est présent au self pour le dîner. La direction doit remédier à cette situation afin d'éviter que les situations de conflit entre patients soient prises en compte par les seuls agents de service, qui n'en ont ni le temps ni la compétence.

25. RECOMMANDATION 60

La cafétéria doit être accessible aux patients et à leurs visiteurs tous les jours et ne pas dépendre de la disponibilité des soignants pour en assurer l'ouverture.

26. RECOMMANDATION 60

L'hôpital doit entamer une réflexion institutionnelle sur la sexualité des patients, ayant notamment pour objet de permettre au personnel de se positionner efficacement par rapport à l'existence de rapports avec les proches ou avec d'autres patients sur le site d'Arzeliers, et également d'apporter aux patients la protection et l'information nécessaires.

27. RECOMMANDATION 63

Conformément aux dispositions de l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique, l'opposition du représentant de l'Etat dans le département à un projet de sortie de courte durée doit être émise par écrit et notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, aucune mesure complémentaire ne pouvant par ailleurs assortir l'accord du préfet.

28. RECOMMANDATION 65

Dans la mesure où il dispose déjà d'un cabinet dentaire très fonctionnel, l'hôpital doit maintenir la présence d'un chirurgien-dentiste afin de faciliter une prise en charge complète des patients.

29. RECOMMANDATION 65

Un projet d'équipe de médecine générale est souhaitable de façon à structurer les actions curatives et préventives en direction des patients hospitalisés.

30. RECOMMANDATION 68

Les chambres « sécurisées » sont à mi-chemin entre des chambres d'hébergement et des chambres d'isolement. Leur usage doit être précisé, sous la forme d'un protocole, et les pratiques doivent être évaluées.

31. RECOMMANDATION 68

Le registre rendu obligatoire par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique doit être créé dans les délais les plus brefs. Une analyse collective dans chacune des unités doit en être faite régulièrement afin de maintenir un recours aux différentes formes d'isolement aussi bas que possible.

32. RECOMMANDATION 69

La remise individuelle des médicaments, de façon confidentielle, doit être la règle.

33. RECOMMANDATION 71

L'observatoire des situations de violence, créé en 2013, doit être réinvesti, a fortiori dans la mesure où le niveau de violences entre patients et envers le personnel augmente.

34. RECOMMANDATION 72

Le comité d'éthique, qui abordait des thématiques extrêmement pertinentes jusqu'en 2016, doit reprendre son action.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	9
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	12
2.1 La place centrale du CHBD dans l'organisation de la psychiatrie des Hautes-Alpes 12	
2.2 Le CHBD, un établissement hospitalier tentaculaire	13
2.3 Des objectifs nombreux pour un établissement en pleine transformation	17
2.4 Des moyens humains suffisants et très attachés au CHBD.....	21
3. LES DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES	25
3.1 Des patients en soins sans consentement majoritairement admis dans le cadre du péril imminent.....	25
3.2 Une information incomplète des patients en soins sans consentement sur leurs droits	26
3.3 Des supports écrits d'information générale quasi-inexistants	28
3.4 Un hôpital globalement à l'écoute des patients et de leurs familles, mais dont les liens pourraient être encore resserrés avec les représentants des usagers	30
3.5 Une procédure de désignation de la personne de confiance peu utilisée et non finalisée	33
3.6 Le droit de vote des patients : un droit respecté mais ne faisant pas l'objet d'un accompagnement institutionnel	34
3.7 Un accès au culte facilité, mais une seule religion représentée.....	34
3.8 Les patients sous protection juridique, de plus en plus pris en charge par les mandataires du CHBD	35
3.9 La confidentialité de l'admission et de la présence du patient ni protocolisée, ni assurée	37
4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS	38
4.1 Un contrôle des mesures de soins sans consentement assuré avec rigueur par les juges des libertés et de la détention au cours d'audiences tenues sans avocat...38	
4.2 Un contrôle institutionnel effectif mais insuffisamment tracé	41
4.3 Des registres de la loi tenus en temps réel mais insuffisamment renseignés.....	42
4.4 Un recours effectif au collège des professionnels de santé	45
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES DES PATIENTS	46
5.1 La libre circulation des patients, un principe au sein de l'établissement.....	46
5.2 La vie quotidienne des patients, marquée par peu de restrictions.....	48

5.3	Des liens sociaux libres et préservés, sans qu'existent des espaces dédiés aux visites au sein des unités.....	49
5.4	Le port du pyjama, un dispositif qui doit être interrogé et évalué.....	51
5.5	L'accès au dossier médical par le patient, possible mais peu encouragé	53
6.	LES CONDITIONS DE VIE DU PATIENT	54
6.1	Des locaux de qualité hétérogène	54
6.2	Un niveau d'hygiène quotidiennement maintenu.....	55
6.3	En l'absence de sur-occupation, des transferts faciles entre unités	56
6.4	Une gestion souple des biens des patients.....	56
6.5	Un self commun aux soignants et aux patients	57
6.6	Des activités nombreuses et variées mais soumises aux restrictions budgétaires 58	
6.7	La sexualité : un sujet non traité institutionnellement.....	60
7.	LES SOINS DONT BENEFICIE LE PATIENT	61
7.1	Une prise en charge pluridisciplinaire, respectueuse des droits du patient et de son autonomie	61
7.2	Une équipe de médecins généralistes répondant aux besoins des patients	64
8.	LE RESPECT DE L'INTEGRITE DU PATIENT.....	66
8.1	Des hospitalisations en urgence rendues parfois difficiles pour les patients du fait de l'éloignement des services d'urgence.....	66
8.2	Un hôpital sans chambre d'isolement ni contention.....	66
8.3	Une politique du médicament à l'écoute du patient.....	69
8.4	Un hôpital où les maltraitances semblent inexistantes mais dans lequel la violence entre patients ou envers le personnel augmente	70
8.5	Un comité d'éthique existant, mais en sommeil	71
9.	CONCLUSION GENERALE.....	73

Rapport

Contrôleurs :

- Alexandre BOUQUET, chef de mission ;
- Chantal BAYSSE, contrôleure ;
- Hubert ISNARD, contrôleur ;
- Bénédicte PIANA, contrôleur ;
- Dominique SECOUET, contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Buëch-Durance (CHBD) à Laragne-Montéglin (Hautes-Alpes), du 14 au 18 mai 2018.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 14 mai à 14h. Ils l'ont quitté le 18 mai à 12h. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction, au directeur de cabinet de la préfète des Hautes-Alpes, au délégué départemental des Hautes-Alpes de l'agence régionale de santé (ARS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur. La présidente du tribunal de grande instance de Gap ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur, qui leur a présenté l'établissement, son actualité et ses enjeux. Une réunion de présentation de la mission s'est ensuite tenue devant une douzaine d'auditeurs dont le directeur et ses adjoints, la présidente du conseil de surveillance, la présidente de la commission médicale d'établissement, des chefs de pôle, des cadres supérieurs, des cadres de santé et l'un des représentants du personnel. La journée s'est achevée sur une première visite de la structure.

Les contrôleurs ont rencontré le président de la commission départementale des soins psychiatriques, des représentants du groupe d'entraide mutuelle et de la section des Hautes-Alpes de l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), le responsable de l'organisation syndicale majoritaire au niveau local et des membres du collège des psychologues.

Ils ont assisté à une réunion de la commission des usagers, le 15 mai, ainsi qu'à plusieurs réunions de synthèse dans les unités.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail. Tous les documents demandés par l'équipe leur ont été fournis. Des affichettes signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités ; ils ont pu s'entretenir comme ils le souhaitaient, et en toute confidentialité, tant avec les patients qu'avec le personnel et les intervenants.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 18 mai, avec la plupart des personnes qui avaient participé à la réunion de présentation – à l'exception du directeur retenu par d'autres obligations, qui était représenté par la directrice des ressources humaines.

La qualité de l'accueil et la disponibilité de l'ensemble du personnel méritent d'être soulignées.

2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LA PLACE CENTRALE DU CHBD DANS L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DES HAUTES-ALPES

Le département des Hautes-Alpes est, avec 139 000 habitants environ, le troisième département le moins peuplé de France (source : Insee 2014). On n'y relève logiquement qu'un grand site d'hospitalisation psychiatrique : le centre hospitalier de Laragne-Montéglin, créé en 1959 comme hôpital psychiatrique départemental.

Les Hautes-Alpes sont également le département le plus montagneux de France (plus du tiers de sa surface s'élève au-dessus de 2 000 mètres) et il est assez étendu. Les temps de trajet y sont donc importants, *a fortiori* au départ de Laragne-Montéglin puisque cette commune se situe en bordure Sud-Ouest du département. Il faut ainsi compter quarante-cinq minutes en voiture pour rejoindre Gap, sa préfecture, et deux heures pour gagner Briançon (sous-préfecture). Les questions d'aménagement du territoire et de désenclavement des populations ont eu un rôle sur le développement de l'offre de psychiatrie dans le département. Indépendamment du site historique de Laragne-Montéglin, d'autres implantations ont donc paru nécessaires :

- en intra-hospitalier : une unité de vingt lits d'hospitalisation complète de psychiatrie adulte au centre hospitalier de Briançon, sachant que celui-ci n'a pas reçu l'agrément pour accueillir des patients en soins sans consentement (la direction du CHBD informera les contrôleurs qu'en réalité l'ARS autorise le centre hospitalier de Briançon à accueillir des patients sous contrainte les premières vingt-quatre heures de leur hospitalisation, mais les contrôleurs constateront que les décisions d'admission initiales n'y sont pas notifiées, pas plus que les droits qui sont rattachés à ce statut)¹ ;
- en hospitalisation de semaine : une unité de huit lits de psychiatrie infanto-juvénile au centre hospitalier de Gap, fermée le week-end (si l'hospitalisation complète est nécessaire, le jeune patient sera accueilli en pédiatrie au CH de Gap ; si son état n'est pas compatible avec un maintien dans ce service, il sera admis, à titre exceptionnel, à Laragne-Montéglin) ;
- en extrahospitalier : de très nombreuses structures (hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, etc.) éclatées sur le territoire du département. On en trouve à Gap, Veynes, Embrun, Briançon et Laragne-Montéglin.

Aujourd'hui, le CHBD rayonne sur une zone très étendue : les trois quarts du département pour la psychiatrie adultes (secteur 05 G 01), le dernier quart dépendant du CH de Briançon ; l'ensemble du département pour la psychiatrie infanto-juvénile.

La capacité d'accueil en psychiatrie est suffisante sur le département : le CHBD ne connaît pas de sur-occupation dans ses unités de psychiatrie, pas plus que le centre hospitalier de Briançon. Il n'existe pas de clinique psychiatrique privée dans les Hautes-Alpes par ailleurs. Les structures

¹ Selon les informations obtenues, une réflexion est naissante à l'ARS s'agissant de la possibilité de délivrer à l'unité psychiatrique du CH de Briançon un agrément pour toutes les mesures de soins à la demande d'un tiers, quelle que soit leur durée. Il est vrai que la situation actuelle ne paraît guère satisfaisante compte-tenu de la distance entre les deux hôpitaux, le patient devant être sédaté et conditionné pour le transport. Des crispations existent à ce sujet entre les équipes du CHBD et du CH de Briançon. Le nombre de patients concernés est toutefois très faible : en 2017, sur 118 patients admis en SSC, 16 provenaient du CH de Briançon, essentiellement en soins pour péril imminent.

d'accueil à temps partiel (hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques) ne sont pas surchargées non plus et constituent autant de solutions à terme pour les patients hospitalisés à temps plein. Il doit même être remarqué que certaines unités de jour sont au contraire très faiblement utilisées (taux d'occupation de l'hôpital de jour de Gap : 36 % en 2017) ; la direction a pourtant confirmé aux contrôleurs l'existence d'un véritable besoin, qu'elle souhaite mieux valoriser en termes d'activité.

Si de nombreuses structures de santé mentale existent dans les Hautes-Alpes, elles ne permettent pas particulièrement de prévenir les hospitalisations complètes, en particulier sous la forme de soins sans consentement (SSC). Les centres de jour ne sont pas ouverts en fin d'après-midi ou le samedi matin. Dans les Hautes-Alpes, c'est plutôt en aval que ces dispositifs sont essentiels : la multiplicité de ces services extrahospitaliers permet aujourd'hui aux équipes et aux patients de trouver des solutions adaptées à l'issue d'une hospitalisation. Un fin travail de recherche de structure – notamment en procédant à des essais et en admettant parfois l'échec – est ainsi réalisé pour les patients en soins longs, dans le but d'une réadaptation sociale progressive. En revanche, il a été indiqué aux contrôleurs qu'en amont de l'hospitalisation, la détection des patients à risque était efficace à Gap grâce au centre d'accueil et de consultations (CAC), unité aux horaires d'ouverture assez larges, dépendant du CHBD, et dans lequel les psychiatres de celui-ci assurent une présence. Une grande partie des hospitalisations complètes résulte néanmoins d'une orientation suite à une admission en urgence à l'hôpital général (Gap, Embrun, Sisteron, voire Briançon).

Enfin, un groupement hospitalier de territoire (GHT) unique couvre l'ensemble du département. Dénommé GHT des Alpes du Sud, il s'étend même au-delà puisqu'une partie du département des Alpes-de-Haute-Provence a été intégrée au regard de spécificités organisationnelles. Créé le 1^{er} juillet 2016, il regroupe cinq centres hospitaliers (CH) : le CH de Gap, qui a absorbé celui de Sisteron (Alpes-de-Haute-Provence), les CH d'Embrun, d'Aiguilles, de Briançon et le CHBD. Seuls le CH de Gap, le CH de Briançon et le CHBD sont indépendants.

Situé dans le chef-lieu du département, et correspondant de loin au bassin de population le plus important (agglomération de 62 000 habitants, dont 42 000 dans Gap *intra-muros*), le CH de Gap constitue l'établissement support de ce GHT. Le directeur du CH de Gap dirige d'ailleurs également le CH de Briançon. Il n'y a ainsi que deux chefs d'établissements publics de santé dans les Hautes-Alpes : celui du CH de Gap et celui du CHBD.

2.2 LE CHBD, UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER TENTACULAIRE

L'hôpital psychiatrique départemental, ouvert en 1959 à Laragne-Montéglin sur le site d'Arzeliers (un kilomètre du centre-ville), devenu ensuite centre hospitalier spécialisé, a longtemps coexisté avec l'hôpital général fondé en 1876. Cet hôpital psychiatrique a compté jusqu'à 400 lits mais s'est progressivement restructuré autour de trois orientations :

- la réduction du nombre de lits d'hospitalisation complète ;
- le développement important des alternatives à l'hospitalisation ;
- le tissage d'un maillage du dispositif de psychiatrie, avec les structures et services sanitaires et sociaux à l'échelle du département.

Les moyens lourds que représente l'hospitalisation à temps complet sont restés sur le site historique tandis que des structures extrahospitalières, toutes dépendantes du CHS, ont fleuri sur l'ensemble du département des Hautes-Alpes en fonction des besoins. Les dispositifs de psychiatrie infanto-juvénile ont tous été regroupés en 2006 sur la commune de Gap : hôpital de

semaine, hôpital de jour, centre médico-psychologique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel. Ces structures ont toutes été rattachées, elles aussi, au CHS. Pour parachever cette évolution, le CHS a fusionné avec l'hôpital général en 2012, pour devenir le CHBD. Par ailleurs, des dispositifs médico-sociaux complémentaires à la psychiatrie lui ont été administrativement joints.

2.2.1 L'offre de soins actuelle

Le CHBD est aujourd'hui un établissement tentaculaire, qui regroupe une vingtaine de structures hétérogènes, réparties sur cinq communes correspondant aux plus importants bassins de population : Laragne-Montéglin, Gap, Veynes, Embrun, et – uniquement pour la psychiatrie infanto-juvénile – Briançon. La transversalité y est favorisée : ainsi au moins un infirmier par unité travaille également à temps partiel en centre médico-psychologique, au centre d'accueil et de consultations de Gap ou à l'hôpital de jour.

Au jour de la visite, les unités d'hospitalisation complète du CHBD étaient au nombre de six, toutes localisées sur la commune de Laragne-Montéglin et représentant 116 lits :

- quatre unités psychiatriques (soixante-dix-neuf lits) : unités Edelweiss, Gentianes, Perce-Neige² et Provence, sur le site historique d'Arzeliers ;
- une unité d'addictologie (vingt lits), dans un bâtiment neuf mis en service en 2012, lui aussi sur le site d'Arzeliers ;
- une unité somatique (dix-sept lits), survivance de l'hôpital général, en centre-ville.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le déplacement des unités psychiatriques à Gap avait été envisagé il y a dix ans environ, notamment pour que l'offre de soins soit au plus près des populations, Gap étant plus centrale et plus peuplée. Pour autant, le projet n'avait pas abouti même si, selon l'actuelle présidente de la commission médicale d'établissement, il avait alors la faveur des médecins. Les élus locaux, les organisations syndicales, et même la direction de l'époque avaient milité pour le maintien de la psychiatrie à Laragne-Montéglin. Indépendamment des questions de santé publique, il doit être noté que le CHBD est de loin le plus important employeur de la commune et une baisse importante de ses effectifs aurait des conséquences sur l'ensemble de l'activité du canton (commerce, services, écoles, etc.).

A ce jour, il n'y a toujours aucune unité d'admission complète du CHBD hors de la commune de Laragne-Montéglin.

2.2.2 Les unités d'hospitalisation de psychiatrie adulte

Les quatre unités de psychiatrie adultes peuvent recevoir des patients en SSC. Au 14 mai 2018, premier jour de visite, le CHBD comptait vingt-quatre patients en SSC, dont quinze en programme de soins. Le CHBD ne recensait donc que neuf patients en SSC hospitalisés à temps plein.

L'orientation dans les unités n'est pas réalisée en fonction du secteur géographique d'origine du patient, mais de la finalité de l'unité. Ainsi depuis 2015 l'unité Provence est en principe l'unité d'admission, en particulier pour les patients en SSC. Les trois autres unités se répartissent ensuite les patients en fonction de leur pathologie et de la nature de leur prise en charge. L'unité Edelweiss héberge des patients régressés, assez dépendants, souffrant parfois de polyhandicaps

² Cette unité a été transformée en foyer d'accueil médicalisé moins de trois mois après la visite des contrôleurs. Elle ne dispose plus de lits d'hospitalisation à temps complet (cf. *infra*, § 2.3.3).

ou d'autisme sévère ; Gentianes est présentée comme une unité où les patients sont encore assez autonomes et où l'on prépare activement la réhabilitation sociale ; l'unité Perce-Neige, qui a fermé dix semaines après la mission, accueillait enfin les patients au très long cours, plus âgés, souffrant de troubles très profonds (psychoses, notamment schizophréniques, démence).

Cette répartition est assez théorique. Les contrôleurs ont constaté que les critères d'affectation pouvaient en réalité s'avérer plus souples. D'une part, même si une grande partie des admissions est effectuée à l'unité Provence, les patients peuvent être accueillis *ab initio* dans toutes les unités. Les contrôleurs ont assisté à l'arrivée de deux patients en SSC pendant leur semaine de visite : aucune n'a eu lieu au pavillon Provence³. D'autre part, une différence peut être observée entre les patients hébergés au rez-de-chaussée et ceux accueillis au premier étage dans certaines unités : leur profil et leur prise en charge ne sont pas univoques. Les patients des premiers étages sont en général beaucoup plus autonomes ; souvent, ils effectuent un « séjour de rupture » et non une hospitalisation au long cours.

Les patients en hospitalisation complète se répartissaient comme suit le 14 mai 2018 :

Unité	Lits	Nombre de patients	Taux d'occupation			Durée moyenne de séjour (2017)	Age moyen des patients (2017)	Nombre de patients en SSC
			Au 14/05/18	Moyenne 2017	Moyenne 2013-2017			
Provence	23	22	96 %	83 %	82 %	13 jours	45 ans	8
Gentianes	15	11	73 %	84 %	80 %	26 jours	44 ans	1
Edelweiss	15	11	73 %	69 %	77 %	19 jours	44 ans	0
Perce-N.	26	20	77 %	85 %	84 %	52 jours	62 ans	0

Selon le rapport d'activité 2016 (le rapport 2017 n'était pas encore finalisé lors de la visite des contrôleurs), « *les diagnostics principaux concernent les schizophrénies, les troubles de l'humeur (manie ou dépression) et les troubles de la personnalité et du comportement avec utilisation de substances psycho-actives* ».

Les personnes hospitalisées en psychiatrie adulte au CHBD sont majoritairement originaires de Gap et ses environs (36 %). La région de Laragne-Montéglin est également fortement représentée (27 %). Il est à noter que le nombre de patients hors secteur représente un quart de l'effectif total, ce chiffre apparaissant en nette progression (seulement 6 % en 2014)⁴.

Ces unités n'accueillent pas de personnes détenues. Ce sont bien les soignants du CHBD qui assurent une présence à temps partiel à la maison d'arrêt de Gap (0,10 ETP d'infirmier ; 0,10 ETP de psychiatre et 0,10 ETP de psychologue) mais si une personne détenue doit être hospitalisée, elle sera adressée à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Marseille⁵.

³ Le premier patient a été accueilli à l'unité Gentianes, unité qui lui garantissait un cadre à la fois plus contenant et plus apaisé selon les soignants, suite à une tentative de suicide. Il était réaffecté au pavillon Provence en fin de semaine. Le second patient (hospitalisé en soins pour péril imminent parce qu'il s'était montré agressif envers les soignants et les patients d'un centre de rééducation fonctionnelle) a été accueilli au pavillon Perce-Neige car il avait déjà été suivi par le psychiatre référent de cette unité. La mesure était levée dès le lendemain.

⁴ Source : rapport d'activité 2016, p. 83

⁵ Cf. convention du 2 avril 2009 entre le CHBD et la maison d'arrêt de Gap ; protocole-cadre du 1^{er} mars 2017 entre l'agence régionale de santé, les établissements hospitaliers et l'administration pénitentiaire

2.2.3 La traduction dans le budget des choix de prise en charge

Le budget total de l'établissement avoisine les 31 millions d'euros. L'éclatement des structures sur l'ensemble du département, tout comme le caractère très étendu du site historique d'Arzeliers et la vétusté de certaines de ses installations, sont autant d'éléments défavorables qui privent la direction de véritables marges de manœuvre. Les dépenses de fluides représentent en effet une part importante du budget, la maintenance curative est onéreuse, etc.

Depuis 2014, le budget n'est plus à l'équilibre. En 2017, le déficit global de l'établissement s'élevait à 700 000 euros environ. La dotation de psychiatrie de l'établissement devait diminuer de 400 000 euros sur dix ans selon un mécanisme enclenché en 2015. Mais au printemps 2018, il a été neutralisé à hauteur de 50 % par l'ARS, ce qui a conduit le CHBD à voir sa dotation de psychiatrie diminuer de 142 000 euros entre 2017 et 2018. Pour la direction, cette situation n'est pas satisfaisante en l'état mais les objectifs sont atteignables dans la mesure où ils concernent essentiellement la réorganisation de l'offre de soins. En outre, le taux d'endettement de l'hôpital est faible (13 % en 2017). Enfin, les effectifs du CHBD sont présentés comme généreux : l'obligation de faire des efforts en termes de masse salariale ne paraît donc pas constituer un sacrifice insurmontable aux équipes d'encadrement.

La « cible » fixée par l'ARS s'éloigne néanmoins d'année en année, et le CHBD s'est vu imposer un plan de retour à l'équilibre. Les leviers d'action déjà mis en œuvre – ou envisagés – par la direction sont de quatre ordres :

- recherche de poches d'économie potentielles (ex. : externalisation de la blanchisserie, suppression de postes dans les services administratifs et techniques) ;
- valorisation du patrimoine immobilier (ventes, locations) ;
- dispositifs techniques permettant d'augmenter les recettes (facturation d'un supplément pour une chambre individuelle) ou faire baisser les dépenses (fermetures de lits : par exemple l'unité Gentianes, qui dispose de vingt-quatre chambres en bon état, n'a plus qu'un agrément pour quinze lits) ;
- modification de l'offre de soins en profondeur avec un mouvement prononcé vers le médico-social (ex. : transformation d'une unité d'hospitalisation en foyer d'accueil médicalisé, permettant notamment un transfert de gestion du budget du CHBD vers celui du conseil départemental).

Les renoncements ne concernent pas directement le quotidien des équipes. Il n'est pas question aujourd'hui de réduire les effectifs de soignants (médicaux et non médicaux) en psychiatrie. L'établissement continue également d'investir (1,2 millions d'euros d'investissement en 2017 ; le taux d'indépendance financière du CHBD est de 20 % environ) et de se tourner vers l'avenir, y compris s'agissant de la psychiatrie. Pour autant, les conséquences du virage vers le médico-social ne sont pas que budgétaires. Il n'est pas indolore pour les soignants en psychiatrie puisque les équipes vont devoir se réinventer et rechercher activement des solutions pour les patients dont les unités vont évoluer. C'est l'une des difficultés qui se pose à la nouvelle équipe de direction dans la poursuite des objectifs que lui a fixés l'ARS pour 2018.

2.3 DES OBJECTIFS NOMBREUX POUR UN ETABLISSEMENT EN PLEINE TRANSFORMATION

2.3.1 Le CHBD, « bastion de la psychothérapie institutionnelle »

Présenté comme tel lors de la visite des contrôleurs, tant par le directeur que par la présidente de la commission médicale d'établissement, le projet du CHBD repose encore en grande partie sur les notions de thérapeutique sur mesure, de collectif unique entre patients et soignants, de responsabilisation des patients et d'absence de restrictions majeures de liberté. Il est d'ailleurs intéressant de noter que le projet de service du pôle psychiatrie (septembre 2017) s'ouvre sur quatre citations, dont deux ont trait à la psychothérapie institutionnelle. Assumée par une très grande partie du personnel soignant, cette filiation reste l'une des caractéristiques du CHBD, en tout cas sur le site d'Arzeliers. Elle ne s'accommode pas toujours très bien de l'approche gestionnaire imposée aux établissements hospitaliers aujourd'hui.

2.3.2 Des objectifs qui deviennent des enjeux structurants

Les objectifs du CHBD sont fixés dans des documents divers et souvent arides.

En premier lieu, et même s'il concerne la période 2012-2016, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) reste d'une certaine actualité car quelques orientations n'ont pas encore été pleinement respectées. Les objectifs de ce contrat étaient au nombre de quatre, dont certains concernaient la psychiatrie :

- mise en œuvre du projet régional de santé (avec en particulier le développement des alternatives à l'hospitalisation à Gap par redéploiement de moyens, et la création d'un foyer d'accueil médicalisé de vingt-cinq places sur le site d'Arzeliers pour les patients au long cours relevant du handicap psychique) ;
- développement de coopérations territoriales (notamment en psychiatrie adultes avec le CH de Briançon et en psychiatrie infanto-juvénile avec le département voisin des Alpes-de-Haute-Provence) ;
- amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en matière de psychiatrie ;
- amélioration du pilotage interne (amélioration de la performance, mise en œuvre du groupement de coopération sanitaire, etc.).

Il n'existe pas de contrat de cet ordre pour la période en cours. En revanche, le nouveau directeur, qui a pris ses fonctions le 2 janvier 2018, suit une feuille de route comprenant trois objectifs : le retour à l'équilibre (cf. *supra*, § 2.2.3), l'intégration du CHBD dans le groupement hospitalier de territoire (cf. *supra*, § 2.1) et la recomposition de l'offre de soins. Les deux derniers objectifs appellent plusieurs observations.

S'agissant de l'intégration du CHBD au groupement hospitalier de territoire (GHT), les médecins ont fait état de réserves aux contrôleurs. D'une part, le dossier médical unique, commun à tous les établissements et soignants du GHT, ne les convainc pas : « *le dossier psychiatrique du patient ne doit pas être visible par les infirmiers somatiques des hôpitaux généraux, a fortiori dans une petite ville comme Gap où tout se sait* ». Surtout, ils se sont déclarés hostiles à l'automatisation de la dispensation des médicaments. A terme, celle-ci pourrait en effet être robotisée dans tous les établissements du ressort du GHT. Cette robotisation permet peut-être de gagner des effectifs et de limiter encore plus les erreurs de distribution, mais elle est peu compatible avec des soins psychiatriques. Les patients ont besoin d'explications particulières lors de la remise des

médicaments (opportunité et rôle du médicament, voie d'administration, dosage, etc.), ce que ne permet pas une machine. Le précédent directeur du CHBD y était lui aussi opposé, de sorte que lors de la visite des contrôleurs, la dispensation continuait d'être effectuée sans système automatisé. Comme il sera évoqué plus loin, les contrôleurs ont d'ailleurs pu noter la qualité des échanges soignants-patients lors de l'administration des médicaments (cf. *infra*, § 8.3). Par conséquent, les équipes doivent s'attacher à ce que l'arrivée de la robotisation ne porte pas un coup d'arrêt aux pratiques actuelles, à la fois rassurantes et pédagogiques.

Recommandation

Dans l'hypothèse d'une évolution vers une dispensation plus automatisée des médicaments du fait de l'intégration dans le groupement hospitalier de territoire, la direction et les soignants doivent veiller à ce que le patient continue d'obtenir des explications pertinentes et individualisées au moment de la distribution.

S'agissant de la recomposition de l'offre de soins, elle a débuté depuis quelques années maintenant. Les contrôleurs ont pu constater qu'elle emportait certains effets positifs, notamment en clarifiant l'identité des unités et en permettant qu'un psychiatre soit référent par unité, ce qui n'était pas le cas auparavant (attribution des patients en fonction de leur mois de naissance, voire en fonction de leur signe astral).

Mais celle-ci s'accompagne aussi d'une baisse drastique du nombre de lits d'hospitalisation. Le CHBD comptait 109 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie adultes en 2015. Trois ans plus tard, en mai 2018, le jeu des fermetures de lits avait déjà permis d'atteindre 79 lits. Ce mouvement était toujours en cours lors de la mission puisque la transformation d'une unité en foyer d'accueil médicalisé (FAM) était imminente. En application du CPOM 2012-2016 évoqué plus haut, c'est l'unité Perce-Neige (vingt-six lits) qui avait été retenue. Les contrôleurs ont interrogé les acteurs de ce changement pour savoir dans quelle mesure il affecterait les droits des patients de cette unité. La direction leur a indiqué que la situation de ceux-ci avait été examinée afin que chacun puisse bénéficier d'une continuité de soins adaptée, dans des structures plus légères. La directrice des ressources humaines a précisé que les effectifs n'évolueraient pas en nombre mais qu'en revanche, les qualifications des agents seraient revues pour s'adapter à l'évolution du projet d'unité – et permettre quelques économies en termes de masse salariale. Ainsi, des postes devaient être supprimés, d'autres créés : ceux-ci faisaient l'objet d'appels à candidature internes au moment de la mission.

Il ressort pourtant des observations des contrôleurs et des entretiens avec les soignants que l'ensemble des patients accueillis au pavillon Perce-Neige ne relevait pas d'un foyer à vocation médico-social. Lorsque les contrôleurs ont quitté le CHBD à l'issue de leur visite, ils envisageaient plutôt que certains patients soient réaffectés dans les autres unités.

Selon les informations reçues après la visite, l'unité Perce-Neige a été transformée en FAM de vingt places le 1^{er} août 2018. Dans ses observations au rapport de constat, le 23 novembre de la même année, le directeur n'a pas précisé si certains patients de Perce-Neige avaient dû être réaffectés dans d'autres unités.

Moins de trois mois après la visite des contrôleurs, le nombre de lits d'hospitalisation complète était donc une nouvelle fois réduit, passant à cinquante-trois. De nouvelles évolutions sont encore à venir.

2.3.3 Un avenir incertain

Deux autres unités sont également concernées par des projets à plus ou moins court terme : Provence et Gantianes.

Lors de la mission, il a été indiqué aux contrôleurs que le bâtiment accueillant l'unité Provence pourrait être désaffecté à moyen terme, peut-être dès la fin de l'année 2018. Les admissions en hôpital psychiatrique seraient alors réalisées à Gap dans une nouvelle unité. Cette annonce du printemps 2018 a généré beaucoup d'inquiétudes et fait l'objet d'une couverture médiatique locale importante. Le climat social s'est fortement dégradé (un communiqué du syndicat majoritaire – Force Ouvrière – a d'ailleurs été diffusé sur cette question pendant la visite des contrôleurs), nécessitant la venue du directeur de l'ARS (selon le directeur de l'hôpital, il n'y aurait pas de corrélation à établir : la visite de celui-ci était déjà prévue depuis plusieurs semaines). Aucune décision définitive n'était encore prise lors de la mission néanmoins, ce qui peut se justifier par deux séries d'explications :

- comme il y a dix ans, le projet n'emportait pas majoritairement l'adhésion. Les élus – notamment la présidente du conseil de surveillance, conseillère départementale et maire d'un village proche de Laragne-Montéglin – y sont opposés, tout comme les organisations syndicales et un grand nombre de personnels non médicaux rencontrés par les contrôleurs. Les arguments tiennent à la fois au projet de soins, la psychothérapie institutionnelle pouvant difficilement être « transplantée », et à l'impact économique de la disparition de cette unité pour la ville de Laragne-Montéglin et son canton. Certains soignants, ainsi que le représentant du syndicat majoritaire, ont fait part aux contrôleurs de l'intérêt d'un site hospitalier éloigné des bassins de population, permettant une véritable prise de distance avec le quotidien et les proches, et le maintien d'une communauté soignants-soignés, tous deux particulièrement opportuns en termes thérapeutiques ;
- la localisation de cette unité à Gap n'était pas encore définie. L'implantation dans l'un des étages actuels du CH de Gap semblait difficile : les patients, notamment en SSC, auraient été beaucoup plus contraints dans leurs mouvements, sans accès à l'extérieur et dans des locaux permettant moins d'activités. Elle ne correspondait pas à la philosophie des soignants. Les médecins eux-mêmes étaient plutôt favorables au transfert à Gap mais préconisaient d'autres solutions : soit construction *ex nihilo*, soit utilisation d'un bâtiment déjà existant hors de l'enceinte de l'hôpital général. En tout état de cause, l'hypothèse d'admissions en psychiatrie au sein des locaux du CH de Gap était déjà exclue.

La direction du CHBD a indiqué en mai 2018 qu'un expert indépendant allait très prochainement être nommé par l'ARS, et rendrait un avis pendant l'été. La décision définitive (maintien à Laragne-Montéglin vs. transfert à Gap) devait donc intervenir à l'automne 2018. Selon les informations reçues ultérieurement, c'est finalement une conférence de consensus qui s'est ouverte quelques semaines après la fin de la mission, animée non par un expert indépendant mais par un modérateur proposé par l'ARS. La conférence a conclu à la reconstruction de l'unité Provence, maintenue sur le site d'Arzeliers. Dans ses observations au rapport de constat, le directeur a précisé que l'ARS avait validé ces conclusions, « *ce qui a permis de dissiper les tensions sur le sujet* ». Il a expliqué qu'un nouveau projet d'établissement serait formalisé au premier semestre 2019, fixant définitivement ces nouvelles orientations. Il a enfin indiqué que contrairement à certaines informations reçues par les contrôleurs, il n'était de toute façon pas question de quitter le Provence dès la fin 2018, « *cela étant matériellement impossible* ».

Quant à l'unité Gentianes, il était question qu'elle disparaisse au profit d'une résidence thérapeutique temporaire dès l'automne 2018. L'objectif visé restait la réhabilitation des patients, mais dans une démarche socio-éducative et non strictement sanitaire. Par ailleurs, la réhabilitation et le retour à l'autonomie se faisant au plus près du lieu de vie habituel des patients, cette résidence était envisagée à Gap et non à Laragne-Montéglin. Dans sa réponse de novembre 2018, le directeur a confirmé l'évolution probable du pavillon Gentianes : « *la résidence thérapeutique accueillera dans ses douze appartements une partie des malades hospitalisés aux Gentianes, puisque l'objectif sera de faire de la réhabilitation psycho-sociale en milieu urbain* ». Aucune date ne semble fixée. En revanche, il n'est plus question de disparition de l'unité puisque selon lui certains lits de Gentianes subsisteront. Le nombre de lits maintenus n'est néanmoins pas défini, sachant que ce pavillon n'en compte déjà plus que quinze.

Il est permis de se demander si un tel exercice de fermeture de lits n'est pas *in fine* illusoire car une partie résiduelle des patients n'est pas aujourd'hui accessible à une autre forme de traitement que l'hospitalisation complète. Il a plusieurs fois été indiqué aux contrôleurs qu'une recherche active de solutions était entreprise, mais celle-ci a déjà été effectuée les années précédentes⁶. C'est une véritable mobilisation de l'ensemble des acteurs du département qui permet d'éviter le recours à l'hospitalisation temps plein dans un grand nombre de cas. Mais cette démarche trouve toujours ses limites : la direction, comme les représentants de Force Ouvrière, estiment à quarante ou quarante-cinq le nombre nécessaire de lits d'hospitalisation dans le secteur.

Certains cadres envisagent donc à moyen terme la survivance de deux unités : une unité d'admission (environ vingt-cinq lits) et une unité pour les patients au long cours, assez orientée vers la géronto-psychiatrie (quinze ou vingt lits). Il serait opportun que cette unité regroupe notamment les quelques patients des pavillons Gentianes et Edelweiss qui ne pourront pas être réorientés dans des structures médico-sociales, ces patients parfois dénommés au CHBD « *les zéro solutions* ».

Au total, l'établissement est en pleine transformation, ce qui ne rassure pas les équipes. Si aucune conséquence directe sur la prise en charge des patients n'a pu être constatée par les contrôleurs, un certain agacement sur ces sujets est palpable. Les cadres de santé des unités ont indiqué par exemple que les relèves quotidiennes avaient de plus en plus pour objet les sujets d'avenir professionnel ou la qualité des informations sur les évolutions du CHBD, et concernent de moins en moins la situation individuelle des patients. Dans une enquête d'octobre 2016 sur la qualité de vie au travail des agents du CHBD, 69 % des répondants avouaient d'ailleurs un stress professionnel par rapport à l'avenir⁷.

⁶ Pour reprendre l'exemple de l'unité Gentianes, son effectif moyen était de dix-huit patients lorsque sa capacité était de vingt-quatre lits, avant 2015. La fermeture de lits n'a pas entraîné une hausse de l'occupation des autres unités et l'effectif moyen de l'unité est désormais de douze patients. Il est possible d'en déduire, de façon schématique, qu'en moyenne six personnes aujourd'hui hébergées dans des structures extrahospitalières auraient autrefois été accueillies dans cette unité.

⁷ Source : bilan social 2016, p. 15

2.4 DES MOYENS HUMAINS SUFFISANTS ET TRES ATTACHES AU CHBD

2.4.1 Les effectifs et les caractéristiques du personnel

Le personnel est fidèle au CHBD, comme en témoignent le *turn-over* assez faible (de l'ordre de 10 % par an, en légère augmentation néanmoins), l'âge moyen des équipes (47 ans tous corps confondus, et même 55 ans pour les médecins – source : bilan social 2016) et les échanges que les contrôleurs ont pu avoir sur place, la plupart des agents faisant part de la qualité de vie professionnelle et personnelle que permet un emploi dans cet hôpital.

Le CHBD ne rencontre pas de problème de recrutement, même pour les médecins. Lorsque l'équipe médicale a dû se renouveler il y a quelques années, de jeunes psychiatres ont pu être recrutés sans difficulté (sans doute également attirés par le projet de soins), et plusieurs généralistes laragnais ont choisi de se spécialiser en psychiatrie et ont ainsi pu se voir confier les quelques postes encore vacants. Cette tradition doit être remarquée : il est fréquent au CHBD que les médecins somaticiens évoluent vers la médecine psychiatrique par l'obtention d'un diplôme universitaire obtenu en deux ou trois ans au titre de la formation continue (la chef de service de la psychiatrie adulte est par exemple une ancienne généraliste). Quoiqu'il en soit, lors de la visite des contrôleurs, il n'y avait aucun poste de psychiatre vacant, ce qui est rare.

Après une période de stabilité ces dernières années, le personnel est en légère baisse en 2018, traduction de la mise en œuvre des objectifs de la nouvelle direction. Au 30 avril 2018, le CHBD employait, en équivalent temps plein (ETP), 20,8 médecins et 475,4 personnels non médicaux.

Evolution globale des effectifs du CHBD

Année	Personnel médical (ETP)	Personnel non-médical (ETP)
2015	19,4	495,5
2016	19,5	484,9
2017	19,8	492,2

Un différentiel de dix-sept ETP apparaît si l'on compare les effectifs de 2017 avec ceux du 30 avril 2018. Néanmoins cet effectif ne peut être considéré comme l'effectif global pour 2018, notamment car il n'intègre pas les mensualités de remplacement sur les huit derniers mois de l'année. Dans ses observations au rapport de constat, la direction estimait que la baisse de l'effectif, par non-remplacement des départs en retraite ou non-renouvellement de contrat, était en réalité bien moindre. La direction des ressources humaines a indiqué que cet effort concernait les agents des fonctions support (administratifs, techniques) mais pas les soignants. En revanche, un redéploiement est envisagé en fonction des arbitrages en cours quant au devenir des unités Gentianes et Provence (*cf. supra*, § 2.3.3).

Les contrôleurs ont pu constater que le pôle psychiatrie n'était pas affecté par des baisses d'effectifs ces dernières années. Toutes unités confondues (intra et extrahospitalier), ce pôle comptait au 30 avril 2018 :

- vingt-et-un médecins (représentant 17,1 EPT) : quatorze praticiens hospitaliers dont deux pharmaciens ; trois attachés à temps partiel ; deux attachés associés à temps plein ; deux généralistes contractuels ;
- 256 personnels non médicaux, tous corps confondus, représentant 242,8 ETP.

S'agissant des seules unités d'hospitalisation complète en psychiatrie, la situation est correcte sans être particulièrement confortable comparée aux moyennes nationales : en équivalents temps plein, 3,7 médecins et 101,1 personnels non médicaux pour soixante-dix-neuf lits. Pour les médecins, le chiffre de 3,7 ETP n'est que théorique : en réalité, leur présence physique est plus importante compte-tenu du rôle déterminant des généralistes au CHBD, y compris dans les unités psychiatriques. L'un d'entre eux déclarera même aux contrôleurs : « *ce sont les médecins somaticiens qui assurent la permanence des soins* ». Ils effectuent les permanences sur site (ce qui n'est pas le cas des psychiatres, qui de leur côté assurent une astreinte sur tout le secteur) et sont donc présents 24h/24, dans une chambre de nuit sur le domaine. D'ailleurs, lorsqu'un patient est accueilli en hospitalisation complète au CHBD, le premier médecin qu'il rencontre est la plupart du temps généraliste, et non pas psychiatre. Chaque unité bénéficie d'un généraliste référent. Les contrôleurs ont constaté qu'ils étaient très présents dans les unités, nombre de patients les considérant comme leurs thérapeutes au même titre que les psychiatres.

Effectifs du personnel non médical par unités

Unité	ETP (30 avril 2018)
Edelweiss	23
Gentianes	21
Perce-Neige	25,9
Provence	31,2
Total	101,1

Les effectifs collent au nombre de lits (plus d'agents aux pavillons Perce-Neige et Provence qu'aux unités Edelweiss et Gentianes). L'unité Provence étant en principe l'unité d'admission, et celle accueillant la majorité des patients en SSC, il est cohérent qu'elle soit mieux dotée.

Effectifs par corps

Catégorie de personnel	ETP (30 avril 2018)
Cadres	4 (dont 2 faisant fonction)
Infirmiers (IDE)	50,9
Aides-soignants	23,6
Agents des services hospitaliers (ASH)	14,2
Psychologue	1,5
Assistante sociale	1,7
Psychomotricien	1,4
Ergothérapeute	0,3
Administratifs	2
Assistants médico-adm.	0,5
Contractuel socio-éducatif	1
Total	101,1

Le service dans les unités est assez classique, en trois-huit ou en journée. Contrairement à d'autres hôpitaux, le CHBD ne pratique pas le service en longue journée (douze ou treize heures d'affilée). A l'unité Provence, la dotation peut s'avérer généreuse. Pour la journée du 14 mai 2018 par exemple, étaient affectés trois agents (IDE, aides-soignants ou ASH) de journée, trois agents de matin, trois agents d'après-midi, et deux de nuit. Dans les autres unités, le service-type permet de disposer en moyenne de trois ou quatre agents le matin et trois agents l'après-midi. La nuit, il y a toujours deux IDE ou aides-soignants par unité.

Les difficultés concernent surtout l'absentéisme. La réduction de cet absentéisme était déjà un objectif du CPOM 2012-2016 et une légère baisse avait été constatée⁸. Or le taux d'indisponibilité globale (hors congés annuels ou exceptionnels, activité syndicale et formations) vient de nouveau de dépasser 10 % à l'aube de l'année 2018. Même s'il reste légèrement inférieur à la moyenne nationale, il préoccupe l'équipe de direction à la fois parce qu'il ré-augmente et parce qu'il représente un coût non négligeable alors que l'établissement doit faire des économies. L'absentéisme ne concerne pas spécifiquement les unités d'hospitalisation complète de psychiatrie, mais tout l'hôpital. D'ailleurs les chiffres les plus récents de la direction indiquent un taux d'indisponibilité du personnel soignant non médical de 9,2 % si l'on ne regarde que ces quatre unités, contre 11 % pour l'ensemble du CHBD.

La ventilation des absences est éclairante (source : bilan social 2016 – tous agents du CHBD) :

- congé maladie ordinaire et maternité : treize jours par an et par agent ;
- congé longue durée et congé longue maladie : quinze jours par an et par agent ;
- accidents du travail : trois jours par an et par agent.

Le taux d'affections de longue durée est inhabituellement élevé, et a été multiplié par deux entre 2012 et 2015. Ces congés maladie spécifiques, qui concernent peu d'agents mais aboutissent à un cumul très important de jours d'arrêt, sont justifiés majoritairement par des troubles musculo-squelettiques ou par des états dépressifs. Parallèlement, le nombre de contre-indications du médecin du travail est élevé (sur 282 conclusions du médecin du travail en 2016, 228 aptitudes seulement ; dans les autres cas, sont préconisés des aménagements de poste, des restrictions, des inaptitudes partielles ou totales, etc.). L'âge moyen du personnel et la pénibilité du travail, y compris hors psychiatrie, sont autant de facteurs aggravants.

Un plan de lutte contre l'absentéisme a donc été mis en œuvre récemment. Il vise à résoudre les problématiques individuelles en les anticipant : entretiens de carrière ou de remobilisation, accompagnement à la mobilité ou la réorientation professionnelle en cas d'inaptitude. Il a également pour but d'influer sur les accidents du travail : achats d'équipements pour porter les patients, formations pour prévenir les violences (même si le chiffre a paru peu significatif aux contrôleurs : hors accidents de trajet, quarante-deux accidents de travail en 2016, dont dix-sept concernant le pôle psychiatrique, et parmi eux treize accidents résultant d'agressions).

La direction estime que ce plan d'actions aura un impact mais il n'est pas mesuré pour l'instant. En tout état de cause, il ne semble pas que l'absentéisme ait aujourd'hui des conséquences sur le quotidien des patients, ou de façon très marginale (activités qui sont supprimées, exceptionnellement). L'effectif de sécurité est toujours respecté par ailleurs.

⁸ Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) assignait en effet au CHBD des objectifs annuels chiffrés, partant du réalisé de 2012. Le taux d'indisponibilité globale s'élevait alors à 12,4 % (source : CPOM, p. 18).

2.4.2 La formation

Le CHBD a investi 274 000 euros dans la formation de ses personnels en 2018. Trois types de formation coexistent : des formations liées à la promotion sociale (préparation d'examens ou du concours d'accès au grade supérieur, par ex.), des formations demandées par des agents au titre de projets individuels, souvent directement liées à leur exercice professionnel (une sur trois est retenue environ), et des formations en collectif, souhaitées par les unités.

Le plan local de formation 2018 prévoit, sur ce dernier aspect, sept formations pour le pôle de psychiatrie adultes, correspondant aux besoins exprimés : réhabilitation psycho-sociale, psychiatrie transculturelle, médiation, réseau précarité/santé, communication non violente, approfondissements des outils de réhabilitation psycho-sociale (exclusivement pour les agents de l'unité Gentianes), et gestion de la violence (formation de type OMEGA avant tout destinée aux agents de l'unité Provence). La formation OMEGA est plutôt nouvelle au CHBD. Elle est la conséquence du focus de l'encadrement sur la question des agressions et de la volonté du personnel de se doter d'outils pour faire face à la violence. Auparavant, les psychiatres étaient réticents aux formations relatives à la violence car ils supposaient que des gestes de contention y seraient appris. Ce n'est plus le cas aujourd'hui et les premières formations ont été dispensées, surtout tournées vers la relation soignant-patient. En revanche, s'agissant du ressenti individuel de la violence subie par le soignant, aucune formation n'est prévue et les modalités d'accompagnement des agents ayant rencontré ce type de difficulté ne sont pas protocolisées. Le CHBD n'emploie d'ailleurs pas de psychologue du travail, ce qui est regrettable.

Une formation d'adaptation à la fonction est en outre dispensée pour les soignants nouvellement affectés en psychiatrie. Entre temps de formation clinique et tutorat, cette formation s'étire sur trois ans. Elle pourrait être utilement complétée : elle n'aborde pratiquement pas l'isolement et la contention, ni les droits des patients hospitalisés sans leur consentement.

Plus généralement et en dépit d'une offre de formation conséquente, l'absence d'enseignement relatif aux écrits professionnels et à la traçabilité étonne dans la mesure où c'est surtout l'oral qui prévaut au CHBD, avec toutes ses limites. Par ailleurs, l'absence de formation du personnel administratif en charge du registre de la loi et des dossiers administratifs des patients sans consentement, comme celle des soignants, pose une véritable difficulté dont il sera fait état ci-après (cf. *infra*, § 3).

Recommandation

Le personnel en charge du registre de la loi et des dossiers administratifs des patients, ainsi que les soignants, doivent bénéficier d'une formation sur les différentes procédures régissant les soins sans consentement comme sur les droits y afférents.

3. LES DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES

3.1 DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT MAJORITAIREMENT ADMIS DANS LE CADRE DU PERIL IMMINENT

Les statistiques relatives à l'activité de l'établissement, fournies aux contrôleurs, mettent en évidence un faible taux de mesures d'admission des personnes en soins sans consentement (SSC), stable par ailleurs. Entre 2007 et 2016, le nombre de patients admis sous le régime des SSC a oscillé entre 5,4 % et 10,1 % du total des hospitalisations⁹. L'un des objectifs du CPOM 2012-2016 évoqué plus haut était précisément de « *réduire dans la mesure du possible les hospitalisations complètes par évitement du recours au SDRE ou par mise en place de programmes de soins ambulatoires* » (p. 10). Le faible taux de recours aux hospitalisations sans consentement reste en 2018 l'une des priorités de l'hôpital¹⁰.

Sur un total de 1 341 patients hospitalisés en 2016, **seuls 8,6 % relevaient de soins sans consentement**, soit 115 mesures :

- 106 en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) ;
- 9 sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

En 2017, sur un total de 1 268 hospitalisations, les admissions en soins sans consentement atteignaient 9,3 %, soit 118 mesures se répartissant comme suit :

- 105 en SDT ;
- 13 en SDRE.

Une analyse plus fine fait néanmoins apparaître une distorsion entre les types de mesures relatives aux admissions en SDT. Les mesures d'urgence (SDTU) et de péril imminent (SPI) représentaient à elles seules la majorité des admissions en soins sans consentement (85 %) sur les deux années de référence :

- en 2016, sur 106 SDT, on dénombrait 62 admissions en soins pour péril imminent (SPI) et 35 en soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) ;
- en 2017, sur 105 SDT, les admissions en SPI s'élevaient à 54, et celles en SDTU à 47.

Afin d'observer l'évolution de ce mode d'orientation et d'en comprendre le caractère d'urgence, les contrôleurs se sont également intéressés aux statistiques des admissions des patients en 2018, jusqu'à la date de leur visite. L'examen du registre des SDT, sur la période allant du 1^{er} janvier au 17 mai 2018 inclus, révèle que sur les trente-neuf admis, vingt et un (soit 54 %) l'ont été en péril imminent, treize (soit 33 %) en urgence et cinq (soit 13 %) sur la demande d'un tiers. Ainsi, les hospitalisations du début de l'année 2018 confirment la tendance des années précédentes en ce qui concerne les statuts d'admission.

Au 17 mai 2018, pendant la visite des contrôleurs, se référant aux patients en hospitalisation complète, on dénombre un patient toujours présent dans le cadre d'une admission en SDRE, un patient en SDT, un patient dans le cadre d'un SDTU et sept patients en SPI, confirmant encore la prééminence de ce mode d'admission.

⁹ Source : rapport d'activité 2016, p. 65

¹⁰ C'est ce qui ressort du document institutionnel présenté par le directeur comme la feuille de route du CHBD : « Valeurs, missions, orientations stratégiques 2018 », p. 1 (document en attente de signature par la présidente de la CME et le directeur).

Les orientations sous ces statuts particuliers sont réalisées majoritairement par les urgentistes des hôpitaux des environs (Gap, Sisteron, Briançon). Pour les admissions en SDT du début de l'année 2018, les mesures prises sous les statuts de péril imminent ou d'urgence émanent pour la moitié d'entre elles du service des urgences de Gap. Bon nombre de SPI proviennent également des hôpitaux de Sisteron, Briançon ou d'Embrun, les certificats médicaux de médecins de ville étant très minoritaires (trois cas sur vingt et un SPI)¹¹.

Les contrôleurs, comme la présidente de la commission médicale d'établissement¹² et nombre d'agents hospitaliers rencontrés, s'interrogent sur la notion d'urgence¹³ que revêtent ces admissions. D'ailleurs, la majorité de ces mesures sont levées par les psychiatres dans le mois suivant l'arrivée : pour le début d'année 2018, près d'un tiers de celles-ci sont levées entre le deuxième et le dixième jour, un second tiers étant levé dans un délai allant de onze à trente jours ; à l'exception de trois patients ayant pu regagner leur domicile ou bénéficier de soins ambulatoires, pour tous les autres la prise en charge s'est poursuivie en hospitalisation en soins libres. Sur les vingt-cinq patients admis en SPI et SDTU du premier trimestre 2018, seuls deux étaient encore hospitalisés en mai, mais en soins libres désormais.

Recommandation

Face à la prépondérance de patients admis en soins pour péril imminent, il convient de rappeler aux services des urgences que les admissions sous cette forme doivent être sérieusement argumentées, tant sur l'impossibilité de recueillir la demande d'un tiers que sur l'existence d'un péril pour la santé du patient.

3.2 UNE INFORMATION INCOMPLETE DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR LEURS DROITS

Dès leur arrivée dans leur unité d'affectation – le plus souvent au pavillon Provence – les patients sont informés de leur statut par l'infirmier qui les a accueillis, une explication leur étant donnée sur les raisons de leur hospitalisation et sur les contraintes spécifiques liées à la mesure de soins sans consentement, et plus particulièrement pour les admissions à la demande du représentant de l'Etat.

La notification de la décision d'admission, émargée du patient, ne s'effectue toutefois que lorsque l'unité est en possession de ladite décision, transmission qui peut intervenir en différé par rapport au moment de l'admission réelle dans l'unité. En effet, s'agissant des patients admis en SDT, la décision du directeur est prise, non à bref délai comme prévu par la loi et rappelé par

¹¹ Source : registre des SDT, 1^{er} janvier au 17 mai 2018

¹² L'intéressée s'en émouvait notamment dans le rapport d'activité 2016 (p. 12).

¹³ La notion de péril imminent n'est pas définie par les textes mais la Haute autorité de santé la conçoit comme « l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient en cas de refus de soins » et précise que le médecin doit « prendre en compte l'aggravation rapide des troubles en l'absence de soins immédiats, le mode de vie dans lequel le patient ne saurait retourner sous peine d'aggravation (accès à des toxiques, moyens suicidogènes, situation familiale, etc.) » ; v. HAS, Recommandations sur les modalités de prise de décisions concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, avril 2005.

la Cour de cassation¹⁴, mais après le certificat médical des vingt-quatre heures et en tout état de cause uniquement le premier jour ouvrable après l'admission effective lorsque celle-ci intervient un vendredi en début de soirée ou durant la nuit¹⁵. Pour les patients admis en SDRE sur arrêté provisoire du maire, seul l'arrêté préfectoral, pris dans un délai de vingt-quatre à quarante-huit heures de l'arrêté municipal, est notifié au patient.

Recommandation

Dans le respect des dispositions de l'article L.3211-3 du code de la santé publique, l'organisation de l'établissement doit permettre la rédaction et la signature de la décision d'admission du directeur dès la prise en charge effective du patient. De même, l'arrêté municipal, nonobstant son caractère provisoire, doit être notifié au patient pour lui permettre de faire valoir ses droits.

Lorsque l'état du patient n'est pas compatible avec la notification de la décision d'admission ou qu'il refuse de signer, cette situation est attestée par un, voire deux infirmiers. L'information sur son statut est alors reprise par l'infirmier lors de la notification de la convocation pour l'audience du juge des libertés et de la détention (JLD), avec mention dans l'application Cariatides.

Pour les SDRE, un document intitulé « *notification sur l'information des droits et voies de recours* » est joint à l'arrêté préfectoral et retourné, signé par l'intéressé, à l'ARS par l'unité via le bureau des entrées. Ce document, qui ne reprend pas *in extenso* les droits du patient hospitalisé sans consentement tels que définis par l'article L.3211-3 du code de la santé publique, n'est en revanche pas communiqué à la personne admise sur décision du directeur.

Les infirmiers tout comme les agents du bureau des entrées, rencontrés par les contrôleurs, ont précisé ne pas connaître, ni détenir, de fiche d'information relative aux droits de la personne en soins psychiatriques qui n'est de ce fait ni remise aux patients ni affichée dans les unités. Le seul document connu, et apposé sur les tableaux d'affichage, est la *Charte de la personne hospitalisée*. Du fait de l'absence de formation sur les lois de 2011 et 2013, la connaissance du personnel soignant et administratif quant aux droits spécifiques des patients hospitalisés sans consentement s'est avérée être limitée à l'audience du JLD.

¹⁴ Avis de la Cour de cassation en date du 11 juillet 2017 : « *la décision d'admission peut être retardée le temps strictement nécessaire à l'élaboration de l'acte, qui ne saurait excéder quelques heures. Au-delà de ce bref délai, la décision est irrégulière* ».

¹⁵ Le 18 mai 2018 le juge des libertés et de la détention a ordonné la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète en soins sans consentement aux motifs du non-respect du bref délai pour un patient arrivé au CHBD en hospitalisation complète en soins sans consentement le vendredi en fin d'après-midi mais dont la décision d'admission du directeur n'a été prise que le lundi et notifiée au patient le mardi matin.

Recommandation

Le document intitulé « notification sur l'information des droits et voies de recours » actuellement joint aux arrêtés du préfet doit être modifié pour intégrer l'ensemble des droits édictés à l'article L.3211 du code de la santé publique et doit être notifié en même temps que la décision d'admission à tous les patients faisant l'objet de soins sans consentement, SDRE comme SDT.

Ainsi qu'ont pu le vérifier les contrôleurs, la copie de la décision d'admission est bien remise au patient qui peut, à son choix, la conserver dans sa chambre ou la laisser dans son dossier. En revanche, la copie des certificats médicaux initiaux ou postérieurs à l'admission n'est pas remise au patient. Tout au long de l'hospitalisation, ces certificats sont expliqués au patient par le médecin et donnent souvent lieu à précisions par l'infirmier. Le patient peut par ailleurs, à tout moment, demander à consulter les certificats médicaux en présence du médecin psychiatre. Le recueil des observations du patient n'est pas mentionné sur les certificats médicaux mais, lorsqu'elles existent, ces observations sont consignées informatiquement dans son dossier individuel.

Recommandation

Les certificats médicaux gagneraient à inclure une mention précisant que le patient a été informé, de manière adaptée à son état, du maintien des soins ou du projet de prise en charge et qu'il a pu faire valoir ses observations.

3.3 DES SUPPORTS ECRITS D'INFORMATION GENERALE QUASI-INEXISTANTS

3.3.1 Le règlement intérieur et le site internet

L'établissement ne dispose pas de règlement intérieur et son site internet n'est pas actualisé. A titre d'exemple il y est fait état de la loi de 1990, d'« hospitalisation d'office » et d'« hospitalisation à la demande d'un tiers », mesures pourtant rebaptisées SDRE ou SDT et amplement modifiées par les lois des 5 juillet 2011 et 27 septembre 2013.

3.3.2 Les règles de fonctionnement des services

A l'arrivée de chaque patient, un infirmier lui présente sa chambre, lui fait visiter le pavillon et lui explique les règles de vie. Celles-ci ne sont toutefois pas consignées par écrit et ne sont donc ni remises aux patients ni affichées dans le pavillon.

A la suite d'une demande exprimée par les patients lors d'une réunion « soignants-soignés » tenue à l'unité Provence en mars 2018, une plaquette de présentation du pavillon, de son équipe et des règles de vie a été élaborée. Les contrôleurs ont pu prendre connaissance de ce document qui est en cours de finalisation et de validation par la direction. Il a été précisé aux contrôleurs que ce projet, présenté aux autres unités, pourrait être généralisé aux différents pavillons.

Recommandation

L'établissement doit se doter de documentations écrites permettant aux patients et à leurs proches de connaître l'organisation des services, les règles de vie quotidienne dans les unités, leurs droits et devoirs et s'assurer de la distribution de ces documents dans les différents pavillons pour affichage et remise aux patients.

3.3.3 Le livret d'accueil

L'établissement dispose d'un livret d'accueil qui présente le plan du centre hospitalier, les formalités d'admission, le déroulement du séjour, les modalités de sortie, les droits, les devoirs, les recommandations, les engagements qualité de l'établissement. Ce livret comprend également différentes plaquettes dont la charte de la personne hospitalisée et celle des droits et libertés de la personne accueillie ainsi qu'un fascicule sur la psychiatrie général adulte. Ce dernier document présente les unités de soins et autres structures, explique les diverses décisions d'admissions en soins sans consentement, la prise en charge pendant les soixante-douze premières heures, la poursuite des soins au-delà et les sorties de courte durée.

Les contrôleurs ont cependant constaté que ce livret d'accueil n'était pas remis aux patients à leur arrivée, ce qui est regrettable.

Par ailleurs, il ne mentionne ni les droits spécifiques du patient hospitalisé sans consentement tels que définis par l'article L.3211-3 du code de la santé publique ni le droit à réclamation et à recours, ni les coordonnées du JLD, de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), de la commission des usagers (CDU), ou encore du CGLPL.

En outre, les affichages dans les unités ne comportent ni la liste des droits des personnes hospitalisées sans leur consentement, ni les adresses du JLD ou de la CDSP, ni la liste des avocats du barreau de Gap.

Recommandation

Le livret d'accueil, à distribuer aux patients lors de leur arrivée dans l'unité, doit être réécrit ; afin que l'intégralité des droits des patients en soins sans consentement doit y être mentionnée ; que le nom et les coordonnées du juge des libertés et de la détention, des membres de la commission départementale des soins psychiatriques, de la commission des usagers et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté doivent figurer dans une rubrique sur les voies de recours.

Dans sa réponse au rapport de constat, datée du 23 novembre 2018, le directeur a tenu à indiquer que le CHBD avait d'ores et déjà pris en compte un certain nombre des observations relatives aux droits des patients, énoncées oralement par les contrôleurs lors de la réunion de restitution qui s'est tenue en fin de visite. Il précisait notamment qu'une nouvelle procédure de gestion des admissions, non communiquée aux contrôleurs, avait été mise en œuvre dès le 1^{er} juin 2018.

3.4 UN HOPITAL GLOBALEMENT A L'ECOUTE DES PATIENTS ET DE LEURS FAMILLES, MAIS DONT LES LIENS POURRAIENT ETRE ENCORE RESSERRES AVEC LES REPRESENTANTS DES USAGERS

3.4.1 Les structures représentant patients et familles au CHBD

Deux structures sont particulièrement actives : le groupe d'entraide mutuelle (GEM) et la section des Hautes-Alpes de l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM).

a) Le groupe d'entraide mutuelle

Le GEM est une association créée à l'initiative de patients, qui regroupe une quarantaine de membres. A l'origine, il réunissait à la fois des malades du CHBD et du CH de Briançon, des patients suivis en ambulatoire et des infirmiers psychiatriques. Aujourd'hui les infirmiers ne participent plus : le groupe est composé exclusivement d'usagers suivis en ambulatoire et de patients accueillis – ou ré-accueillis – au CHBD.

Le GEM est subventionné par l'agence régionale de santé (ARS) à hauteur de 70 000 euros par an, et emploie deux animatrices salariées et une secrétaire comptable. Les autres membres actifs sont bénévoles. Le GEM a signé une convention avec le CHBD : son objet est de favoriser l'échange et développer des savoirs et des expériences pour faciliter l'accompagnement spécifique des personnes en situation de difficulté psychique. Elle y parvient par des interventions régulières de professionnels du CHBD (psychologue et éducatrice spécialisée) et par l'organisation d'ateliers animés par des bénévoles : couture, numérique, écriture, jardinage, lecture, chant, cuisine, sorties-découvertes, etc. Il s'agit de rompre l'isolement des patients, promouvoir leur autonomie, faciliter les liens sociaux et l'exercice de la citoyenneté, lutter contre la stigmatisation en développant des actions visant à favoriser la reprise de la confiance en soi et la créativité.

Le GEM publie également un journal réalisé par les patients, subventionné lui aussi par l'ARS, mais aussi par la ligue de l'enseignement, la ville de Gap, l'union départementale des associations familiales (UDAF) des Hautes-Alpes et l'union nationale des GEM de France. Les contrôleurs ont pu consulter le numéro de mars 2018, qui est le quatrième depuis sa création. Il avait pour thème principal : « travail et santé mentale », les articles suivants ayant retenu leur attention :

- un tour des différentes structures pour travailleurs handicapés psychiques ;
- comment constituer un dossier commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;
- interviews de travailleurs en établissement et service d'aide au travail (ESAT) ;
- j'aime mon travail mais il me détruit.

b) L'UNAFAM des Hautes-Alpes

L'UNAFAM représente une soixantaine de familles dans le département, dont une dizaine comptant un parent hospitalisé au CHBD.

Auparavant moins investie sur le site d'Arzeliers, l'UNAFAM des Hautes-Alpes semble se redynamiser en 2018 et développe de nouveaux projets. Ses principales activités sont la visite de patients dans les unités, l'information des familles, la formation des familles en lien avec les soignants, et l'organisation d'événements comme la « *Psycyclette* » (cinquième édition, du 11 au 16 juin 2018 : il s'agit d'une promenade de cinq jours en vélo dans le département pour des

patients accompagnés de soignants, permettant leur intégration sociale à travers un challenge sportif).

Les contrôleurs ont rencontré les représentants de l'UNAFAM départementale, qui leur ont fait part de nombreux sujets d'inquiétude. Certains avaient déjà été notés par les contrôleurs et feront l'objet de développements *infra* : dysfonctionnements avec l'UDAF (§ 3.8), absence de salons de visite dans les unités (§ 5.3), offre d'activités physiques réduite (§ 6.6), horaires d'ouverture de la cafétéria (§ 6.6). Pour d'autres sujets, l'appréciation des contrôleurs est moins critique, notamment en ce qui concerne la prise en charge (les représentants indiquant que les contacts entre patients et psychiatres seraient peu fréquents, ce qui n'a pas réellement été constaté dans toutes les unités), et surtout le manque d'information sur les traitements alors qu'ils ont souligné au contraire la qualité de l'implication de la pharmacie dans la prise en charge globale du patient, et la possibilité pour celui-ci d'être reçu par l'un des pharmaciens, précisément pour lui expliquer son traitement (*cf. infra*, § 8.3). Mais des progrès seront encore accomplis en la matière afin que les familles comprennent mieux la maladie et les traitements : le programme *Profamilles* va être proposé au niveau local, sous l'impulsion de l'UNAFAM. Mis en œuvre par des professionnels du CHBD (médecins, infirmiers, psychiatres, psychologues) en huit séances, ce programme psycho-éducatif né au Québec est destiné aux familles et proches de patients souffrant de schizophrénie ou de troubles apparentés. Il permet en outre aux familles de développer leurs capacités relationnelles avec leurs proches atteints, mieux maîtriser leurs émotions, et savoir obtenir de l'aide. Selon l'UNAFAM, ce type de formation a également un impact sur l'évolution des malades. Des analyses récentes montreraient que lorsqu'une prise en charge psycho-éducatrice est proposée aux familles, le taux de rechute du proche hospitalisé en psychiatrie est divisé par quatre l'année suivant la formation, et par deux les années suivantes.

Bonne pratique

Il est proposé aux familles un programme de formation leur permettant de mieux appréhender la maladie et le traitement de leur proche hospitalisé au CHBD et de maintenir le contact avec lui de façon positive et efficace.

Même si un travail a débuté avec la nouvelle direction sur ce thème, les représentants de l'UNAFAM ont également pointé le manque de visibilité de leur association. Plus largement, les contrôleurs s'interrogent sur la place réelle des associations d'usagers dans la vie de l'établissement, comme dans leur rapport avec le personnel médical et paramédical. Dans les unités, les soignants ne semblent pas bien les connaître et en parlent rarement aux patients. Les contrôleurs ont en outre été sensibles au fait que ces différentes associations ont peu de contacts entre elles et peu d'actions communes, alors qu'elles poursuivent des objectifs assez semblables.

Recommandation

Une meilleure information sur les différentes associations qui œuvrent au sein du CHBD et des liens plus étroits entre elles permettraient une plus grande prise en charge du désarroi des usagers et des familles face à l'hospitalisation en psychiatrie et la souffrance qui peut en résulter.

3.4.2 La commission des usagers

La commission des usagers (CDU) est composée de représentants des patients et des familles (UNAFAM, association départementale des amis et parents d'enfants inadaptés – ADAPEI, union nationale des amis et parents d'enfants inadaptés – UNAPEI, association génération seniors), du directeur, du médiateur médecin, et d'un cadre de santé. Par ailleurs, l'ingénieur qualité, la responsable des ressources humaines, la responsable du pôle patients et un infirmier y sont associés avec voix consultative. Il est étonnant que le GEM ne soit pas membre de cette instance avec voix délibérative au même titre que l'UNAFAM. Dans sa réponse de novembre 2018, le directeur a indiqué que le GEM n'avait pas présenté sa candidature lorsque l'ARS les avaient recensées, mais qu'il permettait à ses représentants d'y assister sans voix délibérative. Compte-tenu de son rôle au CHBD et particulièrement sur le site d'Arzeliers, les contrôleurs estiment qu'il mérite une autre place.

Recommandation

Le groupe d'entraide mutuelle (GEM), qui œuvre au sein du CHBD et regroupe un grand nombre d'usagers, doit être représenté au sein de la commission des usagers avec voix délibérative, comme les autres associations.

La commission s'est réunie deux fois en 2016 et trois fois en 2017.

En 2016, elle a examiné sept plaintes et réclamations : elles portaient sur les conditions de séjour, le voisinage, et les traitements. Seize demandes d'accès au dossier médical ont été émises par ailleurs.

En 2017, elle a examiné quatre plaintes par écrit (prise en charge, conditions de séjour et inquiétudes du voisinage) et une réclamation pour des polos perdus par un patient. Là encore, seize demandes d'accès au dossier médical ont été recensées.

L'un des contrôleurs a pu assister à la CDU du 15 mai 2018, deuxième commission de l'année. L'ordre du jour était fixé comme suit : approbation du compte rendu de la réunion précédente ; demandes d'accès au dossier médical ; plaintes et réclamations ; suivi des événements indésirables graves ; mesure de satisfaction des usagers : présentation des résultats de la dernière campagne ; point d'étape sur la certification V2014 ; point sur les projets institutionnels (foyer d'accueil médicalisé, résidence thérapeutique, etc.) ; questions diverses. Ont déjà été notées pour 2018 quinze demandes d'accès au dossier médical et deux plaintes orales : l'une pour maltraitance – mais la patiente est ensuite revenue sur ses propos et la plainte a été classée sans suite – et l'autre pour des vêtements égarés. L'ingénieur qualité a présenté la situation des événements indésirables graves depuis janvier 2018 : il ne s'agissait que de sorties non autorisées (quinze cas), les agressions entre patients ou sur le personnel étant considérées non comme événement indésirable grave, mais comme événement indésirable simple. Le directeur a tenu à préciser, dans sa réponse au rapport de constat, que depuis la visite, des agressions perpétrées

en juillet 2018 avaient été considérées comme des évènements indésirables graves. Il n'y a pas eu de signalement de maltraitance par ailleurs sur le début de l'année 2018.

Recommandation

Les événements indésirables graves ne doivent pas uniquement recenser les sorties non autorisées. Il convient d'y ajouter les violences ou agressions graves entre patients ou sur le personnel, dont la commission des usagers doit avoir connaissance.

3.4.3 Les questionnaires de sortie

Depuis le 1^{er} janvier 2018, pour l'ensemble des sites du CHBD, 41 % des patients sortants ont renseigné les questionnaires de satisfaction. Environ 400 questionnaires ont été ainsi analysés. Parmi les mesures de satisfaction énoncées, un nouvel item est apparu en 2018 : l'intimité. Les patients ayant répondu plébiscitent le contact (96 % de satisfaits), l'installation dans la chambre (89 %), la salle à manger (89 %). Inversement, les répondants critiquent surtout le courrier (seulement 39 % de satisfaits), la cafétéria (50 %) et les sanitaires (55 %).

Les statistiques sont accessibles unité par unité. Les tendances sont les suivantes :

- points de satisfaction : le contact avec les soignants (100 % à Provence, 94 % à Gentianes, 90 % à Perce-Neige, 87 % à Edelweiss) et la nourriture (100 % à Gentianes et Edelweiss, 90 % à Provence, 86 % à Perce-Neige) ;
- points de mécontentement : la fréquence du lavage du linge (22 % seulement à Provence), les sanitaires (26 % à Gentianes), le courrier (11 % à Edelweiss, 31 % à Gentianes), le mobilier (40 % à Perce-Neige), l'équipement (33 % à Edelweiss) ;
- le taux de satisfaction concernant l'information reçue est très variable : 94 % à Gentianes mais 56 % à Provence alors qu'elle constitue l'unité d'admission ;
- les appréciations portant sur l'intimité varient également d'une unité à l'autre : 89 % à Provence, 77 % à Edelweiss, 63 % à Gentianes et 50 % à Perce-Neige.

Il n'a pas été possible de préciser aux contrôleurs les modalités de renseignement de ces questionnaires. Il n'est pas certain, du reste, que ce soit systématiquement les patients qui les remplissent : il pourrait s'agir de tiers, familles ou associations. Compte-tenu également du nombre de répondants (moins d'un patient sur deux), ces chiffres sont apparus aux contrôleurs plus indicatifs que réellement significatifs.

3.5 UNE PROCEDURE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE PEU UTILISEE ET NON FINALISEE

La possibilité de désigner une personne de confiance et le rôle de celle-ci (aide dans les démarches et dans certaines décisions) figure en page 9 du livret d'accueil.

Lors de l'entretien infirmier arrivant, une fiche de recueil de données prévoyant tant la personne à prévenir que la personne de confiance – distinction qui est apparue bien assimilée par les infirmiers et cadres rencontrés – est renseignée et retranscrite sur l'application Cariatides avant d'être faxée au bureau des entrées. La personne de confiance n'est informée de sa désignation ni par les infirmiers ni par le bureau des entrées, sauf lorsqu'il s'agit d'un membre de la famille ou d'un tuteur, en raison des contacts étroits existant avec l'équipe soignante, cette information n'étant toutefois pas matérialisée par écrit.

Le nombre de patients ayant usé de cette faculté n'a pu être recensé, mais paraît toutefois limité. En effet, pour le pavillon Provence, sur les vingt-trois patients présents lors du contrôle, seuls quatre à cinq avaient désigné une personne de confiance. Selon les agents du bureau des entrées, les infirmiers sont de plus en plus sensibilisés à cette question de sorte que, depuis environ un an, les désignations de personnes de confiance sont en augmentation.

Recommandation

Dans le respect de l'article L.1111-6 du code de la santé publique, la personne de confiance désignée par le patient doit être informée de sa désignation et des conséquences en découlant et invitée à confirmer son accord sur celle-ci.

3.6 LE DROIT DE VOTE DES PATIENTS : UN DROIT RESPECTE MAIS NE FAISANT PAS L'OBJET D'UN ACCOMPAGNEMENT INSTITUTIONNEL

L'article 10 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie (prévue par l'art L.311-4 du code de l'action sociale et des familles), remise dans le livret d'accueil et affichée dans les unités, indique : « *L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect si nécessaire des décisions de justice* ». Dans les faits, rien n'est formulé sur le vote et ses modalités, ni dans le livret d'accueil, ni lors de l'entretien d'accueil et les contrôleurs n'ont vu aucune affiche à ce sujet, même ancienne (pour les élections de 2017, par exemple).

Pour les majeurs protégés, l'hôpital respecte le principe selon lequel le droit de vote est maintenu si aucune précision ne figure dans le jugement. Ce sont les mandataires de justice qui tiennent à disposition les cartes d'électeur pour les patients sous tutelle ou curatelle. Des personnes mises sous tutelle depuis de nombreuses années peuvent recouvrer leur droit de vote si elles le désirent et si le juge des tutelles les en estime capables. Inversement, selon certains témoignages reçus, il est arrivé qu'un juge des tutelles n'autorise pas un patient à voter au vu de son état, en s'appuyant sur un certificat médical.

Lors des élections, une information est faite oralement par les cadres de santé dans les unités auprès des patients les plus autonomes, des familles et des tuteurs. Les autorisations de sortie, nécessaires pour aller voter, sont données sans difficulté. En revanche, l'hôpital a indiqué qu'il n'y avait eu aucune demande de procuration pour les élections présidentielle et législatives de 2017.

Le CHBD ne dispose pas de statistiques en la matière mais les soignants ont indiqué aux contrôleurs que peu de personnes avaient voté lors des derniers scrutins.

Les données que les contrôleurs ont pu récupérer sont lacunaires et procèdent du seul souvenir des soignants : les patients sont selon eux très peu demandeurs.

Les contrôleurs n'ont pas constaté non plus d'incitation particulière par la communauté soignante à cet égard.

3.7 UN ACCES AU CULTE FACILITE, MAIS UNE SEULE RELIGION REPRESENTEE

Il est précisé dans le livret d'accueil : « *Si vous le souhaitez, vous pouvez rencontrer le ministre de votre culte en vous adressant au cadre de santé de votre unité. Ce dernier vous indiquera comment le joindre. [...] Les patients [...] peuvent se rendre au culte catholique à la chapelle le*

vendredi après-midi ». Par ailleurs, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, communiquée aux patients et affichée, consacre son article 11 à la pratique religieuse : « *Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions, opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements ou services* ».

Dans les faits, la chapelle, autrefois utilisée, est désacralisée. Le livret d'accueil est donc obsolète sur ce point. En revanche, les patients qui souhaitent assister à la messe du dimanche, à Laragne-Montéglin, sont accompagnés sans difficulté par les soignants des unités (quatre ou cinq patients chaque dimanche). Le curé de la paroisse, qui est l'aumônier catholique, vient régulièrement au CHBD pour visiter des patients de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). A la demande, il visite volontiers des patients hospitalisés en psychiatrie, au sein même des unités. Selon les infirmiers, son approche des patients est enrichissante et positive. Il connaît le milieu médical puisqu'il s'agit d'un ancien pédiatre qui a fait son internat en psychiatrie à Montfavet (Vaucluse).

Il n'est pas fait mention d'autres religions que la religion catholique dans les documents du CHBD et aucun autre aumônier ne se déplace selon les soignants. Les contrôleurs n'ont vu aucune affiche concernant le culte. Les cadres de santé indiquent recevoir très peu de demandes de patients et aucune à ce jour concernant un autre culte.

3.8 LES PATIENTS SOUS PROTECTION JURIDIQUE, DE PLUS EN PLUS PRIS EN CHARGE PAR LES MANDATAIRES DU CHBD

Les patients dont le niveau d'autonomie laisse à penser qu'une protection juridique est nécessaire sont repérés dès l'arrivée par l'assistante sociale présente à l'unité Provence. Un bilan médico-social est effectué et le patient est ensuite suivi régulièrement, soit par l'assistante sociale de l'unité Provence soit par celle de l'unité où il est affecté. Le relais est facilement assuré puisque chaque unité bénéficie d'un mi-temps d'assistante sociale (0,7 ETP à Gentianes ; 0,5 ETP à Provence ; 0,3 ETP à Edelweiss ; 0,3 ETP à Perce-Neige). Elles effectuent notamment des permanences dans les unités ; un planning est souvent affiché (ex. : Perce-Neige). Elles sont en lien direct avec le patient et échangent très régulièrement avec l'équipe de soins ; elles participent au moins une fois par semaine à la relève.

Chaque fois qu'une protection juridique est proposée, une information est réalisée auprès du patient et sa famille quant au coût du certificat médical circonstancié qui doit accompagner la demande à peine d'irrecevabilité (article 431 du code civil). La liste des médecins agréés par le procureur de la République près le TGI de Gap leur est transmise. Ce certificat, qui s'apparente à une expertise, doit répondre aux exigences de l'article 1219 du code de procédure civile, et peut s'appuyer le cas échéant, sur les conclusions du médecin traitant du patient¹⁶. Le coût du certificat est de 160 euros à payer au médecin agréé. Mais au CHBD ces frais sont régulièrement pris en charge : les assistantes sociales peuvent adresser, pour le compte des patients, une

¹⁶ En revanche, si la demande adressée au juge des tutelles vise à alléger la mesure de protection juridique ou proposer sa suppression, le certificat circonstancié du médecin agréé n'est pas nécessaire : le certificat du médecin traitant peut suffire.

demande au conseil départemental des Hautes-Alpes dans le cadre des secours exceptionnels départementaux. Les demandes de patients bénéficiant des *minima* sociaux sont examinées avec bienveillance par le conseil départemental.

Bonne pratique

Les frais d'expertise pour les demandes de protection juridique sont en principe pris en charge par le conseil départemental lorsque le patient bénéficie des minima sociaux.

L'assistante sociale présente ensuite la demande au juge des tutelles, en concertation avec les proches du patient. Il faut quelques mois pour obtenir la décision du juge. Les assistantes sociales ont indiqué que la procédure leur paraissait parfois longue.

Lorsque les patients deviennent des majeurs protégés, ou lorsqu'ils le sont déjà à leur arrivée (c'est souvent le cas au pavillon Edelweiss pour les patients dits « au long cours »), les contacts avec les mandataires judiciaires sont effectués aussi souvent que nécessaire, par l'assistante sociale mais aussi par les unités et par les proches.

Les mandataires judiciaires peuvent être des mandataires privés, des mandataires de l'union départementale des associations familiales (UDAF) des Hautes-Alpes ou des mandataires du CHBD.

Il a été précisé aux contrôleurs que l'on assistait depuis dix ans à un glissement entre l'UDAF et le CHBD. De plus en plus de patients sont désormais pris en charge par les mandataires de l'établissement, alors qu'autrefois cette mission était majoritairement confiée à des mandataires de l'UDAF 05. Le service de protection judiciaire des majeurs du CHBD comprend deux mandataires judiciaires (pour 1,9 ETP), deux agents assurant la gestion administrative et un secrétaire¹⁷.

Lors de la visite des contrôleurs, trente-sept patients hospitalisés en psychiatrie étaient sous protection judiciaire :

- dix-sept patients pour lesquels la protection était assurée par les mandataires du CHBD (à Gentiane : un sous tutelle ; à Perce Neige : treize dont onze sous tutelle et deux sous curatelle renforcée ; à Edelweiss : trois sous tutelle) ;
- treize patients pour lesquels la protection était assurée par les mandataires de l'UDAF 05 (à Provence : deux sous tutelle, en SSC par ailleurs ; à Gentianes : trois sous tutelle ; à Perce-Neige : sept sous tutelle ; A Edelweiss : un sous tutelle) ;
- sept patients pour lesquels la protection était assurée par la famille ou un mandataire privé (un à Provence, un à Perce-Neige, cinq à Edelweiss).

Les soignants et les assistantes sociales ont signalé aux contrôleurs des dysfonctionnements récurrents avec les tuteurs de l'UDAF 05. Il est notamment très difficile de les joindre, ce qui occasionne parfois des retards conséquents dans les prises de décisions. Dans l'urgence, ce sont parfois des solutions moins adaptées qui sont adoptées en l'absence de réaction de leur part.

¹⁷ Source : rapport d'activité 2016, p. 86

Recommandation

Les mandataires de l'union départementale des associations familiales des Hautes-Alpes doivent demeurer facilement accessibles pour prendre toute décision relative aux droits civils et sociaux des patients protégés et pour participer plus activement à leur prise en charge.

La loi prévoit un compte rendu de gestion chaque année, réalisé par le mandataire. Les familles reçoivent une information concernant la formalisation de ce compte rendu : lors de la notification du jugement, leur est transmis un modèle d'inventaire, de budget prévisionnel et de compte de gestion ainsi qu'une sorte de « mode d'emploi » de la tutelle ou de la curatelle leur précisant leur rôle et leur fonction. Dans son jugement de mise sous protection, le juge peut dispenser le tuteur ou curateur de compte de gestion. Cette dispense intervient dans les cas où le majeur protégé ne dispose que de l'allocation adulte handicapé et n'a pas de patrimoine.

Les patients sous tutelle ou curatelle peuvent se rendre – accompagnés ou non, selon leur état – à la régie située dans le bâtiment administratif du site d'Arzeliers, où un guichet est ouvert de 8h30 à 10h30 les jours ouvrables. Ils peuvent y demander la somme allouée à leurs dépenses et obtenir diverses informations. La responsable de la régie tient régulièrement à jour sur ordinateur l'état des comptes de toutes les personnes sous protection judiciaire. Ces comptes sont alimentés par virement par les curateurs et tuteurs. Les personnels de la régie n'ont pas fait état auprès des contrôleurs de retards fréquents ou de mandataires inconséquents.

3.9 LA CONFIDENTIALITE DE L'ADMISSION ET DE LA PRESENCE DU PATIENT NI PROTOCOLISEE, NI ASSUREE

S'il est précisé dans le livret d'accueil que « vous pouvez exiger qu'aucune indication ne soit donnée sur votre présence et/ou sur votre état de santé », force est de constater que les modalités d'anonymat de l'hospitalisation ne sont pas connues des soignants. Aucune formalisation n'est mise en place et proposée aux patients. Les sept personnes qui se succèdent au standard jour et nuit indiquent ne pas connaître l'identité des patients présents et renvoyer toutes les communications vers l'unité d'entrée. Or, nombre de patients sont très connus, soit pour avoir été hospitalisés à de multiples reprises – le nombre de primo-admissions n'est que d'un tiers environ¹⁸ – soit pour être présents depuis plusieurs mois. Les soignants déclarent recevoir des communications en direct les concernant. La confidentialité n'est donc efficace qu'une fois l'unité contactée et porte exclusivement sur l'état de santé du patient, non sur sa présence à l'établissement.

Recommandation

La confidentialité d'une hospitalisation doit être garantie par une procédure proposée systématiquement aux patients, face à des tiers qui souhaiteraient recueillir des informations sur leur situation.

¹⁸ Source : Rapport d'activité 2016, p. 11

4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 UN CONTROLE DES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT ASSURE AVEC RIGUEUR PAR LES JUGES DES LIBERTES ET DE LA DETENTION AU COURS D'AUDIENCES TENUES SANS AVOCAT

Dans le cadre d'une convention signée entre le tribunal de grande instance (TGI) de Gap et le CHBD, une salle a été mise à disposition pour la tenue des audiences du JLD. Cette salle, grande et lumineuse, située dans le bâtiment de formation des infirmiers et qui sert également de salle de réunion, est équipée de matériel informatique (ordinateur, imprimante, photocopieur) mais n'est pas relié au logiciel *Winci* utilisé par le greffe pour la préparation et la mise en forme des décisions. Il n'existe pas de salle d'attente pour les patients et les soignants ni de local pour les entretiens avocats, au demeurant absents des audiences.

4.1.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Dès que l'avis motivé – avis simple – est reçu au bureau des entrées, la requête est préparée et envoyée au greffe du JLD par télécopie, avec copie des pièces. Cet envoi est doublé d'un appel téléphonique et de l'envoi par courrier du dossier du patient, procédure qui, selon les agents du bureau des entrées, est assez chronophage. Cette difficulté n'est pas ignorée du TGI qui précise ne pas pouvoir, à ce jour, travailler par messagerie électronique en l'absence de référent au sein de l'équipe de greffe.

La convocation adressée en retour par le greffe du JLD est transmise par le bureau des entrées dans l'unité puis communiquée au patient concerné par un infirmier qui lui explique le rôle du juge et le déroulement de l'audience. La convocation signée du patient contre remise d'une copie est renvoyée au greffe du JLD.

Les tiers demandeurs à la mesure sont convoqués par le greffe du JLD par courrier, parfois par téléphone ou par courriel mais ces informations ne sont que rarement mentionnées par le CHBD dans sa requête. Les tiers ne se présentent presque jamais à l'audience mais prennent de temps en temps attache téléphonique avec le greffe qui les informe alors que leur identité n'est pas communiquée par le juge au patient. Les tuteurs et curateurs contactent souvent le greffe, en revanche, soit par téléphone soit par écrit, et communiquent des informations sur la situation du patient et son éventuelle évolution.

Recommandation

La saisine du juge des libertés et de la détention devrait mentionner les coordonnées complètes des tiers demandeurs à la mesure (adresse postale, téléphone, messagerie) afin de permettre une convocation utile dans les délais impartis, ainsi que des tuteurs ou curateurs.

4.1.2 Le déroulement de l'audience du JLD

Les contrôleurs n'ont pu assister à l'une des audiences tenues deux fois par semaine – le lundi et le vendredi – en raison d'une incompatibilité de planning.

Selon les informations recueillies tant auprès de la présidente du TGI qui assure ce service avec deux autres magistrats qu'auprès des soignants, le patient est accompagné à l'audience par un infirmier qui reste à ses côtés pendant tous les débats ; greffier et magistrat sont en civil ; le procureur n'est pas présent à l'audience mais dépose des conclusions écrites après avoir pris connaissance du dossier ; l'hôpital est toujours représenté à l'audience mais pas la préfecture

pour les SDRE ; sauf lorsqu'ils font le choix d'un conseil, situation rarissime, les patients ne sont pas assistés d'un avocat d'office : la demande de désignation adressée par le greffe au bâtonnier avant l'audience se heurte systématiquement à un refus.

Contacté par les contrôleurs, **le bâtonnier a confirmé le refus des membres de la commission pénale de son barreau** (compétente pour intervenir sur les hospitalisations psychiatriques et constituée d'une dizaine de volontaires) **d'intervenir au CHBD**, refus motivé par le coût généré par le déplacement et par la difficulté à mener à bien leur « *mission d'échange avec les patients* ». Il doit être remarqué que la question du coût est en partie à la main du bâtonnier puisque la loi lui permet de décider que telle ou telle mission réalisée au titre de l'aide juridictionnelle – en l'occurrence celle de défendre les patients lors des audiences au CHBD – sera mieux rémunérée (art. 29 de la loi du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique)¹⁹.

Quoi qu'il en soit, le bâtonnier a indiqué avoir rencontré récemment le directeur de l'hôpital et être régulièrement questionné à ce sujet par la présidente du TGI ; il a précisé avoir récemment reçu l'accord de quelques avocats volontaires pour intervenir aux audiences. Pour autant, la situation semble inchangée depuis la mission : dans ses observations au rapport de constat, le procureur de la République près le TGI de Gap indiquait le 31 octobre 2018 que la mise en place d'une permanence avocats était toujours une nécessité. Celle-ci est régulièrement rappelée par la présidente et l'intéressé aux bâtonniers successifs. En attendant toutes les ordonnances rendues par les JLD portent la mention « *vu l'absence de désignation au titre de la commission d'office d'un avocat chargé d'assister X au motif d'un mouvement de grève du barreau des Hautes Alpes et constituant des circonstances insurmontables justifiant qu'il soit passé outre* ».

Recommandation

Le barreau des Hautes-Alpes doit impérativement mettre en place une permanence afin que les patients du CHBD puissent bénéficier des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 qui rend obligatoire l'assistance ou la représentation de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office.

Selon les infirmiers rencontrés, lorsque le patient est en pyjama, il lui est proposé de s'habiller pour se rendre à l'audience ; dans certains cas toutefois, le patient refuse ; quand les soignants considèrent qu'il serait trop difficile de remettre ensuite le patient en pyjama, il est laissé dans cette « *tenue hospitalière* » pour l'audience (cf. *infra*, § 5.4). Si les soignants ont affirmé que ces cas étaient peu fréquents, le JLD contacté par les contrôleurs a au contraire indiqué que ces cas étaient réguliers tout en précisant que cette tenue ne portait pas atteinte à la qualité de la communication avec le patient, ce qui ne serait pas le cas si le patient était sédaté.

La décision est rendue sur le siège et notifiée au patient par le juge et son greffier ; une copie de cette décision mentionnant les voies de recours est remise au patient. Lorsque celui-ci est absent à l'audience, ce qui est rare, l'ordonnance est adressée par télécopie au bureau des entrées qui

¹⁹ Si les barreaux ont tendance à répercuter le barème servant au calcul de la dotation, la loi leur permet en réalité de répartir comme ils l'entendent les sommes reçues de l'Etat au titre de l'aide juridictionnelle. Mais cette opération est à moyens constants : si le barreau de Gap décide de mieux rémunérer cette mission, cela sera au détriment d'autres. La plus grande partie des missions réalisées au titre de l'aide juridictionnelle étant effectuée à Gap, un rééquilibrage du barème demeure une hypothèse à envisager pour que les avocats rentrent dans leurs frais.

la transfère dans l'unité pour notification à l'intéressé par un infirmier. Pour les patients en SDRE, l'ordonnance est notifiée à l'ARS et une copie est parfois remise au CHBD, mais pas toujours, la pratique sur ce point variant selon les greffiers.

4.1.3 Les décisions rendues

Les statistiques communiquées par le greffe du TGI de Gap font état des éléments suivants :

- en 2017, le JLD a été saisi de quatre-vingt-une requêtes dont quarante saisines de droit, trente-neuf à la demande de tiers et deux demandes de mainlevées par les patients. Au premier trimestre 2018, le nombre de requêtes a été de vingt-quatre, dont dix saisines de droit et quatorze à la demande de tiers ;
- quatre-vingt-une ordonnances ont été rendues courant 2017, dont soixante-et-une de maintien, douze de mainlevée, sept de non-lieu à statuer et une d'irrecevabilité ; quatre appels ont été interjetés. Au cours du premier trimestre 2018, vingt-quatre décisions ont été rendues, dont vingt et un maintiens, une mainlevée, deux non-lieux à statuer ; deux appels ont été interjetés ;
- En 2017, quatorze patients n'ont pas comparu à l'audience, un d'entre eux ayant refusé de se présenter, un certificat médical « *d'impossibilité de comparaître* » ayant été délivré pour les treize autres. En 2018 seuls deux patients n'ont pas comparu aux audiences du premier trimestre en raison d'une contre-indication médicale.

Sur les douze décisions de mainlevée prononcées en 2017, trois concernent des SDRE²⁰ et neuf des SDT²¹ ; aucune mainlevée n'est prononcée avec effet différé à vingt-quatre heures.

Enfin, de l'examen des ordonnances dont les contrôleurs ont pris connaissance il apparaît que :

- deux mesures de SDRE ont été levées au motif que les soins pouvaient se poursuivre dans un cadre non contraint, la troisième l'ayant été en raison de l'absence d'avis de l'autorité administrative dans les trois jours francs suivants le certificat de situation tendant à la mainlevée. Ces trois décisions comportent la mention « *vu et ne s'oppose* » du procureur de la République ;
- quatre mesures de SDT ont été levées pour irrégularité de forme de la décision d'admission (absence de preuve de recherche de tiers) ;
- trois mesures de SDT ont été levées pour irrégularité de fond (certificat médical tardif et absence de décision de réadmission pour des personnes réintégrées après programme de soins ; saisine tardive du JLD) ;
- une mesure de SDT a été levée pour voie de fait (hospitalisation sous contrainte « *sous couvert du CM d'arrivée sur transfert* » alors que la mesure avait été levée par le JLD de l'hôpital d'origine) ;
- une mesure de SDT a été levée aux motifs que les soins pouvaient se poursuivre dans un cadre libre.

²⁰ En date du 19 mai, du 2 juin et du 1^{er} septembre 2017

²¹ Respectivement datées des 24 février, 31 mars (deux décisions), 3 mai, 15 juin, 25 septembre, 9 octobre et 13 octobre (deux décisions) 2017

4.2 UN CONTROLE INSTITUTIONNEL EFFECTIF MAIS INSUFFISAMMENT TRACE

4.2.1 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est présidée par un médecin pédopsychiatre hospitalier. Il n'est pas signalé de difficulté quant à la désignation de ses membres et depuis trois ans la CDSP ne connaît pas d'obstacle à son bon fonctionnement.

Chaque année la CDSP tient deux réunions sur le site d'Arzeliers, le CHBD étant le seul établissement du département visité puisque seul à accueillir des patients en soins sans consentement, au cours desquelles les membres présents rencontrent les patients qui en ont fait la demande (cinq ou six à chaque fois), se rendent dans les pavillons, examinent des dossiers, vérifient et visent les registres de la loi. Deux autres réunions se tiennent à Gap dans les locaux de l'ARS pour l'examen des dossiers des patients « admis sans tiers », sélectionnés par la secrétaire.

Selon le président de la CDSP, rencontré par les contrôleurs, les réserves émises il y a quelques années sur la rédaction des certificats médicaux (insuffisamment descriptifs ou simples copier-coller) ne sont plus d'actualité et aucune difficulté particulière n'est à signaler concernant les programmes de soins. En revanche, malgré des réunions mensuelles organisées avec le service des urgences, la CDSP constate elle aussi une augmentation régulière des admissions en péril imminent (*cf. supra*, § 3.1) sans pouvoir faire une analyse pertinente des causes de cette hausse.

Si les contrôleurs ont pu obtenir du CHBD le compte rendu de la visite de cet établissement faite le 12 octobre 2016 par la CDSP, aucun document n'a pu en revanche être produit pour l'année 2017 et la première visite de 2018. Contactée téléphoniquement, la secrétaire de la CDSP a fait connaître que les observations faites lors des visites de 2017 et 2018, certes écrites et conservées à l'ARS, n'avaient pas donné lieu à rédaction de comptes rendus. Ces observations ont toutefois été ultérieurement communiquées aux contrôleurs. Celles-ci, tout comme le compte rendu de visite du 12 octobre 2016, attestent d'un travail de qualité réalisé par les membres de cette commission : visite d'un pavillon, rencontre de patients, examen de dossiers. Les contrôleurs n'ont en revanche pu prendre connaissance du rapport d'activités de la CDSP, ce document n'étant pas encore établi au moment de leur visite.

Dans leurs observations faites en 2017 et début 2018, outre l'augmentation des SPI, les membres de la CDSP ont signalé : l'absence de mention de la CDSP dans le livret d'accueil ; deux réintégrations après programme de soins sur simple avis de situation sans décision du directeur (situation ayant conduit le JLD à lever les mesures pour vice de forme sans pour autant que ceux-ci soient mentionnés dans le registre de sortie laissant ainsi penser que les décisions n'avaient pas été exécutées, et justifiant qu'il en soit référé au procureur de la République) ; la situation de patients ayant fait l'objet de SPI ou de SDTU sur la base d'un certificat médical mentionnant la notion d'atteinte à l'ordre public, mesures relevant d'avantage d'un SDRE ; la tardiveté pour un patient de la notification de la décision d'admission s'analysant en hospitalisation arbitraire ; la tenue, à la demande de la CDSP, d'une réunion associant le CHBD, le service des urgences du CH de Briançon et l'UNAFAM afin que soient rappelées les différences entre les mesures prises sur décision du directeur de l'hôpital (patient dangereux pour lui-même) et celles prises sur décision du représentant de l'Etat (patient dangereux pour autrui) ; le sentiment d'ennui manifesté par certains patients du pavillon Provence et le constat d'une coupe budgétaire ordonnée par l'ARS entraînant des réductions de personnel et la perte d'ergothérapeute.

Or les observations de la CDSP, malgré leur importance quant à la situation des patients et au respect des libertés individuelles, n'ont pas été portées à la connaissance de l'établissement, limitant de fait la portée du contrôle effectué par cette commission.

Recommandation

Chaque visite et réunion de la commission départementale des soins psychiatriques doit faire l'objet d'un compte rendu communiqué à l'établissement concerné.

4.2.2 La visite des autorités

Le 11 mai 2018, le préfet a visité deux pavillons de l'établissement – Edelweiss et Provence – et s'est entretenu avec certains patients, mais n'a pas visé le registre de la loi.

Le JLD se rend régulièrement au CH notamment pour les audiences et regarde parfois le registre sans pour autant apposer son visa.

La dernière visite du procureur de la République remonte au 5 février 2016 ; la visite précédente avait eu lieu le 5 novembre 2013. Cette visite est annoncée dans les unités et le procureur rencontre les patients qui le souhaitent avant de viser les registres.

Enfin, à chacune de leurs visites, dont la dernière date du 18 avril 2018, les membres de la CDSP signent le registre de la loi sans y apporter de remarque en dépit des manques relevés ci-dessous par les contrôleurs.

4.3 DES REGISTRES DE LA LOI TENUS EN TEMPS REEL MAIS INSUFFISAMMENT RENSEIGNES

Les registres de la loi, un pour les SDT et un pour les SDRE, femmes et hommes confondus, sont tenus par le bureau des entrées sur un modèle normalisé : livres cartonnés format A2, composés de 100 feuillets doubles numérotés correspondant pour chacun à un patient, renseignés par date d'admission ; pour les patients dont la prise en charge se poursuit en hospitalisation complète ou programme de soins durant plusieurs mois voire années, des pages volantes sont intégrées dans le registre afin d'inclure tous les certificats médicaux intervenus, ajouts qui rendent certains registres difficilement consultables du fait de leur volume.

Les contrôleurs ont examiné les registres en cours concernant pour l'un : quatre-vingt-trois admissions en SDRE intervenues entre août 2010 et le 21 mars 2018 (registre n°67), pour le second : soixante-quatorze admissions de patients en SDT entre début juillet 2017 et le 17 mai 2018 inclus (registre n°76).

Ces registres sont tenus au jour le jour, sans retard. Toutefois, les documents reproduits tant pour les SDRE que pour les SDT sont insuffisants et les mentions figurant sur l'ensemble des registres sont incomplètes.

En effet, si les arrêtés du maire et du préfet sont toujours reproduits, les décisions d'admissions prises par le directeur et le dispositif des ordonnances rendues par le JLD ne figurent en revanche pas dans les registres. De même les mentions de notification des arrêtés ou décisions d'admission comme celle des certificats médicaux ultérieurs ou des décisions du JLD et des voies de recours ou encore des programmes de soins ne sont pas reproduites contrairement aux dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique. La mention de l'intervention du JLD, avec précision d'un contrôle de plein droit ou d'un recours facultatif, est renseignée lorsqu'une mainlevée est ordonnée par ce juge mais très souvent omise dans les autres cas. Il a été précisé aux contrôleurs que si une copie de la décision rendue pour les patients en SDT était toujours

remise au bureau des entrées – soit directement à l’audience soit ultérieurement pour la notification au patient, l’établissement ne disposait en revanche pas des copies de décisions concernant les patients en SDRE, celles-ci n’étant adressées qu’à l’ARS. Par ailleurs il s’est avéré que la notification de la décision faite au patient à l’audience ne figurait pas sur la copie remise à l’établissement, élément qui, ajouté au premier, explique pour partie l’absence de mention dans le registre de la décision du JLD. Contactée par les contrôleurs le 18 mai au matin, l’une des greffières du JLD a confirmé que la mention de la notification de l’ordonnance et la signature du patient était portée sur une étiquette collée sur le dossier de la personne concernée et non sur l’ordonnance elle-même. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette pratique serait modifiée immédiatement, pour l’audience devant se dérouler l’après-midi. Il a en outre été confirmé aux contrôleurs que la copie des ordonnances concernant des patients en SDRE n’était pas toujours remise à l’établissement – car non partie à l’instance – malgré des consignes régulièrement données en ce sens.

Pour les SDT, les renseignements concernant les tiers sont indiqués avec précision, mais la mention d’une mesure de protection juridique et de la date du jugement n’est pas notée.

Les certificats initiaux sont peu détaillés lorsqu’ils émanent des urgences, mais les certificats médicaux ultérieurs, rédigés dans la grande majorité des cas par deux médecins différents, sont circonstanciés et actualisés. Pour les admissions en péril imminent, les certificats des urgences se limitent trop souvent à cocher une case pré-imprimée « *pas de tiers trouvé* » sans expliciter les démarches effectuées pour trouver un tiers ; les certificats ultérieurs ne précisent pas d’avantage les recherches entreprises. Les certificats médicaux (vingt-quatre heures, soixante-douze heures, mensuels) ne mentionnent pas les éventuelles observations du patient, ni la possibilité qui lui a été donnée d’en formuler. Les avis simples (avis motivés) précisent la possibilité ou non du patient à être entendu par le JLD.

Recommandation

Conformément aux dispositions de l’article L.3212-11 du CSP, l’ensemble des pièces des procédures relatives à une mesure doit figurer dans le registre de la loi lui-même, notamment les décisions d’admissions du directeur et les décisions du JLD, ainsi que les dates de notification des décisions tant d’admission que de maintien de la mesure d’une part, des droits et voies de recours et garanties d’autre part.

Dans ses observations au rapport de constat, le directeur a tenu à préciser que le CHBD avait d’ores et déjà pris en compte les observations relatives au registre, énoncées oralement par les contrôleurs lors de la réunion de restitution qui s’est tenue en fin de visite.

Il est à noter que tous les certificats médicaux et les avis motivés (appelés dans cet établissement « avis simples ») sont horodatés ce qui est rare pour les arrêtés municipaux et n’est jamais le cas pour les arrêtés préfectoraux ni des décisions du directeur, limitant ce faisant la vérification du respect des délais impartis par la loi.

Bonne pratique

L'horodatage des certificats médicaux est une bonne pratique qui gagnerait à être étendue aux décisions du directeur et aux arrêtés municipaux afin d'assurer le respect des délais impartis par la loi.

Pour le registre n°67 – SDRE – les contrôleurs se sont plus particulièrement attachés à l'analyse des admissions intervenues au cours de l'année 2017, soit treize patients, et des premiers mois de 2018, soit trois admissions dont deux pour une même personne à tout juste un mois d'intervalle. Cet examen et celui du dossier administratif des deux patients admis en 2018, mettent en exergue que :

- douze admissions l'ont été sur arrêté du maire et quatre sur décision préfectorale (soit les trois quarts sur décision du maire) ;
- pour les admissions sur arrêté du maire, l'arrêté préfectoral maintenant la mesure de soins sans consentement intervient dans un délai allant de un à deux jours maximum ;
- pour dix admissions sur les treize intervenues en 2017, la levée des hospitalisations complètes en soins sans consentement est intervenue dans un délai inférieur à six mois (six levées à moins d'un mois dont deux par décision du JLD ; deux levées entre un et deux mois dont une prononcée par le JLD ; une levée à quatre mois et une autre à six mois). Pour les trois autres patients la mesure a été levée dans un délai supérieur à six mois. Pour deux patients la prise en charge a été modifiée en programme de soins, respectivement après deux et quatre mois d'hospitalisation complète. Les certificats de mainlevée de la mesure n'ont pas fait l'objet d'opposition de la part du préfet ;
- le dernier patient admis le 21 mars 2018 était toujours présent lors de la semaine de contrôle. Une autre personne admise le 19 février 2018 sur arrêté du maire a bénéficié d'un arrêté de levée de la mesure le 23 février ; elle a cependant de nouveau été admise, toujours sur arrêté du maire, le 15 mars 2018 et un certificat médical des vingt-quatre heures délivré par un médecin psychiatre de l'hôpital de Briançon, suivi d'un certificat des soixante-douze heures et d'un avis motivé émanant tous deux d'un médecin du CHBD, ont préconisé le maintien de la mesure ; après un certificat demandant la levée de la mesure daté du 4 avril 2018, faisant suite à trois sorties de moins de douze heures n'ayant pas reçu du refus de la préfecture, le préfet par simple courriel du 6 avril adressé à l'établissement par l'ARS a indiqué « *ne pas signer l'arrêté de levée et demander un second avis médical* » ; alors qu'un deuxième certificat, émanant d'un autre médecin désigné par l'établissement, a dès le 6 avril 2018 confirmé la possibilité de lever la mesure « *pour permettre de poursuivre les soins en service libre hospitalier sur le secteur d'origine de Briançon* », l'arrêté préfectoral mettant fin à la mesure de soins psychiatriques n'a été prononcé que le 10 avril et transmis au CHBD par mail du 12 avril, la patiente n'étant effectivement sortie de l'établissement que le 13 avril 2018 au matin, **soit avec un décalage injustifié de près de sept jours.**

Recommandation

Les décisions du préfet s'opposant à un avis médical doivent être écrites et motivées. Lorsqu'un deuxième avis médical confirme l'absence de nécessité de maintenir une hospitalisation complète en soins sans consentement, l'arrêté préfectoral de levée de la mesure doit intervenir sans délai.

4.4 UN RECOURS EFFECTIF AU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Le bureau des entrées et les secrétaires médicales tiennent un tableau indiquant pour chaque patient, et selon son statut, les échéances et dates à respecter, notamment quand la réunion du collège des professionnels de santé est nécessaire.

Les secrétaires médicales avisent le médecin en charge du suivi du patient, en hospitalisation complète ou sous programme de soins, et ce dernier recherche le second psychiatre puis arrête la date de la réunion du collège. Le troisième membre du collège, représentant l'équipe pluridisciplinaire de soins, généralement un infirmier de l'unité ou du service de suivi ou à défaut un cadre de santé, est convoqué par les secrétaires médicales. Le compte rendu de la réunion, rédigé par les secrétaires médicales selon les informations données par le médecin en charge du suivi du patient, est signé des trois membres du collège. Après remise d'une copie au patient concerné, ce compte rendu est classé dans son dossier administratif et consigné dans le dossier informatisé.

Au cours de l'année 2017, quatre collèges se sont réunis : les 15 mai et 29 août 2017 pour des patients alors hospitalisés au pavillon Gentianes ; deux autres fois pour des patients en programme de soins suivis par le centre médico-psychologique de Gap.

Selon les représentants de l'équipe pluridisciplinaire de soins de l'unité Gentianes, les collèges réunis en 2017 ont donné lieu à une réflexion collective sur la situation du patient, chaque membre étant entendu et associé à la décision prise après audition du patient concerné.

Au 16 mai 2018, la situation de dix-neuf patients suivis par le CHBD pouvait justifier la réunion du collège au cours de cette année.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES DES PATIENTS

5.1 LA LIBRE CIRCULATION DES PATIENTS, UN PRINCIPE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

5.1.1 La configuration et la sécurité de l'établissement

Le site d'Arzeliers est un grand domaine verdoyant, sur une colline dominant la ville de Laragne-Montéglin. De nombreux soignants ont insisté auprès des contrôleurs sur l'aspect thérapeutique du parc et des espaces verts, et sur la quiétude de son cadre naturel.



Le site d'Arzeliers

Il est ceinturé d'un grillage aisément franchissable. Deux accès pour les véhicules sont possibles : un accès principal au Sud, desservant les services communs, la zone administrative, les unités Edelweiss, Gentianes, Perce-Neige et Provence ; le second, au Nord-est, réservé à l'unité d'alcoologie. L'accès principal est protégé par une barrière mais les contrôleurs l'ont vue le plus souvent relevée lors de leurs déplacements. Le poste d'entrée de cet accès principal est occupé 24h/24 par des fonctionnaires hospitaliers – sept fonctionnaires, qui se relaient en trois-huit – chargés du standard et du contrôle des accès. Pour autant, aucun contrôle n'a été effectué pendant la semaine de visite, donnant l'impression d'une circulation libre pour tous. Le CHBD ne recourt pas à une société de surveillance privée pour la sécurité du site, et dispose d'une couverture vidéo très faible (deux caméras pour l'accès principal ; une caméra pour l'accès Nord-Est). Il n'existe pas non plus d'équipe d'intervention composée de soignants. Face à un patient violent, notamment en service de nuit, les soignants des unités s'appellent et s'entraident.

Un plan de sécurisation est en cours d'élaboration. Il prévoit notamment de doter le personnel de badges d'accès, déjà achetés et présentés aux contrôleurs. En revanche, la question des horaires de visite pour les familles, et des modalités de contrôles (remise de badge pour les patients, remise de badge « visiteur », présentation de pièce d'identité, etc.) n'était pas tranchée au moment de la mission. La dotation de badges pour le personnel irait de pair avec la fermeture systématique de la barrière, et l'adjonction d'une grille d'entrée qui serait fermée la nuit.

Pour le responsable sûreté/sécurité du CHBD, le risque actuel concerne essentiellement les intrusions, sans qu'il en ait pu être donné d'exemples problématiques. Selon les témoignages recueillis, les intrusions, notamment pour introduire des produits stupéfiants ou de l'alcool, sont rares au contraire. Le directeur, dans ses observations au rapport de constat, tempérait ces informations : selon lui, les intrusions peuvent être moins rares à certains moments et la sécurisation des accès vise notamment à réduire ce risque. Pour la gendarmerie, qui est associée au plan de sécurisation, c'est essentiellement le nombre de « fugues » qui soulève une difficulté. Le précédent préfet des Hautes-Alpes avait également fait part de ses inquiétudes à ce sujet dans

un courrier adressé au directeur. C'est notamment dans ce contexte que le plan de sécurisation a été demandé. Un protocole entre la gendarmerie, la préfecture, le parquet et le CHBD est également en cours d'écriture.

Le regard porté sur les sorties non autorisées est variable selon les interlocuteurs : si la direction estime leur nombre conséquent, les psychiatres indiquent au contraire ne pas être particulièrement préoccupés par le sujet, leur fréquence leur paraissant peu élevée compte-tenu de la configuration du site. Les contrôleurs ont, quoi qu'il en soit, constaté une anomalie dans la détection de ces sorties. Les agents du poste d'entrée estiment qu'il y a une corrélation entre port du pyjama et soins sans consentement. Or, comme il sera indiqué ci-après (§ 5.4), le port du pyjama est fonction de la clinique et non du statut : certains patients en SSC ne portent pas le pyjama ; inversement il peut arriver exceptionnellement qu'un patient en soins libres en soit vêtu. Forts de cette idée reçue, les agents du poste d'entrée ne signalent aux soignants que la sortie des patients en pyjama, jamais celle des autres patients. Pour ces derniers, ils estiment que la sortie de l'hôpital est libre. Pendant la mission, une patiente en soins pour péril imminent est ainsi sortie de l'hôpital en passant devant eux en tenue civile.

Recommandation

Les agents du poste d'entrée font une confusion entre les patients en soins sans consentement et ceux qui portent un pyjama. Celle-ci doit être levée.

En fait de fugues, deux types de sorties problématiques doivent être distinguées : les « sorties non autorisées » (qui ne concernent que les patients en SSC) et les « disparitions inquiétantes » (mineurs, personnes fragiles, désorientées, très âgées, etc.). Les cadres de santé – et les directeurs d'astreinte la nuit et le week-end – signalent ces sorties à l'aide d'une fiche très complète, au titre des événements indésirables graves. La fiche est envoyée simultanément à la gendarmerie, à la police, et à l'ARS. En 2017, vingt-sept sorties ont ainsi été comptabilisées, dont vingt sorties non autorisées concernant des patients en SSC. La tendance pour 2018 est similaire : au 16 mai 2018, quatorze sorties signalées dont dix concernent des patients en SSC. Les durées de ces sorties non autorisées sont très variables. En 2017, la plus courte a duré une heure trente-cinq minutes (le patient a été retrouvé puis raccompagné par des soignants), la plus longue quatorze jours (s'achevant par une levée de la mesure). La moyenne de ces sorties est de cinquante-huit heures, sans que ce chiffre soit particulièrement éloquent compte-tenu de la diversité des situations.

Il ressort néanmoins de l'ensemble des échanges avec les équipes dans les unités que toutes les sorties ne font pas l'objet de fiches d'événement indésirables graves. Systématiquement, avant même de prévenir l'administration ou la sécurité, les soignants essaient de retrouver les patients disparus. Ce n'est qu'au bout de quelques dizaines de minutes de recherche, y compris hors de l'hôpital (en voiture dans la commune et ses alentours) qu'ils contactent l'administration et qu'une fiche est rédigée. Selon les soignants, il est fréquent que le patient soit ainsi retrouvé très rapidement. Les chiffres communiqués aux contrôleurs sont donc manifestement bien en-deçà de la réalité.

Même si, outre le signalement écrit, la gendarmerie est jointe par téléphone dans 90 % des cas, il est rarissime que ce soient les militaires qui rapatrient le patient (un seul cas en 2017). La plupart du temps, soit les patients en SSC sont raccompagnés par des soignants partis à leur recherche, soit ils reviennent seuls. Dans ce dernier cas, il est regrettable qu'aucune conséquence

directe ne soit tirée de leur comportement en termes de modalités d'hospitalisation. En effet, un patient sous SSC qui « fugue » puis revient à l'hôpital de son propre chef peut être considéré comme compliant aux soins. Ainsi cette attitude pourrait entraîner, presque de fait, la levée de la mesure et le passage en soins libres.

5.1.2 Les règles d'ouverture des unités

Le projet de service de la psychiatrie générale est clair sur le sujet : « *tous les pavillons d'hospitalisation sont ouverts* »²². Les patients, même en SSC, peuvent donc se déplacer librement dans le parc, pour profiter de ses vastes espaces verts ou se rendre à la cafétéria, au self, aux diverses activités, etc.

Les exceptions sont rares et viennent répondre à trois situations :

- le patient risque de se mettre en danger à l'extérieur (le cadre de santé choisit en général de maintenir la porte de sa chambre ouverte pour ne pas lui imposer une mesure trop contenante, mais décide de fermer celle de l'unité) : fermeture de quelques jours, ou quelques semaines dans des cas exceptionnels ;
- le patient vient d'arriver à l'hôpital, l'évaluation de sa situation n'est pas encore réalisée et il est par ailleurs inconnu des équipes : fermeture de quelques heures ;
- l'équipe soignante est très prise ou en effectif réduit, ou la relève est rendue délicate par une situation problématique : fermeture de quelques minutes.

Dans tous les cas, cette fermeture ne concerne qu'un patient identifié : les autres patients peuvent continuer à sortir en demandant aux soignants de leur ouvrir la porte. La décision est prise au cas par cas, sur prescription médicale, et jamais à titre de sanction.

Durant la semaine de visite des contrôleurs, seule une unité sera fermée quelques heures, du fait de difficultés ponctuelles rencontrées par un patient en SSC, afin de le protéger et de le surveiller. Les règles sont néanmoins souples et adaptables, puisque le patient concerné sera autorisé à fumer une cigarette à l'extérieur en compagnie du cadre de santé, alors que la solution de facilité aurait pu consister à le placer dans la cour interne à l'unité. En tout état de cause, pendant la visite, aucun patient du CHBD n'avait la stricte obligation de rester au sein de son unité.

Les unités sont physiquement fermées le soir (entre 21h et 23h selon les unités), et rouvertes le matin (entre 7h et 8h). Mais il est parfaitement possible pour un patient de demander à sortir à l'air libre la nuit, notamment pour fumer une cigarette. Les unités disposent d'un à deux jardins, accessibles en principe à toute heure. Dans certains cas, il est même possible d'accéder au parc (unité Provence).

Bonne pratique

L'ouverture de toutes les unités demeure le principe. Les exceptions sont rares, courtes et motivées.

5.2 LA VIE QUOTIDIENNE DES PATIENTS, MARQUEE PAR PEU DE RESTRICTIONS

La vie quotidienne des patients est peu contrainte, même lorsqu'ils sont en SSC.

²² Projet de service, septembre 2017, p. 24

Là encore, les règles écrites manquent (*cf. supra* § 3.3), mais les contrôleurs ont pu constater dans les unités que les restrictions étaient minimales.

S'agissant des biens, seuls les médicaments et les objets tranchants – à l'exception du rasoir, qui n'est retiré qu'au cas par cas – sont systématiquement interdits en chambre. L'accès aux cigarettes et au feu diffère selon les unités : politique très libérale dans les unités Provence et Gentianes, moins tolérante au pavillon Perce-Neige (tabac souvent conservé par les soignants : distribution à 9h, à 14h et avant la nuit) et très restrictive à l'unité Edelweiss où les patients sont tous des majeurs protégés, cette unité ayant en outre été marquée par un récent feu de chambre. Dans certaines unités (Perce-Neige, par ex.), la nourriture n'est pas autorisée en chambre : les denrées personnelles sont admises mais conservées dans une armoire du réfectoire ; lorsqu'elles sont périssables, elles sont conservées au réfrigérateur de l'office. Enfin, l'argent liquide est autorisé dans les chambres, aux risques et périls du patient, dans la limite de 150 euros (au-delà, les sommes doivent être déposées à la banque de l'hôpital). Dans toutes les unités, les soignants incitent néanmoins les patients à laisser aux « coffres » les effets personnels dont ils n'ont pas besoin quotidiennement. Mais ce n'est nullement une obligation, même pour les objets de valeur.

Ce n'est donc que sur prescription médicale que le patient se voit restreindre l'accès à tel ou tel effet personnel. Cette situation est rare, toujours justifiée et réévaluée. Elle peut aller de pair avec la mise en pyjama (*cf. infra*, § 5.4).

L'accès aux chambres est toujours autorisé dans la journée, quelle que soit l'unité. Les regroupements en chambre (trois patients et plus) sont en revanche prohibés. S'il n'est pas possible de déjeuner dans la chambre, les patients ont toujours le choix d'aller se restaurer soit au self (sauf pyjama) soit dans le réfectoire de l'unité. Dans ce dernier cas, les places ne sont pas imposées et les horaires sont souples. Au pavillon Gentianes, le petit déjeuner est même en libre-service, comme à l'hôtel : horaires libres et buffet à volonté.

Les horaires ne sont pas particulièrement contraignants. La journée-type débute entre 8h et 9h30 et s'achève vers 23h mais les horaires sont assez souples. Les accès aux différents espaces des unités – y compris cours et jardins – sont libres. Les téléviseurs des salles communes sont en général éteints vers 23h. Mais il doit être remarqué que la télévision est très peu regardée au CHBD : peu de téléviseurs dans les chambres (pas de location possible ; le patient doit apporter le sien) et très peu de patients dans les salles de télévision.

5.3 DES LIENS SOCIAUX LIBRES ET PRESERVES, SANS QU'EXISTENT DES ESPACES DEDIES AUX VISITES AU SEIN DES UNITES

5.3.1 Le courrier

Les patients peuvent écrire et recevoir du courrier librement, sans contrôle par le personnel soignant. Le courrier est relevé deux fois par jour. La relève et la distribution sont assurées par un vagemestre.

Des timbres peuvent être donnés dans les unités si les patients n'en possèdent pas. De même, ils peuvent écrire gratuitement au juge des libertés et de la détention, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Défenseur des droits et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Pour autant, il doit être signalé, même si cette mesure n'est qu'indicative, que les répondants aux questionnaires de sortie se déclarent majoritairement insatisfaits de la gestion du courrier : 39 % seulement de taux de satisfaction à l'échelle du CHBD.

5.3.2 Le téléphone

En principe, le téléphone portable est autorisé dans les unités.

Les restrictions pouvant intervenir sont décidées par le psychiatre, au cas par cas. Il s'agit essentiellement d'empêcher le patient de disposer de son téléphone en permanence, dans l'hypothèse d'un usage abusif ou nuisible. En pareil cas, le téléphone mobile sera placé au coffre de l'unité. Si le patient veut l'utiliser, pour téléphoner ou *a minima* consulter ses messages ou ses courriels, il devra demander à un soignant. Plus rarement, la présence d'un personnel pourra être prescrite par le médecin en pareil cas.

En tout état de cause, les appels vers les proches ne sont jamais limités. Lors de la visite des contrôleurs, aucun patient n'avait interdiction formelle de téléphoner.

Les chambres ne sont pas équipées de téléphone fixe mural, mais deux possibilités s'offrent aux patients qui ne disposent pas de téléphone mobile :

- ils peuvent se servir de l'un des téléphones à disposition du personnel. Les soignants prêtent volontiers leurs combinés portatifs : dans l'unité Perce-Neige, les patients pouvaient l'emporter dans leur chambre et le rapporter lorsque la conversation était terminée ;
- ils peuvent également utiliser les cabines téléphoniques. Il en existe une par unité : ce sont les soignants qui passent la communication au patient, que l'appel soit émis ou reçu. Il existe également deux cabines téléphoniques sur le domaine. La première, au bout de l'allée centrale, est désaffectée ; la seconde, devant l'unité Edelweiss, fonctionne à carte. Il doit être noté que le livret d'accueil est à ce titre périmé : il indique que deux cabines sont disponibles sur le domaine. Par ailleurs, il précise que les communications passées doivent être réglées auprès du bureau des admissions alors que dans les unités, elles sont gratuites.

5.3.3 L'informatique

Là encore, le principe au CHBD est d'autoriser le patient à disposer de son matériel informatique, notamment pour accéder à ses courriels ou échanger sur les réseaux sociaux. Pour autant, très peu de patients disposent d'un ordinateur ou d'une tablette (moins d'une dizaine lors du contrôle). Ceci peut peut-être s'expliquer par le fait que le site d'Arzeliers ne propose pas de connexion *Wifi* aux patients. De fait, ils entretiennent plus de relations sociales par *smartphone* que par ordinateur.

Une unité dispose d'une salle informatique, avec plusieurs postes (Gentianes). Elle est accessible sous la surveillance régulière d'un soignant, présent également pour donner des conseils. En revanche, une demande de poste informatique pour les patients, avec un code, a été effectuée par les soignants de l'unité Provence, sans résultat.

5.3.4 Les visites

L'accueil des familles est libéral. Même si les horaires et modalités de visite ne procèdent pas de règles écrites, ils sont communiqués oralement aux proches et apparaissent assez souples. Les enfants sont également admis, même s'ils viennent peu. Les visiteurs peuvent également

emmener leur proche en dehors de l'unité, dans le parc ou même à l'extérieur pour les patients en soins libres. Lors du contrôle, aucun patient n'était interdit de visite.

Les visites ont lieu entre 9h et 18h environ, parfois plus tard. Les familles et les proches peuvent être reçus dans les chambres, dans les salles communes, dans les jardins des unités. Ils peuvent également se rendre à la cafétéria – lorsqu'elle est ouverte – ou au self le midi. En revanche, les unités ne sont pas équipées de salons de visite, ce qui est regrettable. S'ils veulent de l'intimité, les visiteurs et les patients n'ont à leur disposition que des espaces contraints : petite salle d'activité (unité Edelweiss), voire bureau du médecin (unité Perce-Neige). Les contrôleurs ont par ailleurs constaté l'absence de distributeur de boissons ou de friandises, de sorte que les proches ne peuvent pas boire un café ou grignoter pendant la visite lorsque la cafétéria est fermée. Ils ont d'ailleurs rencontré le conjoint d'une patiente, qui s'en étonnait. Il n'existe pas non plus de dispositif accueillant pour les enfants, ni dans un espace commun sur le site d'Arzeliers, ni dans les unités.

Recommandation

Les unités doivent être dotées de salons familiaux, permettant aux patients d'accueillir leurs proches dans l'intimité et dans des conditions satisfaisantes, y compris pour les enfants. Les horaires de visite doivent y être affichés.

5.4 LE PORT DU PYJAMA, UN DISPOSITIF QUI DOIT ETRE INTERROGE ET EVALUE

Le port du pyjama est fréquent pour les patients. En l'absence d'écrit de référence sur le sujet au CHBD²³, les contrôleurs ont interrogé les soignants sur les conditions de la mise en pyjama (renommé « tenue institutionnelle »). Les témoignages recueillis sont contradictoires et une certaine confusion règne autour de ce dispositif. Il est possible toutefois d'indiquer que pour la plupart des soignants, le pyjama est perçu comme la seule forme de privation de liberté acceptée au CHBD. Le port de cette tenue viendrait ainsi, d'une certaine mesure, compenser la grande liberté de circulation, l'absence de chambre d'isolement, et le faible niveau de sédation. Sa mise en œuvre au niveau local n'a pas été considérée par les contrôleurs comme intrinsèquement attentatoire aux droits fondamentaux des patients, mais elle demeure largement perfectible.

5.4.1 Le sens du dispositif et les patients concernés

Comme dans la majorité des hôpitaux psychiatriques, le port du pyjama concerne principalement les patients en SSC.

Au 18 mai 2018, cinq patients portaient un pyjama : quatre en SSC et un en soins libres. Deux d'entre eux étaient arrivés la veille, en soins pour péril imminent. Les contrôleurs ont constaté une plus forte propension à prescrire le port du pyjama pour les patients en SSC les premiers jours de leur admission. La pratique n'est pas systématique, mais tout de même présentée comme un principe par le médecin chef du service de psychiatrie adulte. A ce titre, c'est dans l'unité Provence que la tenue institutionnelle est le plus souvent revêtue. D'après leur dossier, les trois autres patients portaient un pyjama depuis respectivement neuf jours, vingt-huit jours et soixante et un jours.

²³ Le pyjama n'est même pas évoqué dans le projet de service de la psychiatrie (2017), pourtant conséquent.

Pour certains professionnels, l'utilité du pyjama est avant tout liée à une forme de repérage par rapport aux autres, limitant le risque de soustraction du patient à leur surveillance. Ces agents lient le port du pyjama à la mesure de soins sans consentement puisque le besoin de repérage concerne en premier lieu les patients en SSC. C'est aussi le positionnement adopté par les fonctionnaires du poste d'entrée (cf. *supra*, § 5.1.1), confinant à l'amalgame. Pour d'autres, la mise en pyjama vient surtout signifier au patient qu'il est malade, en soins, en conséquence de quoi il ne peut sortir sans accompagnement. Elle sera ainsi décidée pour ceux dont la désorganisation psychique requiert une inscription dans le soin, qu'ils réfutent. La présidente de la commission médicale d'établissement indiquera ainsi qu'avec le pyjama, « *il s'agit de faire prendre conscience au patient qu'il se situe dans une phase de crise aiguë lorsqu'il n'y parvient pas par lui-même* ».

Le souci de repérage d'une part – qui peut aussi concerner des patients en soins libres dont l'état nécessite une surveillance constante – et les nécessités du soin d'autre part ne constituent pas nécessairement deux axes contradictoires. Ils apparaissent, dans les pratiques de mise en pyjama observées, plutôt complémentaires. Par ailleurs, les contrôleurs ont constaté que la mise en pyjama ne constituait jamais une punition. Elle est en réalité une forme de contention acceptable lorsqu'elle est un acte réfléchi, limité dans le temps, et argumenté sur le plan médical.

5.4.2 La procédure et les conséquences du placement

Lors des premiers échanges entre les contrôleurs et les équipes, il a été indiqué qu'il n'existait pas de cadre écrit relatif à cette pratique. Quelques jours plus tard, il a été retrouvé un protocole qui a été transmis aux contrôleurs. Il s'agit d'un document nommé « *protocole dispositif vestimentaire de limitation de la circulation* », signé le 8 juin 2009 par le directeur, le directeur des soins, le président de la commission médicale d'établissement et le chef du service de psychiatrie adulte. Il n'est pas suffisamment éclairant : il n'explique pas les critères à prendre en compte dans la décision, ni les objectifs du dispositif – sauf à s'appuyer sur son seul intitulé, qui laisse à penser qu'il s'agit uniquement de « *limiter la circulation* » des patients. En revanche, est mentionnée l'évaluation quotidienne de l'état du patient afin d'arrêter ou prolonger le dispositif. Selon le document, cette évaluation doit même être consignée dans le dossier du patient. Ce protocole est ancien et inconnu de la plupart des soignants rencontrés.

Dans la pratique, c'est bien souvent l'infirmier qui se trouve à l'initiative de la mise en pyjama, même si la mesure est décidée par le médecin. La fin de mesure intervient elle aussi après un entretien entre le psychiatre et les infirmiers. La décision peut être communiquée par téléphone ; elle est toujours établie pour une certaine durée. Certains éléments sont saisis dans le dossier électronique du patient (application Cariatides), mais pas de façon systématique. Ainsi, la décision initiale n'est pas toujours dans le dossier du patient, pas plus que la décision de fin de mesure. En outre, la réévaluation journalière n'est jamais tracée. Il n'existe pas de registre papier.

Cette mesure ne fait donc pas l'objet d'un suivi institutionnel. La cadre supérieure de santé a indiqué aux contrôleurs qu'elle avait demandé que soient mis en place des indicateurs en janvier 2018 : fréquence d'utilisation, durée moyenne, etc. Cette consigne est pour l'instant restée lettre morte. Ces éléments auraient pourtant pour mérite de permettre une analyse des pratiques et une évaluation. La procédure apparaît en effet trop généralisée dans certains cas et ne tient pas assez compte de la dignité du patient.

En principe, les patients en pyjama ne sont pas enfermés dans leur chambre et conservent leur liberté de sortir de l'unité : ils peuvent se déplacer à la cafétéria, à la banque des patients, à la

cabine téléphonique. Il est rappelé qu'ils peuvent également se rendre en pyjama à l'audience du juge des libertés et de la détention, ce qui n'apparaît guère adapté (*cf. supra*, § 4.1.2). La seule exception concerne le self, où les patients en pyjama ne sont pas admis.

Les pyjamas à disposition sont en bon état, et existent en plusieurs tailles. Mais il doit être remarqué que le patient peut revêtir son propre pyjama, limitant ainsi l'effet dépersonnalisant de la mesure.

Les patients concernés par cette mesure sont également autorisés à se rendre aux activités hors de l'unité. En pareil cas, leurs habits leur sont rendus le temps de l'activité. A leur retour, une discussion intervient entre le patient et les soignants : soit ces derniers déduisent du comportement du patient lors de l'activité qu'ils peuvent lui laisser à nouveau ses vêtements, soit ils lui remettent son pyjama au retour. Il n'a pas été possible de donner aux contrôleurs une explication cohérente à cette seconde hypothèse.

Certaines conséquences d'un placement en pyjama ne sont pas cadrées. Par exemple, une partie des soignants considère que ce placement emporte *de facto* pour le patient la privation d'accéder librement à ses biens personnels (l'armoire de la chambre est alors fermée à clef), même si cette privation n'a pas été ordonnée par le médecin.

Recommandation

La mise en pyjama des patients doit être strictement proportionnée à la nécessité des soins requis et toujours limitée à une brève durée. Le dispositif doit par conséquent être revu afin qu'il fasse désormais pleinement partie de la prise en charge médicale du patient, qu'il soit réévalué quotidiennement et avec cohérence, qu'il soit tracé efficacement pour donner lieu à une analyse collective au sein de l'unité voire de l'établissement.

En outre, les patients ne doivent jamais être vêtus d'un pyjama lors de l'audience devant le juge des libertés et de la détention.

5.5 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL PAR LE PATIENT, POSSIBLE MAIS PEU ENCOURAGE

Le livret d'accueil prévoit l'accès du patient à son dossier médical, conformément à la loi du 4 mars 2002. La demande est à adresser au directeur de l'hôpital, dont l'adresse postale est mentionnée. Le livret d'accueil prévoit deux modalités possibles : l'envoi d'une copie à un médecin préalablement désigné par le patient ou la consultation sur place, en présence d'un personnel soignant.

La commission des usagers a recensé seize demandes d'accès au dossier médical, en 2016 comme en 2017. A chaque fois, douze venaient de patients et quatre d'ayant droit ou de tiers habilités. Ces demandes font l'objet d'un accusé de réception dans les deux jours puis sont traitées rapidement : en moyenne six jours de délai pour un dossier de moins de cinq ans (délai légal : huit jours) et vingt et un jours pour un dossier de plus de cinq ans (délai légal : deux mois).

Paradoxalement, les soignants ont néanmoins indiqué aux contrôleurs que ces demandes leur paraissaient peu fréquentes, les patients « *n'allant que rarement au bout de la démarche* ». Le fait que le livret d'accueil ne soit pas remis (*cf. supra*, § 3.3.3) ne facilite pas la connaissance par le patient de son droit d'accès au dossier.

6. LES CONDITIONS DE VIE DU PATIENT

6.1 DES LOCAUX DE QUALITE HETEROGENE

Les quatre unités observées, vastes (de 1 217 à 1 371 m²), sont disséminées dans le grand parc du centre hospitalier. Aménagées de quinze à vingt-six lits, elles ne sont occupées que partiellement.

6.1.1 Les chambres

Les unités Provence (unité d'accueil) et Gentianes (unité de suite et de réadaptation) disposent de chambres individuelles et de rares chambres doubles, toutes équipées d'une salle d'eau complète avec WC, de placards fermant à clef et de verrous sur les portes, permettant aux patients de s'enfermer dans leur chambre s'ils le souhaitent. En revanche, les deux unités qui – au moment de la visite – hébergeaient des patients polyhandicapés ou déficitaires, âgés (Edelweiss et Perce-Neige), ne bénéficiaient pas du même confort. Dans le pavillon Edelweiss, les sanitaires et les douches sont collectifs et les patients ne peuvent s'enfermer dans leur chambre. Les constats opérés dans l'unité Perce-Neige ne sont plus d'actualité puisque le bâtiment a été transformé en août 2018 et n'accueille plus de patients à temps complet en psychiatrie. Néanmoins, les contrôleurs estiment nécessaire d'en faire état dans le présent rapport puisqu'ils correspondent à la réalité d'une prise en charge existant jusqu'à l'été 2018, et véritablement déficiente. L'unité était en particulier installée dans des locaux vétustes, dont les fenêtres et volets dataient de 1959, ne jointant plus et laissant passer le froid et l'humidité. L'hiver, les patients restaient en permanence en veste ou manteau y compris pendant les repas, et pour la nuit, les soignants devaient se procurer des couvertures supplémentaires dans les autres services. Les douches étaient humides et présentaient des traces de moisissures. Les patients du pavillon Perce-Neige, premiers concernés, dénonçaient d'ailleurs ce constat dans les questionnaires de sortie : ils faisaient état d'importantes récriminations concernant la literie (46 % de patients mécontents), le mobilier (55 % de mécontents) et les sanitaires (73 % de mécontents)²⁴.



*Une chambre individuelle de l'unité
Provence*



*Une chambre individuelle de l'unité
Edelweiss*

Les chambres sont équipées d'un lit, d'une table de nuit, d'un placard, d'une petite table avec une chaise ou d'étagères dont l'une, basse, forme bureau. Il est très rare qu'elles soient décorées. Toutes les unités disposent de salles de bains communes avec baignoires. Les fenêtres sont dotées de dispositifs à clef, empêchant les patients de les ouvrir complètement.

²⁴ Source : mesure de la satisfaction des usagers du CHBD, 2018



Système d'ouverture des fenêtres

Les unités d'accueil et de suite ont la particularité de ne pas disposer de chambres d'isolement, mais de chambres dites sécurisées dont l'équipement est restreint, le radiateur protégé par une grille et la salle d'eau minimale en inox. Les portes sont équipées de panneaux permettant d'avoir une vue sur la chambre sans ouvrir la porte ; dans l'une des unités les deux chambres sécurisées sont équipées d'un œilleton (cf. *infra*, § 8.2.1).

6.1.2 Les autres locaux

On trouve dans chaque unité une salle commune servant de salle à manger, une salle d'activité et un salon de télévision disposant de fauteuils et tables basses ainsi que d'une table de ping-pong ou d'un baby-foot (cf. *infra* § 6.6). S'agissant des locaux dévolus aux activités de soins, ils permettent un exercice normal des missions et sont sans particularité. L'étendue des surfaces permet d'en affecter à de multiples usages tant pour l'entretien (matériel et produits utilisés par les agents hospitaliers), que pour la buanderie lorsque l'unité dispose d'un lave-linge ou d'un sèche-linge, ou encore pour la conservation des effets vestimentaires personnels et du stock de vêtements de dépannage.

6.1.3 Les extérieurs

Toutes les unités disposent d'un jardin, grillagé ou entourée d'une haie touffue. C'est parfois un espace agréable avec un jardin thérapeutique comme c'est le cas au sein de l'unité d'accueil, beaucoup moins investi dans d'autres unités. L'un d'entre eux est équipé d'une maisonnette pour les chats qui sont nombreux dans le parc du centre hospitalier. Sans être employé dans le cadre d'une réelle médiation animale, il a été indiqué aux contrôleurs que le chat fait partie intégrante du soin en qualité de « facilitateur social ».

6.2 UN NIVEAU D'HYGIENE QUOTIDIENNEMENT MAINTENU

Dans les unités ayant encore des chambres individuelles ou collectives sans douche ni sanitaires (cf. *supra*, § 6.1), les patients utilisent les douches collectives et les WC situés à chaque étage. Les douches sont ouvertes de 8h à 20h et il est proposé aux patients une aide pour y faire leur toilette. Les soignants utilisent également les salles de bains dont sont pourvues les unités. Des produits de toilette sont fournis lors de l'admission mais il incombe aux patients ou à leur famille de les renouveler. Les patients peuvent en acheter à la cafétéria ou en ville lors des sorties hebdomadaires (cf. *infra*, § 6.6). Les contrôleurs ont constaté que les locaux y compris les plus

vétustes sont très propres. Leur entretien repose sur les agents hospitaliers de chaque unité, présents quotidiennement. Selon les témoignages recueillis, les chambres des patients et les locaux sont nettoyés tous les matins et autant que de besoin.

Le linge hôtelier comme le linge personnel est changé régulièrement et au minimum une fois par semaine pour les draps, tous les jours pour les serviettes de toilette. Pour autant, et même s'ils n'ont qu'une portée indicative, les questionnaires de sortie ne sont pas élogieux en matière de lavage de linge pour certaines unités²⁵.

Le linge personnel n'est pas fourni mais les unités possèdent un petit stock pour les personnes ne disposant pas de ressources suffisantes. Les personnes âgées ou très dépendantes sont changées plusieurs fois par jour. Certaines des unités disposent d'un lave-linge pour permettre aux patients autonomes de faire leur lessive eux-mêmes. Les autres sont invités à confier le nettoyage de leurs effets personnels à leurs familles mais il est également possible aux personnes isolées de faire laver leurs vêtements à la laverie qui se trouve sur le site. Cette dernière solution est néanmoins peu opérationnelle (cinq jours de délai entre la remise du linge sale et la récupération du linge propre). La blanchisserie du linge hôtelier quant à elle est sous-traitée.

6.3 EN L'ABSENCE DE SUR-OCCUPATION, DES TRANSFERTS FACILES ENTRE UNITES

Les nombreux liens et échanges entre pavillons et la taille humaine du site permettent de gérer efficacement les transferts entre unités. Les psychiatres se déplacent aisément pour rencontrer les patients dans leur unité d'origine. En outre ils les connaissent, à la fois du fait de leurs interventions lorsqu'ils sont de garde et parce que deux tiers des patients du CHBD y ont déjà été hospitalisés précédemment²⁶.

Les unités ne souffrent pas de sur occupation (*cf. supra*, § 2.2.2) ; au contraire des lits sont disponibles dans chacune.

6.4 UNE GESTION SOUPLE DES BIENS DES PATIENTS

Les patients peuvent garder des objets personnels : documents, lunettes, dentier, montre, soit dans leur placard pour ceux qui en ont la clef, soit dans leur casier au bureau infirmier où sont également détenus les objets contondants ou dangereux (ciseaux, coupe-ongles, briquet). En revanche, l'inventaire n'est pas systématiquement contradictoire en raison de l'état clinique de certains patients en incapacité d'en comprendre le sens notamment dans les unités de patients au long cours. Par ailleurs, dans certaines unités cet inventaire se limite aux objets de valeur et aux moyens de paiement de sorte qu'il n'y a aucune trace écrite concernant les vêtements ou les objets du quotidien (ex. : Provence).

²⁵ Taux de satisfaction pour la qualité du lavage du linge : 44 % pour Edelweiss et 34 % seulement pour Provence ; taux de satisfaction pour la fréquence du lavage : 22 % pour Provence et 55 % pour Edelweiss (source : mesure de la satisfaction des usagers du CHBD, 2018)

²⁶ Source : rapport d'activité 2016, p. 11

Recommandation

L'absence d'inventaire systématique des biens du patient fragilise leur conservation et engage la responsabilité de l'hôpital. L'inventaire doit concerner l'ensemble de ses biens (et pas uniquement les biens de valeur) et être réalisé de façon contradictoire dans la mesure du possible.

S'agissant de l'argent et des moyens de paiement des patients, le principe est le dépôt au coffre de la régie. Or les soignants font preuve d'une grande souplesse quant au montant que peuvent conserver les patients à la fois sur eux et dans le bureau infirmier (armoire organisée en casiers ou coffre selon l'unité). Il a été rapporté aux contrôleurs qu'une unité conservait jusqu'à 50 euros, une autre le double ce qui permettait aux patients d'acheter des vêtements ou tout autre objet de leur choix lors des sorties hebdomadaires « achats ». Pour les patients placés sous protection juridique, dont les tuteurs virent directement l'argent disponible sur le compte du centre hospitalier, les contraintes sont plus importantes (cf. *supra*, § 3.8).

Les objets de valeur doivent également être placés au coffre de la régie : un registre y est tenu par la responsable. Un deuxième coffre dit de secours est situé dans le bureau de la cadre de santé de l'unité Edelweiss pour les valeurs déposées la nuit ou le week-end, avec inventaire. Ces effets seront ensuite transférés dans le coffre de la régie.

6.5 UN SELF COMMUN AUX SOIGNANTS ET AUX PATIENTS

Une équipe de seize personnes, majoritairement composée de cuisiniers professionnels, prépare les repas qui seront servis tant au personnel qu'aux patients ; par ailleurs, une diététicienne s'assure du respect de l'équilibre alimentaire.



La cuisine centrale

Deux modes de distribution sont mis en œuvre ; au self – commun au personnel de l'établissement et aux patients – et une distribution par livreurs et camions réfrigérés vers les unités et les structures extérieures. Ces repas sont préparés à l'avance (J+3) et livrés en barquettes individuelles ou collectives. Les commandes de repas sont transmises quotidiennement à la cuisine en excluant celles des personnes qui déjeunent ou dînent au self. Au self, les patients et les soignants se restaurent dans le même espace, mais à des tables différentes. Les soignants payent leur repas. Les patients qui n'y prennent pas leurs repas, par

choix ou par manque d'autonomie, sont regroupés dans la salle à manger de chaque unité. Les soignants déjeunent à leur côté.

Les patients rencontrés ont déclaré être satisfaits des mets servis. Ils ont signalé aux contrôleurs que le repas du midi au self permettait de choisir entre plusieurs entrées, deux plats et de bénéficier à la fois d'un fromage et d'un dessert. Or, au sein des unités ce choix est impossible et il n'est servi qu'un fromage ou un dessert. Aucune explication quant à ce manque d'équité n'a pu être donnée aux contrôleurs ni par les cuisiniers ni par la direction.

Si la recherche d'autonomie des patients que permet le repas en self est à saluer, il convient de noter que le soir aucun membre du personnel soignant ne les accompagne, laissant deux agents de service contraints de gérer des situations parfois tendues entre les patients.

Recommandation

Contrairement au repas du midi, aucun soignant n'est présent au self pour le dîner. La direction doit remédier à cette situation afin d'éviter que les situations de conflit entre patients soient prises en compte par les seuls agents de service, qui n'en ont ni le temps ni la compétence.

6.6 DES ACTIVITES NOMBREUSES ET VARIEES MAIS SOUMISES AUX RESTRICTIONS BUDGETAIRES

Outre les activités au sein même des unités, de nombreuses activités et séjours thérapeutiques, sur prescription médicale, sont proposés aux patients en intra et extrahospitalier. Même si les questionnaires n'ont qu'une valeur indicative, 67 % des répondants ont indiqué être « satisfaits » ou « très satisfaits » des activités proposées²⁷.

6.6.1 L'association des soignants

Une association fondée à l'ouverture de l'établissement par les soignants – l'association d'entraide psychosociale des Hautes-Alpes (AEP SHA) – a pour but la continuité des soins au travers d'activités variées, sur prescription d'un psychiatre. Elle n'est pas exclusivement financée par l'hôpital : une partie des patients y adhère, et elle reçoit des subventions extérieures. Elle alloue elle-même un budget aux différentes structures (unités et structures extra hospitalières) permettant à chacune de financer des activités et des séjours thérapeutiques. Chaque équipe peut innover et proposer des ateliers ou des séjours à l'association.

Les contrôleurs ont pris connaissance des comptes rendus des deux derniers conseils d'administration. Ils ont été l'occasion d'aborder les interrogations financières pour les années à venir. On notait un déficit de 2 700 euros à la clôture du budget 2017. Les solutions envisagées concernaient la poursuite ou non de l'achat quotidien du *Dauphiné libéré*, mis à disposition des patients dans les unités et, par ailleurs, la participation financière des patients aux séjours thérapeutiques. Les contrôleurs ont été informés que le budget accordé par le centre hospitalier pour 2018 subirait une baisse de 5 000 euros l'abaissant à 42 000 euros.

6.6.2 De nombreuses activités

Les activités proposées aux patients sont *a minima* inscrites sur un tableau *Velléda™* au sein de l'unité et, dans l'une d'entre elles, un document est distribué hebdomadairement à chacun, surlignant jour par jour les activités qui lui sont prescrites ou qu'il a choisies.

²⁷ Source : mesure de la satisfaction des usagers du CHBD, 2018

Les activités sont variées et les soignants s'y impliquent particulièrement notamment par des formations complémentaires.

Toutes les semaines, outre les activités classiques de jeux de société, travaux manuels ou musique, les patients peuvent bénéficier de massages : deux aides-soignantes ont fait une formation spécifique et débutent leurs soins dans une unité avant de l'étendre aux autres. Sur prescription médicale, des séances de gymnastique sont assurées par un kinésithérapeute et regroupent une dizaine de patients de plusieurs unités au sein du gymnase situé dans le parc. Les activités physiques sont néanmoins peu investies. L'un des projets de l'UNAFAM, en lien avec le comité départemental d'éducation pour la santé (CODES) des Hautes-Alpes et les équipes médicales et de rééducation, concernait un parcours de santé dans le parc avec installation de bancs, d'agrès, d'aires de pauses, etc. Malgré une possibilité de subvention par l'ARS en 2016, le projet n'a pas été retenu par la direction de l'époque.

Toujours sur le site, dans une salle polyvalente, une activité théâtre a pris beaucoup d'essor. Guidés par deux infirmiers, une psychomotricienne et une psychologue, une dizaine de patients mettent au point un spectacle sous l'œil d'autres venus en spectateurs. Une ancienne cuisine a été maintenue en fonction pour permettre aux patients d'y confectionner des repas qu'ils partagent. Les patients en soins sans consentement peuvent bénéficier des activités sur le site, sur prescription médicale.

A l'extérieur du centre hospitalier sont organisées des activités : équithérapie, piscine ou encore par le biais du centre médico-psychologique (CMP), une activité mosaïque animée par une aide-soignante et une activité autour des espaces verts où se mêlent patients en hospitalisation à temps plein et patients du CMP. Les personnes hospitalisées ont également été impliquées dans la préparation de la fête votive de la ville par la décoration d'un char. Des randonnées emmènent également les patients loin de l'établissement autour d'un lac ou dans la forêt. Toutes les semaines des sorties dites « achats » sont organisées en groupe ; les soignants disposent d'un minibus à cette fin. Les patients en soins sans consentement n'y sont toutefois pas associés.

Enfin, les unités organisent des séjours thérapeutiques (un ou deux par an) à la mer ou à la montagne essentiellement pour les patients au long cours. Il a été indiqué aux contrôleurs que les patients en soins sans consentement restaient trop peu de temps – compte-tenu de la préparation nécessaire largement en amont du séjour – pour pouvoir les y associer.

6.6.3 La cafétéria

La cafétéria dont la gestion financière est également à la charge de l'AEP SHA n'est ouverte que de manière aléatoire suivant les disponibilités de soignants volontaires. Selon les propos rapportés aux contrôleurs, les restrictions budgétaires seraient à l'origine du non-remplacement d'un emploi fixe à ce poste. A l'origine, un membre du personnel avait fait une formation complémentaire d'animation pour gérer cet outil mais, après son départ, le centre hospitalier n'y a positionné personne le laissant à la charge des infirmiers de l'unité Gentiane, unité dont l'un des objectifs est la réhabilitation. Ces derniers, volontaires, en assurent l'ouverture tour à tour lorsque le service ne les retient pas, bien que cette activité soit intégrée à leur planning. Tous s'accordent à dire que la cafétéria est un lieu essentiel pour l'ensemble des patients et leurs familles : une solution pérenne doit donc être trouvée. Lorsque son ouverture est possible, les unités en sont avisées téléphoniquement le matin même. Elle est alors accessible de 9h15 à 11h45 et de 12h15 à 16h, pendant les jours ouvrables.

Recommandation

La cafétéria doit être accessible aux patients et à leurs visiteurs tous les jours et ne pas dépendre de la disponibilité des soignants pour en assurer l'ouverture.

6.7 LA SEXUALITE : UN SUJET NON TRAITÉ INSTITUTIONNELLEMENT

La sexualité des patients est vécue par beaucoup de soignants au CHBD comme une question épineuse, les équipes ne paraissant pas toujours prêtes à l'aborder frontalement. La sexualité est néanmoins un sujet au CHBD, comme dans n'importe quel hôpital psychiatrique : érotomanie, relations sexuelles entre patients et visiteurs, entre patients, masturbation au vu et su de tous, domination de certains patients par d'autres, effets secondaires des médicaments (problèmes d'érection, notamment), etc.

Il n'y a rien d'écrit sur la question dans le livret d'accueil et elle n'est pas abordée lors de l'entretien d'arrivée, même sous l'angle des rapports sexuels avec le conjoint lorsqu'il se déplace à l'hôpital. Il n'existe pas, de façon globale, d'action d'éducation ou de prévention, ni d'information sur la contraception, sur les infections sexuellement transmissibles ou encore les abus sexuels. Des préservatifs masculins sont tout de même disponibles dans certaines unités (Perce-Neige, Provence) et la contraception féminine peut donner lieu à la pose d'implants, pratiquée à l'extérieur de l'établissement.

Ce sujet n'est pas non plus évoqué en réunions institutionnelles et ne fait pas partie du plan de formation pour le personnel (à l'exception d'une formation « autisme et sexualité » surtout théorique). Il n'est finalement appréhendé par les soignants que lorsqu'un problème se pose dans une unité. Quelques exemples ont pu être rapportés aux contrôleurs : situation d'un patient de l'unité Edelweiss qui se masturbe dans les locaux communs et qu'il faut reconduire dans sa chambre à chaque fois ; situation d'un patient de l'unité Perce-Neige qui a des rapports sexuels réguliers avec deux des patientes de l'unité. Ces cas individuels font l'objet d'échanges en réunion de synthèse ou en équipe, notamment afin de protéger les patients, mais les réactions sont souvent intuitives et la réflexion globale manque de cohérence.

Les contrôleurs ont par exemple obtenu des réponses très différentes d'un infirmier à l'autre en leur demandant leur réaction lorsqu'ils découvrent deux patients en plein acte sexuel dans une chambre la nuit. Il a également été rapporté aux contrôleurs la difficulté de se positionner par rapport à des relations dans le parc, où la protection éventuelle d'une personne vulnérable est quasi impossible.

En 2010, les soignants ont accompagné une patiente qui s'était faite agresser sexuellement par un autre patient afin qu'elle dépose plainte et qu'elle puisse consulter un gynécologue à Gap. L'auteur des faits a été poursuivi pénalement.

Recommandation

L'hôpital doit entamer une réflexion institutionnelle sur la sexualité des patients, ayant notamment pour objet de permettre au personnel de se positionner efficacement par rapport à l'existence de rapports avec les proches ou avec d'autres patients sur le site d'Arzeliers, et également d'apporter aux patients la protection et l'information nécessaires.

7. LES SOINS DONT BENEFICIE LE PATIENT

7.1 UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE, RESPECTUEUSE DES DROITS DU PATIENT ET DE SON AUTONOMIE

7.1.1 La prise en charge des patients

Chacune des unités est sous la responsabilité d'un médecin psychiatre et bénéficie de l'intervention d'un médecin généraliste. L'organisation médicale se structure autour d'une garde sur place de médecin généraliste assurée 24h/24 toute l'année et d'une astreinte de médecin psychiatre qui peut, si nécessaire, se déplacer, y compris auprès des services d'accueil des urgences du CH de Gap.

Chaque unité dispose d'une équipe pluridisciplinaire associant médecin psychiatre, psychologue, infirmières, assistante sociale et dans le cas de l'unité Gentianes, moniteur-éducateur et éducatrice spécialisée du fait de l'orientation réhabilitation psychosociale. Le temps de médecin psychiatre peut cependant varier d'une demi-journée par semaine (unité Edelweiss) à quatre journées par semaine (unité Gentianes) voire une présence quotidienne (unité Provence). Chaque patient a un médecin psychiatre référent et dans certains cas une infirmière référente voire un éducateur et une assistante sociale (pavillon Gentianes). Si plusieurs psychiatres interviennent au sein de l'unité, le patient a la possibilité s'il le souhaite de changer de médecin référent. Le constat a été fait d'un suivi médical régulier pour tous les patients, variant en intensité selon leur pathologie. Ainsi à l'unité Gentianes les patients sont vus en entretien associant médecin psychiatre et infirmier toutes les semaines. Pour autant, les représentants de l'UNAFAM que les contrôleurs ont rencontrés estiment insuffisants les contacts entre les patients et les psychiatres durant l'hospitalisation et surtout après la sortie.

A son arrivée, le patient peut bénéficier d'une période d'observation, celle-ci peut le conduire à être hospitalisé dans une chambre dite « sécurisée ». L'hospitalisation en chambre « sécurisée » est conditionnée par l'état clinique du patient, le fait qu'il soit connu ou non de l'équipe et non par son statut d'hospitalisation en soins libres ou en soins sans consentement. Le patient bénéficie d'une consultation par un médecin généraliste le jour même et d'une consultation par un médecin psychiatre dans les vingt-quatre heures. Ces consultations associent un médecin et un infirmier.

Dans chacune des unités, la prise en charge individuelle du patient est régulièrement discutée lors des réunions de relève quotidiennes, des réunions de synthèse hebdomadaires ou encore des réunions cliniques. Les différentes réunions permettent de regrouper tous les intervenants autour du projet de chaque patient. Le projet de soins individuel est encore plus structuré dans l'unité Gentianes du fait de son orientation. Ainsi chaque patient se voit remettre chaque mois un tableau précisant les activités thérapeutiques qui lui ont été prescrites. L'équipe du pavillon Gentianes organise par ailleurs, chaque semaine, une réunion avec le moniteur-éducateur et l'ensemble des patients sur le fonctionnement de l'unité et tous les quinze jours une réunion dite « communautaire » à laquelle participent les patients et l'équipe autour d'un sujet choisi collectivement lors de la réunion précédente. Une réunion patients-soignants se tenait tous les mois à l'unité Perce Neige.

Les familles sont étroitement associées, à chaque fois que possible, à la prise en charge des patients. Ainsi à l'unité Gentianes une rencontre a lieu systématiquement avec des proches au moment de l'hospitalisation et avant la sortie.

7.1.2 La réhabilitation sociale et la préparation à la sortie

La réhabilitation sociale est au cœur du projet de l'unité Gentianes : tous les gestes de la vie quotidienne sont utilisés pour aider le patient à structurer un projet de vie autonome, depuis la prise du petit déjeuner en self-service jusqu'à l'entretien de son linge. Quatre appartements thérapeutiques sont par ailleurs utilisés comme appartement de transition avec apprentissage des gestes de la vie quotidienne. Le moniteur-éducateur y passe chaque jour.

Elle irrigue aussi le projet de soin des autres unités. Le fait que les patients puissent prendre leur repas au self de l'établissement est un signe de cette volonté.

La préparation à la sortie est envisagée dès l'accueil. L'infirmière du centre médico-psychologique se rend une fois par semaine à l'unité Provence pour préparer, avec l'équipe, le suivi des patients en ambulatoire à leur sortie. Inversement, trois infirmiers de l'unité travaillent également en CMP et un quatrième en hôpital de jour et sont inscrits dans un « parcours d'entrée et de sortie » facilitant ainsi la préparation de celle-ci. Selon les informations recueillies, une grande partie des patients peuvent regagner leur domicile ; à défaut des structures d'accueil peuvent être trouvées sans trop de difficulté.

En outre, des sorties de courte durée pour les patients en soins sans consentement sont accordées de façon progressive pour favoriser la réadaptation des personnes hospitalisées à la vie à l'extérieur.

Ainsi des sorties accompagnées d'une durée inférieure à douze heures, autorisées dès que l'état du patient le permet et qu'il est stabilisé, sont par exemple accordées pour faire des courses ou des démarches, honorer un rendez-vous extérieur, faire une promenade, participer aux sorties organisées par les équipes de soin ou encore retourner quelques heures au domicile. Lors de ces sorties, le patient est obligatoirement accompagné soit par un soignant voire deux selon les cas, soit plus rarement par un membre de sa famille.

Des sorties non accompagnées d'une durée maximum de quarante-huit heures font en général suite à celles de moins de douze heures et sont destinées à préparer la sortie d'hospitalisation complète, assortie ou non d'un programme de soins. Le patient est ainsi autorisé à retourner à son domicile d'abord pour une nuit puis pour deux jours. Les tiers sont *a minima* informés, et souvent très largement associés à la préparation de ces sorties.

Il a été précisé aux contrôleurs que les premières sorties étaient souvent demandées par les infirmiers et que des sorties de deux heures le jeudi, pour se rendre au marché de Laragne-Montéglin, étaient « sacralisées ».

Ces sorties de courte durée ne sont répertoriées ni sous forme papier, ni informatiquement, ce qui a empêché les contrôleurs d'en connaître le nombre sur une période donnée pour l'ensemble des pavillons. Elles sont toutefois renseignées dans le dossier informatisé de chaque patient.

Au 15 mai 2018, cinq des huit patients hospitalisés en soins sans consentement au pavillon Provence bénéficiaient de sorties de courte durée, étant précisé que deux autres patients – admis respectivement les 20 et 21 avril 2018 – n'avaient pas formulé de demande et que le troisième n'était hospitalisé que depuis le 11 mai, en réintégration après un programme de soins.

Pour les SDRE les certificats médicaux favorables à une sortie de courte durée sont adressés à l'ARS puisque le préfet peut s'y opposer. En raison du faible nombre de patients en SDRE, les oppositions du préfet sont peu fréquentes. Il reste que des difficultés ont été signalées aux contrôleurs, tant par les médecins et les soignants que par les agents du bureau des entrées tenant aux délais de réponse du préfet *via* l'ARS pouvant mettre en échec les projets de sortie.

L'examen du dossier administratif d'une personne admise sur décision du représentant de l'Etat a ainsi révélé qu'à l'occasion d'une sortie organisée pour la journée du 17 avril 2018, le préfet *via* l'ARS avait adressé au CHBD un refus par simple courriel du 17 avril à 11h04, alors que l'avis lui avait été envoyé dès le 10 avril à 14h07 et que, en l'absence d'opposition dans les délais légaux, le patient avait déjà quitté l'établissement. Il est également apparu que plusieurs autres sorties, prévues pour le même patient au cours du mois d'avril, ont certes été acceptées par le préfet mais « *sous réserve d'un accompagnement IDE* » ; par ailleurs la réponse favorable pour une sortie le 27 avril de 10h à 14h n'a été donnée que par mail du 26 avril à 11h01 soit moins de douze heures avant le moment prévu pour ladite sortie.

Recommandation

Conformément aux dispositions de l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique, l'opposition du représentant de l'Etat dans le département à un projet de sortie de courte durée doit être émise par écrit et notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, aucune mesure complémentaire ne pouvant par ailleurs assortir l'accord du préfet.

7.1.3 La levée de l'hospitalisation complète et les programmes de soins

Selon la situation du patient, la levée de l'hospitalisation complète peut être accompagnée d'un programme de soins. En 2017 la prise en charge de deux mesures de SDRE a été modifiée en programme de soins sans opposition du préfet. En 2018, après un certificat demandant la levée d'une mesure de SDRE pour permettre la poursuite des soins en service libre en milieu hospitalier sur le secteur d'origine du patient, le préfet a demandé un deuxième avis médical ; ce deuxième avis ayant confirmé le premier, le préfet a levé la mesure sans recourir à la saisine du JLD (*cf. supra*, § 4.3)

A la différence des registres « SDRE » dans lesquels figure le certificat médical demandant la levée de la mesure d'hospitalisation complète et prescrivant le contenu du programme de soins, les registres « SDT » ne font pas apparaître de façon lisible les levées de la mesure assorties d'un programme de soin, la rubrique spécifique « *autres formes de prise en charge* » n'étant que peu renseignée et le certificat médical n'étant pas reproduit.

Au 17 mai 2018, quinze patients étaient en programme de soins : quatre en SDRE, depuis respectivement le 6 décembre 2012, le 19 octobre 2015, le 4 novembre 2016 et le 4 septembre 2017 ; onze en SDT, dont deux depuis mars et mai 2015, un depuis décembre 2016, six à compter de 2017, et deux depuis les 27 mars et 28 avril 2018.

L'examen de quelques programmes de soins montre que ceux-ci ne sont quasiment jamais ordonnés avant le douzième jour d'hospitalisation et donc le passage devant le JLD, qu'ils prévoient très majoritairement, outre des traitements et rendez-vous infirmiers réguliers, des suivis en centre médico-psychologique avec quelques rares hospitalisations séquentielles.

Selon la présidente du tribunal de grande instance de Gap, également membre de la CDSP, les programmes de soins sont de plus en plus nombreux et de plus en plus longs ; ces programmes comprennent toutefois de nombreuses modifications, attestant d'un suivi médical régulier et adapté.

7.2 UNE EQUIPE DE MEDECINS GENERALISTES REpondant AUX BESOINS DES PATIENTS

7.2.1 Les soins de médecine générale sur le site

L'équipe de médecins généralistes est composée de quatre médecins correspondant à 3,6 équivalents temps pleins (ETP) intervenant dans l'ensemble des unités y compris l'unité d'addictologie ainsi que dans certaines structures ambulatoires.

Les médecins assurent une garde somatique sur place 24h/24, 365 jours par an. Quelques médecins psychiatres participent également à la garde de nuit.

Tout patient hospitalisé, quel que soit son statut (SL ou SSC) est vu dans les vingt-quatre heures par un médecin généraliste. Il bénéficie d'un examen clinique, d'un bilan biologique standardisé et d'un électrocardiogramme. Par la suite il peut être vu soit à sa demande, soit sur proposition de l'équipe.

Des protocoles existent pour la prescription d'antibiotiques, les troubles métaboliques, la constipation. La recherche de douleurs est systématique au moins lors de l'arrivée du patient.

Les médecins somaticiens sont présents chaque jour dans les unités dont ils ont la charge et participent aux relèves.

7.2.2 Les examens biologiques

Une convention avec le centre hospitalier intercommunal de Gap garantit la réalisation des examens biologiques.

Les prélèvements sont réalisés par les infirmières du service, un coursier passe du lundi au vendredi à 9h pour prendre les tubes. Les résultats sont consultables, le jour même, sur le dossier informatisé du patient.

7.2.3 Les examens radiologiques

Ils sont réalisés soit au centre hospitalier de Gap soit à celui de Sisteron. Le CH de Gap est le seul à pratiquer des imageries par résonance magnétique. Les délais sont similaires à ceux rencontrés pour les patients de ville. Les médecins peuvent intervenir téléphoniquement pour obtenir un rendez-vous en urgence.

7.2.4 Les consultations spécialisées et les soins dentaires

Les spécialistes se déplaçant pour consulter sur le site du CHBD sont en nombre de plus en plus restreint. Un oto-rhino-laryngologiste vient tous les quinze jours, un neurologue une fois par mois. Aucun médecin gynécologue ne se déplace.

Lors de la mission, le poste de chirurgien-dentiste n'était plus occupé alors que les installations techniques nécessaires restaient disponibles au sein de l'hôpital. Les soins étaient donc réalisés en ville. Dans sa réponse au rapport de constat en novembre 2018, le directeur a indiqué que des vacances de dentiste étaient de nouveau en place au sein de l'hôpital, sans autre précision.

Recommandation

Dans la mesure où il dispose déjà d'un cabinet dentaire très fonctionnel, l'hôpital doit maintenir la présence d'un chirurgien-dentiste afin de faciliter une prise en charge complète des patients.

Une infirmière gère les rendez-vous extérieurs qui sont prescrits sur l'application Cariatides. Elle organise le transport en ambulance. Le patient est accompagné par un soignant s'il est hospitalisé en SSC ou s'il est agité. Les consultations ont lieu soit au CH de Gap soit en médecine libérale (pour la cardiologie, par exemple).

7.2.5 Les hospitalisations

Elles ont lieu au CH de Gap avec une information systématique de l'équipe de liaison du CHBD présente sur place. Le service est également informé de l'hospitalisation par le médecin généraliste.

7.2.6 La sortie du patient

Elle est précédée d'une consultation systématique de sortie accompagnée d'un courrier au médecin traitant.

7.2.7 Le fonctionnement d'équipe

Les médecins généralistes ne sont pas regroupés en service.

Ils se réunissent une fois par mois pour faire leur planning de garde et sont invités à participer aux réunions du comité de lutte contre la douleur (CLUD) et de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS). Ils participent, comme dit plus haut, aux relèves des unités dans lesquelles ils interviennent.

Recommandation

Un projet d'équipe de médecine générale est souhaitable de façon à structurer les actions curatives et préventives en direction des patients hospitalisés.

8. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DU PATIENT

8.1 DES HOSPITALISATIONS EN URGENCE RENDUES PARFOIS DIFFICILES POUR LES PATIENTS DU FAIT DE L'ELOIGNEMENT DES SERVICES D'URGENCE

Le CHBD est le seul établissement habilité à recevoir des patients sans consentement dans le département. Or les centres hospitaliers généraux sont éloignés de Laragne-Montéglin : Sisteron (bien que situé dans un département limitrophe, ce CH peut hospitaliser les patients en soins sans consentement au CHBD) est à vingt minutes de transport, Gap est à quarante-cinq minutes, et enfin Briançon à deux heures. Ce dernier établissement, bien que disposant d'une équipe de psychiatrie et de vingt lits d'hospitalisation, n'est pas habilité à recevoir des patients en SSC au-delà de vingt-quatre heures (*cf. supra*, § 2.1). C'est pour ces derniers patients, au nombre de seize en 2017, que les conditions d'hospitalisation ont été les plus traumatisantes.

Une équipe infirmière de liaison au service d'accueil des urgences de Gap contribue à la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques. Le psychiatre d'astreinte peut être joint à tout moment pour donner un avis, voire se déplacer. Une réunion mensuelle entre urgentistes et psychiatres permet de faire le point sur la prise en charge aux urgences des patients présentant des troubles psychiatriques.

Les transferts sont faits en ambulance, les patients étant généralement sédatisés, la pose de contentions semblant être plus fréquente pour les patients en provenance de Briançon.

8.2 UN HOPITAL SANS CHAMBRE D'ISOLEMENT NI CONTENTION

En janvier 2009, la direction des hôpitaux et de l'offre de soins publiait une circulaire relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) du plan d'amélioration de la sécurité des établissements ayant une autorisation en psychiatrie. Cette circulaire prévoyait de mieux fermer les établissements et certaines unités ainsi que la création de 200 chambres d'isolement sur l'ensemble du territoire national. Le collectif soignant du CHBD, suivi par le précédent directeur, s'opposa à la mise en œuvre de cette circulaire au nom de la prise en charge des patients dans des structures ouvertes et les médecins écrivirent à l'ARH²⁸ pour refuser la création de chambres d'isolement sur le site d'Arzeliers.

8.2.1 L'isolement des patients

Le refus de créer de telles chambres tient à la volonté de ne pas stigmatiser les patients lorsqu'il est nécessaire de les isoler, et à l'idée selon laquelle le fait même de disposer de chambres d'isolement aux normes aurait pu encourager leur utilisation.

En l'absence de telles chambres d'isolement, la pratique retenue au CHBD est de maintenir le patient dans sa chambre fermée. Les équipes disposent ainsi d'un protocole dont la version 5, en date du 8 avril 2016, précise les conditions de cette fermeture. Selon le projet de service de la psychiatrie générale (septembre 2017), cet isolement est restreint aux seules situations dans lesquelles « *l'état clinique de débordement des angoisses du malade le nécessite* » (p. 26).

Cependant l'isolement de certains patients ne peut pas se réaliser dans de bonnes conditions de sécurité dans leur chambre, c'est pourquoi deux chambres dites « chambres sécurisées » ont été équipées dans chacune des unités Gentianes et Provence.

²⁸ Agence régionale de l'hospitalisation ; aujourd'hui remplacée par l'ARS.

a) Le protocole relatif au maintien des patients dans leur chambre

Le protocole prévoit que la chambre du patient doit être adaptée à la situation de soins. Sommier et meubles peuvent ainsi être retirés de la pièce pour éviter que le patient ne se blesse. Il permet au médecin de prescrire la tenue dans laquelle le patient doit être mis. Dans la pratique, le maintien du patient dans sa chambre semble s'accompagner systématiquement d'une mise en tenue hospitalière (pyjama). Dans le cas où le patient serait en soins libres, son mode de placement doit être modifié si la mesure se prolonge au-delà de vingt-quatre heures. Ceci semble être la règle selon les dires des soignants rencontrés.

Au protocole est annexée une fiche de prescription précisant le jour et l'heure du maintien en chambre et de la fin de mesure. Une prescription médicale, mentionnant les objectifs recherchés, est rédigée. Le verso de la fiche sert de support à la surveillance infirmière. La fiche de prescription est au format papier. Lors de la visite des contrôleurs, cette fiche n'était pas reproduite dans l'application Cariatides mais l'établissement d'une fiche informatisée était en cours de développement.

b) Les chambres « sécurisées »

Les chambres « sécurisées » sont des chambres d'hébergement classiques, à proximité de la salle de soins, dans lesquelles le radiateur et les tuyaux d'alimentation en eau ont été recouverts et les vitres sont en plexiglas de façon à limiter les risques traumatiques. Un cabinet de toilette attenant est équipé de façon usuelle mais peut être fermé à clef. Les portes sont renforcées et comportent soit un œillette (Gentianes) soit un fenestron (Provence). Elles ne disposent pas de bouton d'appel du personnel soignant ni d'horloge ou de calendrier.



Chambre « sécurisée »

Contrairement au maintien en chambre ordinaire, porte fermée, le placement en chambre sécurisée n'a pas fait l'objet d'un protocole particulier. Les contrôleurs ont constaté que ces chambres peuvent être utilisées porte ouverte comme chambre d'observation attentive du fait de leur situation à proximité de la salle de soins (risque suicidaire). Elles peuvent aussi être utilisées comme lieu d'isolement en lieu et place d'un maintien en chambre fermée. Dans cette hypothèse, le placement en chambre « sécurisée » s'accompagne du port de la tenue hospitalière.

c) Les pratiques

Les données fournies par l'établissement ont été établies sur la base des fiches de suivi infirmier dans le dossier Cariatides. Ont été ainsi comptabilisés en 2017 ;

- Gentianes : 3 patients mis en isolement dans leur chambre ou en chambre sécurisée sur un total de 78 patients hospitalisés dans l'année avec un total de 15 jours d'isolement. La durée moyenne d'isolement est donc de 5 jours et concerne 4 patients sur 100 ;
- Provence : 16 patients mis en isolement sur un total de 305 patients hospitalisés dans l'année avec un total de 126 jours d'isolement. La durée moyenne d'isolement est de 8 jours et concerne 5 patients sur 100.

Les dossiers de quelques patients ont été examinés avec l'aide d'un infirmier. La fiche de prescription/surveillance a été systématiquement retrouvée dans le dossier du patient.

Les heures d'entrée et de sortie de la chambre sont inscrites dans le dossier Cariatides.

Dans les cas analysés, les prescriptions sont renouvelées sur plusieurs jours. Selon les infirmiers le maintien en chambre fermée est exceptionnellement continu, les patients sortant de leur chambre pour les repas, pour fumer une cigarette, etc. L'équipe est laissée juge du maintien en isolement et peut prendre l'initiative de mettre fin à celui-ci.

Selon l'un des médecins rencontrés, la pratique de l'isolement est en augmentation depuis deux ou trois ans alors qu'elle était exceptionnelle jusque-là.

Recommandation

Les chambres « sécurisées » sont à mi-chemin entre des chambres d'hébergement et des chambres d'isolement. Leur usage doit être précisé, sous la forme d'un protocole, et les pratiques doivent être évaluées.

d) Le registre

A ce jour le centre hospitalier n'a ouvert aucun registre. Même si le CHBD ne dispose pas – et ne souhaite pas – de chambre d'isolement aux normes, **la pratique du maintien en chambre fermée et celle de la mise en chambre sécurisée constituent pourtant une forme d'isolement**. La création d'une fiche de prescription du maintien en chambre, dans le dossier informatisé Cariatides, permettra la constitution de ce registre.

Recommandation

Le registre rendu obligatoire par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique doit être créé dans les délais les plus brefs. Une analyse collective dans chacune des unités doit en être faite régulièrement afin de maintenir un recours aux différentes formes d'isolement aussi bas que possible.

Dans sa réponse au rapport de constat, datée du 23 novembre 2018, le directeur a indiqué qu'un registre de suivi des placements en chambre sécurisée était désormais déployé.

8.2.2 La contention des patients

La pratique de la contention est inexistante au CHBD. Il n'y a pas de sangles dans les salles de soin.

Les équipes soignantes revendiquent la capacité à contenir les patients sans avoir à recourir à des liens.

Bonne pratique

L'absence de recours à la contention est exemplaire et contribue à une prise en charge extrêmement respectueuse des droits fondamentaux des patients.

8.3 UNE POLITIQUE DU MEDICAMENT A L'ECOUTE DU PATIENT

Le centre hospitalier est doté d'une pharmacie à usage interne (PUI) comprenant deux pharmaciens et deux préparateurs en pharmacie.

Les médicaments sont prescrits par les médecins des services (généralistes et psychiatres) dans l'application Cariatides. Toutes les prescriptions sont contrôlées par les pharmaciens. Le réassortiment des unités est fait une fois par semaine avec la possibilité d'obtenir un complément à tout moment de la semaine. En cas de fermeture de la PUI il était possible d'obtenir certains médicaments à visée somatique, tels que des antibiotiques, auprès de la pharmacie de l'unité Perce-Neige. Dans ses observations au rapport de constat, le directeur n'a pas indiqué pas si une solution aussi souple a été maintenue après la transformation de l'unité.

La distribution des médicaments est faite, selon les unités, soit de façon individuelle dans un local porte fermée, soit à table de façon plus collective. Dans le cas d'une unité, la confidentialité n'est pas totalement assurée malgré une remise individuelle du traitement. La prescription est vérifiée par l'infirmière sur l'écran de l'application Cariatides, les médicaments sont remis au patient avec si nécessaire des explications sur la prescription, les effets secondaires.

Recommandation

La remise individuelle des médicaments, de façon confidentielle, doit être la règle.

Sous l'impulsion de l'équipe de la PUI, l'éducation thérapeutique du patient est au centre des pratiques. La pharmacie est ouverte aux patients et ceux-ci peuvent s'y rendre pour obtenir des informations complémentaires sur leur traitement. Ils y sont encouragés par les équipes des unités.

Pharmaciens et préparateurs participent régulièrement aux réunions de synthèse des unités de façon à mieux connaître les patients et répondre aux interrogations des équipes soignantes. Ils assurent des consultations orientées sur le traitement au sein des unités. Des rencontres en ambulatoire (centres médico-psychologiques) ont été initiées.

Un dossier d'éducation thérapeutique du patient a été déposé pour financement auprès de l'Agence régionale de santé et a été élaboré avec des soignants et un patient.

Bonne pratique

L'implication exceptionnelle de l'équipe de la pharmacie auprès des patients et des équipes, pour donner toute sa place aux explications relatives au médicament, est une pratique de l'éducation thérapeutique du patient qui contribue fortement à son autonomie.

8.4 UN HOPITAL OU LES MALTRAITANCES SEMBLENT INEXISTANTES MAIS DANS LEQUEL LA VIOLENCE ENTRE PATIENTS OU ENVERS LE PERSONNEL AUGMENTE

S'agissant d'éventuelles maltraitances des soignants envers les patients, aucune situation n'a été portée à la connaissance des contrôleurs. Le rapport d'activité 2016 est muet sur la question, tout comme le bilan des questionnaires de satisfaction.

Des agressions ou des menaces sont commises, en revanche, entre patients ou sur le personnel. Le signalement de celles-ci est opéré par fiche d'événement indésirable (EI). Les fiches, éditées par le service qualité, sont à la disposition des soignants dans les unités. Le déclarant remplit la fiche et la fait parvenir par le vagemestre au service qualité. Celui-ci en prend connaissance et la transmet à la direction, la direction des soins, le cadre supérieur de santé, le cadre de l'unité, la médecine du travail, parfois également à l'ARS selon la gravité des faits. Le service qualité suit l'évolution de ces événements et établit des statistiques.

En 2017, on notait trente-sept agressions physiques ou verbales sur le personnel (seulement treize d'entre elles ont été déclarées en tant qu'accident du travail – cf. *supra*, § 2.4.1) et trente-six entre patients ou sur soi-même (automutilations, tentatives de suicide, agressions entre résidents). Il s'agissait d'agressions physiques à 82 %. L'unité Edelweiss était surreprésentée, tant pour les EI en général (42 % du total des fiches du CHBD, contre 4 % pour Perce-Neige), que pour les agressions en particulier (42 % du total également).

Pour les quatre premiers mois de l'année 2018, on recensait quatorze agressions sur le personnel et dix entre patients. Edelweiss était de nouveau l'unité la plus concernée par ces questions, ce qui peut s'expliquer par le fait que les pathologies y sont particulièrement lourdes et que les patients y sont hospitalisés au long cours.

Les agressions, au sens large, représentaient 41 % des EI en 2017 (contre 21 % en 2015), ce qui tendrait à prouver que les violences augmentent.

C'est ce qui a motivé, dès 2013, la création d'un observatoire des situations de violence – en lien avec le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail – et la signature d'une charte. Cet observatoire avait pour objet de compiler et analyser les événements liés à des situations de violence ayant fait l'objet d'une déclaration d'accident du travail ou d'un signalement d'EI, de promouvoir la formation continue, de formaliser un accompagnement des personnes impliquées, le tout afin d'aider les professionnels à mieux comprendre et prévenir les phénomènes de violence. Cet observatoire s'était en outre doté d'une permanence téléphonique, tenue à tour de rôle par un binôme de correspondants, et se réunissait tous les deux mois. La permanence téléphonique n'a jamais été appelée.

Cet observatoire est en sommeil depuis 2016 mais le directeur l'a justifié comme suit dans sa réponse au rapport de constat : « *Ce dispositif était pertinent au moment de sa création. Il s'est révélé moins opérationnel et moins pertinent sur les dernières années, du fait de la mise en place d'autres dispositifs ; aujourd'hui, ce dispositif est remplacé par d'autres formes d'accompagnement des situations de violence (fiche de signalements, reprise en équipe,*

accompagnements individualisés, formation OMEGA...) qui entrent dans le cadre de la démarche qualité de vie au travail ».

Quoi qu'il en soit, l'encadrement et les agents ont bien conscience que les chiffres des violences augmentent. Cette hausse paraît liée aux patients pris en charge. Toutefois, certains estiment qu'elle est également le fruit de l'évolution des pratiques d'une nouvelle génération d'infirmiers et d'aides-soignants au CHBD, aujourd'hui plus enclins à signaler et tracer les actes des patients que par le passé, et les prenant peut-être en charge d'une façon moins individualisée et moins empathique. En tout état de cause, pour ces jeunes soignants, il est manifestement moins admissible d'être vilipendé voire agressé par les patients que pour les soignants quadragénaires ou quinquagénaires qui pour la plupart n'ont connu que la psychiatrie, et certains uniquement sur le site d'Arzeliers.

Des formations sont opportunément mises en œuvre dans ce champ en 2018 : gestion de la violence (OMEGA), médiation, communication non violente (*cf. supra*, § 2.4.2). Il est peut-être regrettable que la formation OMEGA soit avant tout destinée aux soignants de Provence, alors que les recensements évoqués plus haut indiquent que l'unité où l'agressivité des patients est la plus remarquée est l'unité Edelweiss.

Recommandation

L'observatoire des situations de violence, créé en 2013, doit être réinvesti, a fortiori dans la mesure où le niveau de violences entre patients et envers le personnel augmente.

8.5 UN COMITE D'ETHIQUE EXISTANT, MAIS EN SOMMEIL

Le comité d'éthique n'est plus actif depuis 2016.

Six réunions ont eu lieu entre avril 2013 et avril 2015 auxquelles participaient, tous les trimestres, une douzaine de membres des secteurs de psychiatrie et de l'EPHAD, parmi lesquels un usager, un psychanalyste, un philosophe, un membre de communauté religieuse, une assistante sociale, une infirmière, un cadre de santé, la responsable qualité. Un juriste était également régulièrement invité. Les contrôleurs ont pu se procurer les comptes rendus de ces réunions, qui leur sont apparues fructueuses.

Les thématiques abordées ont été diverses, certaines rejoignant particulièrement les préoccupations du CGLPL :

- 2013 : la contention, l'enfance maltraitée, la distinction entre éthique et morale, la question du choix thérapeutique en relation avec son coût, la privation de liberté chez les personnes âgées hébergées sans leur consentement, l'euthanasie ;
- 2014 : la relation du psychiatre traitant avec son patient, la déontologie, le prosélytisme, la vulnérabilité, la responsabilité du patient ;
- 2015 : la frontière entre protection du patient et liberté individuelle, l'attitude à adopter face à des personnes handicapées, diminuées ou en grande précarité qui émettent le désir d'avoir un enfant, et dans le même registre l'envie de maternité alors que la grossesse présenterait des risques pathologiques importants pour la mère ou l'enfant.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il n'était pas envisagé de reprendre ces réunions du comité d'éthique dans un avenir proche. Pourtant la présidente de la commission médicale

d'établissement avait manifesté, dès janvier 2018, le souhait que cette instance soit relancée²⁹. Dans ses observations au rapport de constat, en novembre de la même année, le directeur a indiqué que le comité d'éthique était relancé, sans autre précision.

Recommandation

Le comité d'éthique, qui abordait des thématiques extrêmement pertinentes jusqu'en 2016, doit reprendre son action.

²⁹ Source : procès-verbal de la CME du 15 janvier 2018, p. 4

9. CONCLUSION GENERALE

Lors de la mission de mai 2018, le centre hospitalier Buëch-Durance était à la veille de prises de décisions déterminantes, qui suscitaient de l'inquiétude – voire du ressentiment – parmi le personnel et interrogeaient frontalement l'avenir du site d'Arzeliers.

De nombreux tracts syndicaux avaient été diffusés sur ce thème les semaines précédant la visite des contrôleurs, certains élus locaux avaient manifesté leurs craintes ou même leur opposition aux projets présentés et le directeur général de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte-d'Azur s'était lui-même déplacé sur site le 24 avril 2018. Les incertitudes relatives à l'avenir du CHBD et la mobilisation d'une partie du personnel avaient fait l'objet d'une couverture médiatique non négligeable. Il est à noter que les observations du directeur, suite au rapport de constat, montrent la situation sous un jour nouveau six mois plus tard : l'unité Provence est maintenue et sera reconstruite sur site ; l'unité Perce-Neige a été transformée en foyer d'accueil médicalisé.

La visite des contrôleurs, et leurs échanges avec de très nombreux soignants, avaient été fortement teintés par cette actualité mais ils se sont néanmoins attachés à la dépasser autant que possible. Leur impression, quant à l'ambiance générale au-delà des questions d'avenir du site, est contrastée. Certains soignants ont fait part de leur morosité aux contrôleurs : budgets en baisse, abandon de certaines pratiques professionnelles, réorientation vers le médico-social, absence d'informations relatives à des décisions concrètes les concernant à court terme (ex. : évolution de l'unité Gentianes), etc. D'autres, au contraire, ont surtout évoqué leur attachement à l'établissement et à son projet, très inspiré des doctrines de la psychothérapie institutionnelle. Le *turn-over* du personnel est d'ailleurs assez faible. Le CHBD présente, en outre, l'avantage d'être tentaculaire : avec une vingtaine de structures réparties sur cinq communes, chacun a le choix de son affectation ou de sa mutation en interne, tant en termes fonctionnels que géographiques.

Au travers de tous leurs échanges avec les membres de la communauté soignante, les contrôleurs ont ressenti une bienveillance certaine à l'égard des patients, à la hauteur d'un projet de soins mis en œuvre avec succès : niveau d'individualisation des prises en charge très élevé ; équipes soignantes investies et efficaces ; portes ouvertes ; absence de chambre d'isolement au sens strict ; absence de contention ; faible niveau de sédation. L'un des soignants a pu dire assez justement aux contrôleurs : « à Laragne, le meilleur médicament, c'est l'équipe soignante ».

Du point de vue des patients, les réserves sont plus manifestes. Si l'implantation du site d'Arzeliers, l'absence de fermeture des portes, la multitude et la diversité des activités proposées ou encore la place des familles sont des atouts considérables, certaines conditions matérielles d'hospitalisation viennent ternir leur quotidien, en particulier dans deux unités (l'une d'elles a fermé depuis la visite). Par ailleurs, il est regrettable que le CHBD entretienne un rapport aussi difficile avec les écrits et avec le droit : information écrite inexistante tant sur la vie dans l'unité que sur les règles et le fonctionnement de l'hôpital, absence de document retraçant les droits des patients en soins sans consentement, même à destination du personnel, manquements importants dans les décisions d'admission ou de levée de mesure, registre de la loi mal renseigné, etc. Les patients en pâtissent directement.

Le dynamisme et l'esprit critique de la direction, des médecins et de l'ensemble du personnel devraient permettre de progresser en ces matières. Le climat social, électrique lors de la visite des contrôleurs, se serait apaisé à la suite de la conférence de consensus qui s'est ouverte à l'été 2018. Un nouveau projet d'établissement est attendu pour la fin du premier semestre 2019. Le

contexte est donc désormais très favorable pour mettre en œuvre les changements attendus : certains ont déjà été initiés.