

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport de visite :

6 au 13 février 2017 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier spécialisé
de Saint-Cyr-au-Mont-D'or

(Rhône)



Services administratifs du centre hospitalier

SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or (Rhône) du 6 au 13 février 2017.

L'établissement assure la prise en charge des enfants et adultes pour une population de 352 000 habitants. Il dispose d'une trentaine de structures extrahospitalières. Les unités d'hospitalisation complète admettant des patients en soins sans consentement, représentent 158 lits au total.

Le centre hospitalier spécialisé de Saint-Cyr-au-Mont-D'or est un établissement marqué depuis sa création en 1972 par une grande ouverture sur l'extérieur et l'ambulatoire ainsi que par la volonté de limiter les hospitalisations complètes.

L'établissement est actuellement confronté à une restructuration avec constitution de pôles, déménagements, reconfiguration de service, et des capacités financières qui pour la première fois montrent leurs limites et imposent un plan de redressement, source d'inquiétude chez les soignants. Le centre hospitalier dispose aujourd'hui d'une situation stable sur le plan des professionnels de santé, qui sont volontaires et soucieux de s'engager dans une démarche de qualité des soins respectueuse des droits fondamentaux des patients.

La mise en place des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) abordant la contention physique, les mesures de restrictions de liberté et l'isolement thérapeutique, témoigne de cette dynamique qui devra se poursuivre.

La prise en charge des patients est globalement satisfaisante avec une attention qui pourra être portée sur l'organisation des activités avec davantage de mutualisation et de formalisation, même si l'établissement propose des activités importantes en sport et art-thérapie par exemple.

L'établissement pourra s'appuyer sur l'ensemble des dispositifs consultatifs qu'il a mis en place pour répondre aux différents points que le rapport a relevés, que ce soit sur les contentions initiales, les aménagements à opérer sur l'infrastructure, la formalisation des activités à intégrer aux soins, ou encore l'amélioration de la notification des droits et l'information de l'utilisateur.

Enfin, un réel registre de l'isolement et de la contention, élaboré grâce au recueil déjà exhaustif des prescriptions médicales qui sont systématiques, devra être mis en place afin de permettre un retour précis aux soignants comme aux autorités sur les pratiques professionnelles et leurs évolutions dans le temps.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

1. BONNE PRATIQUE 11

L'établissement a mis en place un tutorat individuel au profit des nouveaux agents prenant leur poste ainsi qu'une journée du tutorat.

2. BONNE PRATIQUE 19

Les avocats rencontrent les patients dans les services avant les audiences y compris les patients indiqués comme non auditionnables.

3. BONNE PRATIQUE 25

L'établissement a mis en place des évaluations des pratiques professionnelles sur l'isolement thérapeutique, la contention et les restrictions de liberté qui permettent le développement d'outil de bonnes pratiques professionnelles, par exemple une alerte mail pour des isolements dépassant sept jours.

4. BONNE PRATIQUE 26

La traçabilité informatique de toutes les prescriptions et restrictions de liberté témoigne d'une réelle prise en compte de cette dimension du soin par les soignants ; elle permettra à terme une analyse exhaustive des pratiques.

5. BONNE PRATIQUE 32

Le centre hospitalier offre, de manière intégrée aux soins, une activité d'art-thérapie et valorise les œuvres des patients, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement.

6. BONNE PRATIQUE 33

L'établissement a développé une offre d'activités physiques et sportives adaptée, variée et professionnalisée.

OBSERVATIONS

RECOMMANDATIONS

- 1. RECOMMANDATION 10**

L'obligation d'intégrer les activités dans les projets de soins de tous les patients impose une juste évaluation des effectifs nécessaires au bon fonctionnement des services.
- 2. RECOMMANDATION 12**

Le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, le président du tribunal de grande instance ou son délégué doivent visiter une fois par an l'établissement et contrôler les registres.
- 3. RECOMMANDATION 13**

Une réflexion au sein de l'établissement doit permettre une meilleure utilité et utilisation du questionnaire de satisfaction.
- 4. RECOMMANDATION 16**

Les patients de toutes les unités doivent systématiquement recevoir copie des notifications des décisions prises.
- 5. RECOMMANDATION 16**

Le recueil des observations des patients doit être formellement mis en place pour toute décision médicale, au moment de la rédaction du certificat médical.
- 6. RECOMMANDATION 19**

Les motivations inscrites sur les décisions du JLD doivent être personnalisées et reprendre les éléments propres au patient, au vu des débats à l'audience et du contenu des certificats médicaux.
- 7. RECOMMANDATION 24**

Toutes les chambres d'isolement doivent permettre de s'orienter dans le temps avec une visibilité sur une horloge ; des patères anti-suicide doivent être installées dans les douches. Le patient doit pouvoir allumer et éteindre la lumière de sa chambre comme il le souhaite et pouvoir se servir du point d'eau.
- 8. RECOMMANDATION 26**

Un registre opérationnel permettant de connaître en temps réel la pratique de l'isolement et de la contention doit être mis en place.
- 9. RECOMMANDATION 29**

L'accès au tabac lors des moments d'isolement doit faire l'objet d'une prise en compte protocolisée afin d'éviter des sevrages ni souhaités ni traités.
- 10. RECOMMANDATION 30**

Une réflexion pourra s'engager sur l'actuelle interdiction de disposer d'un poste de télévision dans les chambres dans la mesure où un écran pourrait être loué et où les tablettes et smartphones ont accès à ce service via le réseau 4G.

11. RECOMMANDATION 32

La maison des usagers permet l'approche de la réinsertion sociale indissociable du projet de soins d'un patient de psychiatrie. Son existence doit être reconnue comme intégrant le soin à part entière et son fonctionnement pérennisé y compris en termes de financement.

12. RECOMMANDATION 33

Les activités proposées au sein des différents services doivent être mieux intégrées et valorisées au sein des projets de soins des patients ; les infrastructures, matériels et compétences des soignants doivent être mutualisés et mieux utilisés ; un affichage clair et exhaustif des activités doit permettre aux patients de s'inscrire dans la démarche de leur choix.

13. RECOMMANDATION 35

Avant l'hospitalisation d'une personne détenue, les soignants doivent disposer de toutes les informations nécessaires de l'administration pénitentiaire pour organiser le transport dans les conditions les plus appropriées.

14. RECOMMANDATION 36

Une personne détenue prise en charge par l'établissement ne doit pas systématiquement être placée à l'isolement du seul fait de sa qualité de détenu.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	3
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	6
RAPPORT	8
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	8
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	9
2.1 Le centre hospitalier occupe une place importante dans l'organisation départementale de la psychiatrie	9
2.2 L'établissement, ouvert sur l'extra hospitalier, est au service d'un public sociologiquement varié.....	9
2.3 Le personnel, pluridisciplinaire, s'unit sur des objectifs communs	10
2.4 Le budget est en tension	11
2.5 L'activité est en augmentation régulière	12
2.6 Les contrôles institutionnels sont bien exercés par la commission départementale des soins psychiatriques	12
2.7 Le service qualité et les soignants ont mis en place des instances de réflexion sur la qualité, enrichissant les travaux des commissions institutionnelles	12
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	14
3.1 La spécificité des soins sans consentement est bien identifiée au sein de l'établissement.....	14
3.2 Les patients admis sans consentement sont bien pris en charge à leur arrivée ...	14
3.3 L'information des patients est en cours d'amélioration.....	16
3.4 Les soins sans consentement sont largement dispensés en ambulatoire, dans le cadre de programmes de soins	17
3.5 Le contrôle du juge des libertés et de la détention est assuré correctement.....	18
4. LES DROITS DES PATIENTS	20
4.1 La liberté d'aller et venir fait l'objet de prescriptions médicales systématiques ..	20
4.2 Le libre choix du médecin est exercé dans les limites des effectifs.....	20
4.3 La protection juridique des majeurs doit rester dans son rôle.....	20
4.4 La confidentialité de l'hospitalisation peut être améliorée.....	20
4.5 Les biens des patients sont bien pris en compte	20
4.6 L'accès au dossier médical est satisfait et les patients peuvent être accompagnés dans sa lecture	21
4.7 La désignation de la personne de confiance peut encore être améliorée	21
4.8 la sexualité est une liberté respectée	21

4.9 Le droit de vote est respecté	21
4.10 Les activités religieuses ou philosophiques sont peu demandées et peu développées	21
5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	23
5.1 L'isolement est fréquent mais toujours prescrit.....	23
5.2 La contention est trop souvent systématique dans les premiers temps de l'isolement.....	25
5.3 Le registre informatisé n'est pas encore opérationnel.....	25
6. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION.....	27
6.1 La vie courante des patients est facilitée.....	27
6.2 Les relations avec l'extérieur sont facilitées	29
6.3 L'accès aux activités est inégal en fonction des unités et ces activités doivent être plus systématiquement intégrées dans la prise en charge globale du patient	30
6.4 Les soins somatiques sont très accessibles.....	34
6.5 Les incidents sont systématiquement signalés et analysés et les victimes de violences accompagnées.....	34
6.6 L'admission de personnes détenues est très rare mais devra être améliorée.....	35
7. LES CONDITIONS PROPRES AUX UNITES.....	37
7.1 La vie institutionnelle est riche mais sensiblement différente selon les unités et les pôles	37
7.2 Le projet d'établissement définit un projet médical partagé.....	37

Rapport

Contrôleurs :

- Luc CHOUCHKAIEFF, chef de mission ;
- Cécile LEGRAND ;
- Philippe LESCENE ;
- Dominique SECOUET.
- Christian SOCLET

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or (Rhône) du 6 au 13 février 2017.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 6 février 2017 à 14h30. Ils l'ont quitté le 13 février à 11h30. Ils ont réalisé une visite de nuit le 8 février 2017.

Ils ont été accueillis par le directeur général du centre hospitalier spécialisé (CHS), et la mission a pu se présenter devant le président de la commission médicale d'établissement (CME), le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), les directeurs adjoints, les chefs de pôle, les cadres de santé.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet du Rhône, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Lyon, le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau de Lyon, le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS), le maire de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, et le président du conseil de surveillance de l'établissement. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition et regroupés dans un dossier électronique.

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

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. Le contrôle s'est concentré sur les sept unités acceptant des hospitalisations sans consentement dont l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHD).

Une réunion de restitution a eu lieu le 13 février 2017 en présence des mêmes participants qu'à l'occasion de la présentation.

Le contrôle général a adressé un rapport de constat le 2 juin 2017 au directeur de l'établissement, lequel a répondu n'avoir pas d'observation à ajouter.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER OCCUPE UNE PLACE IMPORTANTE DANS L'ORGANISATION DEPARTEMENTALE DE LA PSYCHIATRIE

L'hospitalisation en psychiatrie dans le département du Rhône s'effectue au sein de trois établissements accueillant des personnes en hospitalisation complète et des soins sans consentement : le CH de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, le CH Saint-Jean-de-Dieu et le CH Le Vinatier.

Le CH de Saint-Cyr a intégré en juillet 2016 le Groupement Hospitalier de Territoire « Rhône Nord Beaujolais Dombes » dans une forte coopération avec l'hôpital Nord-Ouest de Villefranche-sur-Saône.

2.2 L'ETABLISSEMENT, OUVERT SUR L'EXTRA HOSPITALIER, EST AU SERVICE D'UN PUBLIC SOCIOLOGIQUEMENT VARIE

L'établissement de santé assure la prise en charge des enfants et adultes du Nord du département du Rhône (52 % du territoire) et l'Ouest Lyonnais comprenant le 9^{ème} arrondissement de Lyon, un quartier politique de la ville, des zones périurbaines résidentielles et d'autres plus rurales. Il comprend deux secteurs psychiatriques adultes et deux infanto-juvéniles ayant fusionné, soit désormais trois secteurs sur les vingt-huit du département, pour 352 000 habitants.

L'établissement créé en 1972 couvre le territoire grâce à une trentaine de structures extra hospitalières. Le contrôle s'est concentré sur les unités d'hospitalisation complète admettant des patients en soins sans consentement, au sein de 158 lits au total.

Le site de Saint-Cyr au Mont d'Or totalise dix-huit bâtiments de taille variable. Parmi ceux-ci on trouve un bloc associant les trois unités du pôle les Calades (unités Condorcet, Montesquieu et La Boétie), un autre bâtiment comprenant au rez-de-chaussée l'unité des jeunes adultes et au premier étage l'unité Roches, un bâtiment plus récent construit à proximité pour l'unité Hélianthe et enfin un bâtiment abritant l'UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée).

L'établissement est situé sur la commune de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or sur un vaste terrain de treize hectares arborés avec un enclos pour animaux et un château du 19^{ème} siècle accueillant l'administration. Il est accessible par deux arrêts de bus dont l'un situé devant l'entrée de l'établissement et dénommé « centre psychothérapeutique » depuis sa création.

L'hospitalisation complète s'organise autour de la répartition des lits suivante :

G34 : 68 lits :

- unité Condorcet: 20 lits + 1 CSI (chambre de soins intensifs) ;
- unité Montesquieu : 24 lits + 1 CSI ;
- unité La Boétie : 24 lits + 1 CSI.

G 35 : 62 lits :

- unité jeunes adultes : 18 lits + 1 CSI ;
- unité Roches 1^{er} : 22 lits ;
- unité Hélianthe : 22 lits + 2 CSI.

UHCD : 16 lits + 2 CSI.

2.3 LE PERSONNEL, PLURIDISCIPLINAIRE, S'UNIT SUR DES OBJECTIFS COMMUNS

a) *Le personnel médical*

L'attractivité de l'établissement lui permet de ne pas avoir de poste vacant de médecin. L'absentéisme est normal et aucun des soixante-dix médecins n'exerce d'activité libérale. Par contre pratiquement tous exercent des activités d'intérêt général ce qui constitue globalement l'équivalent d'au moins sept équivalents temps plein (ETP) de médecins et permet une activité fluide entre structures intra et extra hospitalières. Il y a huit internes en formation.

b) *Le personnel non médical*

Le personnel non médical compte 720 personnes. Les mutualisations sont possibles entre l'intra et l'extra hospitalier. Le personnel de nuit est fixe mais les agents de jour doivent souvent venir compléter le planning pendant les congés ou absences.

Le taux d'absentéisme est de 8 %; l'établissement est attractif et tous les postes sont pourvus sauf un poste d'ergothérapeute et d'orthophoniste ; les départs en retraite seront nombreux en 2018 mais principalement au sein des filières techniques. A noter l'existence d'un projet psychologique au sein du projet d'établissement, porté par soixante-quatre psychologues (quarante-trois ETP).

On ressent néanmoins une inquiétude des soignants pour l'avenir au sujet des effectifs déployés effectivement auprès des malades. Un effectif dit de sécurité a été mis en place afin de sécuriser les soins ; certains soignants craignent qu'il ne devienne un mode principal d'organisation, alors même qu'il constitue initialement un fonctionnement en mode dégradé appelé à n'être qu'exceptionnel et transitoire. La lecture des plannings des derniers mois montre que l'atteinte de cet effectif de sécurité est fréquente sans être prépondérante.

En lien avec les effectifs, on évoquera les « lits couchettes », lits pliants appelés à gérer la suroccupation; ces six lits sont officialisés et répertoriés par la régulation ; ils demeurent exceptionnellement utilisés, mais les modalités de leur utilisation pourraient cependant utilement faire l'objet d'un protocole et d'une formalisation écrite au regard de l'impact potentiel sur le personnel présent dans l'unité. D'autant qu'on observe globalement dans l'établissement un taux d'occupation élevé avec des rotations fréquentes.

Enfin, les activités constituent dans un grand nombre d'unités la marge d'ajustement et sont les premières à être supprimées lorsqu'il y a moins de soignants, alors que les activités occupationnelles ou thérapeutiques et l'ergothérapie doivent être intégrées dans le projet de soins des patients. L'évaluation des effectifs nécessaires au bon fonctionnement des services doit prendre en compte cette obligation y compris un effectif de sécurité qui serait amené à devenir l'effectif réel le plus fréquent. (Cf. chapitre 6.3)

Recommandation

L'obligation d'intégrer les activités dans les projets de soins de tous les patients impose une juste évaluation des effectifs nécessaires au bon fonctionnement des services.

c) *La formation*

Un plan de formation mobilise un budget important de 350 000 euros par an. 15 à 20 % sont affectés à la progression professionnelle (diplôme de niveau supérieur) ; 80 000 euros sont affectés à la prévention et gestion de la violence, et aux droits des patients ciblés sur l'isolement

thérapeutique, les mesures de restrictions de liberté, les programmes de soins et l'annonce d'un dommage associé aux soins.

Le développement personnel continu (DPC) des médecins est réalisé à travers une affiliation à l'ANFH (association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier), avec un budget moyen de 500 euros par médecin et par an ; toutes les demandes sont satisfaites grâce à un redéploiement mutualisé du budget en septembre.

L'établissement a mis en place une procédure d'intégration des nouveaux agents par tutorat, avec l'organisation de journées du tutorat, financées par l'ARS.

Dans tous les services, les soignants ont accès à une base de données documentaires et de protocoles *via* un logiciel Blue Medi, connu de tous les soignants rencontrés.

Enfin on note que l'évaluation et l'amélioration des pratiques avec et centrées sur l'utilisateur, sont des actions inscrites dans le projet d'établissement 2015-2020 ; parmi les axes développés, on trouve « *évaluer et améliorer les mesures de restriction des libertés* ». C'est surtout à partir de mi-2016 que cette problématique a fait l'objet d'une attention très forte des soignants et de la direction. S'inscrivant tant dans les démarches de certification que par référence à certaines préconisations du CGLPL, l'établissement développe trois évaluations des pratiques professionnelles (EPP) : isolement thérapeutique, contention physique et mesures de restriction de liberté.

Bonne pratique

L'établissement a mis en place un tutorat individuel au profit des nouveaux agents prenant leur poste ainsi qu'une journée du tutorat.

2.4 LE BUDGET EST EN TENSION

Le budget de l'établissement s'élève à 46 millions d'euros pour le fonctionnement : 80,8 % pour les frais de personnel, 12 % pour les dépenses générales et hôtelières, 4,5 % pour les charges financières et l'amortissement et 1,8 % pour le médical et le pharmaceutique.

Les recettes proviennent à 88 % de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF), 8,5 % de remboursements de mises à disposition ou reprises sur provision et 3,2 % des recettes de facturation (forfait journalier, hôtelier, ticket modérateur).

L'établissement termine une restructuration avec reconstitution de pôles, déménagements, reconfiguration de services ; ses capacités financières sont limitées avec pour la première fois en 2017 une capacité d'autofinancement négative (- 97 000 euros) interdisant tout nouvel investissement. Un plan de redressement à l'équilibre est en cours qui s'ajoute à la suppression déjà effective de dix lits, la fermeture prochaine de l'hospitalisation de nuit en pédopsychiatrie, et le gel de deux temps de praticiens hospitaliers.

Le rapport de la chambre régionale des comptes indiquait en 2013 une situation saine mais des risques de tensions financières à la fin de l'aide annuelle de l'ARS de 550 000 euros en 2015.

Un projet immobilier au sein du projet d'établissement 2015-2020, prévoit la démolition reconstruction du bâtiment des Roches en 2018 - 2019 pour un coût estimé à 7,7 millions d'euros. Le plan d'investissement approuvé par l'ARS concerne les réalisations faites jusqu'en 2016 mais il n'y a pas de garantie ce jour sur les futurs travaux. A noter que la maison des usagers a été mise en place sans aide de l'ARS alors même qu'elle participe du soin.

2.5 L'ACTIVITE EST EN AUGMENTATION REGULIERE

La file active des patients pris en charge par l'établissement et l'ensemble de ses structures y compris ambulatoires en 2016 s'élève à 12 133 patients (11 388 en 2013) dont 8 839 adultes et 3 372 enfants. L'hospitalisation complète a concerné 1 038 individus, dont 20 enfants.

L'hospitalisation sans consentement a concerné parmi ces patients en 2016, 575 personnes.

La durée moyenne d'hospitalisation générale est stable depuis deux ans à 55,3 jours. Celle des personnes hospitalisées sous contrainte est également stable à 44,2 jours.

Le taux d'occupation est élevé à 93,6 % en augmentation constante depuis 2012 où il se situait à 82,5 %. Les entrées hors secteurs (c'est-à-dire hors G34 et G35) sont faibles à 5,3 % sur l'ensemble.

2.6 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS SONT BIEN EXERCES PAR LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

2.6.1 Le registre de la loi

Les registres de la loi sont disponibles au service des admissions. Les décisions sont réduites avant d'être collées de sorte que l'ensemble demeure manipulable. Hormis la rubrique relative aux mesures de protection, qui n'est jamais remplie, et les permissions de sortie, qui peuvent être nombreuses et sont classées dans le dossier de chaque patient, tous les certificats médicaux, décisions et notifications figurent sur les registres de manière correcte.

2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques

Tous les membres de la CDSP sont désignés et participent effectivement -hormis le magistrat fréquemment excusé- aux réunions qui sont organisées au rythme de huit par an, dont quatre sur l'un des trois sites d'hospitalisation sans consentement. Les réunions tenues au centre hospitalier les 30 mars et 7 décembre 2016 n'ont pas donné lieu à des observations particulières. Cinq patients étaient présents le 7 décembre, mais aucun le 30 mars par défaut d'affichage.

2.6.3 La visite des autorités

Un magistrat du parquet visite une fois par an l'établissement, en revanche ni le président du tribunal ni le préfet, ou leurs représentants, n'effectuent les visites annuelles prévues à l'article L. 3222-4 du code de la santé publique.

Recommandation

Le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, le président du tribunal de grande instance ou son délégué doivent visiter une fois par an l'établissement et contrôler les registres.

2.7 LE SERVICE QUALITE ET LES SOIGNANTS ONT MIS EN PLACE DES INSTANCES DE REFLEXION SUR LA QUALITE, ENRICHISSANT LES TRAVAUX DES COMMISSIONS INSTITUTIONNELLES

2.7.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

Un agent est responsable des relations avec les usagers. La participation des représentants d'usagers et de leurs familles est sollicitée dans les différentes instances : conseil de surveillance,

directoire qualité, commission des usagers (CDU), comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN), coordination des vigilances et risques sanitaires (COVIRISQ), comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), comité de lutte contre la douleur (CLUD) mais cette participation n'est pas toujours effective, faute de bénévoles, malgré les démarches entreprises auprès d'associations et de l'ARS ; ces démarches pourraient néanmoins être plus personnalisées et ciblées auprès des associations déjà présentes auprès des patients et qui nécessiteraient une aide méthodologique pour l'obtention de l'agrément.

L'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) est représentée à la CDSP et la CDU, et tient une permanence au sein de la maison des usagers un mercredi par mois, avec affichage de cette permanence dans les unités.

En complément de ces instances, les usagers sont conviés à des groupes de travail et ont ainsi participé à la rédaction du livret d'accueil et des questionnaires de satisfaction. Ils sont en outre membres de l'observatoire des droits des patients, créé en 2016.

2.7.2 La commission des usagers

La commission des usagers est réunie en bureau préparatoire et en bureau « démarche qualité » en sus des quatre réunions plénières annuelles. Cependant, les représentants des usagers n'y sont plus représentés depuis fin 2015, faute de candidats. L'un des objectifs 2016-2020 consiste à conforter la représentation des usagers dans la vie institutionnelle.

2.7.3 Le comité d'éthique

Le comité d'éthique comporte une quinzaine de membres, dont un juriste et un philosophe. Il se réunit quatre à cinq fois par an mais ses travaux, qui ne donnent pas lieu à une large diffusion, n'ont pas abordé les mesures de restriction de liberté.

2.7.4 Le conseil local de santé mentale (CLSM)

Il existe plusieurs CLSM car l'organisation des soins était historiquement divisée en davantage de secteurs. De nombreux partenariats sont par ailleurs établis, notamment avec des associations pour l'accès au logement et des structures spécialisées en addictologie.

2.7.5 Les questionnaires de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction est remis lors de la sortie. Il est également présent dans les livrets d'accueil. Son taux de retour était assez faible en 2015 avec 27 % de questionnaires renseignés et une note médiane de satisfaction à 7,8/10. Il a fait l'objet en 2016 d'un accompagnement par les soignants pour le remplir dans certaines unités, ce qui cependant fausse l'approche d'un réel ressenti du patient. L'établissement organise par ailleurs des enquêtes ciblées : sur la téléphonie fin 2015 et deux fois par an sur les repas.

Recommandation

Une réflexion au sein de l'établissement doit permettre une meilleure utilité et utilisation du questionnaire de satisfaction.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

3.1 LA SPECIFICITE DES SOINS SANS CONSENTEMENT EST BIEN IDENTIFIEE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

En 2016, 575 patients en soins sans consentement ont été pris en charge **soit près de quatre patients sur dix en hospitalisation complète**. Les modalités d'hospitalisation, le nombre de journées d'hospitalisation et ce qu'elles représentent en pourcentage des effectifs globaux des patients et des journées d'hospitalisations complètes sont détaillés dans le tableau suivant.

Les durées moyennes d'hospitalisation sont proches de six mois pour les soins aux détenus sous irresponsabilité pénale (SDIP), de trois mois pour les patients admis sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), proche d'un mois pour ceux admis sur demande d'un tiers (SDT), et pour péril imminent (SPPI), et moins d'une semaine pour les personnes détenues.

A noter que l'établissement distingue des « Soins aux Détenus sous Irresponsabilité Pénale » (SDIP) qui en fait ne sont plus des détenus et devraient être directement intégrés avec les SDRE.

La durée moyenne d'hospitalisation est proche de cinq semaines en soins libres, et supérieure à six semaines pour toutes les modalités de soins sans consentement confondues.

Soins sans consentement 2016	Patients	%	journées	%
Soins sur décision du Représentant de l'Etat (SDRE)	55	3,76	5 281	9,25
Soins apportés aux Personnes Détenues (SPDT)	3	0,20	19	0,03
Soins aux Détenus sous Irresponsabilité Pénale (SDIP)	7	0,48	1 217	2,13
S/total SDRE	65	4,44	6 517	11,41
Soins à la Demande d'un Tiers (SDT)	346	23,66	12 731	22,31
Soins à la demande d'un tiers pour Péril Imminent (SPI)	164	11,21	4 914	8,6
Total SDDE	510	34,87	17 645	30,91
Total	575	39,32	24 162	42,32

3.2 LES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT SONT BIEN PRIS EN CHARGE A LEUR ARRIVEE

3.2.1 Les modalités d'admission

Une unité de régulation a été installée sur le centre hospitalier en novembre 2015. Cette unité est composée de cinq infirmiers qui tiennent à jour un tableau de bord informatisé des lits disponibles sur toutes les unités de l'établissement. Elle réceptionne par téléphone toute demande d'admission qu'elle provienne d'un service d'urgence, d'un centre médico-psychologique ou d'un médecin exerçant en libéral.

Toute admission est réalisée de jour comme de nuit à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), mais par exception, un patient déjà connu d'une unité est susceptible d'être pris en charge en journée directement par celle-ci sous réserve de place disponible.

Les centres hospitaliers Saint-Jean-de-Dieu, le Vinatier et Saint-Cyr-au-Mont-d'Or ont adopté des règles communes pour l'accueil des patients sans domicile fixe et hors secteur. Cette mission incombe à l'établissement deux mois par an, en avril et en novembre.

L'UHCD est définie comme une unité de post-urgence dont la mission consiste en une observation pluridisciplinaire et une orientation avant la fin de la semaine qui suit l'admission. Quelques exceptionnelles durées plus longues de prise en charge dans l'unité ont été expliquées par des situations individuelles particulières. Les patients pris en charge peuvent être admis en soins libres ou en soins sans consentement. Lors du contrôle, sur quinze patients, neuf patients étaient en soins libres et six en soins sans consentement.

Les patients arrivent le plus souvent en ambulance affrétée par les services d'origine.

A l'arrivée dans le service, les patients rencontrent le psychiatre en présence d'un infirmier. A cette occasion, le cadre d'hospitalisation est renseigné sur le logiciel Cortexte partagé par les soignants : habillage, téléphone, visites, sorties, consignes particulières et informations données au patient. Le projet de soins est alors établi avec le médecin psychiatre et il est quotidiennement évalué lors d'entretiens et au moment des réunions de l'équipe soignante.

Les prescriptions médicales sont rédigées et communiquées à l'équipe soignante. Un interne de psychiatrie est de garde la nuit et les fins de semaine pour l'établissement et un médecin de l'établissement est d'astreinte.

A noter que dans une unité, une liste de contrôle (seize mentions à renseigner) est utilisée par le personnel infirmier qui réalise l'admission ; elle concerne l'identification du patient, les renseignements à saisir sur Cortexte, la gestion des effets personnels du patient, les droits et l'information du patient (dont la désignation de la personne de confiance) et la prise en charge somatique.

Concernant la personne de confiance, c'est l'assistante médico-administrative de l'unité qui est en charge de renseigner cette information sur la fiche du patient et dans le logiciel Cortexte.

Un inventaire contradictoire des biens possédés est réalisé par un personnel infirmier. Les téléphones portables sont partout laissés aux patients sauf exception et sur prescription.

Le patient bénéficie d'un examen somatique dans les vingt-quatre heures.

3.2.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours

La notification des décisions d'hospitalisation ou de maintien des soins sans consentement est lue et soumise à la signature du patient arrivant, par le médecin ou par le personnel infirmier en service au moment de l'admission, selon les unités. L'imprimé comporte trois volets utilisés pour notifier les décisions d'admission, de prolongation ou de transformation de la mesure. Cet imprimé signale les moyens d'adresser une réclamation et de former un recours mais il n'y a pas de mise à disposition d'enveloppes timbrées.

L'information sur le juge des libertés et de la détention (JLD) est donnée, selon les services, par la secrétaire, l'infirmière ou le médecin sans qu'une formation minimale spécifique ait été organisée pour les professionnels concernés.

Les convocations et les décisions du juge des libertés sont généralement lues par les infirmiers. Le service des admissions et les assistantes médico-administratives des pôles alertent les équipes sur les décisions à notifier et surveillent les délais.

Une copie de toutes les décisions n'est pas partout systématiquement remise au patient de sorte que ce dernier n'est pas effectivement en mesure de connaître ses droits et donc de les exercer.

Recommandation

Les patients de toutes les unités doivent systématiquement recevoir copie des notifications des décisions prises.

3.2.3 Le recueil des observations des patients

L'article L 3211-3 du code de la santé publique énonce qu'avant chaque décision prononçant le maintien des soins sans consentement, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision par le psychiatre et mise à même de faire valoir ses observations.

Ces observations sont rapportées être recherchées par les médecins mais il n'y en a aucune traçabilité dans les dossiers médicaux ou sur un autre support.

Recommandation

Le recueil des observations des patients doit être formellement mis en place pour toute décision médicale, au moment de la rédaction du certificat médical.

Les certificats de 24h et 72h sont établis le plus souvent à l'UHCD. L'avis médical de saisine du juge des libertés est établi dans le service. Le médecin explique au patient le certificat médical qu'il établit car il peut être lu par le juge au patient.

3.2.4 Les cas de sur occupation et de transfert

L'unité de régulation dont les bureaux sont à proximité de l'UHCD veille à ce qu'il n'y ait pas de sur occupation. Contrairement aux autres unités, l'UHCD ne dispose pas de « lit couchette ». Aucun « lit couchette » n'est utilisé au moment du contrôle au sein de l'établissement.

Le patient est orienté prioritairement là où il a déjà été hospitalisé.

Malgré un taux d'occupation élevé, on note peu d'accueils hors secteurs, sauf les deux mois d'accueil des patients sans domicile fixe. C'est aussi durant ces périodes qu'il est parfois nécessaire d'utiliser un des six « lits couchettes » de l'établissement. Les patients sont suivis par les médecins qui exercent dans le service d'hospitalisation, même si leur domiciliation est hors secteur. Par contre c'est l'assistante sociale du secteur de rattachement qui intervient. Les liens sont faits sans difficulté avec l'extra hospitalier du secteur de rattachement.

3.3 L'INFORMATION DES PATIENTS EST EN COURS D'AMELIORATION

3.3.1 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil de l'établissement, très complet, est remis au patient à son arrivée. Après une présentation générale de l'établissement, le livret qui comporte soixante-trois pages, décrit l'admission, le séjour, la sortie, les droits des patients, les chartes, les démarches qualité et la gestion des risques. En sa partie centrale un feuillet recto-verso définit la personne de confiance et fournit l'imprimé permettant de la désigner.

Sa mise à jour n'était pas réalisée sur toutes les unités lors du contrôle. A l'UHCD seule la version 8 était délivrée qui ne comportait pas les fiches de pôles actualisées sur la version 10 distribuée dans d'autres unités.

3.3.2 Le règlement intérieur propre aux unités

Il est en cours de refonte dans presque toutes les unités et n'est pas donné au patient. Certaines unités en affichent une version non encore actualisée ou bien incomplète. L'organisation est souvent expliquée oralement : heure des repas, distribution des médicaments, visites des familles, activités possibles, accès au téléphone, relations avec l'extérieur.

3.3.3 Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011

L'information sur le rôle du JLD figure dans le livret d'accueil et est également affichée dans les unités. L'explication de la décision du JLD est réalisée au patient à l'issue de l'audience, sans que la remise d'une copie du jugement ne soit encore effective et systématique dans toutes les unités. Les voies de recours y sont mentionnées ainsi que les coordonnées du Tribunal de Grande Instance, de la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI), de la CDSP et de l'UNAFAM.

3.4 LES SOINS SANS CONSENTEMENT SONT LARGEMENT DISPENSES EN AMBULATOIRE, DANS LE CADRE DE PROGRAMMES DE SOINS

3.4.1 Les sorties de courte durée

a) Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures

Les sorties accompagnées de moins de 12h sont fréquentes : 263 certificats médicaux de sortie de moins de 12 heures pour les SPDRE et 625 pour les SPDDE, en 2016. Il n'a pas été signalé de difficultés tenant à la disponibilité du personnel pour les réaliser. Le service gérant les soins sans consentement de la délégation territoriale de l'ARS ne les transmet pas au préfet ; ces permissions de sortie sont en principe toujours accordées dès lors que le délai de prévenance est respecté (48 heures) et peuvent être groupées sur une même demande pour un patient qui sort régulièrement, par exemple pour une activité ou des soins à l'extérieur.

b) Les sorties non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures

Lorsque le préfet refuse une sortie non accompagnée, il coche un ou plusieurs des huit motifs préétablis par l'ARS. Les contrôleurs n'ont pas relevé de refus systématiques ou même fréquents dans les registres et, à l'échelon départemental, durant les deux mois précédant la visite, il y a eu 7 refus pour 232 demandes, majoritairement fondées sur le motif suivant : « *le malade n'a pas bénéficié depuis sa réadmission, de sortie accompagnée permettant d'apporter des assurances sur l'absence de persistance de troubles à l'ordre public* ». L'établissement a enregistré, en 2016, 69 certificats médicaux de sorties de moins de 48 heures pour les SPDRE et 835 pour les soins psychiatriques sur décisions du directeur de l'établissement (SPDDE).

Cependant, les médecins déplorent des refus de sorties non accompagnées pour certains patients ayant des antécédents judiciaires.

3.4.2 Les programmes de soins

Les programmes de soins constituent la forme de prise en charge la plus importante. Au 8 février 2017, 54,6 % des patients admis en SPDDE étaient en programme de soins et 27,8 % des patients en SPDRE. Pour les mesures de plus de six mois, 82 % des patients admis en SPDDE étaient en programme de soins et 33 % des patients admis en SPDRE.

La forme des programmes de soins est presque toujours ambulatoire, les médecins proposent très peu d'hospitalisations séquentielles, privilégiant des permissions de sortie avant un programme de soins ambulatoire.

A l'échelon départemental, durant l'exercice 2016, le préfet a signé 333 mesures de SPDRE parmi lesquelles 185 portaient sur la mise en place de programmes de soins.

Cependant, comme pour les permissions de sortie non accompagnées, les médecins signalent des refus fondés sur le passé pénal, qui entravent la liberté du patient et son projet de vie alors que les raisons médicales ne leur paraissent plus réunies pour une hospitalisation complète.

3.4.3 La préparation de la levée de la mesure

La sortie est envisagée dès le début de la prise en charge, dans le cadre des échanges avec les structures ambulatoires et les assistantes sociales, bien intégrées dans tous les services. Les tiers sont informés par courrier de la levée de la mesure pour les SDT.

a) La demande d'un deuxième avis médical pour les SPDRE

A l'échelon départemental, en 2016, le préfet a sollicité trente-cinq fois un deuxième avis pour 200 demandes de levées. Le directeur désigne un médecin de l'hôpital n'assurant pas la prise en charge.

b) La demande d'expertise médical pour les SPDRE

A l'échelon départemental, en 2016, le préfet a ordonné dix-sept expertises préalables à une levée de la mesure. Bien que demandées dans un délai de dix jours, elles sont le plus souvent réalisées dans un délai d'un à deux mois, par des médecins experts inscrits sur la liste de la cour d'appel de Lyon. Les médecins de l'établissement déplorent un regard parfois trop sécuritaire porté par ces experts. L'établissement a par ailleurs signalé aux contrôleurs les situations de patients en programme de soins qui ne répondent pas aux rendez-vous des experts, ou qui ne viennent plus en consultation et pour lesquels, faute de certificat médical mensuel, la mesure devrait être levée, ce qui n'est pas le cas.

c) Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé, prévu pour certains patients ayant commis des actes pour lesquels ils ont été déclarés pénalement irresponsables et pour les SPDRE se prolongeant au-delà d'un an, associe aux deux médecins un cadre de santé. Il est rapporté que cette instance donnait lieu à un réel échange avec le patient, mais qu'il arrivait aussi que le collège statue sur dossier sans rencontrer le patient.

3.5 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST ASSURE CORRECTEMENT

3.5.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Une salle d'audience est aménagée dans un pavillon (« les cèdres ») de l'établissement. Une salle d'attente et un bureau d'avocat y sont contigus. Les avocats rencontrent leurs clients, y compris les non auditionnables, dans les unités le matin avant l'audience, qui commence à 10h. Ils peuvent les rencontrer dans leur chambre, ou dans un bureau prêté par un psychiatre à l'UHCD, ou encore dans une pièce spécialement mise à disposition pour les trois unités des Calades (G34).

Bonne pratique

Les avocats rencontrent les patients dans les services avant les audiences y compris les patients indiqués comme non auditionnables.

3.5.2 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention

Quatre juges des libertés du tribunal de grande instance (TGI) de Lyon assurent à tour de rôle les audiences des trois établissements psychiatriques du ressort. Les avocats commis d'office sont désignés par le bâtonnier à raison d'un pour jusqu'à huit patients auditionnés et de deux lorsqu'ils sont plus de huit. L'assistance de l'avocat est gratuite pour le patient.

Aucune difficulté ni carence n'ont été signalées aux contrôleurs. Les avocats peuvent consulter les dossiers que le bureau des admissions transmet au TGI par télécopie dans l'après-midi des lundis qui précèdent les audiences. Des formations spécifiques sont proposées par le barreau et l'école nationale de la magistrature.

Les patients sont accompagnés par un ou deux soignants. Le tribunal a posé comme condition que le patient ne soit pas en pyjama ; ils s'y rendent de fait habillés.

3.5.3 Les décisions rendues

L'audience à laquelle ont assisté les contrôleurs s'est tenue sans incident. Les patients et leur conseil ont été dignement entendus et les patients parfaitement respectés.

Cependant, les contrôleurs ont constaté que **les décisions du JLD n'étaient pas motivées au regard de la situation personnelle du patient**. La motivation reste standard et non personnalisée au vu des débats à l'audience et du contenu du certificat médical. Lorsque la décision est rendue aussitôt (cinq sur huit le furent le jour du contrôle), la décision est expliquée par le juge et la signature du patient immédiatement demandée, attestant de sa prise de connaissance de la décision. Lorsque les décisions sont différées en début d'après-midi, le plus souvent, il incombe aux infirmiers d'expliquer la décision et de la faire signer. Une copie ne lui est pas systématiquement remise. Or cette copie permet au patient de connaître les voies de recours.

En 2016, il y eut 13 mesures levées par le juge sur 579 mesures de soins sous contrainte prises.

Recommandation

Les motivations inscrites sur les décisions du JLD doivent être personnalisées et reprendre les éléments propres au patient, au vu des débats à l'audience et du contenu des certificats médicaux.

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR FAIT L'OBJET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES SYSTEMATIQUES

La liberté d'aller et venir se traite au cas par cas selon les prescriptions du psychiatre. Il peut s'agir d'une limitation temporaire, complète ou non. Certains patients peuvent sortir de l'établissement, se rendre dans le parc, à la maison des usagers, au sport ou à l'art-thérapie. Les patients voulant sortir demandent l'ouverture de la porte aux soignants et sonnent pour rentrer. Durant la visite des contrôleurs, toutes les unités étaient fermées en raison de la présence de patients ne pouvant sortir, sauf l'unité Montesquieu et l'unité des Roches qui a été ouverte la semaine du contrôle en application d'une décision prise plusieurs semaines auparavant ; cette ouverture de 9h à 12h et de 14h30 à 19h a fait l'objet d'un affichage mais aurait gagné à être précédée d'une réunion soignants-soignés pour en préciser le sens.

4.2 LE LIBRE CHOIX DU MEDECIN EST EXERCE DANS LES LIMITES DES EFFECTIFS

Les patients peuvent solliciter de changer de médecin au sein du secteur psychiatrique et cette possibilité est mentionnée dans le livret d'accueil. Ce choix est bien sûr limité par le nombre restreint de psychiatres par unité, et les demandes de patients ne sont pas fréquentes. Les volontés des patients sont dites respectées par les praticiens.

4.3 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS DOIT RESTER DANS SON ROLE

L'assistante sociale participe aux réunions quotidiennes et aux synthèses hebdomadaires. Très bien intégrée dans l'équipe, elle fait le lien avec l'extérieur, notamment les tuteurs et curateurs. Certaines mesures de protection sont confiées au service « mandataire judiciaire pour la protection des majeurs » (MJPM), situé au sein de l'hôpital.

Les contrôleurs regrettent cependant une place inadéquate prise par le service mandataire dans la mesure de restriction de liberté puisqu'à l'occasion des audiences du JLD, le mandataire émet un avis en opportunité sur la poursuite de l'hospitalisation sous contrainte au sein de son établissement.

4.4 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION PEUT ETRE AMELIOREE

Cette notion figure en page 25 du livret d'accueil mais la question n'est pas posée lors de l'entretien d'accueil. Pourtant la procédure est prévue par le service des admissions : les agents du standard et de l'accueil mettent un *post-it* pour ne donner aucune information si un patient demande une hospitalisation confidentielle. C'est surtout la question de la personne à prévenir (ou pas) qui est posée. Il n'y a pas de protocole spécifique pour la réponse téléphonique au niveau du standard.

4.5 LES BIENS DES PATIENTS SONT BIEN PRIS EN COMPTE

Un inventaire contradictoire des biens est effectué à l'entrée et à la sortie du patient. Les biens possédés et nécessitant d'être retirés aux patients sont consignés dans le bureau des infirmiers ou déposés à la régie du bureau des admissions : les valeurs (espèces au-dessus de 50 euros, carnets de chèques et cartes bancaires), bijoux et documents officiels sont placés dans une enveloppe. Les téléphones portables sont laissés aux patients sauf exception et sur prescription. Les cigarettes sont laissées au patient sauf lors d'un isolement. Les casiers de chaque patient sont dans une armoire ouverte du bureau des infirmiers.

Il existe également des bagageries pour les gros volumes en attente de remise à la famille; les placards dans les chambres ferment par code dans certaines unités uniquement (G34).

4.6 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST SATISFAIT ET LES PATIENTS PEUVENT ETRE ACCOMPAGNES DANS SA LECTURE

Le livret d'accueil informe les patients des modalités d'accès à leur dossier médical. En 2016, quarante demandes ont été formulées et les délais de communication ont été respectés dans tous les cas, qu'il s'agisse des dossiers de plus ou moins de cinq ans. Une participation aux frais d'envoi est demandée et l'accompagnement médical pour la consultation est proposé. Ces chiffres ne tiennent pas compte des éventuelles demandes directes et non formalisées auprès des médecins. La consultation du dossier médical est en pratique réalisée en présence du psychiatre traitant.

4.7 LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE PEUT ENCORE ETRE AMELIOREE

Les équipes sont toutes sensibilisées à l'intérêt de cette désignation et le livret d'accueil explique clairement la place de cette personne de confiance vis-à-vis du patient; en pratique, l'item est renseigné (par un nom ou la mention ne veut pas) dans le dossier Cortexte dans 54 % des cas par la secrétaire. Mais ensuite personne ne traite vraiment cette demande, ni dans le service ni aux admissions. La personne de confiance désignée n'est pas contactée par l'hôpital, son rôle ne lui est pas expliqué, elle n'est pas invitée à signer la désignation faite par le patient.

4.8 LA SEXUALITE EST UNE LIBERTE RESPECTEE

Le rapport CRUQPC¹2015 indique que la question de l'interdiction ne peut être traitée qu'au cas par cas et que le règlement intérieur de l'établissement ne peut interdire la sexualité. Elle ne fait l'objet d'aucune mention dans le règlement intérieur ou dans le livret d'accueil. Des préservatifs sont à disposition dans les sanitaires de la maison des usagers (présence indiquée dans le livret d'accueil) et il arrive aussi parfois que les infirmiers ou les médecins somaticiens en distribuent au cours d'échanges avec les patients concernant cette question. Une fois par an une réunion de prévention (VIH, MST, hépatites, contraception) a lieu à la maison des usagers.

Enfin, dans les unités des bâtiments récents, les portes des chambres peuvent se fermer à clef de l'intérieur, ce qui évite aux personnes d'être importunées par d'autres.

La sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle en tant que telle mais elle a été lorsque nécessaire bien gérée, admise dans la mesure où le réel consentement était observé.

4.9 LE DROIT DE VOTE EST RESPECTE

Le service qualité envoie aux cadres des unités un email quinze jours avant les élections pour recenser les besoins en procurations. La gendarmerie vient les enregistrer et les sorties sont facilitées avec des soignants ou la famille pour aller voter. Les opérations seront lancées quinze jours avant les prochains scrutins.

4.10 LES ACTIVITES RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES SONT PEU DEMANDEES ET PEU DEVELOPPEES

Une salle à la maison des usagers est à disposition de l'aumônerie catholique dont trois représentants viennent bénévolement. Les représentants des autres cultes ne viennent pas. Il

¹ CRUQPC : commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

n'y a pas d'affichage sur les activités religieuses dans les unités et l'offre est mal connue des soignants.

5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

5.1 L'ISOLEMENT EST FREQUENT MAIS TOUJOURS PRESCRIT

L'établissement dispose au total de huit chambres dites de soins intensifs destinées à l'isolement d'un malade, et bien comptabilisées en plus des lits traditionnels. G34 en compte une par unité et pour G35 on en trouve deux à l'unité Hélianthe et une à l'unité des jeunes adultes ; Enfin, l'UHCD en dispose de deux.

En 2016 il y a eu 5 249 journées d'isolement pour 307 patients sur un total de 546 patients admis en soins sans consentement, soit 56,2 % ; il concernait le jour du contrôle cinq patients dont deux avec une durée de plus de huit jours expliquée par un contexte clinique spécifique et aucun patient en soins libres. Seuls les patients en hospitalisation sans consentement ont été placés en CSI et le statut du patient est renseigné au moment de la prescription sur Cortexte.

L'isolement est toujours prescrit par le médecin, sur le logiciel Cortexte au sein du classeur «psychiatre»; il permet la prescription horodatée, le renouvellement ou non, la mention de l'indication, de l'état psychique du malade, des risques somatiques ou autres, la prescription d'une contention associée, les modalités de sorties, repas, toilettes, consignes de surveillance. Cette prescription permet également la traçabilité des isolements hors chambre d'isolement à proprement parler, par défaut de place immédiate. Ces isolements sont très rares et courts.

Il existe de nombreux protocoles : consignes pour l'installation au lit, pour l'utilisation du matériel de contention, pour la prévention des risques thromboemboliques. Ces protocoles sont disponibles dans toutes les unités sur le logiciel Blue Medi mais sont rarement affichés en salle de soins.

Toutes les chambres d'isolement sont lumineuses et de dimensions satisfaisantes. Elles sont équipées d'un lavabo, mais beaucoup ont l'arrivée d'eau fermée, ainsi que d'un WC avec muret de confidentialité sauf à l'UHCD. Toutes disposent d'un sas permettant l'accès à une douche ; aucune douche n'est équipée de patère en caoutchouc et les patients doivent déposer les vêtements à l'extérieur sur une table. Tous les lits sont fixés au sol et ne peuvent se relever au niveau de la tête ; chaque chambre dispose donc d'un matériel mobile, rangé dans le sas, à placer sous le matelas au niveau de la tête pour permettre la station assise lors du repas. Toutes les chambres disposent d'un bouton d'appel qui fonctionne avec un deuxième bouton- poussoir au niveau du lit à l'endroit de la main pour les moments de contention.

Enfin quelques chambres ne permettent pas la visibilité d'une horloge pour s'orienter dans le temps et seulement deux disposent d'un miroir permettant de se raser (UHCD). Aucune chambre ne permet au patient d'allumer ou d'éteindre la lumière de sa chambre.

Certaines chambres présentent des particularités ; à Hélianthe les deux chambres disposent d'un plafond en bois qui participe d'un aspect moins austère ; à Montesquieu et La Boétie, la chambre dispose d'une petite cour privative permettant au patient de sortir et fumer.

Les contrôleurs notent qu'une EPP est en cours sur l'isolement thérapeutique avec l'idée d'une alerte mail aux soignants pour tout isolement dépassant sept jours qui permet depuis peu de sensibiliser le médecin et l'équipe soignante sur la pertinence ou non du maintien en isolement. Cette EPP prévoit également l'utilisation d'une grille d'analyse prospective sur la clinique et la thérapeutique.

Les contrôleurs ont noté une expérimentation prochainement initiée par les soignants de l'unité Condorcet visant à étudier les effets de la musique au sein d'une chambre d'isolement ; des

travaux ont permis d'inscrire sur un mur de la chambre quelques symboles simples permettant de choisir la diffusion d'une musique, son style et son volume sonore.



Inscription en relief sur un mur d'une chambre d'isolement permettant le choix d'une musique ; Unité Condorcet

Recommandation

Toutes les chambres d'isolement doivent permettre de s'orienter dans le temps avec une visibilité sur une horloge ; des patères anti-suicide doivent être installées dans les douches. Le patient doit pouvoir allumer et éteindre la lumière de sa chambre comme il le souhaite et pouvoir se servir du point d'eau.



Chambres d'isolement. UHCD et Unité Montesquieu. 8 février 2017

5.2 LA CONTENTION EST TROP SOUVENT SYSTEMATIQUE DANS LES PREMIERS TEMPS DE L'ISOLEMENT

Les contentions font systématiquement l'objet d'une prescription sur Cortexte, pour un maximum de douze heures, renouvelées si besoin par le médecin et font l'objet de protocoles pour leur mise en place. La traçabilité est parfaite par patient mais il n'est pas aisé de faire des extractions pour l'analyse des pratiques sur un ensemble de patients.

Le recensement de toutes les mises en isolement des deux derniers mois de 2016 montre cependant **une tendance à la systématisation de la contention initiale : trente-quatre patients sur trente-huit placés en isolement ont eu une contention initiale**, très majoritairement courte et inférieure à vingt-quatre heures. Aucun des cinq malades présents en chambre d'isolement le jour du contrôle ne portait de contention.

Les matériels de contention (de marque *Renol*) ont été récemment changés et permettent de disposer, y compris par mutualisation entre services, de tout le matériel nécessaire. Ils sont entreposés dans des caisses fermées au sein des salles de soins sous la responsabilité du cadre de santé de l'unité et sont nettoyés après usage.

Chaque service dispose d'un kit de contention avec deux attaches poignets, une ceinture cheville, une ceinture ventrale et onze fermetures «*STEEL*». Il existe également un kit pédiatrique pour les personnes de petit poids. Enfin, outre les protocoles présents sur Blue Medi pour l'installation des contentions, certains soignants procèdent actuellement à la réalisation d'un tutoriel vidéo pour permettre l'auto-formation de tous les professionnels de l'établissement.

A noter également l'existence d'une EPP sur la contention physique depuis février 2016, initiée par le bureau du COVIRISQ, avec une grille d'évaluation en cours de discussion. Elle soulève les questions de pertinence médicale individuelle de la prescription, l'usage variable d'un anticoagulant en prévention des thromboses, la question des escarres, de l'examen somatique régulier, de la surveillance concrète.

Enfin et au-delà de la contention, une troisième EPP « restriction de liberté » également en cours, aborde l'ensemble des mesures possibles de restriction de liberté (ordinateur, téléphone, tabac, pyjama, droit de visite, sortie, courrier, droit de vote, culte, choix alimentaire) avec une grille d'analyse et des premières réflexions sur les pratiques à même de pouvoir être adaptées dans le temps.

Les contrôleurs ont noté enfin que l'unité Roches se démarque par l'absence d'usage du pyjama et de contentions.

Bonne pratique

L'établissement a mis en place des évaluations des pratiques professionnelles sur l'isolement thérapeutique, la contention et les restrictions de liberté qui permettent le développement d'outil de bonnes pratiques professionnelles, par exemple une alerte mail pour des isolements dépassant sept jours.

5.3 LE REGISTRE INFORMATISE N'EST PAS ENCORE OPERATIONNEL

Le registre et la traçabilité des mesures d'isolement et de contention sont informatisés et les praticiens prescrivent tous et systématiquement, de manière très complète, la partie spécifique du logiciel Cortexte. La mise en place de cet outil témoigne de la qualité de la prise en charge de l'isolement par les soignants, mais il restera une dernière phase à construire pour le rendre,

comme le prévoit la loi, opérationnel dans sa vocation d'analyse des pratiques de manière globale et par unité. Ce registre, et donc la vision d'ensemble de la pratique qu'il permet, devra être présenté devant la CDSP.

Bonne pratique

La traçabilité informatique de toutes les prescriptions et restrictions de liberté témoigne d'une réelle prise en compte de cette dimension du soin par les soignants ; elle permettra à terme une analyse exhaustive des pratiques.

Recommandation

Un registre opérationnel permettant de connaître en temps réel la pratique de l'isolement et de la contention doit être mis en place.

6. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

6.1 LA VIE COURANTE DES PATIENTS EST FACILITEE

6.1.1 Les locaux

Les contrôleurs ont visité six unités d'hospitalisation complète et l'UHCD.

Chaque unité comprend les bureaux des psychiatres, le bureau des infirmiers, la salle de réunion, une cuisine, une salle à manger, un ou deux salons de télévision, une salle d'activité, un ou deux patios.

On note une différence entre les bâtiments récents et anciens ; les bâtiments récents (trois unités G34 et l'unité Hélianthe) comportent des chambres individuelles et pourvues de sanitaires. Par unité, deux chambres doubles sont prévues pour des patients fragiles ou qui ne souhaitent pas être seuls. Les portes peuvent être fermées de l'intérieur pour préserver l'intimité. Il est recommandé dans le livret d'accueil de ne garder que peu de choses dans les placards, ceux-ci étant cependant dotés d'un code pour être fermés.

Il y a peu d'affichage dans les unités, parfois le règlement intérieur comme à l'UHCD, souvent la fiche « *usagers vos droits* » extrait de la circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée. Cette affiche explique le libre choix de l'établissement de santé, la garantie de qualité des soins offerte, le droit à l'information, le rappel du consentement libre et éclairé du patient pour tout acte médical, le respect de la vie privée.

A l'opposé, les bâtiments anciens comme l'unité Roches et l'unité Jeunes Adultes ont des chambres sans douche, un aspect plus vétuste, voire même pour l'UHCD, une chambre très petite (7 m²). Les locaux y sont en général exigus, l'accueil des familles ne dispose pas d'endroit adéquat, et un couloir fait office de salon à l'UHCD. Les réflexions en cours sur les prochains travaux bâtimentaires devront bien sûr intégrer ces besoins y compris en locaux pour les professionnels.



Couloir faisant office de salon de visite ; UHCD

6.1.2 La restauration

Dans chaque unité une salle à manger et une petite cuisine sont à disposition sauf l'unité Roches et l'Unité des jeunes adultes qui partagent la même salle mais à des horaires différents. La

restauration est assurée par la cuisine centrale qui distribue environ 800 repas chaque jour pour l'ensemble de l'établissement en plats pour quatre. Les patients se placent en salle selon leurs affinités ; dans certaines unités les soignants partagent le moment du repas avec les patients. Les menus sont composés avec une diététicienne et les repas sont livrés puis réchauffés dans chaque unité, et servis aux horaires normaux (entre 18h45 et 19h15 le soir). Le matin, pain frais et lait sont également livrés, le beurre et les confitures ainsi que le café, le thé ou le chocolat étant gérés par les agents des services hospitaliers (ASH) des unités comme les fruits et la collation de 16h. Des tisanes sont disponibles le soir sur demande.

Quelques régimes spécifiques sont prescrits : hypocaloriques ou pour personnes diabétiques. Il n'y a pas de repas halal à proprement parler mais des plats de substitution sont proposés (poisson, omelette). Aucune réclamation n'a été faite au sujet de l'alimentation par les patients.

6.1.3 L'hygiène

Quatre ASH ont en charge, par unité et par roulement, l'entretien des chambres et des parties communes, et le service pour le petit déjeuner et les repas.

Le linge personnel (qui n'est pas pris en charge par la famille) est marqué au nom du patient est envoyé à la buanderie centrale et rendu propre aux patients dans les vingt-quatre heures. L'activité est sous-traitée par un ESAT (établissement et service d'aide par le travail) pour le linge plat, (draps, couvertures, serviettes de toilette) et les tenues de travail des soignants ; l'ESAT se charge également de raccommoder les vêtements abîmés. Les patients les plus autonomes peuvent aussi porter eux-mêmes leur linge à la laverie de la maison des usagers où pour 4 euros, huit kilos de linge sont lavés et séchés.

Des kits d'hygiène, stockés au magasin central, sont distribués gracieusement à la demande. A l'UHCD, ces kits sont stockés au sein de l'unité et un don de vêtements est également possible pour les plus démunis.

Il est interdit d'introduire et de conserver des denrées périssables au sein des unités de soins.

Une coiffeuse effectue une prestation sur rendez-vous au sein de la maison des usagers.

6.1.4 La sécurité

La question de la sécurité incendie est très bien traitée avec des formations, des exercices réguliers et une réflexion sérieuse sur sa prise en compte. L'unité de régulation infirmière a connaissance de toutes les personnes placées en isolement et contention en temps réel, ce qui permet de renseigner les secours en cas d'incendie.

La sécurité des personnes, sous l'angle de l'intrusion et de la fugue, a fait l'objet d'un diagnostic de la sûreté de l'établissement en 2014. Cette analyse a amené le centre hospitalier à solliciter la création d'un service de sûreté de quatorze personnes. Le 3 mars 2015, l'ARS signifiait l'absence de financements disponibles pour ces aménagements et proposait un redéploiement interne de ressources. Depuis cette réponse, aucune nouvelle réflexion n'a permis de dégager une prise en compte de cette problématique alors même qu'il est signalé aux contrôleurs la persistance de commerces illicites dans le parc.

A ce jour une seule caméra est placée à l'entrée de l'établissement et des rondes de vigiles ont lieu avec une fréquence plus grande le week-end.

6.1.5 Les transports

Un parc de véhicules est à disposition des soignants pour accompagner les patients à leur rendez-vous médicaux chez les spécialistes ou dans d'autres structures ou, pour aller chercher les patients détenus. Si l'état de santé le justifie, le médecin peut aussi prescrire un transport par taxi ou véhicule sanitaire léger. Les frais seront alors remboursés par la caisse d'assurance maladie. Les proches ou la famille peuvent aussi accompagner le patient. Comme pour les visites, ils peuvent se garer dans l'établissement après avoir prévenu le service des entrées.

6.1.6 L'accès au tabac

Il est interdit de fumer dans les unités sauf dans certains patios jusque 23h. Des petits parcs jouxtant les unités et le grand parc de l'établissement pour ceux qui peuvent sortir, sont accessibles. On ne peut pas acheter de cigarettes *intra-muros*.

Il n'y a pas d'affichage sur la prévention ni sur la possibilité de bénéficier de substituts nicotiques. Il est possible d'autoriser le patient en chambre d'isolement à sortir lors de courtes pauses pour fumer soit dans la petite cour attenante à la chambre d'isolement soit dans le petit parc. Le personnel infirmier peut être amené à distribuer quelques cigarettes en cas de manque trop aigu d'un patient. Le problème de la gestion du tabac lors de l'isolement ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle commune et cette gestion se fait différemment et au cas par cas selon les unités, avec des phases de sevrages ni souhaitées ni réellement prises en compte.

Recommandation

L'accès au tabac lors des moments d'isolement doit faire l'objet d'une prise en compte protocolisée afin d'éviter des sevrages ni souhaités ni traités.

6.2 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FACILITEES

6.2.1 Le téléphone

La plupart des patients ont un téléphone portable qu'ils peuvent garder avec eux sauf prescription médicale ; un seul patient présent à l'UHCD a une restriction médicale au moment du contrôle pour des harcèlements téléphoniques auprès de personnes extérieures. Pour ceux qui n'ont pas de téléphone portable, un poste téléphonique est installé dans chaque unité mais les communications sont peu confidentielles en absence de cabine. . Le combiné est placé trop haut. Parfois les infirmiers prêtent le téléphone du service.

Les patients hospitalisés en soins sans consentement depuis plus d'un mois témoignent d'une limitation au téléphone due à l'utilisation de la carte pré payée et de forfaits bloqués. Ils sont davantage utilisateurs du poste téléphonique public mais préfèrent souvent le téléphone portable d'un autre patient.

6.2.2 Le courrier

La distribution et l'envoi ne suscitent aucune remarque. Le courrier est distribué et relevé tous les jours de la semaine sauf le week-end. Il doit être affranchi et n'est pas ouvert.

6.2.3 La télévision

Elle n'est pas autorisée dans les chambres (l'interdiction est mentionnée dans le livret d'accueil) et seuls un ou deux postes sont installés par unité dans une petite salle peu conviviale. Beaucoup de postes de télévision ne disposent pas de télécommandes qui doivent être demandées aux équipes soignantes.

Recommandation

Une réflexion pourra s'engager sur l'actuelle interdiction de disposer d'un poste de télévision dans les chambres dans la mesure où un écran pourrait être loué et où les tablettes et smartphones ont accès à ce service via le réseau 4G.

6.2.4 L'informatique et l'accès à internet

Il n'y a pas de wifi ni d'ordinateurs dans les unités mais un réseau 4G permet un accès à internet via un smartphone. Seuls deux ordinateurs en accès libre sont disponibles à la maison des usagers tous les après-midi et les week-ends.

6.2.5 Les visites

Les visites sont autorisées tous les après-midis dans chaque unité à partir de 14h30 et jusqu'à 18h30. Les interdictions de visites sont très rares et souvent sur demande des patients. Les visiteurs peuvent aller dans les chambres (excepté les moins de 15 ans), dans le salon des familles dans les unités des bâtiments récents, dans le parc ou à la maison des usagers. Ils peuvent aussi déjeuner au restaurant du personnel sauf le week-end end et les jours fériés. Les unités des bâtiments anciens n'ont souvent pas de local à proposer pour ces visites. Au sein de l'UHCD, c'est un couloir allant vers l'extérieur qui fait office de salon d'accueil.

6.2.6 L'argent de poche

Au cas par cas, les patients peuvent conserver de l'argent dans le placard de leur chambre fermé par un code. Mais il est indiqué dans le livret d'accueil qu'il vaut mieux confier à la régie du bureau des admissions les moyens de paiement (cartes bancaires, chéquiers) et objets de valeur. Pour récupérer soit des sommes de plus de 150 euros, soit ces moyens de paiement, il faut prévenir la régie au moins 24 h à l'avance.

6.3 L'ACCES AUX ACTIVITES EST INEGAL EN FONCTION DES UNITES ET CES ACTIVITES DOIVENT ETRE PLUS SYSTEMATIQUEMENT INTEGREES DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

6.3.1 La maison des usagers

L'établissement ne dispose ni en son sein ni à proximité immédiate, d'une boutique polyvalente avec vente de revues, livres et denrées alimentaires, ou d'une bibliothèque accessible au public. En revanche la maison des usagers (MDU) est un lieu accessible aux patients, à leurs proches, à toute personne le désirant, géré par deux soignants. Les patients en soins sans consentement peuvent s'y rendre si le médecin autorise par prescription cette sortie. Cet espace est ouvert du lundi au dimanche de 14h à 18h, c'est un lieu convivial qui propose divers services : cafétéria, bibliothèque sans prêt formalisé et trois abonnements : *Progrès de Lyon*, *Femme actuelle* et un magazine de décoration; on y trouve également des présentoirs avec de nombreux documents, un espace internet avec deux ordinateurs à disposition, un salon d'accueil des familles, une

laverie automatique, un espace coiffure (prestation extérieure payante), un distributeur de préservatifs gratuits dans les sanitaires et une terrasse extérieure avec pelouse et petit jardin floral.

Le jeudi après-midi, des associations sont présentes (groupes d'entraide mutuelle, information sur le logement, l'alcool, l'insertion, le soutien aux familles, les loisirs) et les patients sont informés par voie d'affiche dans leurs unités.

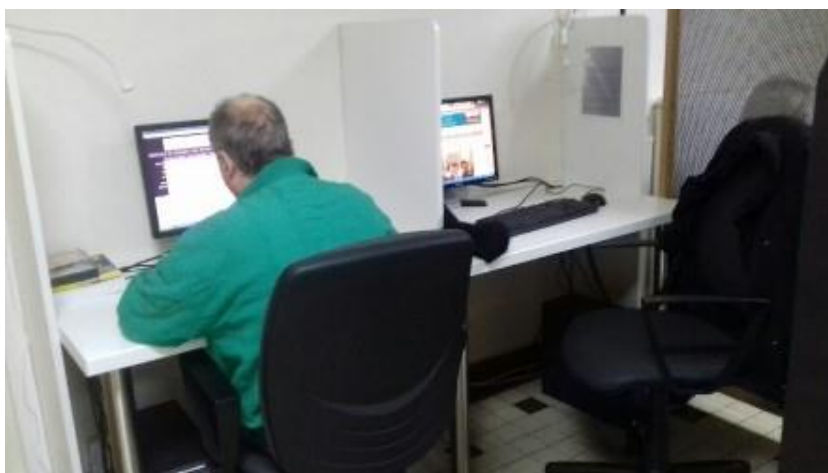
Une salle sert également pour l'aumônerie catholique.

Des soins esthétiques sont donnés bénévolement par la chargée d'accueil (socio-esthéticienne) mais une esthéticienne professionnelle est également présente une fois par semaine pour des soins payants au premier étage du bâtiment.

Cette maison des usagers s'est constituée sur une volonté forte de l'établissement et l'implication des soignants ; elle n'a pas fait l'objet d'un financement spécifique et repose sur le don, le bénévolat et un redéploiement interne.



Grande salle de la maison des usagers ; espace cafétéria.



Deux postes informatiques avec accès internet, maison des usagers

Recommandation

La maison des usagers permet l'approche de la réinsertion sociale indissociable du projet de soins d'un patient de psychiatrie. Son existence doit être reconnue comme intégrant le soin à part entière et son fonctionnement pérennisé y compris en termes de financement.

6.3.2 L'art-thérapie

L'art-thérapie est une activité prescrite par les psychiatres des différentes unités.

Trois responsables, à la fois infirmières, art-thérapeutes et plasticiennes accueillent aussi bien des patients des unités d'hébergement (y compris en soins sans consentement) que des patients en soins ambulatoires par groupes de six à huit patients ou individuellement.

Le travail de création (tant dans les groupes de sensibilisation que dans des ateliers à thèmes ou dans des projets spécifiques : botanique, robes, bestiaires) est remarquable permettant l'utilisation de matériaux et de techniques différentes : peinture, dessin, collages, sculpture, gravure, papiers, tissus, terre.

Des expositions sont organisées *extra et intra-muros*.

Des bilans internes et des évaluations individuelles sont programmés en présence du médecin référent.

Bonne pratique

Le centre hospitalier offre, de manière intégrée aux soins, une activité d'art-thérapie et valorise les œuvres des patients, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement.



Affiche pour l'exposition « le bal des débutantes » et création photo d'un patient

6.3.3 Les activités sportives

Les activités physiques et sportives adaptées sont prescrites sur avis médical, y compris pour des patients admis en soins sans consentement. Une salle de sports et un terrain sont gérés par un infirmier moniteur de sport et une éducatrice sportive. Ils accueillent des patients de toutes les unités qui se déplacent en groupes par pôle, accompagnés ou non selon leur état, avec les référents sport de chaque unité présents durant les séances. Celles-ci, d'une durée d'une heure et demie, allient la gymnastique douce, l'étirement, les mouvements et des séquences de six séances sur un thème : les raquettes, le tir à l'arc, l'escrime, l'escalade, les jeux collectifs.

Un groupe intersectoriel se déroule le jeudi matin dans la salle de sport. Il permet des rencontres entre des patients et des soignants référents de différents pôles.

Durant la semaine du contrôle, dix-neuf patients participaient à l'activité sport, dont six en soins sans consentement.

Bonne pratique

L'établissement a développé une offre d'activités physiques et sportives adaptée, variée et professionnalisée.

6.3.4 Les activités occupationnelles

Les activités dites occupationnelles sans prescription sont sensiblement différentes d'une unité à l'autre. Certaines unités ne proposent quasiment pas d'activité et le réfectoire est le seul espace où l'on peut organiser quelques actions. Souvent on ne trouve que quelques livres, parfois quelques jeux ; cependant, ponctuellement et toujours en lien avec l'initiative de soignants, sont rapportées des réelles activités dans certaines unités: activité photo langage, maquillage, puzzle, baby-foot, tricot, gymnastique douce, karaoké, cuisine, maniement d'un punching-ball, salle Snoezelen; les initiatives existent mais ne sont malheureusement pas mutualisées ou partagées entre unités. Par exemple, il existe une salle Snoezelen dans deux unités différentes mais les soignants de chaque unité pensent avoir la seule de l'établissement.

L'unité Roches dispose d'une salle d'activité plus fournie et investie par les patients mais peu par les soignants. Certaines activités n'existent plus comme la marche, le chant voire les groupes de paroles.

De manière globale, il n'y a aucun tableau d'affichage au sein des unités rappelant l'ensemble des activités possibles au sein de l'établissement (prescrites comme non prescrites) sur lequel le patient pourrait s'inscrire spontanément.

Recommandation

Les activités proposées au sein des différents services doivent être mieux intégrées et valorisées au sein des projets de soins des patients ; les infrastructures, matériels et compétences des soignants doivent être mutualisés et mieux utilisés ; un affichage clair et exhaustif des activités doit permettre aux patients de s'inscrire dans la démarche de leur choix.

6.4 LES SOINS SOMATIQUES SONT TRES ACCESSIBLES

6.4.1 L'accès au médecin généraliste

L'accès au médecin généraliste est facile depuis un service de médecine générale placé au sein même de l'établissement et disposant de trois médecins généralistes (2,4 équivalents temps plein). Les médecins voient chaque patient à son entrée et passent tous les matins dans chaque unité. Dans les unités, les patients sont examinés dans leur chambre. Pour les nuits et week-ends, l'astreinte somatique est réalisée de fait par l'interne de garde et le médecin psychiatre d'astreinte qui appelle le centre 15 pour régulation et transfert sur les urgences en cas de nécessité.

6.4.2 Les consultations spécialisées

Tous les plateaux techniques spécialisés sont à disposition à Lyon et les patients sont conduits en tant que de besoin auprès des différents spécialistes. Aucune difficulté d'accompagnement n'est signalée.

6.4.3 La pharmacie

Chaque unité dispose d'une dotation propre en supplément des traitements de chaque patient. Les médicaments sont préparés par l'équipe de nuit. La distribution s'effectue dans la salle de soins par le personnel infirmier avant les repas (8h30, 11h30, 18h30 et 22h) de manière individuelle mais porte ouverte, avec contrôle informatique de la prescription.

6.4.4 Le comité de coordination des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRISQ)

La gouvernance du programme qualité sécurité des soins s'effectue autour de différents outils ou institutions, sous le pilotage du comité de coordination des vigilances des risques et de la qualité, l'observatoire des situations de violences, la commission des relations avec les usagers, l'observatoire des droits des patients. Les comptes rendus des différentes instances sont réalisés et diffusés. Les mesures de restrictions de liberté y sont largement abordées.

6.5 LES INCIDENTS SONT SYSTEMATIQUEMENT SIGNALES ET ANALYSES ET LES VICTIMES DE VIOLENCES ACCOMPAGNEES

6.5.1 Le traitement des plaintes et réclamations

Le service qualité a enregistré en 2016 trente réclamations (pour vingt-six en 2015) dont dix-huit portaient sur des aspects médicaux. Le délai de réponse moyen s'est élevé à neuf jours et aucune situation n'a donné lieu à médiation. Depuis 2015, chaque réclamation fait systématiquement l'objet d'un signalement d'événement indésirable (EI).

6.5.2 Les événements indésirables

a) Les violences et événements indésirables

En 2016, 558 fiches d'événements indésirables ont été renseignées par les agents contre 459 en 2015. Cette augmentation résulte de l'application d'une « charte d'encouragement à la déclaration des événements indésirables », mise en œuvre afin d'analyser les EI et d'apporter les corrections nécessaires dans l'organisation des soins.

Ainsi, l'analyse des vingt-deux EI médicamenteux a donné lieu à des actions d'amélioration de la préparation et de la distribution des traitements.

Treize EI concernaient des violences entre patients et quatre-vingt-sept des violences sur des agents, dont quatre ont occasionné des blessures. Les patients comme les agents sont accompagnés par le service qualité s'ils souhaitent déposer plainte et les déclarants décident, en fonction de leur ressenti et non de la gravité objective, si l'EI doit être transmis à l'observatoire clinique des situations de violence, en charge de proposer des actions préventives et des procédures d'accompagnement des personnes agressées. Cet observatoire se réunit chaque mois et analyse l'ensemble des déclarations des agents qui ont signalé leur ressenti sur le système de recueil informatisé ; l'agent peut solliciter un entretien avec un membre de l'observatoire s'il en ressent le besoin ; un sur cinq le fait.

b) La gestion des sorties sans autorisation

Les sorties sans autorisation sont systématiquement signalées aux services administratifs ; elles se sont élevées à quatre-vingt-neuf en 2015. En fonction de la situation (statut d'hospitalisation mais également vulnérabilité du patient), elles donnent, ou non, lieu à un traitement approfondi et au lancement d'actions.

6.6 L'ADMISSION DE PERSONNES DETENUES EST TRES RARE MAIS DEVRA ETRE AMELIOREE

Il n'existe pas de protocole ou convention entre les différents partenaires impliqués définissant la prise en charge par l'établissement des détenus.

Cette prise en charge n'a concerné que trois personnes détenues en 2016, dans trois unités différentes de l'établissement, par défaut de place à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lyon ; **tous ont été placés en isolement**. L'équipe soignante déplore une absence d'information sur le détenu afin d'organiser les conditions de transport les plus appropriées. Le transfert de la personne détenue est en effet à la charge du personnel soignant de Saint-Cyr qui va chercher en ambulance le patient à la maison d'arrêt de Villefranche-sur-Saône. Le patient est en général contenu durant le trajet.

Les contrôleurs ont pu vérifier que les patients détenus restaient en chambre d'isolement durant tout leur séjour (respectivement pour les cas évoqués ci-dessus : onze jours, onze jours et cinq jours). Il a été dit que des plages de sorties dans l'unité pouvaient être organisées dans la journée mais aussi que des patients détenus pouvaient être placés en chambre ordinaire et se déplacer comme n'importe quel patient, ce qui n'a pas été le cas des trois patients reçus en 2016. Les personnes détenues ont accès aux appels téléphoniques et aux visites.

En général les patients accueillis à Saint-Cyr partent ensuite à l'UHSA mais certains retournent en détention. C'est alors un retour avec escorte pénitentiaire.

Recommandation

Avant l'hospitalisation d'une personne détenue, les soignants doivent disposer de toutes les informations nécessaires de l'administration pénitentiaire pour organiser le transport dans les conditions les plus appropriées.

Recommandation

Une personne détenue prise en charge par l'établissement ne doit pas systématiquement être placée à l'isolement du seul fait de sa qualité de détenu.

7. LES CONDITIONS PROPRES AUX UNITES

7.1 LA VIE INSTITUTIONNELLE EST RICHE MAIS SENSIBLEMENT DIFFERENTE SELON LES UNITES ET LES POLES

Chaque unité a sa propre organisation avec cependant des points communs incontournables.

Le matin, dès 7h, ont lieu les transmissions des informations de la nuit entre équipes de nuit et de jour. Les mêmes transmissions se font lors de la relève d'équipe à 13h30 et le soir à 21h.

A 9h, une réunion appelée « flash » évoque l'ensemble des patients suivis par le service autour des médecins du service et en présence de tous les soignants et de l'assistante sociale.

A ces réunions s'ajoutent en fonction des unités, des réunions mensuelles des médecins, des réunions mensuelles avec les cadres de santé, des présentations de cas cliniques avec tous les soignants, des réunions intra / extra hospitalier avec l'ensemble des soignants en intra et extrahospitalier, des réunions de pôle avec le chef de pôle et le cadre supérieur de pôle, des conseils de pôle.

Certains services ont remis en place les réunions institutionnelles soignants-soignés et en retirent des aspects positifs. Enfin, une analyse des pratiques par une psychologue extérieure à l'établissement tenant le rôle de superviseur est également rapportée dans certaines unités.

7.2 LE PROJET D'ETABLISSEMENT DEFINIT UN PROJET MEDICAL PARTAGE

Le centre hospitalier spécialisé de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or a été créé en 1972 pour recevoir les patients déficitaires chronicisés, avec une architecture peu modulable. Par ailleurs il couvre un vaste territoire dont il est excentré et dispose d'un personnel en proportion légèrement plus faible que les établissements voisins si on compare les ratios patients par ETP de professionnels.

Il a donc construit son évolution dans la prise en charge des patients sur une ouverture forte sur l'extra hospitalier dans une recherche de travail en réseau. Les alternatives à l'hospitalisation sont recherchées et le temps d'hospitalisation est souhaité le plus court possible.

Ainsi le projet d'établissement s'inscrit dans :

7.2.1 Le développement de l'activité au sein même des territoires

L'établissement souhaite par exemple la mise en place d'un centre d'accueil en périnatalité, le développement de la psychiatrie de liaison avec une équipe mobile gériatrique à compétence psychiatrique, en place depuis janvier 2015, l'ouverture d'un centre médico-psychologique (CMP) pour personnes sourdes depuis novembre 2014.

La prise en charge est fortement articulée avec la médecine générale, les partenaires médico-sociaux et, le cas échéant, les familles (mise en place de consultations familles).

7.2.2 L'amélioration du parcours du patient

Le CH s'est doté depuis 2015 d'une UHCD avec régulation des entrées, intégrée dans un nouveau pôle transversal appelé « pôle de médecine somatique et UHCD » Cette création a modifié les conditions d'accueil au sein de l'établissement et concentre une majeure partie des entrées. Le temps de séjours moyen y est de 7,46 jours ce qui peut paraître long mais doit être mis en perspective avec le taux important de sorties à domicile directes de 44 %. Cette unité assure donc pleinement une vocation d'accueil en phase aiguë, d'évaluation et d'orientation vers un service adapté. 50 % des patients sont hospitalisés au sein de Saint-Cyr et 6 % restant dans un autre

établissement. Restent cependant à la marge certains cas particuliers de patients restant trois semaines à un mois dans l'unité dans des contextes cliniques spécifiques.

Par ailleurs, le CH a réorganisé trois hôpitaux de jour pour adolescents et jeunes adultes, et mis en place une équipe mobile de psychiatrie adulte pour un de ses territoires ; enfin des projets de structures médico-sociales d'aval ont déjà été créés comme un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

7.2.3 La transversalité

Outre cette création d'un pôle spécifique pour l'UHCD et l'accès à la médecine somatique, l'établissement projette un dispositif de consultations à vocation transculturelle pour les enfants et adolescents et leurs parents, dans une réflexion autour d'enjeux migratoires, culturels et transgénérationnels.

La transversalité est affirmée aussi à travers la compétence de l'unité des Jeunes Adultes qui prend en charge les troubles du comportement alimentaire et aussi à travers une réflexion commune à toutes les unités sur les « patients durablement difficiles » et l'hospitalisation séquentielle. L'approche psychanalytique n'est pas exclusive et les médecins participent par exemple à des recherches relatives aux médicaments psychotropes.

7.2.4 Les coopérations

La création de la communauté hospitalière de territoire (CHT) avec un projet médical commun a facilité une logique de filière de soins qui trouve une nouvelle dimension à travers la récente constitution du GHT (groupement hospitalier de territoire), actant la place des différents établissements du département dans l'offre de soins.

On citera comme coopération particulière, celle de la pédopsychiatrie avec la maison de santé rurale de Beaujeu, le développement d'une équipe mobile d'addictologie pour jeunes adultes, la création d'une résidence accueil pour développer le logement accompagné.