



Rapport de visite :

9 au 13 mars 2020 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier de Bohars

(Finistère)

SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), sept contrôleurs accompagnés d'une stagiaire ont visité le centre hospitalier de Bohars (Finistère) entre le 9 et le 13 mars 2020.

Un rapport provisoire a été adressé à la direction de l'établissement, au directeur de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) de Bretagne, au président du tribunal judiciaire de Brest ainsi qu'au directeur de cabinet du préfet du Finistère. Seule l'ARS a pris la peine de formuler des observations. Elle indique prendre note des recommandations du rapport provisoire et des améliorations qu'elles appellent. En outre, elle ne manquera pas de souligner auprès de l'établissement les mesures correctives attendues, au titre des investissements nécessaires ou de l'amélioration continue de la qualité des pratiques professionnelles à mettre en œuvre au sein de l'hôpital.

Le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Brest est organisé en douze pôles cliniques, dont le pôle de psychiatrie qui compte quatre secteurs adultes couvrant chacun une population de 60 000 à 70 000 habitants. Il comprend également trois intersecteurs : le service hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SHUPEA), l'intersecteur de psychiatrie de la personne âgée (IPPA) et l'addictologie. Au total, 235 lits sont répartis en huit unités d'hospitalisation adulte de vingt lits ainsi qu'une unité de la personne âgée, une unité de pédopsychiatrie (centre de soins pour enfants et adolescents) et une unité d'addictologie.

Il s'agit du deuxième pôle le plus important du CHRU au sein duquel il tient une place prédominante. Les médecins, dont de nombreux professeurs d'université, ont engagé des projets innovants tels que la création d'une unité mobile de gérontopsychiatrie et d'un projet intergénérationnel réunissant enfants et personnes âgées. Ils s'investissent également dans le domaine de la recherche fondamentale et appliquée, ainsi qu'en témoigne le projet de recherche portant sur la prévention de la rechute après une tentative de suicide qui permet notamment de limiter les hospitalisations sans consentement.

Cependant, l'organisation et les conditions de prise en charge au sein du centre hospitalier de Bohars ne sont pas respectueuses, à bien des égards, des droits fondamentaux des patients hospitalisés. Pourtant, l'établissement dispose de moyens financiers et humains suffisants pour offrir une prise en charge de qualité. Cependant, la question des droits fondamentaux ne figure pas dans le projet d'établissement CHRU : ce document met en lumière l'absence de réflexion collective sur ce sujet.

Le pôle de psychiatrie est réparti géographiquement sur trois sites distincts ; le centre hospitalier de Bohars est le site principal. A l'exception des bâtiments administratifs et ceux de la pédopsychiatrie qui sont dans un excellent état, les bâtiments qui abritent notamment les unités d'hospitalisation pour adultes sont très vétustes et peu fonctionnels. Un projet de reconstruction doit démarrer en 2021 pour s'achever en 2026. La perspective de ce projet ne doit cependant pas faire obstacle aux opérations de maintenance et de rénovation des locaux actuels, qui sont largement insuffisantes.

Les soins psychiatriques sont variés et reposent sur une prise en charge individualisée à laquelle sont associées les familles lorsque cela s'avère possible. Les moyens sont mis en œuvre pour limiter la durée de séjour des patients admis en soins sans consentement. Indépendamment de leur statut d'hospitalisation, des sorties de courte durée sont rapidement initiées et ils peuvent bénéficier de programmes de soins.

Si la présence des médecins psychiatres est quotidienne au sein des unités d'hospitalisation, la permanence des soins somatiques n'est pas assurée en raison d'un manque d'effectif. En outre, le temps de présence du médecin généraliste étant insuffisant, l'examen somatique obligatoire dans les vingt-quatre heures qui suivent une hospitalisation en soins sans consentement n'est pas réalisé dans les délais prévus par la loi. De même, lorsque le patient est pris en charge en premier lieu par le service des urgences, l'examen somatique se limite bien souvent à la prise des paramètres vitaux. Il convient de rappeler que l'exigence réglementaire des vingt-quatre heures repose sur la nécessité de dépister les pathologies somatiques, responsables d'un trouble du comportement pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

Si la liberté d'aller et venir des patients est globalement respectée grâce au maintien des portes ouvertes des unités d'hospitalisation, certains d'entre eux sont néanmoins soumis au port du pyjama afin de limiter les risques de fugue. Le caractère dégradant de cette mesure exige d'être souligné, ce d'autant que les patients ne sont pas autorisés à revêtir leur pyjama personnel.

En outre, il apparaît que l'enfermement et l'isolement se pratiquent de manière quotidienne, dans tous les services et dans des lieux qui ne répondent pas aux critères définis par les recommandations de la haute autorité de santé. Certaines chambres d'isolement ne sont équipées ni de point d'eau, ni de sanitaires, ni de sonnette d'appel. Les patients peuvent y séjourner nus, portant simplement un slip jetable. La présence d'un trou d'évacuation au milieu de la pièce laisse à penser que les patients peuvent être amenés à se soulager par terre à proximité du matelas. Ces conditions d'hébergement et de prise en charge portent gravement atteinte à leur dignité et ne respectent aucune des conditions obligatoirement requises pour ce type de séjour. Il doit y être mis fin sans délai. De même la pratique de l'isolement séquentiel est banalisée, elle concerne des personnes admises en soins libres ou faisant l'objet d'un programme de soins. Ces dernières sont régulièrement isolées en chambre hôtelière, selon des horaires précis, sans que leur statut d'hospitalisation ne soit modifié. En outre, ces mesures ne figurent pas dans le registre prévu par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

Toutes ces mesures d'isolement, y compris la contention, sont envisagées, à tort, par la communauté médicale comme un outil thérapeutique. Les éléments transmis à titre de registre sont peu exploitables et le registre n'est pas conforme aux dispositions prévues par la loi. Il s'avère donc impossible de conduire une analyse de ces pratiques à l'échelle du pôle ni d'engager une réflexion institutionnelle en vue de mettre en œuvre une politique de réduction du recours à ces mesures.

En dernier lieu, le cas des patients détenus mérite une attention particulière. Ils sont systématiquement placés en isolement durant toute la durée de leur hospitalisation quand bien même leur état ne le justifie pas. Les droits dont ils jouissent en détention ne sont plus garantis et, par ailleurs, les conditions dans lesquelles se déroulent leur présentation devant le juge des libertés et de la détention sont inacceptables. Ces derniers sont attachés sur une civière lors de leur acheminement vers la salle d'audience. Les modalités de leur prise en charge font toutefois l'objet d'une réflexion institutionnelle. Elle doit aboutir rapidement à des mesures concrètes afin que la primauté du soin l'emporte sur des aspects purement sécuritaires.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 18

La mise en place d'un module de formation portant sur les soins sans consentement, destiné aux infirmiers et aux cadres de santé, permet d'améliorer l'information donnée aux patients et d'harmoniser les pratiques au sein du pôle de psychiatrie.

BONNE PRATIQUE 2 31

Les patients bénéficiant d'un programme de soins ambulatoires sont informés préalablement de la visite de la commission départementale des soins psychiatriques au sein de l'établissement. Ils peuvent ainsi exercer pleinement leurs droits.

BONNE PRATIQUE 3 53

VigilanS, dispositif de veille répondant au constat d'un fort taux de passages à l'acte suicidaire dans la région Bretagne, s'inscrit dans un objectif de prévention afin d'éviter les hospitalisations sans consentement et permettre l'orientation vers de nouveaux soins si nécessaire.

BONNE PRATIQUE 4 71

Le projet intergénérationnel, regroupant les enfants et les personnes âgées, est novateur et contribue à l'amélioration de l'état de santé des patients.

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 15

Le projet de pôle doit être élaboré en collaboration avec l'ensemble du personnel soignant. Les objectifs définis doivent être corrélés avec les droits fondamentaux et le respect de la dignité des patients.

RECOMMANDATION 2 19

L'excédent budgétaire du pôle de psychiatrie devrait conduire l'établissement à recruter du personnel infirmier supplémentaire afin de garantir la qualité des soins durant les week-ends ainsi que la continuité des activités thérapeutiques.

RECOMMANDATION 3 21

L'hôpital de Bohars doit revoir son organisation afin que les admissions à la demande d'un tiers fondées sur un seul certificat médical demeurent l'exception.

RECOMMANDATION 4 22

L'intégralité des droits des patients admis en soins sans consentement et les coordonnées des autorités et des différentes instances pouvant être saisies doivent figurer dans le livret d'accueil.

RECOMMANDATION 5 25

La possibilité de désigner une personne de confiance doit être systématiquement explicitée aux patients et ceux-ci accompagnés dans la procédure à mettre en œuvre. La personne de confiance

doit être informée de sa désignation et son accord formel recueilli. Une démarche de sensibilisation et d'harmonisation au sein du pôle est souhaitable.

RECOMMANDATION 6 27

Des mesures doivent être prises pour garantir le droit des patients de participer aux élections. Le livret d'accueil et les règles de fonctionnement des unités doivent être complétés en ce sens et la préparation de chaque élection doit être anticipée pour respecter les délais d'inscription sur les listes électorales et de formulation des demandes de procuration.

RECOMMANDATION 7 32

En complément de l'information orale transmise aux patients, les visites de la commission départementale des soins psychiatriques dans l'établissement doivent être systématiquement relayées par voie d'affichage préalable dans les unités.

RECOMMANDATION 8 33

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le préfet du Finistère, le président du tribunal judiciaire de Brest, le procureur de la République près cette juridiction et le maire de Bohars, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

RECOMMANDATION 9 37

Les médecins de l'établissement doivent fournir au juge des libertés et de la détention un avis motivé et actualisé portant sur la nécessité, au jour de l'audience, de poursuivre ou non l'hospitalisation complète des patients en soins sans consentement. Par suite, cet avis motivé ne peut être produit plusieurs jours en amont de l'intervention du juge.

RECOMMANDATION 10 40

Le développement de la « culture sûreté » à l'œuvre depuis 2014 doit rester contenu, jusqu'à l'achèvement des travaux de reconstruction de l'hôpital en 2026 et au-delà, afin que la liberté d'aller et venir des patients soit préservée.

RECOMMANDATION 11 41

Les modalités de sortie du site doivent être clarifiées et uniformisées pour que les patients ne soient pas traités différemment selon l'unité où ils sont hospitalisés.

RECOMMANDATION 12 42

Des mesures doivent être prises pour permettre à l'ensemble des patients de s'aérer et fumer après 20h.

RECOMMANDATION 13 42

Les prescriptions de port de pyjama doivent être décorrélées du risque de fugue et leur usage doit être limité et justifié cliniquement. En outre, il conviendrait de proposer aux patients de revêtir leur pyjama personnel compte tenu du caractère dégradant de cette mesure.

RECOMMANDATION 14 44

Chaque unité doit disposer d'un espace, aménagé et convivial, pour permettre aux patients de recevoir dignement leur famille. En outre l'interdiction d'accès aux mineurs de 14 ans doit être levée. Elle porte atteinte au droit au maintien des liens familiaux.

RECOMMANDATION 15 46

En dépit du projet de construction de nouveaux bâtiments, l'établissement doit engager des travaux de rénovation et de maintenance des unités afin d'offrir aux patients des conditions d'hébergement dignes.

- RECOMMANDATION 16** 47
- Les fenestrons des portes de chambres doivent tous être occultés afin de préserver les patients des regards extérieurs. En outre, les portes doivent être munies d'un verrou de confort pour garantir la sécurité des patients.
- RECOMMANDATION 17** 48
- Les placards des chambres doivent tous être dotés d'un verrou fermé à clef afin de protéger les effets personnels des patients. En outre, ces derniers doivent être en mesure de pouvoir conserver la clef.
- RECOMMANDATION 18** 49
- Une réflexion doit avoir lieu sur le sujet de la sexualité afin d'unifier les règles entre unités et de les préciser qu'il s'agisse de l'information et de la protection des patients ou encore de la prévention et de la gestion des incidents.
- RECOMMANDATION 19** 50
- Il convient de trouver une solution pour que la cafétéria demeure ouverte le week-end.
- RECOMMANDATION 20** 51
- Un examen somatique complet doit être réalisé systématiquement avant toute décision d'hospitalisation pour des soins psychiatriques.
- RECOMMANDATION 21** 54
- Les admissions en soins sans consentement ne peuvent faire l'objet d'un enfermement systématique en chambre hôtelière avec le port du pyjama, sans fondement clinique argumenté.
- RECOMMANDATION 22** 56
- La distribution des traitements doit être réalisée individuellement dans un lieu fermé afin de préserver la confidentialité de cet acte et de permettre aux infirmiers de prendre le temps de recueillir et de répondre aux différentes interrogations émanant des patients.
- RECOMMANDATION 23** 58
- Une meilleure coordination des activités doit être mise en place afin de garantir la tenue et la régularité des ateliers proposés y compris durant les week-ends.
- RECOMMANDATION 24** 60
- L'effectif médical et infirmier en charge des soins somatiques doit être renforcé pour permettre une permanence de soins couvrant *a minima* les jours ouvrables de l'année civile.
- RECOMMANDATION 25** 60
- Les patients porteurs de pathologie psychiatrique présentent souvent des comorbidités cardiaques aggravées par les thérapeutiques. Un recours rapide à des avis en cardiologie doit être développé au titre des droits à l'égalité des soins dans un établissement public de santé.
- RECOMMANDATION 26** 61
- L'examen somatique qui doit être réalisé dans les 24 heures suivant une hospitalisation sous contrainte doit être effectué par un médecin. L'établissement doit pourvoir à cette obligation.
- RECOMMANDATION 27** 63
- L'utilisation des trois chambres d'isolement situées dans les unités de Kelenn, Al Ann et en pédopsychiatrie est indigne, doit immédiatement cesser, sans attendre la réalisation de nouvelles unités.
- RECOMMANDATION 28** 64
- L'utilisation de la chambre dite de contention située dans l'unité Ar Brug doit impérativement cesser. Elle ne présente aucun des critères requis pour prodiguer des soins dans un cadre de sécurité, de

confort et de dignité nécessaire à un patient agité dont la prise en charge nécessite une surveillance constante.

RECOMMANDATION 29 64

Les décisions d'isolement doivent reposer sur une évaluation clinique de l'état psychiatrique de la personne et non sur son statut juridique d'hospitalisation.

RECOMMANDATION 30 66

Les chambres dites de surveillance ou sécurisées ne présentent pas les critères permettant de recevoir des patients en isolement tout en respectant les droits fondamentaux, la sécurité et la dignité de ces personnes. Leur utilisation doit impérativement cesser.

RECOMMANDATION 31 66

L'isolement d'un patient est soumis à des critères précis prenant en compte le respect des droits, de la dignité et de la sécurité des personnes. Les pratiques d'isolement dans des lieux ne respectant pas ces critères doivent être proscrites et cesser impérativement.

RECOMMANDATION 32 67

Les conditions d'accueil et de prise en charge d'un patient autiste au sein de l'unité Aven sont indignes et participent de la détérioration de son état de santé. Une solution adaptée doit être mise en œuvre dans les plus brefs délais.

RECOMMANDATION 33 68

Il est impératif que le registre de la contention et de l'isolement, imposé par l'article L3222-5-1 du code de la santé publique, soit renseigné lisiblement avec les différents items exigés.

RECOMMANDATION 34 68

Aucune mesure d'isolement ou de contention ne peut être décidée par anticipation.

RECOMMANDATION 35 69

Les isolements doivent être réalisés dans des espaces spécifiques afin de garantir la dignité et la sécurité des patients. Les isolements en chambre hôtelière sont à proscrire.

RECOMMANDATION 36 69

Le recueil des mesures de contention doit être intégré au registre prévu par la loi.

RECOMMANDATION 37 70

Les horaires d'accès au patio dans l'unité de gérontopsychiatrie doivent être modifiés afin que les personnes âgées puissent bénéficier d'un accès à l'air libre durant des plages horaires plus importantes.

RECOMMANDATION 38 72

Les patients détenus doivent pouvoir conserver leurs vêtements et ne doivent pas faire l'objet d'une contention systématique durant leur transfert depuis la maison d'arrêt.

RECOMMANDATION 39 73

La personne détenue hospitalisée ne doit pas être mise en chambre d'isolement de façon systématique et non justifiée. Sa prise en charge doit être individualisée et le respect de ses droits assuré dans les mêmes conditions qu'en établissement pénitentiaire, sauf restriction médicale prononcée par un médecin psychiatre. Ces modalités de prise en charge doivent être intégrées à la convention existante.

RECOMMANDATION 40 73

La comparution des patients détenus devant le juge des libertés de la détention doit se faire dans des conditions respectueuses de leur dignité. Ils doivent pouvoir se présenter revêtus de leurs effets personnels, le pyjama étant à proscrire tout comme la mise sous contention durant le transport.

RECOMMANDATION 41 73

La réflexion en cours sur les conditions d'hospitalisation des patients détenus doit être poursuivie. Cette démarche positive doit se traduire par des mesures concrètes afin d'instaurer la primauté du soin sur l'aspect sécuritaire, actuellement fondateur de la prise en charge et des règles de vie dans les unités.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	9
RAPPORT	12
1. CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT ET LES MOYENS MIS EN OEUVRE	13
2.1 Le pôle de psychiatrie tient une place prédominante au sein du centre hospitalier universitaire régional	13
2.2 L'établissement a mis en place un dispositif visant à limiter la sur occupation des lits d'hospitalisation	15
2.3 L'effectif médical et paramédical est au complet mais les équipes infirmières sont régulièrement à flux tendu durant les week-ends	15
2.4 La politique de formation inclut des temps de tutorat dispensé par les praticiens hospitaliers universitaires	17
2.5 Le pôle de psychiatrie présente un excédent récurrent malgré une contribution importante au budget général du CHRU	18
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	20
3.2 Il n'existe pas de document d'information spécifique sur les soins sans consentement mais l'information des patients et la notification des décisions font l'objet d'un processus documenté et tracé	22
3.3 La confidentialité des hospitalisations est prise en compte et intégrée dans le logiciel utilisé par l'établissement	24
3.4 La personne de confiance est une ressource peu sollicitée	24
3.5 Les patients nécessitant une protection juridique sont identifiés mais sont accompagnés de manière inégale par les mandataires	25
3.6 L'envoi tardif aux unités d'informations et d'instructions concernant les élections restreint la possibilité des patients de participer au vote	26
3.7 L'accès aux cultes est assuré	27
3.8 Les plaintes et les réclamations sont suivies mais ne semblent pas faire l'objet d'une analyse approfondie	28
3.9 Les faits de violence sont répertoriés, analysés et pris en compte dans la formation du personnel	28
4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE	31
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques assure sa mission de contrôle	31
4.2 La commission des usagers est bien associée à la vie de l'établissement	32
4.3 Malgré quelques oublis, les registres de la loi sont globalement bien tenus mais ne sont pas consultés par toutes les autorités de contrôle	32

4.4	Indépendamment du statut de leur hospitalisation, les patients peuvent bénéficier d'autorisations de sortie et de programmes de soins	33
4.5	Les avis motivés adressés au juge ne sont pas systématiquement actualisés....	35
4.6	Le juge des libertés et de la détention ne limite pas sa mission au contrôle de la seule régularité procédurale de la mesure.....	37
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	40
5.1	L'établissement fait actuellement l'objet d'un plan de sécurisation des lieux...40	
5.2	Les unités sont ouvertes mais les modalités de sortie du site manquent de clarté	40
5.3	L'impossibilité de fumer la nuit et les fréquentes prescriptions de port de pyjama constituent les principales restrictions de liberté imposées aux patients	41
5.4	Les patients ont les moyens de maintenir les liens avec leurs proches mais la majorité des unités ne dispose pas de salon de visite	42
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	45
6.1	Les locaux, vétustes et peu adaptés, présentent en maints endroits un défaut d'entretien préjudiciable au confort des patients.....	45
6.2	L'hygiène des locaux et des patients est assurée	47
6.3	Les patients ont accès à leurs biens	48
6.4	Les repas donnent satisfaction	48
6.5	La sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle et les règles varient d'une unité à une autre	49
6.6	les moyens de distraction existent mais la configuration des locaux ne permet pas à toutes les unités de disposer d'une salle de détente spécifique	49
7.	L'ACCES AUX SOINS	51
7.1	L'accueil des urgences psychiatriques, pivot des hospitalisations en psychiatrie, a développé un suivi ambulatoire des suicidants.....	51
7.2	Les soins psychiatriques sont variés	53
7.3	L'offre d'activités thérapeutiques est diversifiée mais pâtit d'un manque de coordination et de personnel en nombre suffisant	56
7.4	L'équipe de soins somatiques ne peut pas faire face à ses obligations en raison de l'effectif insuffisant	58
8.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	62
8.1	Les unités sont ouvertes mais l'isolement est pratiqué au quotidien de manière indigne dans différents lieux	62
8.2	Le recueil des données relatives aux mesures d'isolement et de contention n'est pas formalisé ni exploitable	67
8.3	L'isolement séquentiel en chambre hôtelière est banalisé et n'est pas retranscrit dans les registres	68
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	70

9.1	La prise en charge proposée par l'unité intersectorielle de gérontopsychiatrie repose sur des projets novateurs et une collaboration étroite avec les structures ambulatoires.....	70
9.2	La prise en charge des patients détenus porte atteinte à leur dignité et ne respecte pas leurs droits fondamentaux.....	71
10.	CONCLUSION.....	74

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Bonnie Tickridge, cheffe de mission ;
- Dominique Bataillard ;
- Mathieu Boidé ;
- Jean-François Carrillo ;
- Patrice Duboc ;
- Augustin Laborde ;
- Marion Testud ;
- Léopoldine Gebler, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), sept contrôleurs accompagnés d'une stagiaire ont visité le centre hospitalier de Bohars (Finistère) entre le 9 et le 13 mars 2020.

Les contrôleurs sont arrivés dans l'établissement le 9 mars à 14h30 et l'ont quitté le 13 mars à 15h.

A leur arrivée, ils ont été accueillis par la direction du centre hospitalier de Bohars, le chef de pôle de psychiatrie, les chefs de service, les praticiens hospitaliers, les cadres supérieurs de pôle, les cadres de santé et le personnel administratif rattaché à la direction.

Des contacts téléphoniques avaient été préalablement établis avec le directeur de cabinet du préfet du Finistère, le président du tribunal judiciaire de Brest et le procureur de la République près ce même tribunal ainsi que le directeur de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) de Bretagne.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été rencontrées au cours de la visite.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un ordinateur. La majorité des documents demandés a été transmise mais certains documents ont été communiqués seulement en fin de visite.

Des affiches signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

La visite s'est déroulée dans un contexte très particulier en raison de la pandémie du coronavirus. Cependant, les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Une réunion de restitution a eu lieu le 13 mars 2020 en présence de la direction du CH de Bohars, du chef de pôle de psychiatrie, des chefs de service, des praticiens hospitaliers, des cadres supérieurs de pôle, des cadres de santé ainsi que du personnel administratif rattaché à la direction.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT ET LES MOYENS MIS EN OEUVRE

2.1 LE POLE DE PSYCHIATRIE TIENT UNE PLACE PREDOMINANTE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE REGIONAL

2.1.1 Présentation du centre hospitalier universitaire régional et du centre hospitalier de Bohars

Le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Brest, situé dans le département du Finistère, fait partie du territoire de santé Bretagne. Il couvre une population de 1,2 million d'habitants et emploie plus de 6 500 personnes dont 500 médecins. L'établissement dispose de 2 542 lits et places répartis sur sept sites. Il est organisé en douze pôles cliniques, dont le pôle de psychiatrie, et médico-techniques ainsi que deux pôles médico-administratifs. Par ailleurs, le CHRU a constitué une communauté hospitalière de territoire qui comprend les centres hospitaliers de Morlaix, Landerneau, Saint-Renan, Lesneven, Lanmeur et Crozon.

L'activité de la psychiatrie est répartie, dans le département du Finistère, entre cinq établissements situés à Brest, Morlaix, Landerneau, Quimperlé et Quimper.

Le pôle de psychiatrie du CHRU de Brest regroupe l'ensemble des dispositifs relevant de la psychiatrie : la psychiatrie des enfants et des adolescents, la maison des adolescents, la psychiatrie d'adultes, la psychiatrie des personnes âgées, les urgences psychiatriques, la psychiatrie de liaison, l'addictologie et la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Il s'agit du deuxième pôle le plus important du CHRU au sein duquel il tient une place prédominante. A cet égard, le chef de pôle de psychiatrie est membre du directoire.

Le pôle de psychiatrie est réparti géographiquement sur trois sites différents : Bohars (huit kilomètres de Brest), Morvan, Cavale Blanche étant situés à Brest. L'hôpital de Bohars est le site principal, il est desservi par deux lignes de bus. La structure a été édifiée en 1975. A l'exception des bâtiments administratifs et ceux de la pédopsychiatrie qui sont dans un excellent état, les bâtiments, qui abritent notamment les unités d'hospitalisation pour adultes, sont très vétustes et peu fonctionnels. En outre, ils souffrent d'un manque d'entretien. Un projet de reconstruction doit démarrer en 2021 pour s'achever en 2026. La conception architecturale de ce projet, présentée comme issue d'une large consultation ayant mobilisé toutes les parties prenantes, familles des usagers comprises, aboutirait à un plan de masse formant un cercle autour d'une agora. La perspective de ce projet ne doit cependant pas faire obstacle aux opérations de maintenance et de rénovation des locaux actuels qui sont dans un état de vétusté important (cf. § 6.1).

2.1.2 L'organisation de la psychiatrie et les filières de soins

Le pôle de psychiatrie compte quatre secteurs adultes – les secteurs 1 et 2 ont fusionné récemment en un seul secteur – couvrant chacun une population de 60 000 à 70 000 habitants. Il comprend également trois intersecteurs : le service hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SHUPEA), l'intersecteur de psychiatrie de la personne âgée (IPPA) et l'addictologie. Chaque secteur et intersecteur est placé sous la responsabilité d'un chef de service. Au total, 235 lits sont répartis en huit unités d'hospitalisation adulte de vingt lits – unités : Ar Brug, Enez, Aven, Al Lann, Ar Raden, Kelenn, An Eol, Kan Ar Mor – ainsi qu'une unité de la personne âgée, une unité de pédopsychiatrie (centre de soins pour enfants et adolescents) et

une unité d'addictologie. Il convient de préciser que les unités d'hospitalisation pour adultes sont des services ouverts.

Le service des urgences du CHRU, situé à Cavale Blanche, dispose également de trois lits réservés à la psychiatrie. Deux unités d'hospitalisation complète (Al Lann et Kelenn) sont équipées d'une chambre d'isolement et l'unité Ar Brug est dotée d'une chambre appelée « chambre de contention » réservée uniquement aux patients faisant l'objet d'une mesure de contention. Il convient néanmoins de préciser que chaque unité dispose *a minima* d'une chambre appelée « chambre de surveillance », adjacente au poste de soins, destinée à isoler les patients (cf. § 8.1). Dans le cadre du projet de rénovation des bâtiments, il est prévu d'aménager dix-huit chambres d'isolement pour l'ensemble des unités adultes. Ce nouveau plan d'aménagement doit amener l'établissement à s'interroger sur ce projet consistant à démultiplier les lieux d'enfermement.

Chaque secteur de psychiatrie adulte compte des structures ambulatoires : centre médico-psychologique (CMP)/ centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpital de jour (HDJ) ainsi que des places en appartement thérapeutique, en unités de soins d'accueil familial et en foyer. Des équipes mobiles ambulatoires viennent compléter ce dispositif. La majorité des structures ambulatoires, comme les CMP, sont relativement récentes. A titre d'exemple, le CMP du secteur 3 a vu le jour en avril 2019. Ces structures accueillent essentiellement des nouveaux patients ou des patients suivis uniquement en ambulatoire. Les patients, ayant déjà fait l'objet d'une hospitalisation, sont suivis en consultation externe par leur psychiatre référent qui les reçoit sur le site du CH de Bohars.

Trois CMP sont implantés en milieu urbain et deux autres en milieu rural. Les délais d'attente pour obtenir un premier rendez-vous sont de plusieurs semaines. Il a cependant été précisé que Brest bénéficiait d'un étayage important de médecins psychiatres exerçant en libéral.

Concernant l'intersecteur de psychiatrie de la personne âgée, outre le service d'hospitalisation complète, il comprend un HDJ et une unité mobile de gérontopsychiatrie.

Le SHUPEA se répartit sur deux sites : l'hôpital de Bohars et le centre psychothérapeutique Winnicott à Brest. Il couvre Brest et sa région et prend en charge des enfants âgés de moins de 16 ans et dans certains cas, en collaboration avec la psychiatrie adulte, des adolescents et jeunes adultes âgés de 16 à 25 ans. Les filières de prise en charge se répartissent ainsi :

- la pédopsychiatrie générale et préventive ;
- les prises en charge portant sur les troubles du développement, les troubles sévères du comportement et le trouble du comportement alimentaire (TCA) ;
- la pédopsychiatrie de liaison et de périnatalité.

Le service dispose d'un centre de soins pour enfants et adolescents (CDSEA) sur le site de Bohars. Il compte dix lits réservés à des patients souffrant de troubles sévères du comportement et une chambre appelée « chambre d'apaisement », mais dont la configuration est similaire aux chambres d'isolement, destinée à isoler les enfants (cf. § 8.1.1).

Concernant les enfants et adolescents souffrant de TCA, neuf lits sont répartis dans les trois services suivants : service de pédiatrie de l'hôpital Morvan, service soins de suite et de réadaptation à Roscoff et au CDSEA.

Le pôle de psychiatrie est également investi dans la recherche fondamentale et appliquée. Ainsi, l'unité de recherche clinique a engagé un travail innovant de recherche portant sur la prévention de la récurrence après une première tentative de suicide. Il s'agit du projet Siam qui a mis en place un dispositif de veille « Vigilans » (cf. § 7.1.3) destiné à maintenir le lien avec les patients

suicidants dès leur sortie de l'hôpital. Outre la prévention de la récurrence, ce programme, d'ores et déjà piloté par le CHRU de Brest, permet également de limiter les hospitalisations sans consentement.

2.1.3 Le projet d'établissement

Le CHRU a élaboré un projet d'établissement 2015-2020. Cependant, ce document de portée très générale – ainsi que les autres qui en découlent (projet médical, projet de soins) – ne comporte aucune partie spécifique à la psychiatrie. En outre, les objectifs définis ne sont pas corrélés avec les droits fondamentaux et le respect de la dignité des patients. En revanche, les unités d'hospitalisation et les autres secteurs ont rédigé, pour la plupart, un projet médico-soignant. Il n'en demeure pas moins que l'absence d'un document spécifique au pôle de psychiatrie témoigne d'un manque de réflexion collective associant notamment le personnel soignant.

RECOMMANDATION 1

Le projet de pôle doit être élaboré en collaboration avec l'ensemble du personnel soignant. Les objectifs définis doivent être corrélés avec les droits fondamentaux et le respect de la dignité des patients.

2.2 L'ETABLISSEMENT A MIS EN PLACE UN DISPOSITIF VISANT A LIMITER LA SUR OCCUPATION DES LITS D'HOSPITALISATION

Selon les données communiquées par le département d'information médicale (DIM), la file active de patients pris en charge à temps complet est stable : 12 622 en 2018 et 12 841 en 2019. Les données relatives à la file active des patients suivis en ambulatoire n'ont pas été transmises. Seules les données pour l'année 2019 concernant le nombre d'actes en ambulatoire ont été communiquées : 90 179 actes ont été réalisés au cours de cette même année. Ils enregistrent une diminution de 9,6 % par rapport à l'année précédente.

Le taux d'occupation des lits d'hospitalisation adultes varie entre 80 et 85 %. Un dispositif « VIGILIT » a été conçu afin d'anticiper la sur occupation des lits. Les différentes mesures composant ce dispositif sont déclenchées dès le début de la journée lorsque le nombre de lits vacants est inférieur à dix et que toutes les chambres dites de surveillance (cf.§ 8.2) sont occupées. Ces mesures graduées s'appuient sur l'existence d'une charte établie en collaboration avec les hôpitaux de Morlaix et Landerneau. Ces deux établissements accueillent les patients du secteur de Brest sous réserve que le CH de Bohars reprenne ses patients dans les 72 heures. Le dispositif prévoit également l'activation de l'équipe d'addictologie de liaison pour déprogrammer certaines hospitalisations prévues en psychiatrie. Les soins se poursuivent en service d'addictologie jusqu'à ce qu'une nouvelle date d'admission soit arrêtée. Dans l'attente, des lits supplémentaires sont ajoutés et certaines chambres doubles deviennent triples.

2.3 L'EFFECTIF MEDICAL ET PARAMEDICAL EST AU COMPLET MAIS LES EQUIPES INFIRMIERES SONT REGULIEREMENT A FLUX TENDU DURANT LES WEEK-ENDS

En 2018, l'effectif global du CHRU comptait 439,5 équivalents temps plein (ETP) de médecins et 5 691,78 ETP de non médicaux.

Lors de la visite, le pôle de psychiatrie comptait 40 postes de praticiens hospitaliers (PH) et 532 postes d'agents non médicaux. Le CH de Bohars ne rencontre pas de difficultés de recrutement

en raison des liens qu'il a tissés avec la faculté de médecine de Brest. Par ailleurs, le CHRU compte un institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

2.3.1 L'effectif médical

Lors de la visite tous les postes de médecins psychiatres, PH étaient pourvus, permettant ainsi d'assurer une présence médicale quotidienne, en semaine et le samedi matin, dans les unités d'hospitalisation. Parmi ces postes, le pôle compte deux postes de professeur des universités (PU-PH) et trois postes de maître de conférences des universités (MCU-PH). Vingt-cinq postes d'internes viennent compléter ces effectifs. Le plein effectif du personnel médical et soignant avec une volonté d'enseignement auprès des nombreux internes est l'une des caractéristiques du statut universitaire de l'établissement.

La garde médicale est assurée en semaine et durant les week-ends par les internes. Ces derniers sont secondés par le PH d'astreinte qui est amené éventuellement à se déplacer. En principe, les PH doivent également faire le tour des patients isolés en vue de renouveler, le cas échéant, la mesure. Les conditions dans lesquelles s'effectuent le renouvellement des mesures varient en fonction du PH d'astreinte (cf. § 8.2).

Le pôle dispose également de 0,80 ETP de médecin généraliste mais ce temps de présence est insuffisant pour la prise en charge somatique des patients et permettre à ceux admis en soins sans consentement de bénéficier d'un examen somatique dans les délais prévus par la loi (cf. § 7.4.2).

2.3.2 L'effectif non médical

L'effectif en personnel paramédical était également au complet lors de la visite. Dans les unités, les équipes sont essentiellement composées de personnel infirmier à l'exception de l'unité pour personnes âgées qui compte des aides-soignants en raison des soins de nursing à effectuer.

Les équipes de jour alternent entre les matinées et les après-midi. L'organisation prévoit, *a minima*, trois infirmiers le matin et trois l'après-midi. Un infirmier supplémentaire vient compléter ces équipes, il intervient en horaire décalé (9h à 17h). Cet agent est chargé notamment d'effectuer les accompagnements à l'extérieur et d'animer les activités thérapeutiques. Cependant ce poste supplémentaire n'est pas systématiquement garanti car l'agent peut être affecté sur une autre unité, lorsqu'un soignant vient à manquer.

Durant les week-ends, les équipes sont à flux tendu. Le poste d'infirmier en horaire décalé est supprimé. En outre, les unités fonctionnent par binôme afin de mutualiser les effectifs. Ainsi donc une unité compte trois soignants le matin tandis que la seconde n'en comprend que deux. Les effectifs sont inversés l'après-midi, l'unité qui a été lésée le matin compte trois soignants. Cette organisation a été mise en place à la suite du plan de retour à l'équilibre financier engagé par le CHRU en 2015 (cf. § 2.5). Bien qu'à l'origine le pôle de psychiatrie ne soit pas déficitaire, ce dernier a néanmoins contribué à l'effort collectif en fermant une unité et en supprimant sept postes de soignants (cf. § 2.5).

Il n'a pas été mis en place un système de rotation entre les équipes de jour et de nuit. Il s'agit d'équipes spécifiques. La nuit, elles sont composées de deux infirmiers à l'exception de celle de l'unité pour personnes âgées qui compte un aide-soignant en sus des deux infirmiers.

2.3.3 La politique de gestion des ressources humaines

a) Le recrutement

La direction des soins affiche sa volonté de constituer des équipes homogènes composées d'agents récemment diplômés et de soignants expérimentés ayant exercé dans d'autres pôles. Ainsi donc, les postes à pourvoir sont accessibles aux agents exerçant en MCO¹ dès lors que ces derniers montrent une appétence particulière pour la psychiatrie et font preuve de solidité et de maturité.

Concernant le recrutement d'agents extérieurs au CHRU, il leur est proposé en premier lieu un contrat à durée déterminée renouvelable tous les trois mois pendant une période de dix-huit mois. Selon les propos recueillis « *ce système permet aux agents, pour qui la période d'adaptation s'avère difficile, de se voir proposer une autre affectation* ». En principe, ces renouvellements de contrats s'accompagnent d'un entretien d'évaluation. Certains agents obtiennent une titularisation avant que la période des dix-huit mois soit achevée. Lors de la visite, trente-deux soignants bénéficiaient d'un CDD, six d'entre eux allaient être titularisés.

b) La gestion des absences

Il n'a pas été possible de connaître le taux d'absentéisme au sein du pôle de psychiatrie car il est calculé pour l'ensemble du CHRU.

Concernant la gestion des absences, l'établissement ne fait pas appel à des intérimaires. Le pôle dispose d'un *pool* de remplaçants pour les absences d'une durée inférieure à un mois. Il est constitué de trois infirmiers et d'un agent des services hospitaliers (ASH).

Il a été également mis en place un *pool* de trente-deux agents pour pallier les absences de longue durée (congés de longue maladie et congés de maternité). Il est composé de vingt-neuf infirmiers et de trois aides-soignants.

Lors de la visite, huit infirmiers de nuit étaient absents dont la moitié étaient en congés de maternité. Ces agents étaient remplacés par des infirmiers qui habituellement sont en poste en journée.

Comme évoqué *supra*, les infirmiers intervenant en horaires décalés sont souvent appelés pour remplacer un collègue absent.

2.4 LA POLITIQUE DE FORMATION INCLUT DES TEMPS DE TUTORAT DISPENSE PAR LES PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

Un plan de formation annuel spécifique au pôle de psychiatrie est validé par le comité de formation. Le pôle dispose d'une enveloppe budgétaire de 81 500 euros. Un éventail de formations est proposé aux équipes soignantes dont voici quelques exemples : la formation à la gestion et à la prévention des situations de violence (OMEGA), la relation d'aide, les soins dispensés aux patients psychotiques, la médiation thérapeutique et l'approche systémique. Ces formations sont dispensées par un organisme de formation extérieur.

Un tableau répertoriant le nombre d'agents ayant suivi une formation fait état de soixante-trois agents pour l'année 2019, cependant ces données sont contradictoires avec les informations recueillies oralement. A titre d'exemple, environ cinquante agents auraient bénéficié de la

¹ MCO : médecine-chirurgie-obstétrique

formation OMEGA or le tableau ne mentionne que quatre agents inscrits. En principe, quatre sessions par an sont organisées, d'une durée totale de cinq jours, avec un module de quatre jours, complété par un rappel, un an plus tard, sur une journée. Tout le personnel devrait en bénéficier à court terme, le compte-rendu du comité de retour d'expérience (CREX) agression-violence du 14 octobre 2019 mentionnant la formation systématique des nouveaux arrivants (cf.§ 3.9).

Le pôle a également élaboré un module de formation portant sur les soins sans consentement et sur les dispositions de la loi du 5 juillet 2011². La formation est dispensée sur une durée de trois heures, elle s'adresse en priorité aux infirmiers. Il est prévu d'en faire bénéficier les cadres de santé. L'objectif affiché est de donner du sens à la démarche que doit conduire le personnel soignant. Vingt-quatre infirmiers ont été formés en 2019. En 2020, cette formation est intégrée au parcours nouveaux arrivants et est élargie à l'ensemble du personnel.

BONNE PRATIQUE 1

La mise en place d'un module de formation portant sur les soins sans consentement, destiné aux infirmiers et aux cadres de santé, permet d'améliorer l'information donnée aux patients et d'harmoniser les pratiques au sein du pôle de psychiatrie.

Il convient également de noter la mise en place d'un diplôme universitaire d'expertise clinique infirmier en santé mentale et psychiatrie au CHRU de Brest, dont le responsable pédagogique est le chef de pôle de psychiatrie. Les enseignements vont démarrer au mois de novembre 2020, deux places sont destinées au pôle de psychiatrie.

Le comité de formation réfléchit également à la mise en œuvre d'un parcours de formation destiné aux nouveaux agents qui ne bénéficient d'aucun tutorat. Il comprendra le module sur les soins sans consentement, les soins somatiques, les douleurs psychiques et l'évaluation du risque suicidaire.

Outre la formation théorique, il convient de souligner le tutorat conduit par les médecins, portant sur la clinique, qui constitue un atout supplémentaire pour les infirmiers nouvellement diplômés. De l'avis de certains PU-PH, les soignants peu expérimentés sont « *en manque de repères cliniques* ». Bien souvent ils s'en tiennent à l'observation des symptômes sans les corrélés avec la pathologie existante. Cela se traduit notamment par des difficultés à adopter un positionnement juste et contenant pour le patient.

2.5 LE POLE DE PSYCHIATRIE PRESENTE UN EXCEDENT RECURRENT MALGRE UNE CONTRIBUTION IMPORTANTE AU BUDGET GENERAL DU CHRU

Le budget du pôle dans sa globalité, soit 39 M€ sur les 600 M€ environ du CHRU, apparaît stable. Au niveau du CHRU, un plan de retour à l'équilibre a été négocié en 2015-2016 ; les comparaisons doivent donc s'effectuer entre les budgets de 2014 et de 2019.

En recette, la dotation annuelle de financement (DAF) 2019 est de 39,4 M€ à rapporter à celle de 2014 qui était de 38,2 M€ soit une progression de 3 % en euros courants, c'est-à-dire une légère érosion de 0,8 % en euros constants (compte tenu d'un déflateur de 1,04 %).

² Modifiée le 27 septembre 2013.

En dépenses, le titre 1 (dépenses directes de personnel) présente la même tendance, s'établissant à 34 784 K€ en 2018 – 2019 n'était pas encore disponible – pour 33 558K en 2014, soit un accroissement apparent de 3,7 % entre les deux termes de la période considérée. Du fait de l'évolution normale en « glissement-vieillesse-technicité » (GVT), cela marque une réduction des effectifs en équivalents temps plein rémunérés (ETPR).

Les interlocuteurs interrogés font tous état de la suppression de 7,3 ETP de soignants en psychiatrie au titre de la solidarité inter-pôles, dans le cadre du plan de retour à l'équilibre du CHRU.

Ainsi donc, la DAF et la masse salariale sont à peu près stables sur la période 2014-2019, présentant une légère et régulière augmentation en euros courants, c'est-à-dire une très légère et régulière érosion en euros constants.

Le taux de résultat affiché apparaît à 3 %, c'est-à-dire un peu plus de 1,5 M€. Le pôle de psychiatrie est donc contributeur net au budget du CHRU. Cela même sans avoir pu interroger le mode de calcul et la clé de répartition des frais de « *structure et administration générale* » aux charges indirectes, comptabilisés pour un peu plus de 6,5 M€.

En tout état de cause et pour ne s'en tenir qu'au pôle lui-même, des marges de manœuvre importantes existent.

RECOMMANDATION 2

L'excédent budgétaire du pôle de psychiatrie devrait conduire l'établissement à recruter du personnel infirmier supplémentaire afin de garantir la qualité des soins durant les week-ends ainsi que la continuité des activités thérapeutiques.

3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

3.1 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT MAJORITAIREMENT HOSPITALISES A LA DEMANDE D'UN TIERS MAIS SUR LE FONDEMENT D'UN SEUL CERTIFICAT MEDICAL

Les données d'activité de l'hôpital de Bohars qui ont été communiquées aux contrôleurs sont reproduites dans le tableau ci-dessous. Il en ressort que, si le nombre d'hospitalisations dans l'établissement a considérablement diminué en 2019 par rapport à l'année précédente, cette décre ne concerne pour l'essentiel que les patients en soins libres. En revanche, le nombre d'admissions en soins sans consentement (SSC) a quant à lui augmenté. Aucune explication n'a été proposée aux contrôleurs pour leur permettre de comprendre les raisons de cette augmentation des mesures d'hospitalisation contrainte qui s'inscrit dans un mouvement global de réduction de la prise en charge hospitalière au profit du virage ambulatoire revendiqué par l'établissement.

	2018		2019	
	Nombre de mesures	Nombre de patients	Nombre de mesures	Nombre de patients
Soins à la demande d'un tiers - SDT	76	293	88	313
SDT en urgence	248		265	
Péril imminent	27	27	24	23
Total (décisions du directeur)	351	320	377	336
Décision d'un représentant de l'Etat	39	39	47	46
Détenus	68	41	47	35
Cas Particuliers - Judiciaires	9	9	9	9
Total (représentant de l'Etat)	116	89	103	90
TOTAL Soins sans consentement	467	409	480	426
Hospitalisation libre	5 004	2 256	3 497	1 606
TOTAL GENERAL	5 471	2 665	3 977	2 032

Hospitalisations complètes 2018 et 2019 – Hôpital de Bohars

Parmi les patients hospitalisés sans leur consentement, la proportion de ceux admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) reste largement majoritaire, pour atteindre 73,4 % en 2019. Toutefois, parmi ces patients, plus de 55 % sont admis en soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU), c'est-à-dire sur le fondement d'un seul certificat médical³. Ce mode d'admission est pourtant censé être exceptionnel. Sa prépondérance parmi les hospitalisations mises en œuvre dans l'établissement s'explique mal car l'établissement a mis en place une organisation efficiente limitant les admissions en soins sur péril imminent (SPPI) – qui représentent quelque 5 % des patients et des mesures de SSC en 2019 – mais également, dans

³ Article L. 3212-3 du code de la santé publique : « En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur [...] peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. (...) »

ces hypothèses, l'édition de certificats médicaux par des médecins tiers à l'établissement d'accueil⁴.

De l'examen, au registre de la loi, des mesures de SSC mises en œuvre entre le 26 décembre 2019 et le 11 mars 2020, il ressort en effet que, si le certificat médical d'admission émane systématiquement d'un médecin extérieur au CHRU de Brest pour les huit hospitalisations en SSC ordonnées au titre d'un péril imminent, tel n'est pas le cas pour quarante et une des quarante-deux mesures de SSC décidées au titre de la demande d'un tiers en urgence. En effet vingt-trois de ces mesures ont été édictées sur le fondement d'un certificat établi par un médecin du service des urgences de Cavale Blanche et dix-huit par un médecin exerçant à l'hôpital de Bohars. Une seule de ces mesures a été décidée sur le fondement d'un certificat établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil du patient. Sauf à considérer que les dispositions législatives sont inapplicables – ce qui n'a pas été rapporté aux contrôleurs – l'établissement contourne donc le sens donné à la loi par le législateur, en faisant de l'exception le droit commun. La coordination efficace mise en place dans le cadre des procédures dites de péril imminent gagnerait donc à être mise à profit pour réduire la proportion des mesures d'hospitalisation ordonnées, à la demande d'un tiers, au titre de l'urgence. La proportion globale des hospitalisations en SSC ordonnées sur le fondement d'un seul certificat médical, qui a atteint en 2019 plus de 60 % des mesures contraintes d'hospitalisation complète, est en tout état de cause particulièrement importante et doit être questionnée.

RECOMMANDATION 3

L'hôpital de Bohars doit revoir son organisation afin que les admissions à la demande d'un tiers fondées sur un seul certificat médical demeurent l'exception.

S'agissant des patients admis sur décision du représentant de l'Etat (ASDRE), leur nombre est stable sur la période envisagée, pour atteindre 90 personnes hospitalisées en 2019, sur le fondement de 103 mesures. Dans ce total, la proportion des admissions de patients détenus a baissé de près de 5 % en un an : les conditions de prise en charge dans l'établissement de cette catégorie de patients doivent être interrogées à cet égard (cf.§ 9.2), mais il convient de relever que le nombre de ces hospitalisations (quarante-sept en 2019 contre soixante-huit en 2018) avait fortement augmenté en 2018 et restait contenu auparavant (vingt-huit mesures en 2017, vingt-cinq en 2016).

Parmi les hospitalisations en SSC en cours à la date de la visite des contrôleurs, la plus ancienne date de 1982 : il s'agit d'une personne jugée irresponsable pénalement, hospitalisée depuis sur décisions du représentant de l'Etat dans le département. Le patient concerné bénéficie régulièrement de programmes de soins de courte durée lui permettant d'être temporairement pris en charge hors de l'établissement. Parmi les patients admis en SPPI, la mesure la plus ancienne date du 3 décembre 2018 ; et parmi ceux pris en charge à la demande d'un tiers en urgence, l'hospitalisation la plus ancienne a débuté le 31 novembre 2015. Les soins sans consentement à la demande d'un tiers datant de plus d'un an concernent vingt-six patients :

⁴ Conformément aux dispositions de l'article L. 3212-1 du même code qui prévoient que l'admission au titre d'un péril imminent est ordonnée « [...] lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande [d'un tiers] et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne [...]. Le médecin qui établit [le] certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant le malade (...) ».

parmi eux, sept sont pris en charge en hospitalisation complète (dont cinq en urgence) et dix-huit bénéficient de programmes de soins (dont onze au titre de l'urgence) – sur cette modalité de soins cf. § 4.4.

3.2 IL N'EXISTE PAS DE DOCUMENT D'INFORMATION SPECIFIQUE SUR LES SOINS SANS CONSENTEMENT MAIS L'INFORMATION DES PATIENTS ET LA NOTIFICATION DES DECISIONS FONT L'OBJET D'UN PROCESSUS DOCUMENTE ET TRACE

3.2.1 Les informations générales

Les informations de portée générale à l'attention des patients, quel que soit leur statut, figurent dans le livret d'accueil commun au CHRU remis aux patients du pôle de psychiatrie à leur arrivée dans l'unité. Aucune information relative aux soins sans consentement ne figure dans ce livret. La charte des droits des patients est, pour sa part, affichée à l'entrée de chaque unité ou à proximité de la salle commune.

Des notices spécifiques, relatives aux sujets intéressant les soins et la vie des patients pendant leur séjour, ont été élaborées par le CHRU. Il s'agit de dépliants et leur contenu se présente sous forme de questions-réponses, accessibles et compréhensibles. Parmi ces notices, figure celle intitulée « *donner son consentement aux soins* » qui, compte tenu de son caractère, ne comporte pas d'informations adaptées à une hospitalisation en soins sans consentement. Les notices sont prévues pour être remises aux patients. Les contrôleurs ont observé que la pratique peut varier selon les unités. De manière générale, ces documents, au moins pour partie, sont remis aux patients avec le livret d'accueil, à leur arrivée au sein de l'unité. Dans certaines unités, elles sont également mises à disposition en libre-service sur des présentoirs. Tel est le cas des notices relatives à l'accès au culte, à l'accès au dossier médical ou à la commission des usagers. Ces présentoirs ne sont pas toujours approvisionnés ou de manière incomplète. Les notices peuvent également être conservées au bureau infirmier et délivrées en fonction des demandes exprimées par les patients. Les unités peuvent procéder à des commandes supplémentaires en fonction de leur consommation, aucune difficulté d'approvisionnement n'étant signalée.

Les unités disposent de règles de vie, pas toujours affichées, mais connues des patients.

D'une manière générale, très peu de notes relatives aux droits des patients en soins sans consentement sont affichées tout comme les coordonnées de la commission des usagers (CDU) et celles de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSPP).

RECOMMANDATION 4

L'intégralité des droits des patients admis en soins sans consentement et les coordonnées des autorités et des différentes instances pouvant être saisies doivent figurer dans le livret d'accueil.

3.2.2 Les informations des patients admis en soins sans consentement, les droits, notification et voies de recours

Dans le cas particulier des personnes hospitalisées en SSC, le processus d'information relatif à leurs droits, documenté et tracé, comporte deux étapes.

La première comprend lors de l'arrivée aux urgences psychiatriques, après examen par le médecin, la communication de son intention d'admettre le patient en service spécialisé. Lors de

sa prise en charge au pôle psychiatrie, elle est matérialisée par un document intitulé « *procès-verbal d'information droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques* ». Il est destiné à être communiqué et commenté au patient dès son arrivée. L'un est adapté à une ASDT, l'autre à une ASDRE. Il rappelle les droits du patient, les voies de recours et comporte la signature du patient. En situation de crise, l'information est différée et ce document lui est présenté dès qu'il lui est possible de le comprendre et de le signer. En cas de refus de celui-ci ou de son impossibilité à signer compte tenu de son état, deux soignants cosignent le document.

La seconde étape intervient après la décision signée du chef d'établissement portant admission en SPDT ou de l'arrêté préfectoral décidant d'une ASDRE. Elle comporte, après le cartouche notification, la rubrique « *information du patient sur ses droits et voies de recours* », suivi de sa signature. Les mentions relatives au traitement des données personnelles dans le cadre du suivi des personnes faisant l'objet d'un suivi des soins sans consentement figurent à la suite⁵.

Quel que soit le cadre, ASDT ou ASDRE, le certificat médical n'est pas communiqué. Ses motivations sont reportées sur la décision d'admission en soins sans consentement. Il a été indiqué que, comme le médecin voyait systématiquement le patient, il lui faisait connaître son intention. Cet échange à l'occasion de l'établissement des certificats de vingt-quatre et soixante-douze heures est donné comme l'occasion d'expliquer le mode d'hospitalisation, l'origine de la demande, la durée envisagée. C'est dans cette phase d'admission que le médecin explicite l'objet et le sens de la prise en charge en SSC. En cas de protestation du patient, les voies de recours seraient parfois exposées. Cet aspect étant surtout traité par le personnel infirmier.

C'est ce dernier qui assure la mise en œuvre pratique de l'information du patient et des notifications le concernant. Cette démarche est effective et s'opère en chambre. En fonction de la réceptivité du patient, les soignants déclarent y revenir et consacrer le temps nécessaire aux explications.

Dans la grande majorité des cas, les patients acceptent de recevoir l'information et signent le document même si sa compréhension n'est pas aisée pour eux. Un effort de vulgarisation est effectué à cet effet par les infirmiers car la formulation des droits et surtout les références juridiques ne leur sont pas toujours accessibles.

Avant la notification au patient de l'audience du juge des libertés et de la détention (JLD), un avis à patient pour qu'il exprime son vœu en matière d'assistance par un avocat lui est remis (avocat choisi ou avocat commis d'office). Il lui est également demandé de faire connaître s'il fait l'objet d'une mesure de protection juridique.

La traçabilité est assurée par la communication écrite au patient, avec conservation d'un exemplaire et du récépissé ainsi que par le retour à l'administration qui suit les notifications (tableaux de suivi, constitution du dossier de saisine du JLD). Celle-ci est particulièrement vigilante et relance, au besoin, l'unité d'hospitalisation. C'est elle en effet qui procède à la saisine du JLD et met en ordre le dossier.

Les échanges vers les unités et leur retour à l'administration se font par fac-similé. Une fiche « *traçabilité du respect des droits des patients dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011* » a été élaborée. Elle constitue un support utile qui sert de guide pour le soignant et contribue au suivi

⁵ Durée de conservation et communication aux seules personnes habilitées figurant à l'article 4 du décret n° 2018-383 du 23 mai 2018

de la communication des droits. Elle est insérée au dossier papier du patient. Cependant, son utilisation ne semble pas systématique.

L'inscription au dossier médical informatisé du patient est prévue dans la partie « infirmiers » où figurent le recueil des données, les notifications et transmissions ciblées. Les contestations et refus éventuels y sont alors consignés.

La conservation par le patient des documents précités constitue, généralement, le principe. Cependant, certains patients s'y refusent. En tout état de cause, à défaut de remise, les documents sont conservés dans son dossier et il peut y avoir accès. Dans la perspective de sa comparution à l'audience du JLD, il est porteur de sa convocation.

Le retour de la décision du JLD, qui, sauf exception, la met en délibéré, est transmise directement en début d'après-midi aux unités. Cette décision est notifiée au patient par le cadre et/ou un infirmier.

3.3 LA CONFIDENTIALITE DES HOSPITALISATIONS EST PRISE EN COMPTE ET INTEGREE DANS LE LOGICIEL UTILISE PAR L'ETABLISSEMENT

Le livret d'accueil ne comporte aucun élément particulier sur cet aspect du séjour hospitalier. De manière générique, la charte de la personne hospitalisée, l'aborde dans son article 9.

Dans les unités, les soignants sont apparus familiarisés avec la confidentialité de l'hospitalisation. Ils ont déclaré se montrer attentifs et vigilants quant aux contacts et demandes d'information émanant de l'extérieur. Ils ont également indiqué que le recueil de la volonté du patient est effectué, en général après l'arrivée à l'unité, lors de l'accueil, si son état le permet, ou ultérieurement. Le sujet est également abordé par le médecin avec le patient, au moment du besoin de contacter les familles.

Le dossier informatisé du patient permet de recueillir sa position quant à la connaissance de sa présence au sein de l'hôpital et à la possibilité de le contacter. En cas de refus, un index rouge signalant la confidentialité de la présence est alors visible dans la partie administrative du dossier informatisé. Il apparaît sur la liste des patients hospitalisés en regard du nom. Le personnel du bureau des entrées recevant les appels téléphoniques comme les soignants le visualise.

En l'absence d'obstacle ou de restriction exprimée, le discernement prévaut dans les échanges. Plusieurs soignants ont indiqué donner des informations lorsqu'ils connaissent leur interlocuteur téléphonique. Il s'agit le plus souvent des familles des patients hospitalisés plusieurs fois. Certains d'entre eux indiquent ne donner aucune information.

Dans le cas particulier des demandes d'enquêtes relatives à des patients hospitalisés émanant des forces de sécurité intérieure, celles-ci sont adressées à la direction qui est leur unique interlocuteur. La responsable a indiqué demander systématiquement une réquisition.

3.4 LA PERSONNE DE CONFIANCE EST UNE RESSOURCE PEU SOLLICITEE

L'information et les modalités relatives à la désignation de la personne de confiance figurent au livret d'accueil, à la rubrique « *mes droits-mes devoirs* » ainsi que dans la notice « *désigner sa personne de confiance* ». Cette information est claire et accessible.

La notice a été mise en place à la fin de l'année 2019 dans l'ensemble des pôles du CHRU, dans un souci d'harmonisation. Elle comprend deux volets, l'un relatif à la désignation de la personne de confiance par le patient, l'autre à l'acceptation de la personne de confiance, conformément à la loi (article L. 1111-6 du code de la santé publique). Celle-ci certifie avoir pris connaissance de

sa désignation, de son rôle et du fait que ses coordonnées figureront au dossier administratif, médical et infirmier. Un imprimé destiné à cette démarche est également disponible dans les bureaux infirmiers des unités.

Au sein du pôle psychiatrie, la pratique est hétérogène. Dans quatre unités sur sept visitées, on relève la désignation de personnes de confiance. Cela concerne 24 patients sur 111. A l'exception des personnes sous protection, la personne de confiance est généralement choisie parmi les membres de la famille des patients. Parfois, celle-ci est identifiée mais sans retour sur son consentement. Si ses coordonnées figurent au dossier du patient, son accord n'est pas toujours recherché.

La personne de confiance, lorsqu'elle est désignée, n'apparaît pas en tant que telle associée à des entretiens médicaux mais elle est informée de l'évolution des soins prodigués et notamment des sorties et des actions préparatoires à la sortie. Cette communication s'opère lors de visites au patient ou par contact téléphonique.

Selon les propos recueillis auprès du personnel soignant, dans la majorité des cas, les personnes hospitalisées à leur arrivée ne sont pas accompagnées. La démarche doit donc être effectuée ultérieurement lors de l'entretien avec le patient. Dans ce cadre, il apparaît que la pratique retenue est l'appel du patient à la personne de confiance pour la solliciter. Le recueil de son acceptation serait difficile car il implique son déplacement. Des réticences de la part des personnes de confiance ne sont, par ailleurs, pas exclues s'agissant d'un engagement formalisé. De plus, accepter le rôle de personne de confiance implique une certaine responsabilité. Un deuxième aspect est la confusion fréquente entre la personne de confiance et la personne à prévenir. Or, c'est principalement le recueil de l'identité et des coordonnées de cette dernière qui est perçu comme essentiel par les soignants.

Au regard des échanges sur ce sujet, l'établissement est conscient de cette difficulté. Une déclinaison spécifique au pôle psychiatrie de la notice du CHRU ferait partie de la réflexion en cours.

RECOMMANDATION 5

La possibilité de désigner une personne de confiance doit être systématiquement explicitée aux patients et ceux-ci accompagnés dans la procédure à mettre en œuvre. La personne de confiance doit être informée de sa désignation et son accord formel recueilli. Une démarche de sensibilisation et d'harmonisation au sein du pôle est souhaitable.

3.5 LES PATIENTS NECESSITANT UNE PROTECTION JURIDIQUE SONT IDENTIFIES MAIS SONT ACCOMPAGNES DE MANIERE INEGALE PAR LES MANDATAIRES

Quinze ETP d'assistants de service social (ASS) sont destinés à l'ensemble du pôle de psychiatrie. Les agents interviennent à mi-temps en intra hospitalier et à mi-temps en extra hospitalier.

La présence d'ASS au sein de chaque unité permet l'identification des patients nécessitant une protection juridique, même si la majorité des personnes est déjà sous protection avant l'hospitalisation. La moitié des personnes protégées bénéficie d'une mesure de curatelle renforcée. En 2019 sur le pôle de psychiatrie, ont été réalisés trois signalements pour « personnes vulnérables », trente-quatre demandes « d'ouverture de mesure de protection », vingt-trois demandes de « sauvegarde de justice ».

Les ASS sont intégrés aux équipes. Ils participent aux points de transmission et aux réunions de synthèse et organisent, à leur initiative et si besoin, des réunions portant sur la situation d'un patient. Certains tiennent des permanences plusieurs fois par semaine et d'autres interviennent sur demande.

Les patients sont vus soit à leur demande soit après signalement de l'équipe soignante. La situation est alors discutée en *staff* pluridisciplinaire. L'ASS reçoit ensuite le patient pour lui expliciter les mesures de protection juridique et l'accompagner dans la rédaction de sa requête.

Les mandataires familiaux sont impliqués et viennent visiter le patient dans les unités.

Les tuteurs institutionnels sont généralement des membres de l'union départementale des associations familiales (UDAF) et de l'association tutélaire du Ponant (ATP). Plusieurs soignants ont indiqué qu'il est très difficile de les joindre. Un numéro réservé pour l'hôpital voire un interlocuteur privilégié permettrait de faciliter les contacts téléphoniques.

Les mandataires sont systématiquement prévenus à l'arrivée et à la sortie des patients. Ils sont invités aux réunions de synthèse et s'y rendent en général. *A contrario*, les soignants indiquent qu'ils viennent rarement visiter les patients au sein des unités. Il semblerait aussi qu'ils ne se rendent pas aux audiences du juge des libertés et de la détention bien qu'ils soient convoqués. Selon les informations recueillies, cette situation serait due à la surcharge des mandataires qui ont à suivre beaucoup de dossiers (environ soixante au minimum) ce qui les rend peu disponibles.

Aucune difficulté n'a été constatée s'agissant de l'accès des patients à leur argent. Au contraire, l'association An Avel Vor (cf. § 6.6) joue le rôle d'intermédiaire en recevant sur son compte l'argent transmis par les mandataires. Ce dispositif permet un accès facilité du patient à leurs économies car l'association peut effectuer des avances aux patients si besoin.

3.6 L'ENVOI TARDIF AUX UNITES D'INFORMATIONS ET D'INSTRUCTIONS CONCERNANT LES ELECTIONS RESTREINT LA POSSIBILITE DES PATIENTS DE PARTICIPER AU VOTE

En vue des élections municipales prévues les 15 et 22 mars 2020, une note de service relative à la formulation de demandes de procuration a été envoyée par la direction de l'hôpital aux cadres supérieurs et aux cadres de santé le 3 mars 2020. Il apparaît cependant que l'information a seulement été transmise aux patients le 10 mars à la suite d'un message de relance. Ainsi, les contrôleurs ont pu observer des cadres de santé évoquer le sujet avec les patients lors de repas. Ceci pose difficulté car la date limite fixée pour transmettre les documents nécessaires à la gendarmerie du secteur se situait seulement quarante-huit heures après. Plusieurs documents étant exigés pour constituer un dossier de demande de procuration, il est légitime de penser que ce délai trop court n'a pas permis au plus grand nombre de patients d'activer ce droit. Après expiration du délai imparti, il est en effet apparu que seuls trois d'entre eux avaient pu le faire, pour tout le pôle de psychiatrie adulte.

De même, aucune information n'avait été communiquée aux patients concernant la date limite pour s'inscrire sur les listes électorales.

Selon les déclarations recueillies, des moyens supplémentaires en termes de véhicules et de personnel sont prévus le jour du scrutin pour le transport des patients souhaitant aller voter et bénéficiant d'une permission de sortie. Plusieurs soignants ont néanmoins indiqué que cette responsabilité incombait en priorité aux proches des patients et qu'ils « *se débrouilleraient* » le moment venu.

Indépendamment des élections organisées au moment du contrôle, il semble que la question globale du droit de vote des patients n'est pas prise en compte. Ainsi, aucune information à ce sujet ne figure dans le livret d'accueil du CHRU, ni dans les règles de fonctionnement des unités. De même aucun affichage spécifique n'existe dans les unités.

RECOMMANDATION 6

Des mesures doivent être prises pour garantir le droit des patients de participer aux élections. Le livret d'accueil et les règles de fonctionnement des unités doivent être complétés en ce sens et la préparation de chaque élection doit être anticipée pour respecter les délais d'inscription sur les listes électorales et de formulation des demandes de procuration.

3.7 L'ACCES AUX CULTES EST ASSURE

Mentionnée dans le livret d'accueil et les règles de fonctionnement des unités, la possibilité pour les patients de bénéficier d'une offre cultuelle est effective, au moins pour les cultes les plus implantés localement. Ainsi, deux aumôniers – catholique et musulman – sont régulièrement présents sur le site et un autre – un pasteur protestant – est joignable au téléphone. Aucune autre demande de culte n'aurait été formulée dans l'établissement.

Les coordonnées des aumôniers et les informations sur les activités proposées sont affichées dans les salles communes des unités et un dépliant facilement compréhensible a même été confectionné sur le sujet.

Pour les pratiquants catholiques, des rendez-vous individuels sont proposés les lundis, des groupes de parole les vendredis et une messe un dimanche sur deux. Des locaux de taille variée et adaptée sont spécifiquement prévus pour chacun de ces temps auxquels participent jusqu'à une quinzaine de patients. En 2019, plusieurs sorties à l'extérieur de l'hôpital ont également été organisées en lien avec les équipes soignantes, notamment à Lourdes (Hautes-Pyrénées) et dans une abbaye environnante.

En ce qui concerne le culte musulman, des temps de rencontre sont organisés les mardis, dans un salon partagé avec l'aumônerie catholique. Certains patients bénéficient en plus de permissions de sortie pour participer à la prière du vendredi en ville.

En plus d'avoir validé un diplôme universitaire spécialisé, les deux aumôniers ont signé la charte nationale de 2011 spécifique aux établissements de santé⁶. Employés par l'établissement, ils peuvent intervenir directement dans les unités, y compris dans les chambres, à condition d'obtenir l'aval préalable du personnel soignant.

Enfin, possibilité est donnée aux infirmiers des unités d'indiquer les patients ayant des régimes alimentaires particuliers et donc de respecter leurs convictions religieuses.

⁶ https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-10/ste_20110010_0100_0034.pdf



Salle réservée aux offices catholiques



Salon de rencontres collectives partagé entre aumôniers catholiques et musulmans

3.8 LES PLAINTES ET LES RECLAMATIONS SONT SUIVIES MAIS NE SEMBLENT PAS FAIRE L'OBJET D'UNE ANALYSE APPROFONDIE

Les informations concernant les différents moyens de contester les décisions prises ne sont communiquées que sur demande, elles sont également disponibles dans le livret d'accueil.

Les plaintes et réclamations sont peu nombreuses : quatre en 2019 ; huit en 2018 pour le pôle de psychiatrie.

Elles transitent en général par la cadre de santé. Cependant certains courriers parviennent directement à la direction du CHRU.

Elles sont traitées en commission des usagers (CDU), dans des délais raisonnables.

Des médiations sont proposées.

En 2019, les plaintes et réclamations portaient majoritairement sur les conditions de sortie, qui étaient jugées trop précipitées ou trop abruptes par les familles ; tel était le cas pour quatre réclamations répertoriées. En 2018, les réclamations étaient relatives aux thèmes suivants : des traitements médicamenteux jugés « *abrutissants* », l'enfermement abusif en chambre, l'insuffisance d'activités, « *l'état regrettable des locaux* », la prise en charge d'un médecin et le manque de suivi dans le cadre d'un retour à domicile.

3.9 LES FAITS DE VIOLENCE SONT REPERTORIES, ANALYSES ET PRIS EN COMPTE DANS LA FORMATION DU PERSONNEL

3.9.1 Le recensement des incidents

L'établissement dispose d'une organisation qui assure l'enregistrement et l'analyse des fiches de signalement d'événements indésirables (FSEI). Quel que soit sa catégorie – les fiches sont au nombre de trente-quatre – tout événement indésirable peut être signalé par l'agent qui y est confronté. Celui-ci déclare l'événement en établissant une FSEI qui est transmise par intranet (logiciel Ennov) au bureau qualité du CHRU. Les échanges avec le personnel soignant des unités ont montré que ce dispositif est connu et utilisé.

Globalement, le nombre d'événements indésirables est stable pour les années 2018 et 2019, respectivement, 306 et 308. Les agressions et maltraitements sur agent représentent proportionnellement la part la plus importante, en progression, passant de 106 en 2018 à 121 en 2019. L'analyse des événements décrits dans les FSEI fait ressortir que, durant les neuf premiers mois de l'année 2019, quatorze d'entre eux sur quatre-vingt-quinze concernent des agressions

sous forme de violences physiques exercées par des patients majeurs sur le personnel soignant, soit des faits de niveau 3 et 4 dans l'échelle de gravité nationale. La majorité des événements imputables à cette catégorie de patients porte sur des faits de niveau 1 et 2, c'est à dire des injures, provocations et menaces. Un événement concerne l'agression d'un soignant par le père d'un patient lors d'une visite.

Trois événements ont plus spécialement marqué le personnel. Il s'agit de l'incendie volontaire de deux véhicules appartenant respectivement à un agent d'entretien et à un soignant. Le premier est survenu le 25 août 2019, le deuxième, le 28 août. L'auteur, une ancienne patiente, a été interpellé. Le troisième événement a eu lieu le 17 septembre 2019. Il a nécessité l'intervention des forces de l'ordre sur demande du chef d'établissement pour maîtriser un patient menaçant retranché en chambre de surveillance qui, après avoir arraché les baguettes d'une fenêtre, s'en servait comme arme par destination.

Les agressions et maltraitances sur patient qui concernent des faits entre patients passent de huit à douze. Il n'a pas été enregistré de mauvais traitements de la part de soignants à l'encontre de patients, pas plus qu'il n'a été observé ou perçu ce type de fait lors de la visite de l'établissement.

3.9.2 Le traitement des incidents

Les FSEI sont orientées sur les groupes de traitement (GT) en charge de les exploiter. Parmi ceux-ci figure le GT prévention de la violence. En pratique, le responsable du GT est destinataire avec copie à la direction du site et au cadre de santé de l'unité. Après exploitation, un retour est fait au déclarant et au cadre de santé quant à la suite donnée. Une ingénieure qualité est affectée au pôle psychiatrie et suit plus spécialement les événements indésirables du site de Bohars dont les violences.

Leur traitement est assuré par la commission gestion des risques qui, depuis la fin de l'année 2019, est identifiée sous l'appellation « commission gestion des risques-CREX »⁷. Celle-ci, à l'occasion de ses réunions, de l'ordre de quatre par an, hors les CREX exceptionnels, sélectionne un événement indésirable prioritaire qui fait l'objet d'une analyse particulière ayant vocation à déboucher sur des actions d'amélioration.

Les agents et les patients souhaitant déposer plainte sont accompagnés à la brigade de gendarmerie de Guilers, territorialement compétente pour le site de Bohars. Les enquêteurs peuvent également se déplacer. Un projet de convention réglant les modalités des relations entre le CHRU, les forces de sécurité intérieure, la douane, les services de la préfecture, les autorités judiciaires et la mairie de Brest a été établi. Le document doit maintenant être signé par toutes les parties.

3.9.3 Les leviers de traitement et de prévention de la violence

Lors de la visite de l'établissement, la préoccupation du personnel soignant face aux violences auxquelles il est confronté a été exprimée à plusieurs reprises. Un sentiment d'insécurité, lié aux événements survenus en 2019, a été manifesté par certains soignants rencontrés sans que l'on puisse en tirer une généralité. Dans la prise en compte de ces faits de violence à l'encontre du personnel soignant, l'assistance du psychologue du travail est systématiquement proposée par la direction.

⁷ CREX : comité de retour d'expérience.

Questionné sur les causes de leur constat ou ressenti, l'usage de stupéfiants est cité en premier lieu que ce soit hors de l'établissement, en ville, ou dans l'existence d'un trafic de stupéfiants auquel n'échapperait pas l'hôpital. Une recrudescence de la violence à l'encontre des personnes et de toute représentation institutionnelle est avancée, les soignants faisant le parallèle avec ce qui est observé dans la société. L'évolution initiale de la formation des jeunes soignants, le temps indispensable d'adaptation et d'appropriation d'une spécialité qui ne leur est pas familière et qui va au-delà des gestes techniques sont également cités comme des facteurs à prendre en compte. A terme, dans le cadre de la reconstruction de l'hôpital, certains membres des équipes rencontrées ont exprimé leur préoccupation et leurs réserves quant à une approche sécuritaire renforcée.

La réflexion entamée vise à répondre à la question de savoir comment sécuriser les pratiques de soins ou, exprimé sous une autre forme, comment, d'un point de vue médical, sécuriser le parcours de soins. Les travaux en cours portent sur la systématisation de l'analyse des pratiques professionnelles et sur la crise. Une évolution de l'approche thérapeutique a également été avancée avec l'importance que revêt le projet médico-soignant et donc le binôme médecin-soignant avec pour objectif de prévenir la crise.

Pour prévenir et gérer les violences, une action a été engagée par la direction pour développer la formation OMEGA. Celle-ci est plébiscitée par tous les soignants rencontrés (cf. § 2.4).

4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE

4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ASSURE SA MISSION DE CONTROLE

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) du Finistère a été installée par arrêté du préfet et sa composition est régulièrement mise à jour. A la date de la visite des contrôleurs, elle regroupe deux membres de l'UNAFAM⁸ du Finistère – dont l'un assure les fonctions de président de l'instance – et de deux médecins, dont un psychiatre. Un poste, réservé à un médecin psychiatre, est vacant depuis le 1^{er} janvier 2020.

Tout en soulignant son impatience de voir ce poste pourvu afin de permettre à la commission de faire face à la charge de travail qui lui est impartie, son président déplore la suppression, par la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 portant programmation et réforme de la justice, de la participation d'un magistrat aux travaux de la CDSP.

La commission effectue deux visites annuelles au sein de l'hôpital de Bohars durant lesquelles elle examine les registres de la loi, consulte le registre relatif à l'isolement et la contention et rencontre les patients admis en SSC qui en font la demande. La commission a accès à leur dossier.

Les données statistiques d'activité de cette instance qui ont été communiquées aux contrôleurs portent sur l'année 2018 et ne sont pas distinguées par établissement. Il en ressort cependant qu'au cours de cette année, la commission a tenu deux réunions, effectué dix visites d'établissement, examiné 193 dossiers et enregistré cinq plaintes ; elle n'a pas proposé de levée de mesure de SSC.

Une visite de la CDSP s'est tenue dans l'établissement durant la visite des contrôleurs. A la demande de l'ARS Bretagne qui assure le secrétariat de la commission, l'établissement en avait informé, par courrier expédié quinze jours auparavant, l'ensemble des patients de l'établissement astreints à un programme de soins sans consentement. Cette information préalable doit être soulignée.

BONNE PRATIQUE 2

Les patients bénéficiant d'un programme de soins ambulatoires sont informés préalablement de la visite de la commission départementale des soins psychiatriques au sein de l'établissement. Ils peuvent ainsi exercer pleinement leurs droits.

Néanmoins, cette information doit s'accompagner d'un affichage dans les services de soins où sont hospitalisés les patients en SSC, les informant également de cette visite – ce, sans préjudice des explications orales manifestement transmises à ces patients par les équipes soignantes, ainsi qu'en atteste le nombre de demandes d'entretien adressées à la commission pour la visite envisagée : dix-neuf, dont trois émanant de patients en programme de soins ambulatoires. Selon l'unité d'hospitalisation, entre un et cinq patients en SSC ont sollicité un entretien ; il est permis de penser qu'un affichage exhaustif relatif à la venue et au rôle de la CDSP aurait utilement complété le dispositif.

⁸ Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

RECOMMANDATION 7

En complément de l'information orale transmise aux patients, les visites de la commission départementale des soins psychiatriques dans l'établissement doivent être systématiquement relayées par voie d'affichage préalable dans les unités.

Les entretiens avec les patients sont assurés par deux membres au moins de la commission, dont systématiquement un médecin qui peut, le cas échéant, accéder aux dossiers concernés.

Les comptes-rendus des visites organisées par la CDSP à l'hôpital de Bohars en 2018 et 2019 ont été communiqués aux contrôleurs, ainsi que des copies des courriers adressés par le président de cette commission à la direction de l'établissement au cours de ces deux années.

Il en ressort qu'outre les rencontres de patients (dix-sept en 2018, quinze en 2019), la CDSP s'est en particulier inquiétée, durant cette période, des irrégularités constatées dans l'élaboration et la sécurisation du registre d'isolement et de contention de l'établissement (cf. § 8.2) ainsi que du traitement réservé aux patients détenus (cf. § 9.2), outre quelques remarques relatives aux registres de la loi (cf. § 4.3).

4.2 LA COMMISSION DES USAGERS EST BIEN ASSOCIEE A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

Des dépliants, présentant la commission des usagers (CDU), la maison des usagers et l'UNAFAM, sont mis à disposition dans certaines unités. Les coordonnées et horaires de présence de l'UNAFAM sont affichés sur la porte du local qui lui est affecté.

Selon les propos recueillis, les membres de l'UNAFAM sont très peu présents dans les services, les deux membres de l'UNAFAM sont surtout actifs au sein des instances et groupes de travail suivants :

- qualité et gestion des risques ;
- groupe de travail sur l'isolement et la contention ;
- commission reconstruction de l'hôpital.

Les membres de l'UNAFAM sont également impliqués dans un collectif d'associations en convention avec le CHRU pour améliorer l'accueil des personnes présentant un handicap. Ils se disent plutôt satisfaits du dialogue avec la direction de l'hôpital et se sentent concertés et écoutés.

Concernant la prise en charge des patients à l'hôpital de Bohars, ils sont interpellés par les familles sur les éléments suivants :

- l'information des familles lors de la sortie d'hospitalisation est parfois lacunaire ;
- l'ergothérapie et les activités sont insuffisants et les patients s'ennuient ;
- les délais d'attente pour bénéficier des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) sont très longs.

4.3 MALGRE QUELQUES OUBLIS, LES REGISTRES DE LA LOI SONT GLOBALEMENT BIEN TENUS MAIS NE SONT PAS CONSULTES PAR TOUTES LES AUTORITES DE CONTROLE

Un total de onze registres de la loi est en cours d'utilisation dans l'établissement au moment de la visite des contrôleurs. Ces livres, au format habituel et composés chacun de 100 folios, ont tous été ouverts par un représentant du maire de la commune de Bohars.

Ils se distinguent selon le statut d'hospitalisation des patients :

- sept registres sont consacrés aux SDT (urgence comprise), dont trois sont dits « de report » pour les hospitalisations les plus anciennes ;
- deux registres sont consacrés aux SDRE, dont un de report ;
- deux registres sont consacrés aux personnes hospitalisées à la suite d'un jugement constatant leur irresponsabilité pénale en application de l'article 122-1 du code pénal, dont un intéresse deux patients au long cours.

L'examen de l'ensemble de ces registres fait ressortir une situation analogue. Les livres sont à jour au moment du contrôle et comportent très peu de mentions manuscrites, seule l'identité du patient et l'éventuelle date de levée de la mesure de SSC y étant précisées de cette façon. Toutefois, les autres données requises par la loi peuvent y être trouvées à la lecture des documents qui y sont accolés en format réduit : demandes des tiers incluant référence de leur pièce d'identité, certificats médicaux et décisions d'admission, de renouvellement ou de levée, certificats mensuels et avis motivés, ordonnances du JLD ou de la cour d'appel, programmes de soins, etc. Chacun de ces documents est revêtu d'un cachet en certifiant la conformité et du visa de « l'adjointe des cadres », lesquels sont apposés au jour le jour.

Ce faisant, les registres permettent un contrôle effectif du déroulement des mesures de SSC, qui n'est pas affecté par les quelques oublis relevés – à l'exception de celui relatif à la mesure de protection juridique dont peut éventuellement faire l'objet la personne hospitalisée, qui devrait être ajoutée. De plus, la suite donnée aux demandes d'autorisation de sortie de courte durée des patients n'est que rarement mentionnée. Par ailleurs, aucun des registres consultés ne dispose d'un index renseigné, à partir duquel une recherche par nom, date ou statut d'hospitalisation serait possible. D'ultimes marges de progrès sont donc facilement accessibles.

Enfin, chaque registre est dûment visé par les membres de la CDSP à chacune de leurs deux visites annuelles mais aucun ne porte mention du passage d'une autre des autorités de contrôle mentionnées à l'article L. 3222-4 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 8

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le préfet du Finistère, le président du tribunal judiciaire de Brest, le procureur de la République près cette juridiction et le maire de Bohars, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

4.4 INDEPENDAMMENT DU STATUT DE LEUR HOSPITALISATION, LES PATIENTS PEUVENT BENEFICIER D'AUTORISATIONS DE SORTIE ET DE PROGRAMMES DE SOINS

4.4.1 Les autorisations de sorties de courte durée

Quelle que soit l'unité dans laquelle ils sont accueillis, les patients admis en SSC se voient proposer, dès que leur état clinique le permet, la possibilité de sorties afin, notamment, d'observer leur évolution hors du service de prise en charge.

Le plus souvent, ces autorisations de sortie sont accordées de façon progressive.

Les patients sont, en général, d'abord autorisés à ne sortir que dans l'enceinte du site hospitalier, pour se promener dans le parc ou aller à la cafétéria par exemple, le cas échéant accompagnés.

A cet égard, la circonstance que l'ensemble des unités de soins connaissent un régime de « portes ouvertes » en journée doit être soulignée puisque ce mode de gestion permet une grande liberté de mouvement. Puis, des autorisations de sortie de courte durée (ASCD) hors de l'établissement peuvent être envisagées. Ces autorisations sont en général accompagnées, de moins de 12 heures, dans un premier temps puis, éventuellement, d'une durée de 48 heures durant lesquelles le patient sort seul, sans accompagnement, par exemple pour se rendre en famille.

Le cas échéant, ces projets de sortie sont discutés avec les patients, éventuellement en réunion de synthèse impliquant leur famille ou leur mandataire, ainsi que l'ASS de l'hôpital. Un accompagnement préalable pour préparer la sortie ou l'organisation d'une visite infirmière à domicile pendant celle-ci peuvent être envisagés.

Selon la direction de l'établissement, familles et mandataires concernés seraient systématiquement informés des autorisations de sortie accordées aux patients. Cependant, d'autres renseignements, transmis aux contrôleurs, font apparaître le contraire.

En tout état de cause, l'établissement ne procède pas au référencement systématique des ASCD accordées aux patients admis sur décision du directeur de l'établissement. Selon les informations transmises, ces autorisations seraient nombreuses, quelle qu'en soit la durée, et les refus exceptionnels – le seul précédent évoqué aurait été justifié par la convocation du patient devant le juge des libertés et de la détention. Cependant, plusieurs des témoignages recueillis soulignent que les autorisations de moins de 12 heures accompagnées sont demandées, si la famille est absente, en fonction du nombre de soignants présents au moment prévu pour la sortie ; aussi, dans une partie des unités d'admission au moins, ces autorisations de sortie sont finalement rares car les équipes y travaillent fréquemment en effectif réduit.

S'agissant des patients en SDRE, il n'a été rapporté d'autre difficulté, sauf lorsque le délai de prévenance (fixé à 48 heures par l'autorité préfectorale) n'est pas respecté. Les données transmises à cet égard par l'ARS Bretagne font apparaître qu'au cours de l'année 2019, un total de 165 ASCD a été accordé par le préfet aux patients concernés, dont 85 pour des sorties accompagnées de moins de 12 heures et 80 allant jusqu'à 48 heures sans accompagnement. Un total de 5 refus est mentionné ; le cas échéant, ces décisions sont motivées, à tout le moins sommairement, sur le formulaire idoïne dont un exemplaire a été présenté aux contrôleurs.

Par-delà le seul des cas des patients ASDRE, les médecins et les équipes des unités de soins doivent veiller au respect d'un délai minimal de prévenance des services administratifs de l'établissement pour les ASCD décidées par le directeur, afin de permettre l'examen des demandes et la formalisation des autorisations – au risque sinon de priver les patients concernés d'une chance de les obtenir. Ainsi, des demandes d'ASCD de moins de 12 heures engagées, comme cela a pu être constaté durant la visite, à 14h45 pour le jour même à 15h apparaissent particulièrement tardives et doivent être mieux anticipées. L'octroi éventuel d'autorisations récurrentes, par exemple quotidiennes, est par ailleurs possible et permet notamment de contourner cette dernière contingence.

4.4.2 Les programmes de soins

Personnalisée et tournée vers la levée de la mesure de SSC, la prise en charge proposée par l'établissement peut inclure des programmes de soins ambulatoires – ce, quel que soit le statut de l'hospitalisation et l'unité de prise en charge initiale du patient. Cependant, certains des médecins rencontrés privilégient la levée pure et simple de la mesure de soins contraints à la

mise en œuvre d'un programme de soins. Ce dispositif est envisagé « *lorsque la rechute est vraiment à craindre* », quand le patient a déjà été hospitalisé à plusieurs reprises successivement ou encore pour les personnes dont la dangerosité potentielle a été constatée par un jugement d'irresponsabilité pénale. Ce choix thérapeutique, assumé, fait sien le risque de ré hospitalisation dont il n'a cependant pas été allégué une récurrence significative.

Au jour du contrôle, quarante et un des patients pris en charge par l'établissement en SSC, dont quatorze en SDRE, bénéficient d'un programme de soins. Les plus anciens de ces programmes datent du mois de février 2006, pour ce qui concerne les patients initialement hospitalisés en SDT, et du mois de novembre 2006 pour les patients pris en charge sur décision du représentant de l'Etat. L'examen aléatoire de dix de ces programmes confirme le caractère exclusivement ambulatoire des soins qu'ils prévoient : consultation mensuelle sur le site hospitalier ou en centre médico-psychologique, visite à domicile, prise en charge ponctuelle en hôpital de jour ou encore dans une unité d'hospitalisation. L'un des programmes consultés prévoit la possibilité d'une « *hospitalisation complète à [la] demande* » du patient ; un autre prévoit, pour un patient suivi depuis 2014 à la demande d'un tiers et en urgence, une semaine d'hospitalisation par mois dans une des unités hospitalières, outre une visite hebdomadaire à domicile le reste du temps.

Selon les renseignements recueillis, l'autorité préfectorale n'est pas réticente à la mise en place de tels programmes de soins, dont plusieurs bénéficient à des patients jugés irresponsables pénalement. Selon les données communiquées, les demandes de deuxième avis présentées par le préfet lorsque la mise en œuvre d'un programme de soins lui est proposée sont exceptionnelles : deux seulement au cours de l'année 2019, durant laquelle quatorze demandes de mise en place, modification ou renouvellement de programmes de soins ont été présentées au préfet du Finistère.

4.5 LES AVIS MOTIVES ADRESSES AU JUGE NE SONT PAS SYSTEMATIQUEMENT ACTUALISES

Une « *convention relative à la mise en œuvre de la procédure judiciaire de contrôle des mesures de soins psychiatriques* », entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2014, a été conclue entre les tribunaux de grande instance de Brest et de Quimper, d'une part, et l'ARS de Bretagne, d'autre part. Elle prévoit notamment que deux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) sont organisées chaque semaine sur l'emprise de l'hôpital de Bohars et une séance hebdomadaire sur celle de l'hôpital de Morlaix.

Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2020, de la réforme de l'organisation judiciaire, la juridiction brestoise est devenue tribunal judiciaire et le tribunal d'instance de Morlaix, tribunal de proximité : inchangée dans son principe, l'organisation des audiences du JLD a été adaptée à cette évolution et le greffe de chacun de ces tribunaux est désormais compétent pour la tenue de ces instances (convocations des parties, audiencement, notification des ordonnances). Un magistrat chargé des fonctions de JLD dans chacune de ces juridictions prend en charge les audiences envisagées dans le ressort respectif de celles-ci.

Outre les patients en SSC pris en charge à l'hôpital de Bohars, peuvent comparaître aux audiences organisées dans cet établissement des patients en SSC hospitalisés à Landerneau, aucune audience judiciaire n'étant mise en œuvre dans cet hôpital. Plus rarement, lorsque les délais de la procédure les concernant l'exigent, des patients en SSC de l'hôpital de Morlaix peuvent également être entendus à Bohars, ou inversement.

Les locaux judiciaires ne sont pas mentionnés sur le plan de l'hôpital de Bohars mais sont fléchés dès le hall d'accueil du bâtiment administratif, vers lequel l'agent de sécurité en fonction à

l'entrée du site peut orienter les visiteurs. Distribués autour d'un puits de lumière végétalisé, ces locaux se composent d'une salle d'attente et d'un bureau mis à la disposition des avocats, à l'avant desquels plusieurs sièges sont installés, et d'un bureau servant de salle d'audience, à double accès mais de taille modeste et offrant quatre sièges au public.



Les locaux judiciaires : à gauche, le bureau des avocats ; à droite, la « salle » d'audience

Des données statistiques communiquées aux contrôleurs, il ressort une augmentation croissante, durant trois ans, du nombre de patients appelés à comparaître devant le JLD au titre de ces audiences : 333 au cours de l'année 2017, 356 en 2018 et 372 en 2019 – soit une augmentation de 10,5 % en trois ans, cohérente avec l'augmentation du nombre de patients admis en SSC dans l'établissement et du total des mesures d'hospitalisation ordonnées à ce titre (voir *supra*).

Le nombre de patients convoqués mais non comparants à ces audiences est, lui aussi, en augmentation durant la même période : cinquante-neuf en 2017 soit 17,7 % des patients convoqués cette année-là, cinquante-deux en 2018 soit 14,6 % du total des personnes audiencées et quatre-vingt-deux en 2019 soit 22 % des patients convoqués. Les modalités d'information préalable des patients (formulaire intitulé « *audition JLD – avis patient* » par lequel ce dernier indique s'il souhaite l'assistance d'un avocat choisi ou commis d'office et précise les coordonnées de son mandataire éventuel et notification de la convocation judiciaire par l'intermédiaire des membres de l'équipe soignante) n'appellent pas d'observation particulière. Néanmoins, compte tenu de la proportion non négligeable de patients qui ne répondent pas à la convocation du juge, l'établissement gagnerait à distinguer celles des non-comparutions qui sont justifiées par une incompatibilité médicale de celles résultant du refus des patients de répondre à l'avis d'audience. Ce décompte serait facilité par le recueil du formulaire de « *notification de refus d'audience* » qui a été présenté aux contrôleurs, lequel doit être rempli et signé par les patients dans cette hypothèse.

Les tiers demandeurs de l'hospitalisation et les mandataires sont convoqués aux audiences par le greffe de la juridiction auquel « *l'avis patient* » précité et les informations requises sont communiqués par les équipes hospitalières avec l'avis motivé du médecin. A cet égard, s'il a été signalé aux contrôleurs quelques transmissions tardives de ce dernier avis, il leur est surtout apparu à l'examen des registres de la loi et de certains dossiers de patients qu'il n'est pas rare que cet avis motivé soit établi trop en amont de l'audience, dans un délai allant de 4 à 6 jours qui ne permet pas de dresser un tableau clinique actualisé au jour de celle-ci.

Si d'éventuelles contingences de calendrier, pouvant notamment résulter de l'annulation d'une audience en période de vacances scolaires et du report des dossiers en découlant, peuvent expliquer certaines de ces situations, l'établissement doit veiller à fournir au juge un avis motivé actualisé sur la nécessité de poursuivre ou non l'hospitalisation complète, laquelle doit être appréciée au plus près de l'audience.

RECOMMANDATION 9

Les médecins de l'établissement doivent fournir au juge des libertés et de la détention un avis motivé et actualisé portant sur la nécessité, au jour de l'audience, de poursuivre ou non l'hospitalisation complète des patients en soins sans consentement. Par suite, cet avis motivé ne peut être produit plusieurs jours en amont de l'intervention du juge.

L'établissement n'est pas représenté aux audiences et les patients se présentent devant le juge seuls ou accompagnés d'un soignant ou deux, les étudiants et stagiaires se joignant le plus souvent au déplacement. Les soignants assistent à l'audience installés sur les sièges réservés au public.

Un seul des quatre patients entendus par le juge lors des deux audiences organisées durant la visite des contrôleurs a comparu en pyjama, faute de disposer d'autre vêtement, selon les propos de l'infirmière qui l'accompagnait. Pourtant, un vestiaire est disponible dans l'établissement, qui aurait pu permettre de vêtir ce patient. La comparution en pyjama hospitalier devant le JLD est en effet attentatoire à la dignité des patients et doit être proscrite, quel que puisse en être la justification. S'il ressort des informations communiquées aux contrôleurs que le port de ce vêtement aux audiences est devenu rare dans l'établissement, il n'en est pas totalement absent et serait notamment pratiqué pour prévenir d'éventuels risques de fugue – en particulier pour les patients détenus auxquels cette tenue serait imposée durant toute leur hospitalisation. Selon l'ensemble des témoignages recueillis et nonobstant les déclarations contraires de la direction de l'établissement à cet égard (voir *infra*, § 9.2), ces derniers sont en outre conduits aux audiences attachés sur un brancard.

Si la courte durée moyenne d'hospitalisation de ces patients évite un tel traitement à nombre d'entre eux, il n'est pas exceptionnel : dix-sept patients détenus l'ont subi en 2018 et dix en 2019. Au titre des mêmes années, l'établissement fait en outre état, respectivement, de cinq et sept patients détenus non comparants aux audiences du JLD auxquelles ils étaient convoqués, sans qu'il soit précisé que ces absences ont résulté d'incompatibilités médicalement constatées.

En raison d'un mouvement national de grève au moment de la visite des contrôleurs, les patients convoqués devant le JLD au cours de cette semaine ne bénéficiaient pas de l'assistance d'un avocat. Selon les informations transmises, un tel conseil est habituellement commis d'office et cette assistance est donc apportée aux patients au titre de l'aide juridictionnelle gratuite, sans considération de leurs ressources.

4.6 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION NE LIMITE PAS SA MISSION AU CONTROLE DE LA SEULE REGULARITE PROCEDURALE DE LA MESURE

A l'audience, à laquelle les patients sont convoqués toutes les vingt minutes afin de réduire au maximum leur délai d'attente, la magistrate interroge le justiciable sur les événements ayant concouru à son hospitalisation, sur la façon dont il vit et ressent celle-ci et sur les perspectives

qui sont les siennes, en particulier dans l'éventualité d'une levée de la mesure de SSC. Au décours de son instruction, elle envisage notamment les relations du patient avec sa famille, le cas échéant, et avec les tiers ; et jauge l'adhésion du patient aux soins. Après avoir recueilli ces observations, elle fait état de l'avis du procureur de la République et des principaux arguments sur lesquels celui-ci fonde sa demande de maintien de l'hospitalisation, permettant aux patients d'en être informés et de pouvoir les critiquer.

En fin d'audition, l'affaire est mise en délibéré et la juge informe le patient que son ordonnance sera rendue l'après-midi même et notifiée dans l'unité d'admission ; elle précise qu'une procédure d'appel peut ensuite être engagée.

Corrélativement à l'augmentation de l'activité du JLD constatée sur trois ans, le nombre de mainlevées des mesures de SSC ordonnées par ce juge a également augmenté, bien qu'il reste très contenu au regard du nombre total de comparutions : quatre mainlevées ordonnées en 2017 et en 2018, représentant respectivement 1,2 et 1,1 % du nombre total des décisions rendues par le juge ; et onze en 2019 soit 2,9 % des ordonnances rendues cette année-là. Les procédures d'appel sont rares : six en 2017 et en 2018, huit en 2019 ; et aboutissent le plus souvent au maintien de la mesure de SSC (une seule mainlevée en 2017 et en 2019 ; aucune en 2018).

De l'examen des ordonnances juridictionnelles ordonnant, au cours des années considérées, la levée des mesures d'hospitalisation contestées, il ne ressort pas de vice procédural particulièrement récurrent non plus qu'une sanction fréquente de la motivation des certificats médicaux. Toutefois, deux mainlevées ont été ordonnées par le JLD, le 12 février et le 26 décembre 2019, en raison de l'irrégularité de la procédure résultant d'une absence de lien de parenté ou de lien personnel antérieur entre le tiers demandeur de l'hospitalisation et le patient ; et une mesure analogue a été décidée le 29 novembre 2019 au regard de l'imprécision et du caractère « *nettement insuffisant* » de la motivation du certificat médical d'admission en soins.

Pour le reste, il a été exposé *supra* que la magistrate ne limite pas son contrôle à la seule régularité procédurale de la mesure (délais, auteurs et motivation des certificats médicaux, notamment). Elle en examine effectivement le bien-fondé au jour de l'audience, et envisage pour ce faire la situation du patient dans sa globalité, ce qui ressort de plusieurs des ordonnances de mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète qu'elle a rendues en 2019, lesquelles se fondent sur :

- l'état du patient et sa compliance aux soins au jour de sa comparution, la juge relevant l'existence du consentement aux soins (5 février 2019) ;
- l'acceptation de son traitement par le patient, qui convient des bienfaits de l'hospitalisation et rend possible une prise en charge médicamenteuse en milieu carcéral (12 février 2019) ;
- l'amélioration de l'état psychique du patient, dont le « *consentement demeure fragile et instable* » mais qui rend le maintien de la contrainte pour 24 heures suffisant pour organiser avec lui sa prise en charge en hospitalisation libre puisque l'intéressé « *se dit désireux de soins mais apparaît bloqué sur la notion de contrainte* » (9 avril 2019) ;
- les propos circonstanciés du patient à l'audience, qui se dit favorable à la poursuite d'un traitement à l'extérieur de l'hôpital et le constat « *que, d'un point de vue psychiatrique, les certificats médicaux les plus récents ne font état de strictement aucun trouble mental avéré* » (11 juillet 2019) ;

- l'amélioration de l'état psychique de la patiente et un projet d'hospitalisation, le lendemain, dans un établissement spécialisé et adapté à ses problématiques (23 octobre 2019) ;
- le fait que le patient est « *désormais moins angoissé et calme* » et indique être « *désormais favorable à la prise d'un traitement et à la reprise de consultations régulières avec un psychiatre* » (29 octobre 2019) ;
- la circonstance qu'à l'audience, le patient se montre conscient de la gravité de ses troubles et demande la levée de la mesure tout en précisant que cette hospitalisation lui a été bénéfique et qu'il s'engage, notamment, à prendre son traitement et à consulter un psychiatre pour l'avenir – consentement considéré comme étant suffisamment éclairé pour envisager la levée de la mesure dans les 24 heures le temps de mettre en place un programme de soins (20 décembre 2019).

A l'instar de cette dernière décision, les effets des ordonnances de mainlevée rendues en 2019 ont, à deux exceptions près, été ainsi différés. Par ailleurs, si certaines équipes soignantes ont questionné devant des contrôleurs le rôle du juge et le bien-fondé de levées ainsi prononcées malgré un avis médical contraire, il n'a été ni signalé ni constaté de taux de ré hospitalisation significatif des patients visés par ces décisions judiciaires, dont ni le directeur d'établissement ni le procureur de la République n'ont relevé appel. En effet, selon les renseignements transmis, les rares saisines de la cour d'appel de Rennes (Ille-et-Vilaine) sont uniquement le fait de patients.

Au demeurant, au cours de la même année 2019, cette dernière juridiction a fait droit à l'un des huit recours dont elle a été saisie, ordonnant la levée de la mesure au motif que « *les éléments nécessaires permettant d'étayer l'incapacité de la patiente à consentir aux soins ne résultent pas du certificat actualisé* » fourni au dossier (31 janvier 2019).

Afin d'échanger avec la communauté médicale de l'établissement, la magistrate qui assure les audiences envisagées depuis le début d'année 2019 a organisé une rencontre avec les psychiatres de l'hôpital de Bohars qui est prévue au mois d'avril 2020. Elle envisage de faire de même avec les praticiens intervenant aux urgences psychiatriques du CHRU de Brest.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 L'ETABLISSEMENT FAIT ACTUELLEMENT L'OBJET D'UN PLAN DE SECURISATION DES LIEUX

Le CH de Bohars se situe sur un vaste parc. Le bâtiment est ouvert sur l'extérieur et l'installation initiale d'une clôture métallique, faisant le tour complet de l'enceinte, ne confère pas aux lieux une atmosphère carcérale. Cette impression s'est même trouvée renforcée lors de la visite par le fait que la grille de la seconde entrée du site, située à l'arrière des bâtiments, était endommagée depuis plusieurs semaines et laissée ouverte et sans surveillance.

Néanmoins, sous l'impulsion de la direction de l'établissement, un développement de la « culture sûreté » est à l'œuvre depuis plusieurs années. Ainsi, à la suite de l'audit mené par la gendarmerie de Guilers en 2014 et au plan de sécurisation de l'établissement (PSE) lancé en 2016, plusieurs mesures de nature sécuritaire ont été initiées : installation d'une dizaine de caméras de vidéosurveillance, filtrage des véhicules et embauche d'un agent de sécurité à temps plein. Le filtrage des piétons devait également être mis en place quelques semaines après le contrôle.

Pour l'heure, la portée de ces mesures semble être limitée ; il convient que cette retenue face à la tentation du « tout sécuritaire » soit conservée. Par exemple, les images filmées sont conservées pendant dix jours, alors que la loi permet de les conserver pour une durée allant jusqu'à un mois, et seuls trois agents de l'hôpital sont habilités à les visionner, uniquement sur demande auprès de la gendarmerie de Guilers.

RECOMMANDATION 10

Le développement de la « culture sûreté » à l'œuvre depuis 2014 doit rester contenu, jusqu'à l'achèvement des travaux de reconstruction de l'hôpital en 2026 et au-delà, afin que la liberté d'aller et venir des patients soit préservée.



Entrée principale du site



Clôture métallique ceinturant le site

5.2 LES UNITES SONT OUVERTES MAIS LES MODALITES DE SORTIE DU SITE MANQUENT DE CLARTE

L'ensemble des unités du pôle de psychiatrie adulte du CH de Bohars est ouverte. Ainsi, de 8h à 20h, les patients peuvent librement entrer et sortir des unités, se rendre à la cafétéria ou se promener dans le parc. Un « parcours santé » a même été aménagé tout le long de la principale route parcourant le site pour leur permettre de se déplacer en toute sécurité.

Si certains ne sont malgré tout pas autorisés à quitter leur unité, ils sont en nombre restreint. Au moment du contrôle et sans compter les patients isolés en chambre de surveillance, ils étaient par exemple trois dans les unités Ar Brug et Kelenn et quatre à Kan Ar Mor. De plus, ces interdictions sont toujours décidées par les PH qui réévaluent régulièrement leur état clinique.

Les conditions de sortie de l'hôpital sont davantage restrictives, quoique mesurées, et dépendent de l'avis du médecin psychiatre de l'unité. Ainsi, tous les patients, qu'ils soient admis en soins libres (SL) ou en SSC, doivent en principe s'enquérir d'une permission de sortie auprès dudit médecin. La pratique diffère selon les unités et les soignants quant à la teneur et la nature exacte de cette autorisation. Si pour certains soignants il doit s'agir d'une autorisation écrite, pour d'autres, un simple accord oral suffit. De même, certains exigeraient qu'elle soit renouvelée à chaque sortie quand d'autres la considéreraient valide pour une durée plus longue.

En plus de cette permission, les patients admis en SSC ont l'obligation de demander un certificat médical auprès du psychiatre. Par souci d'organisation, cette demande doit généralement être formulée quarante-huit heures avant la date indiquée de sortie.

En réalité, seuls les patients faisant l'objet d'une prescription de port de pyjama sont réellement empêchés de sortir de l'enceinte de l'hôpital (cf. § 5.3.2). En effet, l'emplacement des postes de soins est tel que dans la plupart des unités les infirmiers ne peuvent pas contrôler toutes les entrées et sorties. De même, l'agent de sécurité du site, esseulé, n'a pas les moyens d'identifier les patients autorisés ou non à sortir. Dès lors, on observe dans presque toutes les unités une corrélation entre interdiction de sortie et port du pyjama. Or, le port de ce dernier constitue une mesure stigmatisante et dégradante. D'autres moyens de faire respecter les prescriptions médicales doivent par conséquent être trouvés.

RECOMMANDATION 11

Les modalités de sortie du site doivent être clarifiées et uniformisées pour que les patients ne soient pas traités différemment selon l'unité où ils sont hospitalisés.

5.3 L'IMPOSSIBILITE DE FUMER LA NUIT ET LES FREQUENTES PRESCRIPTIONS DE PORT DE PYJAMA CONSTITUENT LES PRINCIPALES RESTRICTIONS DE LIBERTE IMPOSEES AUX PATIENTS

5.3.1 L'accès au tabac

La relative liberté dont jouissent les patients dans leurs déplacements se prolonge dans leur quotidien. Ainsi, les patients peuvent accéder à leur chambre à toute heure de la journée. Il ne leur est cependant pas permis de se rendre dans les chambres des autres personnes hospitalisées. La principale raison invoquée est d'éviter les accusations de vol. Ils peuvent également utiliser librement les sanitaires collectifs et apporter de la nourriture de l'extérieur. Sauf prescription médicale contraire, leur téléphone portable et leur ordinateur leurs sont laissés, quand ils en possèdent (cf. § 5.4). Enfin, ils peuvent fumer librement en journée. Cependant, leur paquet de cigarettes et leur briquet leurs sont repris à 20h au moment de la fermeture des unités qui ne disposent pas de patio. Les patients ne peuvent plus fumer, ou simplement prendre l'air, pendant une plage horaire de douze heures.

L'absence de patio fermé a un impact particulier sur les personnes faisant l'objet d'une mesure d'isolement, qu'elles soient en chambre de surveillance ou en chambre hospitalière fermée pour l'occasion. Lorsque l'état du patient ne permet pas aux soignants de l'accompagner à l'extérieur,

il ne leur est en principe pas possible de fumer, sauf à ce que des infirmiers acceptent de rester dans leur chambre le temps nécessaire, au risque d'être assujettis à du tabagisme passif.

RECOMMANDATION 12

Des mesures doivent être prises pour permettre à l'ensemble des patients de s'aérer et fumer après 20h.

5.3.2 Le port du pyjama

Enfin, si des soignants ont indiqué que le nombre de prescriptions de port de pyjama était à la baisse depuis plusieurs années, il reste cependant élevé dans certaines unités. Au moment du contrôle, cela concernait notamment cinq patients de l'unité Kelenn, cinq de l'unité Al Lann, et quatre de l'unité Kan Ar Mor, soit environ 30 % des patients hospitalisés dans ces unités. Selon les informations recueillies, bien que cette mesure relève d'une décision médicale, elle est souvent liée à un risque de sortie non autorisée ce qui ne saurait constituer une justification au regard de son caractère stigmatisant et dégradant. Il convient de préciser qu'il s'agit de pyjamas fournis par le CH. Plusieurs tailles sont en principe disponibles mais lors de la visite, l'établissement était confronté à une rupture de stock. Les patients étaient donc vêtus d'un pyjama ne correspondant pas à leur taille.

RECOMMANDATION 13

Les prescriptions de port de pyjama doivent être décorrélées du risque de fugue et leur usage doit être limité et justifié cliniquement. En outre, il conviendrait de proposer aux patients de revêtir leur pyjama personnel compte tenu du caractère dégradant de cette mesure.

5.4 LES PATIENTS ONT LES MOYENS DE MAINTENIR LES LIENS AVEC LEURS PROCHES MAIS LA MAJORITE DES UNITES NE DISPOSE PAS DE SALON DE VISITE

Comme exposé dans les règles de fonctionnement des unités, les patients disposent de plusieurs possibilités pour continuer à communiquer avec leurs proches.

Le téléphone portable est l'option la plus couramment utilisée. Le principe appliqué dans l'hôpital est son utilisation libre par les patients ; l'exception est son interdiction qui doit toujours être décidée par le psychiatre. Lors du contrôle, l'intégralité des patients de l'unité An Eol était par exemple autorisée à s'en servir.

Un *point-phone* est en plus installé dans chaque unité pour les patients qui n'auraient pas de téléphone personnel. Généralement utilisable les après-midi, il doit être activé par les infirmiers qui peuvent seuls composer les numéros à appeler. Leur emplacement, à quelques centimètres des postes de soins, ne permet cependant pas un respect complet du principe de confidentialité des appels passés.



Point-phone de l'unité Al Lann

Un réseau internet général au CHRU et gratuit est en plus disponible dans les unités. Les patients peuvent s'y connecter librement, y compris depuis leur ordinateur portable pour ceux qui en possèdent. Aucun ordinateur n'est cependant mis à disposition des patients dans les unités, à l'exception de ceux parfois installés dans les salles d'ergothérapie et dont l'utilisation est encadrée.

Les personnes hospitalisées ont également la possibilité de communiquer par courrier. Si des enveloppes sont parfois mises gratuitement à leur disposition dans les unités, celles-ci sont marquées du tampon de l'hôpital. D'autres, vierges, sont en vente à la cafétéria, avec des timbres. Les courriers peuvent être relevés et distribués quotidiennement dans les unités par les secrétaires de secteur, sans être lus au préalable par les soignants.

Enfin, la possibilité est offerte aux patients de recevoir des visites de leur famille. Les créneaux horaires prévus sont amples, à savoir tous les jours de 14h à 20h, à l'exception des heures de repas. Seule une interdiction de visite, parfois écrite, souvent tacite, pèse sur les enfants de moins de 14 ans. Celle-ci s'explique en grande partie par le fait qu'il n'existe pas dans la plupart des unités d'espaces réservés aux rencontres familiales. Seule l'unité An Eol en dispose d'un. Un autre, à la décoration toute aussi sommaire, a été aménagé dans l'ancienne unité Agora mais il est partagé entre les unités Stereden Vor, An Enez 2 et Ar Brug. Enfin, à Al Lann, les familles peuvent utiliser une pièce séparée mais celle-ci sert aussi d'espace de jeux et de lecture pour les patients. Pour autres les unités, les rencontres ont souvent lieu dans les chambres des personnes hospitalisées, dans le parc ou à la cafétéria. Plusieurs patients et proches de patients rencontrés ont ainsi regretté ce manque d'intimité et de considération.



Le salon de visites - Unité An Eol



Salon de visites partagé

RECOMMANDATION 14

Chaque unité doit disposer d'un espace, aménagé et convivial, pour permettre aux patients de recevoir dignement leur famille. En outre l'interdiction d'accès aux mineurs de 14 ans doit être levée. Elle porte atteinte au droit au maintien des liens familiaux.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES LOCAUX, VETUSTES ET PEU ADAPTES, PRESENTENT EN MAINTS ENDROITS UN DEFAUT D'ENTRETIEN PREJUDICIABLE AU CONFORT DES PATIENTS

6.1.1 Le bâtementaire et l'entretien des locaux

Les locaux des unités de soins sont exigus, à la fois pour le personnel et pour les patients. Le bâti est vétuste bien que ne datant que de 1975. A titre d'exemple, plusieurs locaux communs et les chambres présentent des traces et des odeurs de moisissure. Des fuites d'eau pluviale, en provenance du toit, ont été constatées. Certaines fenêtres ne sont pas étanches et présentent également des traces de moisissure importantes. Les patients se plaignent des courants d'air froids. Les locaux communs sont par ailleurs inadaptés et sont insuffisants (cf.§ 6.6). L'absence de toute décoration murale dans certaines unités confère aux lieux une atmosphère triste.



Traces de moisissure aux fenêtres



Entrée de l'unité Kan Ar Mor

Le personnel soignant a indiqué « avoir honte » d'accueillir les patients dans de telles conditions. L'entretien est assuré par trois maîtres-ouvriers du service technique du CHRU, présents sur le site de 8h à 16h, ayant chacun une spécialité en électricité, plomberie, menuiserie. Ils interviennent chacun à tour de rôle ; cela ne facilite pas le bon déroulement et le suivi des travaux. Les rénovations sont le plus souvent confiées à des entreprises extérieures.

Un budget global de 150 K€ annuellement est affecté aux travaux de maintenance et de rénovation. Depuis au moins 2014, l'enveloppe budgétaire a très peu évolué. Le discours selon lequel cette part du budget serait restreinte en prévision de la destruction programmée des bâtiments actuels n'est pas tout à fait recevable. En 2014, et pendant les années immédiatement suivantes, la durée prévisible d'amortissement des travaux à réaliser était alors de presque dix ans. Aujourd'hui elle serait encore de trois voire cinq années, ce qui reste très acceptable pour quantité de travaux courants à entreprendre. Il apparaît que les bâtiments actuels des unités de soins exigent de véritables travaux d'entretien avant leur destruction pour pouvoir accueillir dignement les patients.

Au surplus, rapporté à une surface totale dans œuvre de 18 594 m², le budget alloué ressort à moins de 8 €/m²/an, ce qui peut être jugé insuffisant.

Compte tenu des salaires des trois ETP de maître-ouvrier des services techniques en régie, la somme du titre 3 et du titre 1 du budget dévolu à l'entretien de ces bâtiments s'établit encore à moins de 15 €/m²/an, ce qui doit être regardé comme insatisfaisant pour assurer un confort suffisant aux patients.

RECOMMANDATION 15

En dépit du projet de construction de nouveaux bâtiments, l'établissement doit engager des travaux de rénovation et de maintenance des unités afin d'offrir aux patients des conditions d'hébergement dignes.

6.1.2 Les locaux

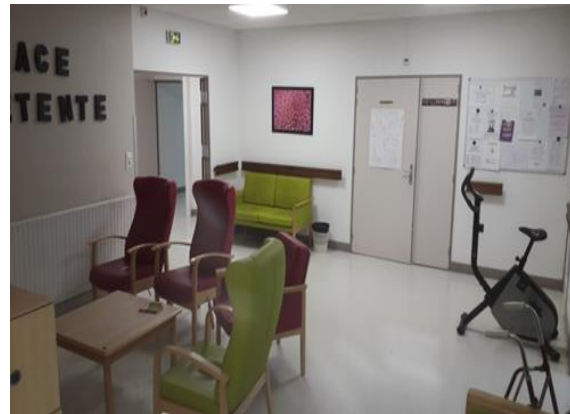
La configuration des unités d'hospitalisation adulte est similaire d'une unité à l'autre.

Au rez-de-chaussée se trouvent l'essentiel des parties communes et quelques chambres réservées aux patients nécessitant une surveillance particulière en raison de leur état clinique ou de leur manque d'autonomie. Les parties communes comprennent : une cuisine et un réfectoire, le bureau infirmier, une salle d'activité, une salle de bains collective avec baignoire, une chambre dite « de surveillance » et, le cas échéant, une chambre d'isolement. Certaines unités disposent d'un salon de visite pour les familles (cf. § 5.4).

L'étage, accessible uniquement par un escalier, compte les autres chambres destinées aux patients les plus autonomes.



Salle à manger



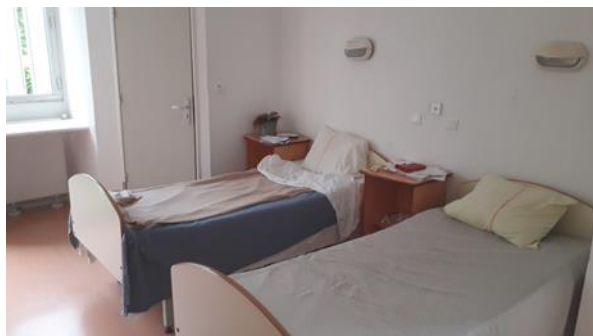
Salon TV An Eol

a) Les chambres

Les unités disposent de chambres doubles et individuelles. Les portes des chambres sont équipées d'un fenestron permettant de voir à l'intérieur. Selon les unités et les chambres, le rideau occultant ce fenestron est disposé à l'intérieur de la chambre ou à l'extérieur de la porte (le patient n'est donc pas à l'abri des regards extérieurs).

La majorité des chambres individuelles dispose d'un cabinet de douche avec WC et l'ensemble des équipements nécessaires (miroir, porte-serviettes). L'espace est réduit mais fonctionnel.

Elles sont meublées d'un lit, d'un placard qui peut éventuellement être fermé à clé (que conservent en général les soignants) d'une table et d'un siège. La fenêtre est ouvrable pour les patients les plus autonomes. Les chambres sont également équipées d'une veilleuse mais elles ne sont pas dotées d'un verrou de confort. Compte tenu de la couleur des murs de certaines chambres et en l'absence de décoration murale, l'ensemble présente un aspect terne.

*Chambre individuelle An Eol**Chambre double Ker Ar Mor*

RECOMMANDATION 16

Les fenestrons des portes de chambres doivent tous être occultés afin de préserver les patients des regards extérieurs. En outre, les portes doivent être munies d'un verrou de confort pour garantir la sécurité des patients.

6.2 L'HYGIENE DES LOCAUX ET DES PATIENTS EST ASSUREE

L'entretien des unités est assuré quotidiennement par les agents des services hospitaliers (ASH) (quatre par unité en principe) qui disposent du matériel nécessaire à cet effet. Les locaux sont dans l'ensemble très propres malgré l'état de vétusté de certaines unités. En effet, de la moisissure a été constatée à plusieurs endroits (bords des fenêtres, murs, plafond) et les ASH ont indiqué qu'un nettoyage, même approfondi, ne pouvait en venir à bout.

Les draps sont changés au moins une fois par semaine et autant que de besoin. Aucune difficulté n'a été relevée s'agissant du stock disponible de linge.

Une machine à laver et un sèche-linge sont disponibles dans des unités même si les familles sont sollicitées par principe pour assurer l'entretien des vêtements du patient.

Si besoin, l'unité remet au patient un nécessaire d'hygiène. Par ailleurs, du matériel d'hygiène de première nécessité (gel douche, shampoing) est disponible dans un lieu de vente « la boutique » gérée par l'association An Avel Vor. Les personnes isolées ou indigentes peuvent bénéficier d'une aide de l'association si besoin. Pour les personnes sans ressources ou qui en ont besoin, l'association met à leur disposition un stock de vêtements à des prix inférieurs à ceux du marché (6 euros pour un pantalon par exemple). Ce stock est constitué de dons issus notamment d'un partenariat avec l'entreprise privée. L'espace a été conçu comme une vraie boutique de vêtements avec cabines d'essayage, miroirs, décoration. Les unités peuvent disposer également de leurs propres stocks constitués de dons ou de vêtements laissés par les patients.

Enfin, une salle de « soins bien-être », situé dans un espace commun « l'agora » est réservable par toutes les unités. Des séances de maquillage, de coiffure, de bien-être en général peuvent être dispensées.



La salle à manger de l'unité Ar Brug



La « boutique »

6.3 LES PATIENTS ONT ACCES A LEURS BIENS

Les chambres sont équipées d'un placard mais tous ne sont pas verrouillés. Cependant lorsqu'ils sont verrouillés, les soignants ont la fâcheuse tendance à conserver la clef.

RECOMMANDATION 17

Les placards des chambres doivent tous être dotés d'un verrou fermé à clef afin de protéger les effets personnels des patients. En outre, ces derniers doivent être en mesure de pouvoir conserver la clef.

L'unité met à disposition des patients un coffre avec des cases individualisées suffisamment grandes pour y mettre un ordinateur, par exemple. Ce coffre est situé dans le poste de soins et il est accessible à la demande de 9h à 10h15, de 14h30 à 15h30 et de 19h à 20h.

Les effets personnels des patients et les objets de valeur font l'objet d'un inventaire contradictoire lors de l'admission. Si le patient dispose d'une somme d'argent importante, elle est confiée au régisseur du site de Bohars, qui assurera les remises éventuelles à l'intéressé et procédera à la restitution du solde à sa sortie.

Pour les patients admis en long séjour et qui sont sous tutelle ou curatelle, le mandataire judiciaire prend attache avec l'association An El Vor qui tient lieu de banque des patients (cf. § 3.5).

6.4 LES REPAS DONNENT SATISFACTION

Les repas sont pris dans la salle commune, à 8h pour le petit-déjeuner, 12h pour le déjeuner, 18h30 pour le dîner. Les patients se placent spontanément, selon leurs affinités et leurs habitudes, autour de tables de quatre. Les soignants prennent part au repas, ils s'installent légèrement à l'écart. L'ambiance est plutôt conviviale.

Si le patient placé en isolement reste dans sa chambre pour la prise des repas, le patient installé en chambre « de surveillance », peut éventuellement être invité à venir au réfectoire.

La production des repas est réalisée par l'unité de production culinaire du CHRU et livrée en liaison froide. Une large part de la production est dite « fait maison » (et comprend parfois des recettes traditionnelles bretonnes comme le *kig ha farz* de sarrasin).

La grille des menus varie sur quatre semaines. Les régimes alimentaires spécifiques sont pris en compte.

Les patients ont exprimé leur satisfaction concernant la variété des repas proposés, leur qualité et les quantités servies. A cet égard, les enquêtes de satisfaction, dont toutefois le nombre de répondants reste faible, corroborent les propos des patients.

Une collation, composée d'une boisson chaude, d'un fruit ou d'un biscuit, est servie à 16h. Une infusion de tilleul est proposée à 21h.

Une commission des menus, réunissant des diététiciennes, des aides-soignantes et des cuisiniers, se tient régulièrement. Il semble que les patients n'y soient pas conviés.

6.5 LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE ET LES REGLES VARIENT D'UNE UNITE A UNE AUTRE

Les relations sexuelles ne sont pas interdites et ne font pas l'objet de tabous de la part des équipes. Le sujet n'apparaît pas problématique pour les soignants. Un incident récent a été déploré dans l'une des unités et a fait l'objet d'un traitement adapté. Un patient s'est plaint d'avoir été agressé sexuellement par un autre patient. L'«auteur présumé», qui continuait à adopter un comportement inadapté avec d'autres patients, a été invité à quitter l'unité. Le plaignant a été entendu par le médecin et il devait être accompagné à la gendarmerie pour un dépôt de plainte.

S'agissant de l'accès aux préservatifs et de l'accès aux chambres, les règles divergent selon les unités. Certaines unités disposent d'un stock de préservatifs qui ne sont pas en accès libre mais distribués à la demande des patients, ce pour initier un échange sur ce sujet. D'autres n'en disposent pas ou leur stock, périmé, a été jeté. S'agissant de l'accès aux chambres, certaines unités l'interdisent quand d'autres le permettent.

Des moyens de contraception peuvent être prescrits par le médecin généraliste.

Les informations sur les maladies sexuellement transmissibles sont communiquées lors des échanges qui ont lieu sur ce sujet. Selon les témoignages recueillis, les équipes sont particulièrement attentives lors de la présence de patients plus vulnérables, conscientes de la difficulté à trouver un équilibre entre droit à l'intimité et consentement nécessaire.

De façon générale, la sexualité et les questions qu'elle pose semble être évoquée lorsque la situation se présente.

RECOMMANDATION 18

Une réflexion doit avoir lieu sur le sujet de la sexualité afin d'unifier les règles entre unités et de les préciser qu'il s'agisse de l'information et de la protection des patients ou encore de la prévention et de la gestion des incidents.

6.6 LES MOYENS DE DISTRACTION EXISTENT MAIS LA CONFIGURATION DES LOCAUX NE PERMET PAS A TOUTES LES UNITES DE DISPOSER D'UNE SALLE DE DETENTE SPECIFIQUE

L'ensemble des unités est équipé d'un poste de télévision. Les patients disposent de la télécommande et choisissent leurs programmes. Selon le questionnaire de satisfaction de 2019, 90 % des patients se disent satisfaits du service de télévision mis à leur disposition. Certaines unités ne peuvent avoir de salle de détente en raison de la configuration des locaux. On observe soit une absence de séparation entre la salle commune et le réfectoire, soit une salle polyvalente faisant à la fois office de salle à manger et de salle de détente, soit une salle de détente mais qui

est également destinée aux visites des familles. Dans ces conditions, il est difficile d'aménager un espace convivial réservé uniquement à la détente. Il conviendrait que le projet de reconstruction future intègre la présence de salles de détente spécifiques.



Un espace détente



Une salle à manger et salon de télévision

Des jeux de société sont disponibles en accès libre. Une unité était en train de renouveler son stock après avoir recensé les souhaits des patients. Certaines unités disposent de petites bibliothèques contenant des livres, des magazines ou des journaux. Elles sont également équipées de baby-foot ou de tables de ping-pong.

L'association An Avel Vor met à disposition un point d'accès internet même si la configuration des locaux ne permet pas d'aménager un espace spécifique. Elle gère également la cafétéria qui constitue un lieu de rencontre incontournable pour les patients. Des revues et des boissons sont proposées à des prix raisonnables. Cependant, tout comme « la boutique », la cafétéria n'est ouverte que du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h30 à 17h. Un projet a été tenté pour une ouverture le week-end mais les organisations syndicales s'y seraient opposées pour des raisons de sécurité, le nombre d'agents étant insuffisant.



La cafétéria

RECOMMANDATION 19

Il convient de trouver une solution pour que la cafétéria demeure ouverte le week-end.

7. L'ACCES AUX SOINS

7.1 L'ACCUEIL DES URGENCES PSYCHIATRIQUES, PIVOT DES HOSPITALISATIONS EN PSYCHIATRIE, A DEVELOPPE UN SUIVI AMBULATOIRE DES SUICIDANTS

La majorité des admissions en psychiatrie passe par le service des urgences situé au CHRU de la Cavale Blanche de Brest. Les quelques entrées directes en provenance des services extra hospitaliers sont pour la plupart des hospitalisations en soins libres après accord entre praticiens.

L'accueil psychiatrique se déroule selon deux modalités :

- la consultation psychiatrique urgente au sein du service des urgences du CHRU qui se déroule soit dans un box soit dans une chambre de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de soins somatiques du service des urgences ;
- la prise en charge dans un lit d'observation psychiatrique de l'UHCD du service des urgences psychiatriques du CHRU.

7.1.1 La consultation psychiatrique d'urgence

La demande d'avis psychiatrique est faite par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) qui signale l'entrée d'une personne requérant des soins psychiatriques. Ils sont dispensés dans l'un des boxes des urgences ou au sein de l'UHCD lorsqu'il s'agit d'une personne déjà hospitalisée en soins somatiques. L'infirmier seul ou le binôme psychiatre-infirmier se déplace afin d'organiser la prise en charge.

La prise des constantes vitales est réalisée par l'IAO pour les patients installés dans les boxes des urgences dès leur arrivée. L'examen somatique est effectué par les urgentistes pour les patients présents dans les lits de l'UHCD. Les patients orientés par l'IAO directement vers la consultation psychiatrique ne bénéficient pas d'examen somatique complet en dehors de la prise de constantes vitales.

RECOMMANDATION 20

Un examen somatique complet doit être réalisé systématiquement avant toute décision d'hospitalisation pour des soins psychiatriques.

En cas d'agitation la prise en charge psychiatrique avec contention physique et chimique s'organise au service des urgences, car la présence des soignants est plus conséquente, avec l'aide des pompiers lorsqu'elle est nécessaire. Le patient est vu en premier lieu par le médecin urgentiste qui décide la mesure de contention et le premier traitement sédatif. Le psychiatre, intervenant dans un second temps, confirme et poursuit la prise en charge médicamenteuse. Le service des urgences accueille et prend en charge également certains patients amenés et contenus par les forces de l'ordre ou des personnes détenues en provenance de la maison d'arrêt de Brest.

La majorité des personnes en soins sous contrainte arrive avec un certificat initial et une demande de tiers. Si la demande de tiers n'est pas conforme, l'équipe psychiatrique effectue la recherche du tiers.

En cas d'absence de certificat médical provenant d'un médecin extérieur à l'établissement, c'est le psychiatre du service qui réalise le certificat de SDTU. La situation nécessitant un SPPI reste

problématique, les médecins urgentistes et psychiatres appartenant à la même entité juridique (cf. § 3.1).

Si l'information et des explications sont données oralement aucun document n'est transmis à cette étape de l'hospitalisation. Les patients sont, par la suite, directement orientés sur le site de Bohars sans passer par l'UHCD du service des urgences psychiatriques.

7.1.2 Les hospitalisations au service des urgences psychiatriques

Il est situé dans le prolongement du service porte du CHRU de la Cavale Blanche. Les locaux, sont neufs, spacieux et lumineux. La circulation y est aisée et la configuration des lieux permet d'assurer la confidentialité des soins ainsi que la sécurité des personnes accueillies et du personnel.

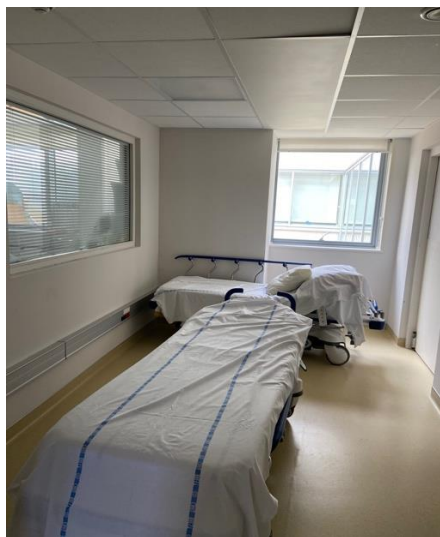
a) Les locaux

Ils sont composés d'une salle d'attente, de bureaux réservés aux entretiens, d'un box d'observation, d'une vaste salle de soins infirmiers, de trois chambres d'hospitalisation avec salle d'eau et de deux salles polyvalentes permettant d'accueillir des familles soit pour des entretiens ou pour des visites. De larges couloirs facilitent la circulation entre tous ces espaces.

La salle d'attente et le bureau réservé aux entretiens sont pourvus de vastes fenêtres latérales occultées par des rideaux et s'ouvrant sur la salle de soins permettant ainsi une surveillance continue.

Le box d'attente peut, dans certaines circonstances, permettre de contenir les patients agités en attendant un transfert vers le site de Bohars.

Ce service ne dispose pas de chambre d'isolement.



Salle d'attente avec brancard



Bureau réservé aux entretiens



Chambre d'hospitalisation

b) Les soins

Les soins prodigués sont destinés aux patients admis en soins libres ayant accepté et signé les règles de vie. La durée d'hospitalisation n'est jamais supérieure à 48 heures, dimanches et jours fériés inclus. Les contrôleurs ont pris connaissance du projet d'unité qui précise en ces termes : « L'unité accueille tout patient de plus de 16 ans pris en charge par l'unité de la consultation

psychiatrique urgente et relevant des indications, c'est-à-dire présentant une situation cliniquement instable. Il s'agit des situations complexes dans lesquelles l'état clinique justifie de prolonger l'observation et de rester vigilant. Actuellement, le patient est installé dans l'unique box de l'unité, ou reste en salle d'attente, éventuellement avec d'autres patients ou entourages. L'installation dans un lit spécialisé permet de disposer du temps nécessaire pour recueillir des informations complémentaires, dans de bien meilleures conditions de soin et de sécurité, avant de décider de l'orientation ».

Les soins somatiques accompagnés d'examen complémentaires sont possibles avec un accès au plateau technique de l'établissement (imagerie, biologie, etc.). Cependant, l'examen somatique n'est pas réalisé systématiquement même si le patient est orienté secondairement sur le site de Bohars.

Un avis en addictologie peut être demandé au cours du *staff* qui réunit tous les matins du personnel de l'UHCD somatique, un infirmier psychiatrique et l'équipe d'addictologie de liaison.

7.1.3 Le dispositif Vigilans

Un travail de recherche piloté par l'unité de recherche clinique intersectorielle (URCI) et dans le cadre du système national ALGOS de veille pour le suivi après un passage à l'acte suicidaire a permis la mise en place d'un dispositif alliant la téléconsultation et l'informatique. Opérationnel depuis 2016, hors protocole de recherche, il est proposé à toute personne ayant présenté un passage à l'acte suicidaire et ayant consulté ou séjourné dans l'unité de psychiatrie. La personne se voit remettre une « carte ressource » sur laquelle figure un numéro de téléphone permettant, 24h sur 24, d'obtenir une consultation téléphonique. Avec l'accord de cette dernière, des appels téléphoniques sont organisés selon un calendrier défini afin de garder le lien et de suivre l'évolution clinique. Ces appels téléphoniques s'échelonnent sur six mois avec un premier appel dans les dix à vingt jours qui suivent le passage dans l'unité. Ce sont les infirmiers de l'unité psychiatrique des urgences qui assurent ce suivi. Le compte rendu de chaque appel est adressé au médecin référent ou au psychiatre ayant traité le patient.

BONNE PRATIQUE 3

Vigilans, dispositif de veille répondant au constat d'un fort taux de passages à l'acte suicidaire dans la région Bretagne, s'inscrit dans un objectif de prévention afin d'éviter les hospitalisations sans consentement et permettre l'orientation vers de nouveaux soins si nécessaire.

7.2 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT VARIES

La présence médicale, renforcée par la pleine occupation des postes d'internes, est quotidienne dans toutes les unités.

La prise en charge d'entrée diffère peu d'une unité à l'autre et l'architecture des bâtiments y joue un rôle indéniable. L'accueil et la période d'observation se font dans les chambres du rez-de-chaussée à proximité du poste infirmier. La suite de l'hospitalisation et les séjours prolongés se déroulent à l'étage.

7.2.1 L'arrivée dans les unités

A l'arrivée dans l'unité d'hospitalisation compétente en fonction de son secteur d'habitation, le patient est pris en charge par l'équipe infirmière et il est reçu au moins par l'interne voire le psychiatre référent au plus tard le lendemain.

Bien souvent, le patient a reçu au service des urgences un premier traitement dont les effets sédatifs l'amènent à vouloir se reposer au calme. Une chambre est attribuée selon les éléments cliniques transmis par le service des urgences. Le plus souvent, il s'agit d'une chambre individuelle, située au rez-de-chaussée, qui est potentiellement fermable (cf. § 8.1).

Selon un infirmier, « *l'inventaire des biens est un bon médiateur : on explique pourquoi on est là, qui on est* ». Généralement, la visite du service s'effectue plus tard mais elle peut également se faire dès l'arrivée. La période d'observation ne fait pas l'objet d'un protocole strict et systématique car elle s'est déjà déroulée dans le service des urgences dans la majorité des cas. Cependant dans les faits, les personnes hospitalisées sans leur consentement sont, la majeure partie du temps, toujours accueillies en chambre fermée (cf. § 8.2) et le port du pyjama est prescrit.

En revanche il a été précisé que lorsqu'il y a une « *prescription de porte fermée* » pour un patient admis en soins libres un changement de statut d'hospitalisation est effectué.

RECOMMANDATION 21

Les admissions en soins sans consentement ne peuvent faire l'objet d'un enfermement systématique en chambre hôtelière avec le port du pyjama, sans fondement clinique argumenté.

7.2.2 Les soins

a) Les entretiens

Les entretiens sont fréquents, réguliers avec psychiatres, internes et infirmiers. Tous les patients sont vus régulièrement mais la fréquence de ces entretiens est adaptée à l'état clinique.

La présence infirmière est constante dans les entretiens comme l'explique un des psychiatres : « *la présence de l'infirmier est incontournable car il y a un enjeu dans ces entretiens et tout le monde entend les mêmes choses* ».

Les psychologues sont présents autant pour des prises en charge individuelles que pour l'animation de groupes. Ils participent également à la vie institutionnelle.

Certains PH aux compétences plus ciblées, comme par exemple la prise en charge des troubles du comportement alimentaire, interviennent sur demande du praticien du service en complément des soins proposés.

Les familles, tout comme les tuteurs ou curateurs, sont rapidement associés aux prises en charge avec l'accord des patients, ces derniers ont, pour la plupart, un entourage présent et étayant.

b) Les temps de travail en équipe

Des temps d'échange et de réflexion ont lieu dans toutes les unités. Ils permettent la transmission des informations, le suivi général des patients mais également la formation des différents élèves accueillis dans ces services : internes, étudiants de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

Les transmissions infirmières orales quotidiennes se déroulent trois fois par jour : la relève du matin à 6h30 avec un point à 9h à l'arrivée du médecin et du cadre de santé, la relève de 13h30 avec l'équipe de l'après-midi et celle de 20h45 pour la nuit.

Une réunion intitulée « *staff* » se tient une fois par semaine. Les cas des patients sont passés en revue. Tous les membres du personnel y participent en fonction de leur disponibilité (ASH, IDE, médecin psychiatre, interne, cadre de santé, psychologue et assistante sociale). Au cours de cette réunion, les internes sont amenés à présenter la situation particulière d'un patient à l'équipe, sans que cela soit lié à une sortie imminente. L'exercice fait partie de leur formation et permet de questionner les pratiques.

La présence de réunion soignants-soignés permet une réflexion sur l'aspect institutionnel de la prise en charge. Cette réunion est dirigée par la psychologue. La prise de parole y est libre et les patients abordent les sujets qu'ils souhaitent. Tous les membres de l'unité sont invités à y participer.

Enfin des réunions de synthèse autour du projet de sortie d'un patient réunissent l'équipe pluridisciplinaire dont les membres des structures extra hospitalières.

c) Les prescriptions médicamenteuses

Elles sont faites à l'issu des entretiens sur le logiciel de prescription et elles sont transcrites dans le dossier informatisé du patient. Il existe un centre d'information au CHU répondant aux questions des praticiens.

Un pharmacien se rend dans les services de psychiatrie tous les vendredis et reste disponible pour répondre aux différentes questions des prescripteurs et de certains patients. La commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se réunit une fois par an afin d'étudier les nouveautés thérapeutiques et faire le point sur de nouvelles stratégies comme par exemple la mise à disposition du kit de Prenoxad® en cas d'overdose d'opiacés.

La conciliation médicamenteuse n'a pas été développée car le nombre d'intervenants rend son organisation très difficile.

Des programmes d'éducation thérapeutique se déroulant sur cinq séances sont organisés à raison de trois sessions par an. Ils font partie de l'arsenal thérapeutique pour les patients ayant conscience de leurs troubles.

La dispensation des traitements se fait, selon les unités, soit dans le poste de soins soit au moment des repas. Lorsqu'elle a lieu dans la salle de soins, les patients se présentent un par un mais la porte reste ouverte. Il n'a pas été constaté de file d'attente, la circulation étant fluide mais la confidentialité n'est pas respectée comme l'a indiqué un soignant. Lorsque les traitements sont distribués à table, les explications sont fournies au vu et au su de tous au mépris de toute discrétion.

RECOMMANDATION 22

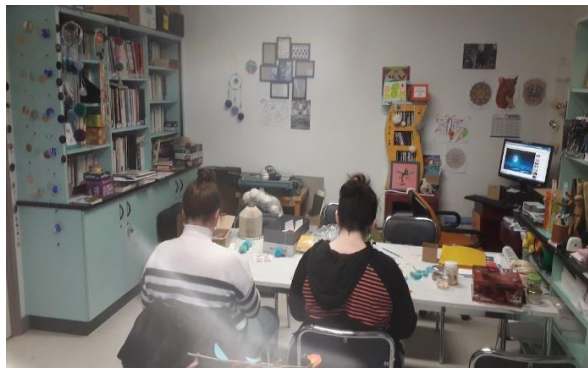
La distribution des traitements doit être réalisée individuellement dans un lieu fermé afin de préserver la confidentialité de cet acte et de permettre aux infirmiers de prendre le temps de recueillir et de répondre aux différentes interrogations émanant des patients.

7.3 L'OFFRE D'ACTIVITES THERAPEUTIQUES EST DIVERSIFIEE MAIS PATIT D'UN MANQUE DE COORDINATION ET DE PERSONNEL EN NOMBRE SUFFISANT

Selon un PH rencontré, les activités sont un outil important d'évaluation et d'observation des capacités des patients.

7.3.1 Les activités proposées

Les unités disposent d'une salle d'ergothérapie et d'un budget annuel spécifique de 1 200 euros auquel s'ajoutent 300 euros destinés à la cuisine thérapeutique. Les salles sont vastes et disposent de matériels divers. Des activités nombreuses y sont organisées tous les jours de la semaine (écoute de musique, peinture, dessin, travail du cuir, poterie) et encadrées par un infirmier faisant fonction. L'arrivée prochaine d'un ergothérapeute dans l'une des unités permettra la mise en place d'un projet d'équithérapie.



Salle d'ergothérapie

Un atelier intersectoriel d'ergothérapie autour du bois est ouvert toutes les semaines de 10h à 12h et de 14h à 16h sauf les mardis après-midi. Un infirmier faisant fonction d'ergothérapeute s'en occupe et dispose d'un budget de 800 euros annuel. Les inscriptions sont simples : elles s'effectuent par les unités qui appellent l'infirmier, lequel inscrit les patients sur un planning. Après une explication sur le fonctionnement de l'atelier, un emploi du temps est proposé au patient qui peut venir plusieurs fois par jour s'il le souhaite. Les activités et planning sont adaptés au profil des patients qui choisissent eux-mêmes leurs réalisations. Les prises en charge peuvent être individuelles ou collectives sous la forme de groupes composés de quatre personnes. Les patients admis en SSC ont également accès aux ateliers hormis ceux faisant l'objet d'une restriction médicale justifiée par leur état clinique.



Atelier d'ergothérapie autour du bois

Un espace commun appelé « agora », au sein duquel plusieurs salles peuvent être réservées par les unités, permet également l'organisation de multiples activités. Un atelier de cuisine thérapeutique a ainsi lieu toutes les semaines, à l'issue duquel un repas est partagé. Les modalités de fonctionnement sont souples et similaires à celui de l'atelier bois. Des salles de bien-être, de gymnastique douce et de couture peuvent être également utilisées.

S'agissant des activités sportives, l'établissement dispose d'un terrain de football extérieur ainsi que d'un gymnase disposant d'équipements sportifs complets ainsi que d'installations sanitaires (douches, vestiaires). A cet égard, il serait opportun que le projet de reconstruction future garantisse le même niveau d'équipements permettant la pratique sportive tout au long de l'année. Une activité football a lieu en principe une fois par semaine. Des sorties sportives peuvent également être organisées par les unités : piscine, randonnées.



Gymnase



Terrain de football

Les unités peuvent par ailleurs s'appuyer sur l'association An El Vor qui met à disposition des minibus favorisant l'organisation d'activités extérieures par les unités. Elle anime également une activité hebdomadaire qui consiste en la diffusion d'un film suivi généralement d'un débat et fournit des places à tarif réduit de cinéma, de manifestations sportives ou de spectacles.

L'association organise par ailleurs différentes manifestations au cours de l'année : concours de soupe annuel entre unités avec dégustation par des patients et des soignants, forum de loisirs créatifs annuel avec exposition et ventes des créations des patients et d'artistes extérieurs, fête de la musique, concert à Noël. Un affichage systématique est effectué pour informer les patients.

7.3.2 La coordination des activités

Si les activités apparaissent variées, certaines semblent être mises en place de façon trop épisodique. En préalable, il n'existe aucun document recensant l'ensemble des activités possibles au sein de l'établissement et les informations varient selon les interlocuteurs. Il a été indiqué aux contrôleurs l'existence d'un atelier couture mais celui-ci ne fonctionne plus depuis le départ de l'infirmière en charge. De plus, il n'a pas été possible de vérifier le fonctionnement de l'atelier bien-être. Par ailleurs, l'activité football ne semble pas aussi régulière qu'annoncé. Enfin, peu d'activités semblent organisées durant les week-ends.

L'organisation des activités repose sur les infirmiers des unités dont certains sont référents. Ils doivent être en nombre suffisant et formés aux différentes techniques d'ergothérapie. A titre d'exemple dans l'unité An Eol, l'infirmière référente étant absente depuis un mois, les activités ont cessé. Par ailleurs, les professionnels expliquent qu'il est compliqué de s'occuper pleinement d'une activité tout en étant dans le service. D'autres indiquent avoir été contraints d'annuler une activité au dernier moment car ils devaient remplacer leurs collègues absents.

La majorité des infirmiers interrogés déplore la suppression, il y a quelques années, d'infirmiers coordinateurs. Selon eux, cela a provoqué une diminution des activités proposées au sein de l'établissement. La direction, *a contrario*, indique que des équivalents temps plein supplémentaires d'infirmiers ont été alloués aux unités devant leur permettre d'assurer des activités régulières. De plus, elle précise que le budget alloué aux activités n'aurait pas été intégralement dépensé l'année précédente.

Il apparaît que la désignation d'infirmiers coordinateurs, destinés aux activités, voire la constitution d'un pôle d'activités permettrait une meilleure lisibilité et continuité de ces activités. Par ailleurs, cela permettrait également de recenser les besoins, de vérifier l'état des équipements et de les réajuster si nécessaire. Pour exemple, un terrain de basket-ball existe au sein de l'établissement mais il n'est plus utilisé car un des paniers est hors d'usage.

RECOMMANDATION 23

Une meilleure coordination des activités doit être mise en place afin de garantir la tenue et la régularité des ateliers proposés y compris durant les week-ends.

7.4 L'ÉQUIPE DE SOINS SOMATIQUES NE PEUT PAS FAIRE FACE À SES OBLIGATIONS EN RAISON DE L'EFFETIF INSUFFISANT

Le service de médecine générale est implanté au rez-de-chaussée de la tour médicale. Les professionnels de santé se déplacent néanmoins dans les différentes unités de psychiatrie.

7.4.1 Les locaux



Salle d'attente et d'accueil



Bureau de l'infirmier en charge de l'accueil

Les locaux, relativement désuets mais spacieux, sont bien entretenus. Ils se composent d'une vaste salle d'attente, faisant également office de salle d'accueil, et du bureau de l'infirmier. Ce dernier réalise la constitution du dossier et la prise des paramètres vitaux. Un bureau médical aménagé d'une table d'examen et une salle réservée aux consultations de gynécologie complètent ce vaste espace. Le médecin et les internes reçoivent les patients sur rendez-vous et l'infirmière y pratique les bilans biologiques prescrits au cours des consultations.



Bureau médical



Salle de consultation gynécologique

7.4.2 L'effectif

L'équipe de soins somatiques est composée d'un ETP d'infirmier, non remplacé pendant ses congés, et d'un médecin généraliste (pour 0,80 ETP) qui n'est pas non plus remplacé durant ses congés. Jusqu'à récemment, le médecin intervenait à 60 %, il a été accordé un temps supplémentaire de 20 %. Un ou deux internes en médecine générale viennent renforcer une équipe dévouée mais dont l'effectif est insuffisant pour répondre à la demande et assurer la permanence des soins.

En cas d'absence ou durant les congés, les soins somatiques sont assurés par les internes affectés dans les unités de psychiatrie ou par les médecins psychiatres. En cas d'urgence, il est fait appel au centre 15 ou un avis peut être demandé par les internes aux seniors urgentistes ; il s'agit d'une procédure validée par le chef de pôle.

Les nuits et week-ends, l'interne de garde assure une permanence mais uniquement pour les soins psychiatriques. Pour les soins somatiques, il est fait appel au centre 15.

RECOMMANDATION 24

L'effectif médical et infirmier en charge des soins somatiques doit être renforcé pour permettre une permanence de soins couvrant *a minima* les jours ouvrables de l'année civile.

7.4.3 L'organisation

Les rendez-vous sont pris par les infirmiers des unités d'hospitalisation. Tous les matins, le service des admissions est destinataire d'un courriel précisant le nombre de personnes admises en soins sans consentement.

Le médecin est muni d'un téléphone portable afin d'être joignable pour répondre aux urgences de la journée. Il est regrettable de constater que le service de médecine générale ne possède qu'un seul poste téléphonique.

Les rendez-vous sont établis toutes les trente minutes matin et après-midi, les fins de matinée et de journée sont réservées aux visites dans les unités d'hospitalisation.

Si l'accès aux consultations spécialisées, y compris pour les examens d'imagerie et le soins dentaires, les consultations en cardiologie sont difficiles à obtenir au CHU. En cas d'urgence, il est possible d'obtenir un avis par téléphone, une lecture d'électrocardiogramme et éventuellement une échocardiographie. Le médecin a dû développer un réseau de correspondants dans le secteur privé qui répond plus rapidement à la demande. Ainsi donc, un rendez-vous peut être obtenu en quinze jours alors que le délai sera de l'ordre de huit mois pour l'hôpital.

RECOMMANDATION 25

Les patients porteurs de pathologie psychiatrique présentent souvent des comorbidités cardiaques aggravées par les thérapeutiques. Un recours rapide à des avis en cardiologie doit être développé au titre des droits à l'égalité des soins dans un établissement public de santé.

Concernant la prise en charge en addictologie, l'équipe de liaison appartenant au pôle inter établissement avec les hôpitaux de Morlaix et Landerneau intervient dans les unités d'hospitalisation.

7.4.4 Les procédures

Différentes procédures, portant sur les prises en charge spécifiques, ont été rédigées :

- organisation de la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie adulte ;
- examen somatique dans les 24 heures suivant l'admission pour les patients hospitalisés sous contrainte ;
- procédure de prise en charge d'un patient placé en chambre d'isolement ;
- procédure de prise en charge pour les patients mis sous contention.

Selon ces procédures, la surveillance somatique est exercée et fait l'objet d'une trace écrite par les infirmiers. Le patient en chambre de surveillance ou en chambre d'isolement (cf. § 8.1) sera

examiné par le médecin dans les 48 heures ou plus rapidement si les constantes vitales sont perturbées. De même, lorsqu'il fait usage de la contention, si la prescription d'un anticoagulant est systématique et automatique le médecin généraliste n'intervient que dans les 48h sauf s'il existe des anomalies au niveau des paramètres vitaux.

7.4.5 L'examen somatique d'entrée

Dans les différents protocoles, il est précisé que selon l'article L. 3211-2-2 du code de santé publique tous les patients hospitalisés sous contrainte doivent bénéficier d'un examen somatique dans les 24 heures. Cette exigence réglementaire repose sur la nécessité de dépister les pathologies somatiques, responsables d'un trouble du comportement pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

L'étude du parcours du patient a montré que l'examen somatique n'était pas toujours réalisé au moment de son passage dans le service des urgences (cf. § 7.1.1)

A la lecture de ces protocoles, il apparaît que l'examen somatique sera réalisé si et seulement si une anomalie est détectée lors de la prise des paramètres vitaux ou du recueil des antécédents avec les traitements réalisés par l'infirmier. En effet, celui-ci intervient systématiquement en premier lieu pour prendre en charge une nouvelle admission.

Si aucune anomalie n'est détectée par l'examen infirmier, le médecin généraliste réalise l'examen somatique dans les sept jours suivants l'admission en fonction des possibilités que lui offre son emploi du temps.

Il est à noter que nombre de psychiatres sont persuadés de la réalisation de l'examen en temps voulu alors même que le médecin généraliste a déjà, à plusieurs reprises, fait part aux instances de son impossibilité de répondre aux demandes.

RECOMMANDATION 26

L'examen somatique qui doit être réalisé dans les 24 heures suivant une hospitalisation sous contrainte doit être effectué par un médecin. L'établissement doit pourvoir à cette obligation.

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LES UNITES SONT OUVERTES MAIS L'ISOLEMENT EST PRATIQUE AU QUOTIDIEN DE MANIERE INDIGNE DANS DIFFERENTS LIEUX

Pour rappel, tous les services d'hospitalisation recevant les patients en soins sous contrainte sont ouverts de 7h30 à 20h et permettent une circulation libre et aisée sur l'ensemble du site de Bohars. Seule l'unité de gérontopsychiatrie est fermée, l'ouverture étant commandée par un digicode (cf. § 9.1). En revanche il est apparu, rapidement aux yeux de contrôleurs, que l'enfermement et l'isolement se pratiquaient de manière quotidienne, dans tous les services et dans des lieux qui ne répondent pas aux critères définis par les recommandations de la haute autorité de santé (HAS)⁹ : « *le placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté* ».

8.1.1 Les lieux où se pratique l'isolement

a) L'espace d'isolement

Dans chaque unité adulte, un espace adjacent au poste de soins a été séparé du reste du service par une porte. Il compte deux chambres, séparées par un couloir, dédiées à l'isolement. Elles sont différemment nommées selon l'usage qui en est fait : « chambre d'isolement », « chambre de contention », « chambre sécurisée » et « chambre de surveillance » :

- les chambres dites de surveillance sont mitoyennes avec le poste de soins. Un fenestron, encastré dans le mur commun, permet une surveillance visuelle depuis la salle de soins. Sept chambres sont réparties dans les unités suivantes : Kelenn, Ar Radenn, Kan Armor, Al Ann, Al Eol, Ar Bug et An Enez. Elles ont été aménagées pour y accueillir les patients en SDRE et les personnes détenues ;
- la seconde chambre située dans le même espace, à distance du poste de soins et dépourvue de fenestron de surveillance, a différentes utilisations selon l'unité concernée : chambre de contention à Ar Brug, chambre d'isolement à Kelenn et à Al Ann et chambres dites sécurisées à Ar Raden, Kan Armor, An Eol.

Les portes sont munies d'un fenestron occulté par un rideau permettant un accès visuel sur l'intérieur de la chambre. Le bloc sanitaire, comprenant douche et WC, n'est pas attenant aux chambres.

L'unité de pédopsychiatrie est pourvue d'une chambre d'isolement à distance du poste de soins et de deux chambres de surveillance réparties de part et d'autre du poste de soins.

A l'instar des unités d'hospitalisation adulte, l'unité de gérontopsychiatrie utilise les deux chambres hôtelières à proximité du poste de soins comme chambres de surveillance (cf. § 9.1).

⁹ Isolement et contention en psychiatrie générale

b) Les chambres d'isolement identifiées en tant que telles

Seules deux chambres dans les unités pour adultes (les unités Kelenn et Al Ann) et une chambre dans le service de pédopsychiatrie portent le nom de chambre d'isolement.

Les deux, implantées dans les unités pour adultes sont destinées à recevoir des patients de l'ensemble du pôle de psychiatrie.

Les patients mineurs, âgés de plus de 16 ans, sont accueillis dans les chambres d'isolement adultes. La chambre d'isolement du service de pédopsychiatrie est utilisée pour des séjours très ponctuels et de très courte durée (quelques minutes voire 1 à 2 heures au maximum).

Les chambres d'isolement ne sont équipées ni de point d'eau, ni de sanitaires, ni de sonnette d'appel. Les patients peuvent y séjourner nus portant simplement un slip jetable. La présence d'un trou d'évacuation au milieu de la pièce laisse à penser que les patients peuvent être amenés à se soulager par terre à proximité du matelas.

Les conditions d'hébergement y sont indignes et ne respectent aucune des conditions obligatoirement requises pour ce type de séjour.



Chambre d'isolement à l'unité AL Ann



Chambre d'isolement à l'unité Kelenn



Chambre d'isolement en pédopsychiatrie

RECOMMANDATION 27

L'utilisation des trois chambres d'isolement situées dans les unités de Kelenn, Al Ann et en pédopsychiatrie est indigne, doit immédiatement cesser, sans attendre la réalisation de nouvelles unités.

c) La chambre de contention

Située au sein de l'unité Ar Brug, elle est amenée à recevoir tous les patients du pôle de psychiatrie pour lesquels une contention a été décidée.

Le lit métallique est installé avec sangles prêtes à l'emploi. Il est collé au mur de telle sorte que le patient attaché puisse voir, à travers le fenestron, l'horloge située dans le couloir. Les infirmiers se blesseraient fréquemment aux arêtes du lit non protégées ; le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a été saisi du problème. Il n'existe aucun autre aménagement.



Lit de contention



Slip jetable, charlotte, sangles

Le patient, quelle que soit son unité de provenance, est conduit dans cette chambre sanglé sur un brancard recouvert d'un drap. Il traverse ainsi une partie du site et l'unité. Un patient y est décédé en décembre 2018 après un séjour de huit jours. Lors de la visite du CGLPL, une enquête conduite par l'ARS était en cours.

Le patient est installé sur le lit, la mise sous contention s'effectue après qu'il a été déshabillé et a revêtu des vêtements jetables.

Le fenestron, par lequel filtre la lumière naturelle, permet d'effectuer une surveillance visuelle depuis le couloir. La chambre ne dispose pas d'un bouton d'appel fixe et l'existence des dispositifs portatifs n'est pas connue des soignants. La surveillance et la prise en charge sont décrites et tracées selon un protocole précis (cf. § 8.2).

RECOMMANDATION 28

L'utilisation de la chambre dite de contention située dans l'unité Ar Brug doit impérativement cesser. Elle ne présente aucun des critères requis pour prodiguer des soins dans un cadre de sécurité, de confort et de dignité nécessaire à un patient agité dont la prise en charge nécessite une surveillance constante.

d) Les chambres sécurisées et chambres de surveillance

Dans chaque unité les chambres dites de surveillance ont été sécurisées afin de recevoir les personnes détenues relevant de soins sur décision du représentant de l'Etat au titre de l'article L3214-3 du code de la santé publique et dans les conditions prévues par l'article D. 398 du code de procédure pénale (cf. § 9.2).

RECOMMANDATION 29

Les décisions d'isolement doivent reposer sur une évaluation clinique de l'état psychiatrique de la personne et non sur son statut juridique d'hospitalisation.

La surveillance s'exerce par la fenêtre mitoyenne avec le poste de soins et par un oculus encastré dans la porte d'entrée et occulté par un rideau.

Les chambres de surveillance ou sécurisées possèdent un sanitaire avec lavabo et toilettes, un bouton d'appel fixé au mur, un écran de télévision sécurisé et placé en hauteur. Elles ne sont pas

équipées de placards. Le lit, la table de chevet et le tabouret sont fixés au sol. La disposition du fenestron ne permet pas de voir les toilettes.

Si les patients en SDRE y sont systématiquement accueillis cela n'est pas exclusif et la chambre peut être occupée par des patients en soins sans consentement ou en soins libres. Les mineurs, âgés de plus de 16 ans y sont également hébergés.

L'état de ces chambres est très disparate selon les unités : confortables, lumineuses et spacieuses en pédopsychiatrie, elles sont vétustes et insalubres dans certaines unités.



Chambre de surveillance en pédopsychiatrie



Bureau dans chambre de surveillance en pédopsychiatrie



Chambre de surveillance dégradée



Toilettes dans la chambre de surveillance



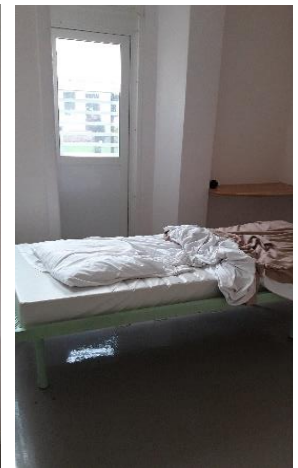
Couloir desservant les lieux d'isolement



Porte de la douche pour les chambres de surveillance



Fenestron communiquant avec la salle de soins



Lit scellé

RECOMMANDATION 30

Les chambres dites de surveillance ou sécurisées ne présentent pas les critères permettant de recevoir des patients en isolement tout en respectant les droits fondamentaux, la sécurité et la dignité de ces personnes. Leur utilisation doit impérativement cesser.

e) L'isolement en chambre hôtelière

Les chambres hôtelières individuelles du rez-de-chaussée sont préférentiellement destinées aux entrées et reçoivent fréquemment des patients en soins sans consentement pour lesquels des mesures d'isolement sont décidées. Les portes sont alors fermées de manière continue ou par séquence. Les chambres sont situées en dehors de l'espace d'isolement décrit ci-dessus.

Cette mesure de privation de liberté est illégale et ne respecte pas les conditions matérielles d'isolement selon les recommandations de l'HAS.

Les chambres sont dotées d'un dispositif d'appel qui diffuse sur un boîtier situé dans le couloir, près de la salle de soins, et seul un oculus percé dans la porte d'entrée et fermé par un rideau externe permet la surveillance visuelle depuis le couloir de circulation ouvert à tous.

RECOMMANDATION 31

L'isolement d'un patient est soumis à des critères précis prenant en compte le respect des droits, de la dignité et de la sécurité des personnes. Les pratiques d'isolement dans des lieux ne respectant pas ces critères doivent être proscrites et cesser impérativement.



Portes de chambres hôtelières avec oculus

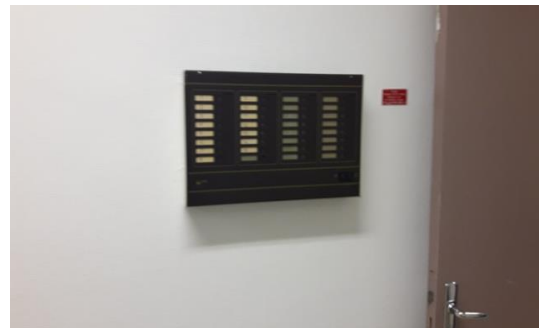


Tableau des dispositifs d'appel dans le couloir

f) Une situation particulière

Une situation particulière a retenu l'attention des contrôleurs. Il s'agit de l'accueil d'un patient en SDT dans l'unité Aven. L'unité prend en charge depuis quatre ans et demi un patient autiste, ne parlant pas, dans des conditions qualifiées d'indignes par l'ensemble du personnel soignant. Bien que l'unité Aven a changé d'orientation et ne prend plus en charge cette catégorie de patients, ce patient autiste est maintenu dans ce service.

A son arrivée, seule la chambre d'isolement était disponible. Elle n'est pas adaptée mais faute de solution ailleurs, le patient reste hébergé dans cette unité qui ne reçoit pas de patients sous le régime de la contrainte.

Il a été nécessaire de mettre à disposition deux chambres pour ce patient qui passe de l'une à l'autre suivant les réparations à effectuer. Il ne sort jamais et ne dispose pas d'accès extérieur.

Lors de la visite, il était en train de déchirer l'ensemble du papier peint. Un dispositif automatique spécifique concernant la chasse d'eau a été installé afin de l'empêcher de l'actionner continuellement.

Malgré l'investissement important des soignants, les demandes de travaux spécifiques nécessaires à une prise en charge digne ne sont que de peu d'effet.

L'ARS a mis à disposition deux ETP d'éducateurs médico-sociaux qui viennent deux heures par semaine pour le faire sortir.

Les conditions de prises en charge participent à la dégradation de l'état de santé de ce patient qui devrait être orienté en maison d'accueil spécialisé (MAS) mais les listes d'attente sont importantes.

Sa famille vient chaque week-end le faire sortir mais n'ose se plaindre auprès de la direction par crainte d'une éventuelle exclusion.

Il apparaît que la direction et le chef de pôle de psychiatrie, informés depuis longtemps et régulièrement de cette situation, laisse l'unité la gérer seule.

RECOMMANDATION 32

Les conditions d'accueil et de prise en charge d'un patient autiste au sein de l'unité Aven sont indignes et participent de la détérioration de son état de santé. Une solution adaptée doit être mise en œuvre dans les plus brefs délais.

8.2 LE RECUEIL DES DONNEES RELATIVES AUX MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION N'EST PAS FORMALISE NI EXPLOITABLE

8.2.1 Le recueil des données concernant l'isolement

Le registre des mesures d'isolement et de contention a été mis en place depuis le mois d'avril 2016 ainsi qu'il est précisé dans le rapport annuel des pratiques d'isolement et de contention de l'année 2018, document fourni par l'établissement. Ce registre dématérialisé sous la forme d'un tableau *Excel* est actuellement renseigné par les cadres de l'unité au sein de laquelle un patient est placé en isolement ou soumis à une mesure de contention. Dans certaines unités, cette responsabilité incomberait au personnel infirmier. Ces données sont extraites des dossiers médicaux.

Dans tous les services, la situation clinique des personnes en isolement, quel que soit le lieu où se pratique l'isolement, est discutée quotidiennement en réunion ou en *staff*.

Les décisions d'isolement et/ou de contention sont prises par les médecins et elles sont inscrites dans le dossier informatisé du patient. Une fiche de surveillance infirmière est également mise en place pendant la durée de la mesure. Les informations portant sur la surveillance du patient, selon les différents protocoles en vigueur, y sont recueillies. Un support papier est également utilisé, il fait partie du dossier papier du patient.

Le dossier médical informatisé comprend les rubriques suivantes : gestion des prescriptions, restriction d'autonomie et un protocole d'isolement. Ainsi un menu permet de renseigner les différents champs : médecin prescripteur, état clinique, consignes particulières dont le nombre de soignants en charge de la surveillance du patient et, le cas échéant, la possibilité de repas en

salle ou les temps en chambre. Le logiciel est conçu de telle sorte que la mesure d'isolement doit être obligatoirement renouvelée dans les 24 heures.

Si la traçabilité est une réelle préoccupation des professionnels de santé et affirmée comme telle lors des entretiens avec médecins et soignants, elle n'est pas régulièrement et uniformément tracée et les « prescriptions » ne sont pas renouvelées quotidiennement. En pratique, il apparaît que les renouvellements des décisions des mesures concernant les isolements séquentiels réalisés en chambre hôtelière ne sont pas régulièrement renseignés.

C'est à partir de ces données que le registre, tel qu'il est prévu par la loi, est renseigné. Les documents sur le recueil des données de l'isolement et de la contention, plusieurs fois réclamés puis mis à la disposition des contrôleurs n'ont pas permis d'effectuer une analyse des pratiques. Il a été constaté une grande diversité dans les supports mis en place, comme des fichiers informatisés sous format *Word* ou *Excel* ou encore l'utilisation de simples cahiers d'écoliers. Les items retenus pour la constitution de ce recueil ne répondent pas aux exigences légales. L'identité des médecins et des infirmiers n'apparaissent pas et les durées des mesures ne sont pas renseignées ou que partiellement.

RECOMMANDATION 33

Il est impératif que le registre de la contention et de l'isolement, imposé par l'article L3222-5-1 du code de la santé publique, soit renseigné lisiblement avec les différents items exigés.

8.3 L'ISOLEMENT SEQUENTIEL EN CHAMBRE HOTELIERE EST BANALISE ET N'EST PAS RETRANSCRIT DANS LES REGISTRES

La pratique banalisée de l'isolement séquentiel en chambre hôtelière est tracée dans le dossier du patient accompagnée parfois de la mention « *si besoin* ». Cependant, elle est rarement reconnue comme étant une mesure d'isolement et elle n'est pas retranscrite dans le registre prévu par la loi. En conséquence, les données relatives aux mesures d'isolement ne reflètent pas la réalité des pratiques. La réflexion concernant ce sujet est biaisée.

RECOMMANDATION 34

Aucune mesure d'isolement ou de contention ne peut être décidée par anticipation.

Des personnes admises en soins libres ou faisant l'objet d'un programme de soins sont également régulièrement isolées en chambre hôtelière selon des horaires précis sans que leur statut en soit modifié. Le recours à l'isolement ne peut pas être banalisé ni être inscrit dans un programme de soins comme en témoigne l'exemple suivant : « *Madame M. MC est en programme de soins. Elle bénéficie de visites à domicile et elle revient en hospitalisation une fois par semaine pour préparer son pilulier et se retrouve en chambre hôtelière avec des temps de fermeture de 11h à 12h et de 14h à 15h30* ».

RECOMMANDATION 35

Les isolements doivent être réalisés dans des espaces spécifiques afin de garantir la dignité et la sécurité des patients. Les isolements en chambre hôtelière sont à proscrire.

8.3.1 Le recueil des données concernant la contention

Bien que très incomplètement renseigné, seul le registre papier de l'unité Ar Brug recueille le nombre d'entrées dans la chambre réservée à la contention. Ce cahier est tenu par l'équipe infirmière. Ce recueil de données s'effectue de façon artisanale sur des cahiers d'école rebaptisés « *cahier de contention* ».

Les items renseignés comprennent le nom du patient, sa date de naissance, son mode d'hospitalisation, son service d'origine, la date et l'heure d'arrivée et de sortie de la chambre de contention et les observations générales.

Il apparaît que l'ensemble des informations recensées dans ces cahiers ne sont pas systématiquement retranscrites dans le registre prévu par la loi. A titre d'exemple, le cahier fait mention de dix-sept personnes placées en isolement, qui ont fait l'objet d'une mesure de contention, du 28 septembre 2019 au 1^{er} janvier 2020. Les différents documents fournis par l'établissement font état de neuf patients pour l'année 2019.

Les durées de contention sont renseignées sauf pour deux patients où les heures d'arrivée ne sont pas mentionnées. La plus courte durée de contention est de 1 heure et la plus longue est de 18 heures, la moyenne est de 5 heures 30.

L'identité des médecins ayant décidé la mesure de contention et celle du personnel soignant en charge de la surveillance des patients ne figurent pas dans le registre.

La contention est pratiquée, dans la très grande majorité des cas, dans la chambre prévue à cet effet mais elle peut également être effectuée dans les chambres de surveillance. La direction de l'établissement est alors informée de cette décision.

RECOMMANDATION 36

Le recueil des mesures de contention doit être intégré au registre prévu par la loi.

Comme explicité dans le chapitre relatif aux chambres d'isolement, si la contention, bien que peu fréquente, n'est pas rare, l'isolement est pratiqué au quotidien. En outre, il est envisagé comme un outil thérapeutique. Les contrôleurs n'ont pas pu recueillir de données. Cette pratique mise en œuvre dans tous les services, gériatrie et pédopsychiatrie compris, est très insuffisamment tracée. Le rapport annuel de 2018, relatif à l'isolement et à la contention, décrit à la fois ces pratiques et les lieux où l'isolement est réalisé mais il ne fournit aucune donnée chiffrée exploitable. Aucune durée d'isolement et de contention n'est indiquée et le nombre de personnes ayant fait l'objet d'une mesure de contention est anormalement bas (trois pour 2018).

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE PAR L'UNITE INTERSECTORIELLE DE GERONTOPSYCHIATRIE REPOSE SUR DES PROJETS NOVATEURS ET UNE COLLABORATION ETROITE AVEC LES STRUCTURES AMBULATOIRES

Le service Stereden est une unité intersectorielle d'hospitalisation complète de vingt-cinq lits. Elle accueille des patients, âgés de 70 ans et plus, présentant une pathologie psychiatrique associée à des troubles cognitifs et/ou du comportement. Ces patients sont adressés sur indication du médecin traitant ou par le service des urgences de Cavale Blanche. Ils peuvent être admis en soins sans consentement. Lors de la visite, le service prenait en charge cinq patients admis sur décision du directeur d'établissement (deux SDT, deux SDTU, un SPPI). La durée moyenne de séjour (DMS) varie entre 20 et 24 jours.

Le bâtiment, implanté sur deux étages, a été rénové en 2010. L'unité est fermée pour éviter aux patients désorientés de se perdre. Un digicode a néanmoins été installé permettant ainsi aux patients plus autonomes d'aller et venir librement.

Les chambres d'hospitalisation sont réparties sur les deux étages reliés par un escalier et un ascenseur. Le second étage abrite également les locaux de l'HDJ. Les chambres, toutes individuelles, sont équipées d'une salle d'eau comprenant une douche, un lavabo surmonté d'un miroir, et un WC. Les chambres, dépourvues de verrou de confort, sont dotées d'un lit, d'une table de nuit, d'un placard, d'un fauteuil et d'une horloge permettant ainsi au patient de se repérer dans le temps. Certaines chambres sont équipées d'un lit spécifique afin d'éviter d'éventuelles chutes aux personnes les plus désorientées.

Un patio, entouré d'un enclos et agréablement aménagé, est adossé à l'unité. Toutefois, il est rarement accessible en raison de la fugue récente d'un patient qui s'est mis en danger. Lors de la visite, le patio était ouvert une heure le matin et une heure l'après-midi.

RECOMMANDATION 37

Les horaires d'accès au patio dans l'unité de gérontopsychiatrie doivent être modifiés afin que les personnes âgées puissent bénéficier d'un accès à l'air libre durant des plages horaires plus importantes.

Trois PH, dont le chef de service, assurent une présence quotidienne dans l'unité. L'équipe non médicale compte un cadre de santé, dix-sept infirmiers, huit aides-soignants, cinq agents hospitaliers. Un psychologue, une assistante sociale et une secrétaire médicale interviennent également dans le service. Selon les propos recueillis, les moyens humains ne seraient pas à la hauteur du projet de service qui a été élaboré. Le chef de service avait souhaité compléter cette équipe par un psychomotricien et un ergothérapeute mais sa demande n'a pas été honorée, faute de financement disponible.

Des médiations thérapeutiques animées par les infirmières sont proposées aux patients. Un projet de médiation animale est en cours. Une initiative innovante a retenu l'attention des contrôleurs. Il s'agit d'un projet intergénérationnel regroupant des personnes âgées et des enfants pris en charge en pédopsychiatrie. Trois patients de chaque service sont réunis autour d'un atelier. De l'avis des équipes, les résultats sont très positifs. Les enfants investissent la relation avec les personnes âgées et projettent chez ces dernières une image positive. Certains

symptômes s'atténuent voire disparaissent momentanément, les patients occultant leur pathologie l'espace d'un moment.

BONNE PRATIQUE 4

Le projet intergénérationnel, regroupant les enfants et les personnes âgées, est novateur et contribue à l'amélioration de l'état de santé des patients.

L'unité collabore également étroitement avec l'HDJ et une équipe mobile qui constitue l'un des points forts de l'intersecteur de psychiatrie de la personne âgée (IPPA). Cette équipe mobile intervient en amont et en aval sur le lieu de vie de la personne âgée (domicile ou structure d'accueil). Ainsi lorsqu'elle intervient en amont, elle permet de préparer l'hospitalisation avec le patient et la famille qui est pleinement associée à la prise en charge lorsque cela s'avère possible.

Selon les propos recueillis, l'isolement est pratiqué pour les patients adoptant un comportement hétéro-agressif ou pour ceux étant en phase maniaque. Cette mesure est décidée lorsque les autres alternatives ont échoué. Ainsi donc avant d'envisager l'isolement, le patient est invité à demeurer dans sa chambre dont la porte n'est pas fermée à clef.

Les mesures d'isolement se déroulent dans une chambre ordinaire située à proximité du poste de soins. Dès lors que la durée se prolonge au-delà de 24 heures (cette situation se produirait rarement), le patient est transféré dans l'une des deux unités disposant d'une chambre d'isolement.

Les équipes n'ont pas recours à la contention pour apaiser un état d'agitation mais la contention au fauteuil est pratiquée pour éviter les risques de chutes.

9.2 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DETENUS PORTE ATTEINTE A LEUR DIGNITE ET NE RESPECTE PAS LEURS DROITS FONDAMENTAUX

9.2.1 L'admission des patients détenus

Une convention établie le 17 janvier 2018 règle les modalités du soutien sanitaire apporté par le CHRU à la maison d'arrêt de Brest. Celui-ci couvre l'ensemble du périmètre de soins dont ceux relevant de la psychiatrie. L'offre de soins s'exerce au sein de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt, rénové en 2016, et, le cas échéant, en milieu hospitalier. Cette mission est assurée par 1,2 équivalent temps plein (ETP) de médecin et 1,8 ETP d'infirmier, rattachés à l'hôpital de Bohars. Il est prévu que, lors de la décompensation d'un trouble psychiatrique, si une hospitalisation s'avère nécessaire, elle s'effectue au sein de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Rennes. Selon les informations communiquées, aucune admission en urgence n'a lieu à l'UHSA et si le délai d'admission en temps normal est de quinze à vingt et un jours, il atteindrait plus souvent deux à trois mois. De fait, les hospitalisations en urgence sont réalisées à l'hôpital de Bohars, la convention abordant également cette option, « *si la situation clinique l'impose* ».

Les personnes détenues sont admises en SDRE au titre de l'article L. 3214-3 du code la santé publique (CSP) et dans les conditions prévues par l'article D 398 du code de procédure pénale (CPP). Le nombre d'hospitalisations est désormais de l'ordre d'une soixantaine par an, en doublement par rapport à 2017. Le temps de séjour est court, généralement de l'ordre d'une semaine.

Un protocole de transfert entre la maison d'arrêt de Brest et l'hôpital de Bohars a été établi. Un document à l'usage des soignants en détermine les modalités. Avant de les énumérer, il indique que : « *les conditions d'admission ont été très discutées par plusieurs instances au niveau du Pôle* ». Il est complété par un logigramme qui décrit le processus et les actions à mener par chaque intervenant.

La personne détenue est prise en charge au greffe de la maison d'arrêt par un équipage composé de deux infirmiers au minimum dont un du même sexe que le patient, et un ambulancier conducteur. Elle peut emmener avec elle certains objets personnels comme un nécessaire de toilette et des objets de culte. Sous surveillance infirmière, elle doit se dévêtir puis revêtir des sous-vêtements et des sur chaussons à usage unique ainsi qu'un pyjama. Elle est ensuite installée dans l'ambulance sur le brancard avec contention systématique. La distance séparant la MA du CH est de cinq kilomètres.

Ce protocole de transfert qui met en avant un objectif de sécurité ne respecte pas la dignité de la personne détenue et détourne la finalité de la contention. Pour son retour à la maison d'arrêt, le patient détenu est pris en charge à l'hôpital de Bohars par un équipage de l'administration pénitentiaire. Il est alors revêtu de ses vêtements personnels.

RECOMMANDATION 38

Les patients détenus doivent pouvoir conserver leurs vêtements et ne doivent pas faire l'objet d'une contention systématique durant leur transfert depuis la maison d'arrêt.

9.2.2 Les conditions d'hospitalisation des patients détenus

Les patients détenus sont systématiquement hospitalisés en chambre sécurisée ou en chambre de surveillance où ils restent enfermés pendant toute la durée de leur séjour sans possibilité de bénéficier d'un temps de promenade ou d'accès à l'air libre. Ils portent en permanence un pyjama et ne peuvent bénéficier d'aucune activité. Le protocole en vigueur indique cependant la possibilité de participer à une activité ou à un repas thérapeutique sur décision du médecin de l'unité, ce qui en pratique relève de l'exception. Leur seul loisir est la télévision sécurisée, placée en hauteur face au lit. Ils n'ont pas la possibilité de réaliser des achats auprès de la cantine. Sous réserve de l'acceptation par l'unité d'hospitalisation, une exception est prévue pour l'achat de tabac par le canal du service comptabilité de la maison d'arrêt avec le concours de l'une des deux infirmières diplômées d'Etat (IDE) de psychiatrie de l'unité sanitaire lorsqu'elle se rend à Bohars. Les patients détenus sont coupés de tout contact avec l'extérieur. En effet, ils ne peuvent recevoir aucune visite si ce n'est celle de l'une des deux infirmières de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt lorsque le séjour se prolonge. Ils sont censés pouvoir téléphoner à des numéros préétablis, sous réserve que la demande ait été faite au préfet du Finistère par le médecin de l'unité d'hospitalisation. Ils peuvent adresser des courriers en les faisant transiter par le greffe de la maison d'arrêt. En revanche, les hospitalisations étant courtes, le courrier qu'ils reçoivent est conservé à la maison d'arrêt jusqu'à leur retour.

Outre le fait qu'elles sont attentatoires à leurs droits, ces conditions de vie ne respectent pas leur dignité et ne sont pas acceptables. Dès lors, il n'est pas étonnant que, selon le personnel rencontré, les patients souhaitent réintégrer au plus vite la maison d'arrêt au mépris de la nécessité de recevoir des soins. Enfin, on peut s'interroger sur le bénéfice thérapeutique de telles conditions d'hospitalisation.

RECOMMANDATION 39

La personne détenue hospitalisée ne doit pas être mise en chambre d'isolement de façon systématique et non justifiée. Sa prise en charge doit être individualisée et le respect de ses droits assuré dans les mêmes conditions qu'en établissement pénitentiaire, sauf restriction médicale prononcée par un médecin psychiatre. Ces modalités de prise en charge doivent être intégrées à la convention existante.

Si le séjour se prolonge et que la comparution à l'audience du JLD intervient, le patient détenu est transporté de son unité au bâtiment de l'administration en ambulance, sous contention sur la civière. Il est libéré de ses entraves à l'intérieur du bâtiment devant la salle d'audience. L'intéressé comparaît en pyjama. Ces modalités sont dégradantes et portent atteintes à la dignité des patients détenus.

RECOMMANDATION 40

La comparution des patients détenus devant le juge des libertés de la détention doit se faire dans des conditions respectueuses de leur dignité. Ils doivent pouvoir se présenter revêtus de leurs effets personnels, le pyjama étant à proscrire tout comme la mise sous contention durant le transport.

9.2.3 Les réflexions en cours

La situation des patients détenus a été évoquée avec le personnel rencontré de l'hôpital de Bohars. Elle a suscité de nombreux questionnements et débats au sein du corps médical et des réflexions ont été engagées pour tenter d'aboutir à une évolution des pratiques.

Ces débats restent d'actualité comme l'indiquent les échanges avec le corps médical et ceux ayant eu lieu lors d'une réunion interne sur le site de Bohars, le 12 mars, à laquelle a pu assister, comme observateur, un contrôleur. Ce type de réunion a lieu deux à trois fois par an pour faire le point sur les questions soulevées par l'hospitalisation des patients détenus. La présentation, devant le JLD, du patient détenu en pyjama a été abordée. La représentante de la direction a indiqué que cette pratique n'avait pas lieu d'être et que le comparant devait être porteur de ses vêtements, ce principe ayant déjà été posé. Au regard des éléments recueillis par les contrôleurs lors de la visite, il apparaît utile de formaliser cette directive afin qu'elle produise ses pleins effets. Sur la question de l'isolement, si la majorité s'accorde à considérer que la personne détenue est un patient et que cette approche doit prévaloir, l'argument de l'architecture et des effectifs sont des contraintes également mises en avant.

Quelles que soient les difficultés rencontrées, du point de vue des droits fondamentaux et de la dignité de la personne humaine, celles-ci ne peuvent justifier la poursuite du *statu quo*.

RECOMMANDATION 41

La réflexion en cours sur les conditions d'hospitalisation des patients détenus doit être poursuivie. Cette démarche positive doit se traduire par des mesures concrètes afin d'instaurer la primauté du soin sur l'aspect sécuritaire, actuellement fondateur de la prise en charge et des règles de vie dans les unités.

10. CONCLUSION

Le pôle de psychiatrie tient une place prédominante au sein du CHRU et a engagé des projets innovants tels que la création d'une unité mobile de gérontopsychiatrie et d'un projet intergénérationnel réunissant enfants et personnes âgées. En outre, il s'investit dans le domaine de la recherche fondamentale et appliquée. En témoigne le projet de recherche portant sur la prévention de la rechute après une tentative de suicide et qui permet notamment de limiter les hospitalisations sans consentement.

Cependant, l'organisation et les conditions de prise en charge au sein du centre hospitalier de Bohars ne sont pas respectueuses, à bien des égards, des droits fondamentaux des patients hospitalisés. Les bâtiments hébergeant les patients sont dans un état de grande vétusté, ils souffrent indéniablement d'un manque d'entretien. Dans l'attente du projet de reconstruction, des travaux de maintenance et de réparation doivent être engagés dans les meilleurs délais.

Faute de médecin généraliste en nombre suffisant, l'examen somatique des 24 heures qui suivent l'admission d'un patient admis en soins sans consentement, prévu par la loi, n'est pas réalisé systématiquement.

Si les patients peuvent circuler librement grâce au maintien des portes ouvertes dans les unités d'hospitalisation il n'en demeure pas moins que la pratique qui consiste à imposer le port du pyjama de l'hôpital à certains patients pour éviter toute tentative de fugue est dégradante.

Les libertés individuelles sont globalement respectées hormis pour les patients détenus. Durant leur hospitalisation, ces derniers font l'objet de mesures portant atteinte à leur dignité et les droits dont ils jouissent en détention ne sont plus garantis.

Enfin, indépendamment de l'offre diversifiée de soins psychiatriques proposée aux patients, l'absence de politique de réduction du recours à l'isolement témoigne d'un déficit de réflexion institutionnelle. A cet égard, le projet de construire dix-huit chambres d'isolement (soit quinze chambres supplémentaires) dans les nouveaux bâtiments interpelle. Par ailleurs, les pratiques relatives à l'isolement et à la contention, mesures considérées comme un acte thérapeutique par les professionnels de santé, sont dégradantes voire illégales compte tenu des conditions matérielles dans lesquelles elles se déroulent. La communauté médicale est invitée à y mettre fin dans les plus brefs délais.

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