



---

## Rapport de visite :

9 au 13 mars 2020 – 1<sup>ère</sup> 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

|  |           |
|--|-----------|
| <b>SYNTHESE .....</b>  | <b>2</b>  |
| <b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS .....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>SOMMAIRE .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>RAPPORT .....</b>   | <b>12</b> |
| <b>1. CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>  | <b>12</b> |
| <b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT ET LES MOYENS MIS EN OEUVRE .....</b>  | <b>13</b> |
| 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        |
| <b>3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS .....</b>  | <b>20</b> |
| 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        |
| <b>4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE .....</b>  | <b>31</b> |
| 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        |
| <b>5.</b> | <b>LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>  | <b>40</b> |
| 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        |
| <b>6.</b> | <b>LES CONDITIONS DE VIE .....</b>   | <b>45</b> |
| 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        |
| <b>7.</b> | <b>L'ACCES AUX SOINS.....</b>  | <b>51</b> |
| 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        |
| <b>8.</b> | <b>L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION .....</b>  | <b>62</b> |
| 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        |
| <b>9.</b> | <b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>   | <b>70</b> |

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| 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        |
| <b>10.</b> | <b>CONCLUSION.....</b>  | <b>74</b> |

# 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 MCO<sup>1</sup> 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

---

<sup>1</sup> 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 2011<sup>2</sup>. 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 %).

<sup>2</sup> 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                 |
| <b>TOTAL Soins sans consentement</b> | <b>467</b>        | <b>409</b>         | <b>480</b>        | <b>426</b>         |
| Hospitalisation libre                | 5 004             | 2 256              | 3 497             | 1 606              |
| <b>TOTAL GENERAL</b>                 | <b>5 471</b>      | <b>2 665</b>       | <b>3 977</b>      | <b>2 032</b>       |

#### *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 médical<sup>3</sup>. 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

<sup>3</sup> 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'accueil<sup>4</sup>.

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 :

<sup>4</sup> 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 (CDSP).

#### 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 suite<sup>5</sup>.

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

---

<sup>5</sup> 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



















































































































16/18 quai de la Loire  
CS 70048  
75921 PARIS CEDEX 19  
[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)