



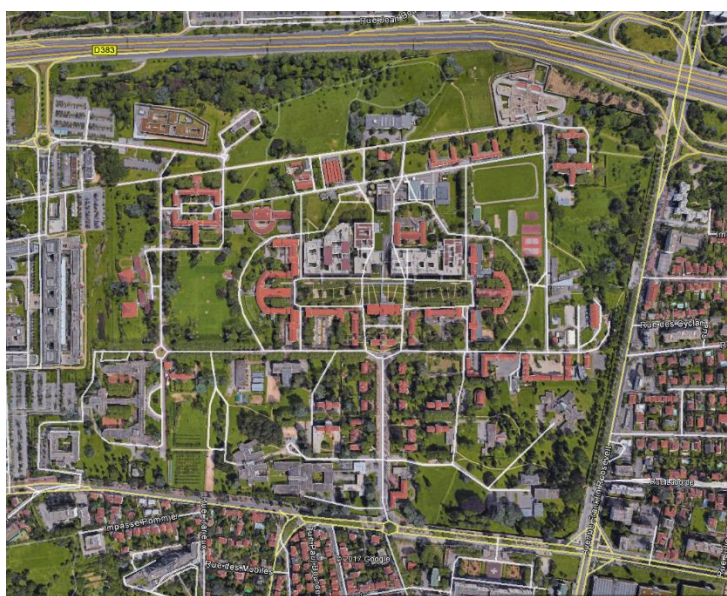
Rapport de visite :

4 au 15 septembre 2017 – 1^{ère} visite

Centre Hospitalier du Vinatier

Bron

(Rhône)



Centre hospitalier du Vinatier

SYNTHESE

Le centre hospitalier (CH) du Vinatier est le premier établissement psychiatrique de France, fruit d'une évolution architecturale et d'accueil depuis 1876, situé en zone urbaine de Lyon. Il dispose de 1 500 lits et places, dont 691 lits sur le site ; plus de 26 000 patients sont accueillis chaque année. La prise en charge ambulatoire s'effectue dans plus de soixante antennes extramuros. Le taux de patients en soins sans consentement en hospitalisation complète est de 46%.

Son organisation actuelle souffre de l'absence d'un projet médical commun et d'un projet d'établissement, à laquelle s'ajoutent des restrictions budgétaires qui imposent des choix de prise en charge au détriment de la qualité des soins.

Depuis 2017, plusieurs facteurs placent les soignants dans une tension permanente : une programmation minimale des effectifs présents, l'éclatement sur trois sites des unités d'urgence, de nombreuses vacances d'emploi de médecin et enfin, l'obligation de réaliser des tâches étrangères à une qualification infirmière déjà trop rare.

L'établissement dispose pourtant d'atouts importants. Les filières de prise en charge somatiques et psychiatriques sont organisées et répondent aux besoins de soins. La prise en charge par les équipes soignantes et médicales est empreinte de bienveillance et de professionnalisme, aidée par un tutorat et une formation pour les nouveaux infirmiers.

Les locaux ont fait l'objet d'une restructuration immobilière importante qui se termine et permet des conditions d'hospitalisation adéquates, y compris en ce qui concerne les chambres d'isolement et l'instauration des salons d'apaisement.

La liberté de circulation dans l'établissement est respectée sauf aux urgences, et l'accès aux activités est facilité.

L'établissement devra néanmoins améliorer d'autres points.

Les modalités d'accueil en urgence et d'admission des personnes en soins sans consentement ne sont pas respectueuses des droits fondamentaux et devront être complètement revues.

L'information sur les droits du patient est perfectible, tant sur l'explication donnée que sur les écrits dont ils peuvent disposer. Les livres de la Loi devront également respecter le code de la santé publique.

L'accès à l'hygiène devra faire l'objet d'une particulière attention de l'établissement car tous les services notent des pénuries en serpillières, linges de lit, serviettes, gants de toilette, et kits d'hygiène.

Le port du pyjama devra faire l'objet d'une réflexion institutionnelle pour encore en diminuer les usages inopportuns, principalement aux urgences, en chambre d'isolement, lors des transferts inter-hospitaliers, ou lors des comparutions devant le juge des libertés et de la détention.

Enfin, même si le recours à l'isolement et à la contention est raisonné et en baisse, quelques chambres n'ont pas de boutons d'appel, pas de possibilité d'allumer ou éteindre la lumière et pas d'horloge. Beaucoup d'unités vivent des entrées directes en chambres d'isolement alors même que l'unité ne dispose pas de chambre libre. Il n'y a pas de registre de l'isolement et de la contention permettant le contrôle par les institutions et surtout l'analyse régulière des pratiques en équipe pluridisciplinaire.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

- 1. BONNE PRATIQUE 16**

L'établissement a mis en place un tutorat individuel au profit des nouveaux agents prenant leur poste ainsi qu'une formation spécifique à la prise en charge en psychiatrie de 105 heures.
- 2. BONNE PRATIQUE 17**

Le conseil d'éthique s'est emparé du sujet des restrictions de liberté et impulse une réflexion institutionnelle sur ce sujet ; cette réflexion doit être soutenue.
- 3. BONNE PRATIQUE 24**

La venue d'un fonctionnaire de police (OPJ ou APJ) pour établir des procurations de vote et l'octroi de permissions de sortie à certains patients, favorisent l'exercice effectif du droit de vote.
- 4. BONNE PRATIQUE 25**

La présence systématique des mandataires judiciaires aux audiences du juge de la liberté et de la détention, témoigne de leur implication dans le suivi des majeurs protégés.
- 5. BONNE PRATIQUE 32**

Le barreau de Lyon a mis en place une formation obligatoire que doivent suivre les avocats avant de pouvoir être commis d'office aux audiences du JLD en psychiatrie.
- 6. BONNE PRATIQUE 32**

Préalablement à l'audience du JLD, les avocats s'entretiennent avec leurs clients dans les unités de soins, ce qui leur permet de se rendre compte des conditions d'hospitalisation et de rencontrer les patients non auditionnables ou refusant de comparaître.
- 7. BONNE PRATIQUE 40**

L'accès aux chambres et aux placards est facilité par la mise en place de clés électroniques.
- 8. BONNE PRATIQUE 51**

L'unité d'hospitalisation de courte durée expérimente la médiation animale.
- 9. BONNE PRATIQUE 52**

L'établissement a mis en place une unité qui propose des programmes psycho-éducatifs destinés aux familles.
- 10. BONNE PRATIQUE 54**

Des chambres disposent d'un banc ou d'un siège spécifique permettant au médecin et à l'infirmier de s'asseoir auprès du patient.
- 11. BONNE PRATIQUE 58**

La mise à disposition d'un salon d'apaisement pour les moments de crise, au sein des unités d'hospitalisation, permet un moindre recours aux chambres d'isolement.

12. BONNE PRATIQUE 59

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.

13. BONNE PRATIQUE 62

Préalablement à une admission programmée en service de pédopsychiatrie, l'unité organise une visite des familles dans les locaux et présente le fonctionnement et les axes du projet thérapeutique.

OBSERVATIONS

RECOMMANDATIONS

- 1. RECOMMANDATION 12**

L'établissement doit établir son projet médical et son projet d'établissement dans lesquels seront notamment précisées les modalités de respect des droits fondamentaux des patients.
- 2. RECOMMANDATION 15**

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.
- 3. RECOMMANDATION 16**

L'appropriation, par les équipes de nuit, des modalités de soins des différentes unités, des pratiques médicales et soignantes et de leur évolution, doit être formalisée.
- 4. RECOMMANDATION 20**

Les notifications doivent être effectuées le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à l'état du patient. En outre, l'information des patients doit être correctement assurée et les copies des documents listant l'ensemble des droits et voies de recours doivent leur être remises tout au long de leur hospitalisation.
- 5. RECOMMANDATION 20**

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 22**

Une réflexion au sein de l'établissement doit permettre une meilleure utilisation du questionnaire de satisfaction.
- 7. RECOMMANDATION 23**

La possibilité de désigner une personne de confiance doit être expliquée aux patients ; en cas de désignation, l'acceptation de la personne désignée doit être recueillie. Dans le livret d'accueil, une erreur concernant les personnes placées sous protection juridique doit être corrigée.
- 8. RECOMMANDATION 24**

Les coordonnées des aumôniers des différents cultes doivent être mentionnées dans le livret d'accueil. La diffusion des informations culturelles doit s'accompagner d'un affichage au sein de l'ensemble des unités.
- 9. RECOMMANDATION 26**

Les rapports annuels de la commission départementale des soins psychiatriques doivent être adressés chaque année au Contrôle général des lieux de privation de liberté.
- 10. RECOMMANDATION 27**

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.

11. RECOMMANDATION 28

Les registres de la loi doivent être tenus conformément aux prescriptions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique afin qu'un contrôle des mesures puisse être réellement exercé.

12. RECOMMANDATION 28

La dématérialisation du registre de la loi devrait être examinée rapidement conformément, à ce qui prévoit l'article 9 de la loi du 27 septembre 2013 « modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ».

13. RECOMMANDATION 30

Une convention doit être établie entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé pour arrêter les modalités selon lesquelles le juge des libertés et de la détention statue dans la salle d'audience spécialement aménagée au sein du centre hospitalier.

14. RECOMMANDATION 32

Lorsqu'il notifie son ordonnance à l'audience, le juge des libertés et de la détention doit faire « connaître verbalement le délai d'appel et les modalités suivant lesquelles cette voie de recours peut être exercée », comme le stipule l'article R.3211-16 du code de la santé publique.

15. RECOMMANDATION 33

La remise du livret d'accueil doit être protocolisée de façon à s'assurer de sa réception effective par le patient à un moment où il est susceptible de le comprendre.

16. RECOMMANDATION 34

Les règlements intérieurs doivent être retravaillés, afin d'être lisibles et cohérents au sein du centre hospitalier. Ils doivent être remis aux patients ou bien affichés dans chacune des chambres, ils doivent être affichés dans les locaux communs de l'unité. Ils ne peuvent mentionner l'interdiction de toute sexualité (arrêt de la cour administrative d'appel de Bordeaux du 6 novembre 2012).

17. RECOMMANDATION 35

La restriction à la liberté d'aller et venir ne doit pas être systématique pour tout patient se présentant aux urgences. Pour les patients en soins libres comme en soins sans consentement, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis ; en toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

18. RECOMMANDATION 37

La pratique du port du pyjama doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle afin d'être limitée à ce qui doit rester exceptionnel. Le port du pyjama doit être proscrit lorsque les patients se présentent à l'audience du juge des libertés et de la détention.

19. RECOMMANDATION 37

La liste avec adresses et téléphones de toutes les autorités susceptibles d'être saisies par un patient doit être clairement et distinctement affichée dans toutes les unités.

20. RECOMMANDATION 38

L'organisation des visites des familles doit être plus uniforme sur l'ensemble de l'établissement. Les conditions matérielles d'accueil doivent être améliorées avec notamment la mise à disposition de salons.

21. RECOMMANDATION 40

Dans les bâtiments anciens sans déménagement prévu à court terme, il convient de rénover les locaux de douches communes (UPRM, UHTCD et UHCD).

22. RECOMMANDATION 43

Il est indispensable de remédier très rapidement au problème de la blanchisserie ainsi qu'au manque de kits d'hygiène et de vêtements de secours.

23. RECOMMANDATION 46

Le thème de la sexualité doit être abordé dans les unités et des formations proposées sur ce sujet.

24. RECOMMANDATION 55

Toutes les chambres d'isolement (soins intensifs ou apaisement) doivent permettre de s'orienter dans le temps avec une visibilité sur une horloge ; des patères en caoutchouc doivent être installées dans les douches pour y poser les vêtements et la serviette. Le patient doit pouvoir allumer et éteindre la lumière de sa chambre comme il le souhaite. Il ne doit pas y avoir de fenêtre donnant directement sur les toilettes ou les douches.

25. RECOMMANDATION 58

L'isolement et la contention doivent être décidées par un médecin psychiatre, pour des personnes placées en soins sans consentement. Si ces mesures répondent à une situation aiguë lors de soins libres, l'établissement doit régulariser le statut de la personne dans un délai maximum de 12 heures (Haute autorité de santé ; recommandation de bonne pratique, isolement et contention en psychiatrie générale, février 2017).

26. RECOMMANDATION 59

Un registre opérationnel permettant de connaître en temps réel la pratique de l'isolement et de la contention doit être mis en place, conformément aux règles imposées par l'article L 3222-1 du code de la santé publique.

27. RECOMMANDATION 60

Les services d'incendie doivent connaître de manière opérationnelle les situations d'enfermement individuel sur l'ensemble de l'établissement.

28. RECOMMANDATION 63

Afin d'assurer l'obligation légale de scolarité de tout enfant de moins de 16 ans, l'Education nationale se doit de concrétiser, dans les meilleurs délais, ce projet et d'affecter le personnel ad hoc pour assurer la scolarité des patients adolescents de l'unité Flavigny du centre hospitalier Le Vinatier.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	3
OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	8
RAPPORT	10
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	12
2.1 Le centre hospitalier, premier établissement psychiatrique de France, ne dispose pas de projet médical ni de projet d'établissement	12
2.2 L'établissement est organisé en pôle et secteurs très autonomes	12
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	18
3.1 Les personnes en soins sans consentement représentent une proportion forte et croissante des patients hospitalisés	18
3.2 L'information des patients sur leurs droits est perfectible, tant sur l'explication que sur les écrits dont ils peuvent disposer	19
3.3 Le dispositif des plaintes et réclamations est correctement mis en œuvre	21
3.4 Le recours à la personne de confiance n'est globalement pas effectif	23
3.5 Le droit au culte est partiellement garanti	23
3.6 L'exercice du droit de vote est encouragé	24
3.7 Le suivi des majeurs protégés est fluide malgré un sous-effectif du service qui en est chargé	24
4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEURS CONTROLES	26
4.1 le regard institutionnel se résume aux visites de la commission départementale des soins psychiatriques et du parquet	26
4.2 Les registres de la loi, tenus non conformément au code de la santé publique, ne permettent pas d'exercer un contrôle	27
4.3 La confidentialité des hospitalisations est respectée	28
4.4 Les sorties de courte durée et les levées des mesures sont facilement accordées et les programmes de soins sont essentiellement menés en ambulatoire	29
4.5 Le juge des libertés et de la détention exerce sa mission de manière satisfaisante malgré l'absence de convention ARS - justice.	30
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	33
5.1 Les règlements intérieurs sont très hétérogènes et incomplets	33
5.2 La liberté de circuler dans l'établissement est respectée, sauf aux urgences	34
5.3 Les contraintes de la vie quotidienne sont parfois excessives	35
5.4 Les modalités de communication avec l'extérieur sont souples mais doivent être améliorées	37

6. LES CONDITIONS DE VIE.....	39
6.1 Les locaux d'hébergement ont été améliorés par la restructuration immobilière	39
6.2 Des manquements à l'hygiène sont à signaler	42
6.3 Les biens du patient sont correctement gérés	43
6.4 Les repas sont satisfaisants mais devraient faire l'objet d'une enquête auprès des usagers	43
6.5 L'accès aux activités est inégal et celles-ci sont insuffisamment intégrées dans la prise en charge globale du patient	44
6.6 L'accès à la sexualité n'est pas un sujet traité par l'institution.	46
7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES NECESSAIRES A LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT.....	47
7.1 Les filières de prise en charge psychiatriques sont organisées mais les modalités d'accueil à l'Unité des Urgences Psychiatriques Rhône Métropole (UPRM) sont problématiques	47
7.2 Les soins somatiques sont particulièrement pris en compte et poursuivis lors de la sortie du patient.....	51
8. LES PRATIQUES VIS-A-VIS DU RESPECT DES DROITS DE LA PERSONNE	54
8.1 L'isolement est décidé par un médecin mais encore très utilisé.....	54
8.2 La contention est d'usage limité sauf aux urgences	58
8.3 le registre de l'isolement et de la contention n'a pas été mis en place	59
8.4 La sécurité pourrait être encore améliorée	60
9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	61
9.1 la spécificité du public âgé en psychiatrie est bien prise en compte	61
9.2 Les deux unités de pédopsychiatrie accueillent une population hétérogène de jeunes patients avec professionnalisme et bienveillance	61
10. CONCLUSION.....	64

Rapport

Contrôleurs :

- Adeline HAZAN, Contrôleure générale ;
- Luc CHOUCHKAIEFF, chef de mission ;
- Chantal BAYSSE ;
- Dominique BIGOT ;
- Michel CLEMOT ;
- Yacine HALLA ;
- Philippe LESCENE ;
- Dominique SECOUET.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, la Contrôleure générale et sept contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier du Vinatier à Bron (Rhône) du 4 au 15 septembre 2017.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 4 septembre 2017 à 14h30. Ils l'ont quitté le 15 septembre 2017 à 14h. Ils ont effectué une visite de nuit durant la soirée du 11 septembre 2017.

Ils ont été accueillis par la directrice générale adjointe du centre hospitalier effectuant l'intérim du directeur général et la mission a pu se présenter devant le vice-président et des représentants de la commission médicale d'établissement (CME), les directeurs, les chefs de pôle, deux représentants du conseil de surveillance, des cadres supérieurs de santé.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet du Rhône, le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau de Lyon, le directeur général adjoint de l'agence régionale de santé (ARS), le maire de Bron, et le président du conseil de surveillance de l'établissement. Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à deux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD). La Contrôleure générale et le chef de mission ont rencontré le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Lyon.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et des représentants de deux syndicats ont souhaité un entretien.

Une salle de travail a été mise à disposition des contrôleurs et tous les documents demandés par l'équipe ont été remis 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 de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Une réunion de restitution a eu lieu le 15 septembre 2017 en présence des mêmes participants qu'à l'occasion de la présentation.

Le contrôle général a adressé un rapport de constat le 8 novembre 2017 au directeur de l'établissement, lequel a répondu le 22 décembre 2017 et ses réponses sont prises en compte dans le présent rapport. Le rapport a également été adressé au Préfet, au directeur général de l'agence régionale de santé et au président du tribunal de grande instance, qui n'ont pas fait d'observation.

2. LA POLITIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

Le centre hospitalier du Vinatier a remplacé en 1987, l'hôpital psychiatrique départemental du Vinatier, lui-même ayant succédé à l'asile départemental d'aliénés en 1937. Cet asile avait été créé en 1876. Il se situe sur la commune de Bron sur un terrain de soixante-douze hectares, en zone urbaine desservie par les transports en commun.

Le centre hospitalier (CH) du Vinatier dispose de 1 500 lits et places, dont 691 lits sur le site en intra-hospitalier ; plus de 26 000 patients sont accueillis chaque année, la prise en charge ambulatoire s'effectue dans plus de soixante antennes *extramuros*.

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER, PREMIER ÉTABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE DE FRANCE, NE DISPOSE PAS DE PROJET MÉDICAL NI DE PROJET D'ÉTABLISSEMENT

La politique de l'établissement se caractérise par des projets par pôle mais sans lien entre eux et sans projet médical ni projet d'établissement définissant sa stratégie pour les années à venir. Un projet de soins infirmiers, rééducation et médico-technique 2016-2021 existe, qui aborde : les soins en chambre d'isolement, chambre d'apaisement, salon d'apaisement ; la contention physique, l'éthique et la bienveillance.

Le CH a néanmoins accompagné durant les dernières années la restructuration de son offre de soins extrahospitalière, l'installation d'un service « urgences psychiatriques Rhône métropole » (UPRM) associant les trois établissements accueillant des personnes en soins sans consentement (SSC) ; cette unité a été progressivement associée à une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et une unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD), faisant passer la capacité d'accueil de onze à trente lits et sept chambres d'isolement.

En intra-hospitalier, la restructuration des bâtiments a également été mise en œuvre avec la construction de bâtiments neufs pour la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie ; les derniers déménagements s'effectueront fin 2017 et début 2018.

Conformément à l'article D6136-1 et suivant du code de la santé publique, une communauté psychiatrique de territoire est en cours de constitution.

Recommandation

L'établissement doit établir son projet médical et son projet d'établissement dans lesquels seront notamment précisées les modalités de respect des droits fondamentaux des patients.

2.2 L'ÉTABLISSEMENT EST ORGANISÉ EN PÔLE ET SECTEURS TRÈS AUTONOMES

2.2.1 La répartition des unités et l'organisation des filières

L'établissement dessert une population en croissance de 814 000 habitants, soit la moitié de la population rhodanienne, sur un territoire restreint comprenant sept arrondissements sur neuf de Lyon et vingt-cinq communes limitrophes.

Les deux autres établissements publics du Rhône accueillant des SSC sont les CH Saint-Jean-de-Dieu et Saint-Cyr-au-Mont-D'or qui sont compétents par ailleurs chacun sur un arrondissement de Lyon.

Pour exercer ses missions, l'établissement dispose de 691 lits d'hospitalisation en psychiatrie, 22 lits de médecine, 24 lits de soins de suite et de réadaptation, 344 places d'hôpital de jour (HJ) et

36 places d'hôpital de nuit, 31 centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) et 35 centres médico-psychologiques (CMP). Il dispose également de quelques dispositifs médico-sociaux comme une maison d'accueil spécialisée (MAS) de quarante places, un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), une équipe mobile autisme, un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Enfin, dans chacun des pôles adultes, dans le pôle de pédopsychiatre et le pôle UP-MOPHA, il existe un service universitaire de recherche.

Sur le site intra-hospitalier du Vinatier, le CH est réparti en quatre pôles de psychiatrie générale (trois d'adultes et un de pédopsychiatrie), et cinq pôles psychiatriques transversaux : psychiatrie du sujet âgé (PSA), santé mentale des détenus et psychiatrie légale (SMD-PL), un pôle d'hébergement, d'accompagnement, de soins, d'évaluation et de diagnostic pour la déficience intellectuelle et l'autisme (PHASEDDIA), le pôle regroupant l'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) et l'unité pour malades difficiles (UMD), et le pôle urgences psychiatriques - médecine, odontologie, pharmacie, addictologie (MOPHA). Chaque pôle comporte plusieurs unités spécifiques ; les unités d'hospitalisation de psychiatrie adulte disposent toutes de vingt-quatre lits.

Une nouvelle sectorisation a permis il y a quelques années, une diminution du nombre de secteurs couplée d'une harmonisation de leur taille, avec la mise en place pour chaque secteur d'une filière complète de soins extra hospitaliers : CMP, CATTP et HJ. Cette re-sectorisation a permis de passer de 50 % de personnes hospitalisées en dehors de leur secteur de rattachement à moins de 10 %.

26 480 patients ont été accueillis en 2016 ; ils étaient un peu plus de 22 000 en 2009, avec une progression constante. 57 % sont des hommes et 72 % ont plus de 17 ans. 96,9 % de la file active est suivie en ambulatoire, elle aussi en augmentation régulière.

La durée moyenne de séjour augmente régulièrement depuis cinq ans pour être, en 2016 et pour tous patients confondus, de 42,1 jours ; la durée moyenne d'hospitalisation est stable à 66 jours. Le taux de ré-hospitalisation est stable depuis cinq ans autour de 30 % (le pôle Est se démarque à 25 %). La part des patients en SSC ne cesse de progresser pour être, en 2016, à 46,7 % des patients hospitalisés (cf. *infra* § 3.1).

2.2.2 Les traductions budgétaires des choix de prise en charge

Le budget est de 190,3 millions d'euros dont 94.91 % au titre du budget sanitaire (en 2015 : 185,4 millions d'euros dont 95,32 % au titre du budget sanitaire).

Ce budget est, en montant absolu, en très légère augmentation en raison des ouvertures de structures nouvelles (UHTCD ouverte en novembre 2015), mais il a amené l'établissement à décider la suppression de quatre-vingts postes en 2017 pour être maintenu en équilibre, avec une réflexion à mener sur une diminution de son budget similaire en 2018.

Ces quatre-vingts postes ont concerné les effectifs non médicaux : 49,5 ETP ont été réellement supprimés sur proposition des chefs de pôle, et trente autres ont été gelés ; sur ces trente postes gelés, 13,5 sont spécifiquement désignés, les autres n'étant simplement pas pourvus en 2017. La suppression et le gel des soixante-trois postes officiellement répertoriés ont concerné 21,5 infirmières diplômées d'Etat (IDE), 16,5 agents des services hospitaliers (ASH), 7,5 membres du personnel administratif, 5 aides-soignantes (AS), 3 cadres, 3 psychologues, 3 ouvriers, 1 assistante sociale, 1,5 orthophonistes, 1 manipulateur radio. A noter que le pôle Est perd à lui seul 15,5 postes.

L'établissement ne fait l'objet d'aucun plan de retour à l'équilibre (mais il en avait un en 2010) et sa capacité d'autofinancement est toujours positive.

Il n'y a actuellement plus de programme immobilier projeté dans les années à venir. La situation des trois sites éclatés des urgences ne fait ainsi pas l'objet d'un programme d'investissement.

Un texte signé par 166 psychiatres et médecins du Vinatier avait été rendu public en février 2017, alertant les pouvoirs publics sur les économies comptables demandées aux hôpitaux, dégradant les conditions de prise en charge des patients. **L'ensemble des entretiens effectués au moment du contrôle a confirmé l'inquiétude des soignants vis-à-vis des mesures à venir, et des arbitrages qui seront rendus en 2018 par le nouveau directeur général prenant ses fonctions.**

2.2.3 Les ressources humaines

a) Le personnel médical

L'établissement compte 202 équivalents temps plein (ETP) de médecins en 2016 (189,18 en 2015 et 180,14 en 2014), dont 12,25 mis à disposition dans d'autres structures. Les 242 praticiens se décomposent en : 4 professeurs des universités praticiens hospitaliers (PUPH), 2 maîtres de conférence des universités praticiens hospitaliers, 4 chefs de clinique, 22 assistants, 140 PH temps plein, 20 PH temps partiel, 22 praticiens contractuels, 28 praticiens attachés. L'attractivité de l'établissement n'est pas suffisante et des postes de médecins restent vacants, principalement aux urgences.

46,56 internes ont effectué un semestre en 2016 (41,55 en 2015) et 10 externes viennent effectuer des stages de trois semaines chaque année.

L'absentéisme est faible à 5,54 % mais non homogène entre les pôles : 12,29 % au pôle MOPHA (pôle urgences psychiatriques, permanence d'accès aux soins, odontologie, pharmacie, soins de suite et réadaptation), 10,89 % au pôle psychiatrie du sujet âgé (PSA), 1,43 % au pôle USIP-UMD.

Presque tous les médecins exercent des activités partagées avec l'extra hospitalier permettant une fluidité dans le parcours de soins des patients. Seuls deux praticiens ont une activité libérale et neuf réalisent une activité d'intérêt général pour un total de 1,6 ETP.

Moins de dix médecins ont le statut de médecins associés et la direction indique respecter la non plénitude d'exercice, et donc l'obligation de séniorisation de ces médecins au quotidien.

170 médecins participent officiellement au tour de garde ; 124 ont participé au tour des demi-gardes et seuls 79 exercent des gardes sur l'UPRM.

Le temps de travail additionnel a été doublé en 2016 (1 611 plages additionnelles) principalement sur l'UPRM (la moitié des plages octroyées) et le recours aux intérimaires sur des périodes variables de médecins extérieurs à la structure.

b) Le personnel non médical

Le CH compte 2 576 ETP non médicaux, en légère augmentation constante depuis cinq ans, principalement en lien avec l'ouverture de structures nouvelles (UHCD par exemple). 72 % des agents sont des femmes. L'âge moyen est stable depuis trois ans.

Il y a peu d'exercice professionnel partagé entre l'intra et l'extra hospitalier parmi les infirmières, ergothérapeutes, psychomotriciens, assistantes sociales, psychologues et cadres de santé.

L'absentéisme total est de 7,99 % (7,2 en 2015) et sans particularité, avec cependant trois pôles qui dépassent 10 % : la direction, le pôle PHASEDDIA et le pôle psychiatrie du sujet âgé. Le *turn*

over est en diminution sensible passant en dessous de la moyenne nationale et l'établissement redevient attractif sans poste vacant, après avoir subi il y a quelques années jusqu'à soixante-dix-sept postes vacants d'IDE ; cette année la vacance n'est que celle liée aux arrivées et aux départs.

On ressent néanmoins une inquiétude des soignants sur les effectifs déployés effectivement auprès des malades. Un effectif dit « de sécurité » a été mis en place il y a six mois afin de sécuriser les soins ; certains soignants craignent qu'il ne devienne un mode principal d'organisation alors même qu'il constituait 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 de plus en plus fréquente ; il est même devenu le fonctionnement habituel durant tout le mois d'août. Au sein de l'UPRM, l'effectif de sécurité en IDE est le même que l'effectif dit de sauvegarde (effectif minimum ne devant pas durer plus d'une demi-heure), seule une aide-soignante étant en plus dans l'effectif de sécurité.

Ces effectifs sont à analyser dans le contexte d'une augmentation constante de l'activité depuis près de dix ans.

Enfin, les activités et sorties accompagnées 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. 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

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.

Les heures supplémentaires sont en baisse et à 92 % réalisées par les soignants, pour un total de 36 600 heures en 2016. L'établissement a mis en place un système de rappel de personnel volontaire depuis septembre 2016, appelé WHOOG ; il consiste en une application d'envoi de SMS (short message service) indiquant les dates proposées à une liste de volontaires, qui s'engagent sur des dates qui leur conviennent, après avoir signé une charte.

Malgré ce système, le recours à des intérimaires sur l'ensemble du CH reste quotidien.

Les dépenses d'intérim en personnels paramédicaux ont diminué de 43 % en 2016 atteignant le montant le plus faible depuis 2010 ; il s'agissait à 47 % d'IDE, à 24 % d'aides-soignants et à 16 % de préparateurs en pharmacie et 11 % d'ASH. Une part de ces besoins d'intérim compense l'absentéisme élevé du pôle de psychiatrie du sujet âgé.

Un cadre de santé, qui se voit confier ponctuellement une mission transversale ou un intérim d'une unité de soin, se voit attribuer forfaitairement dix-huit heures supplémentaires mensuelles le temps de sa mission.

Le personnel de nuit est spécifique et placé sous l'autorité hiérarchique des cadres de nuit ; les agents sont volontaires sur ces postes et les occupent souvent depuis longtemps ; sept cadres ne travaillent que de nuit pour encadrer l'ensemble du personnel de nuit, IDE et AS. Chaque nuit, deux d'entre eux œuvrent en douze heures, assurant la permanence au sein du bureau de la coordination et tournant dans quelques unités. Ils ont une réunion de coordination tous les deux

mois de 15 h à 19h. Le bureau de coordination gère le remplacement d'un cadre absent et l'ensemble des mouvements de patients depuis les urgences.

L'absence de lien hiérarchique entre le personnel effectuant des nuits dans les unités et les cadres de ces unités est regretté par plusieurs cadres de jour rencontrés ; les liens entre équipes de jour et de nuit ne sont retrouvés qu'à travers des transmissions du matin et du soir relatives à la situation de chaque patient ; par contre, les modalités d'appropriation des projets de service, des pratiques de soins et de leur évolution, n'ont pas été clairement démontrées.

Recommandation

L'appropriation, par les équipes de nuit, des modalités de soins des différentes unités, des pratiques médicales et soignantes et de leur évolution, doit être formalisée.

c) La formation

Le plan de formation 2016 pour le personnel non médical a proposé, entre autres, des sessions consacrées aux droits du patient (72 agents formés), à la bientraitance (43 agents formés), aux soins sans consentement (130 agents formés), à l'isolement en psychiatrie (18 agents). La formation sur les soins sans consentement était initialement organisée autour de cinq sessions de 15 agents ; la demande a amené l'établissement à porter cette formation à dix sessions.

Le centre hospitalier a mis en place une procédure d'intégration des nouveaux agents par tutorat, ainsi qu'une formation de 105 heures, initialement financée par l'ARS fin 2010. Ce tutorat peut être assuré par des soignants retraités depuis moins de deux ans. En 2016, 112 agents ont été suivis par 18 tuteurs. Les tuteurs bénéficient d'une formation pédagogique de deux jours (une session en 2016 et deux début 2017), 23 IDE et 18 AS en ont bénéficié. Cette formation de 105 heures est actuellement proposée aux infirmiers mais pas encore aux aides-soignants. Elle comprend la thématique du droit des patients.

Bonne pratique

L'établissement a mis en place un tutorat individuel au profit des nouveaux agents prenant leur poste ainsi qu'une formation spécifique à la prise en charge en psychiatrie de 105 heures.

Les stagiaires sont nombreux, avec un total en 2016 de 1 058 étudiants accueillis ; 576 stagiaires étaient infirmiers, dont environ 115 sur chacun des trois pôles Est, Centre et Ouest. Le pôle Est et la pédopsychiatrie se caractérisent par un nombre important de stagiaires psychologues et aides-soignants.

Concernant le personnel médical, son obligation de formation continue à travers le développement personnel continu (DPC) est venue modifier les objectifs 2013-2017 de la politique d'évaluation des pratiques professionnelles ; une sous-commission « développement personnel continu » de la commission qualité et sécurité des soins (CQSS) a été mise en place pour suivre la politique des évaluations des pratiques professionnelles (EPP).

Au moment du contrôle, on note l'absence d'une réelle mise en place d'EPP autour des questions relatives aux droits des patients, à l'isolement et la contention. Seul le conseil d'éthique a souhaité s'emparer de ces questions dès 2014, mais la commission médicale d'établissement (CME) lui a demandé de ne pas le faire dans un courrier du 10 septembre 2014.

Dans ses observations du 22 décembre 2017 répondant au rapport de constat du 8 novembre 2017, le directeur de l'établissement souhaite apporter les précisions suivantes : « Au moment du contrôle, une seule EPP est en place autour des questions relatives aux droits des patients, à l'isolement et la contention, le thème porte sur les soins pénalement ordonnés. Une session de formation sur ce sujet a été ouverte aux services participants. En 2016, plusieurs EPP ont eu lieu comme « la contenance sans coercition » ou « la contention physique de l'enfant ». En 2014, le conseil d'éthique a souhaité s'emparer des questions générales relatives à l'isolement et à la contention, mais la CME lui a demandé de rester, comme le prévoit le règlement intérieur, sur de la casuistique apportant une aide à la décision médicale. Elle organise une demi-journée sur le sujet dans la cadre de sa mission d'impulsion d'une réflexion éthique dans l'établissement. »

Le conseil d'éthique comporte vingt-et-un membres et s'est réuni cinq fois au cours de l'année 2016, avec treize membres ayant participé à au moins quatre réunions. Il a abordé, au cours de ses réunions, une réflexion éthique, sur la pratique de l'isolement et de la contention sur la base du rapport thématique du CGLPL, et a décidé d'organiser une journée de formation, au sein du CH, le 14 décembre 2017. Une philosophe a récemment été recrutée par le conseil afin d'apporter un éclairage sur les questions éthiques qui lui sont soumises, et l'analyse des pratiques d'isolement et de contention, du port du pyjama et de l'ensemble des restrictions de liberté décidées par les praticiens.

Le CGLPL confirme que le comité d'éthique doit mener une réflexion sur l'accueil et la prise en charge médicale et doit permettre la diffusion de recommandations ou bonnes pratiques, et aborder le respect de la dignité des patients.

Bonne pratique

Le conseil d'éthique s'est emparé du sujet des restrictions de liberté et impulse une réflexion institutionnelle sur ce sujet ; cette réflexion doit être soutenue.

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

3.1 LES PERSONNES EN SOINS SANS CONSENTEMENT REPRESENTENT UNE PROPORTION FORTE ET CROISSANTE DES PATIENTS HOSPITALISES

Les statistiques relatives à l'activité de l'établissement, fournies aux contrôleurs par le département d'information médicale (DIM) et le bureau des entrées, mettent **en évidence une augmentation des mesures des personnes admises en soins sans consentement dans les unités de psychiatrie pour adultes.**

S'agissant des patients hospitalisés à temps plein, les statistiques répertoriant les mesures ouvertes des deux dernières années avant la visite des contrôleurs - 2015 et 2016 - confirment cette évolution :

- les mesures en cours relatives aux patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDR), étaient de 457 en 2015, pour atteindre 491 en 2016 ;
- les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPT) s'étaient intensifiées passant de 1 251 en 2015 à 1 327 mesures en 2016.

En conséquence, la proportion des personnes admises en soins libres est en constante diminution, tant en nombre qu'en durée moyenne de séjour. En 2015, l'établissement a reçu 3 067 personnes pour 2 900 en 2016. Il a été rapporté aux contrôleurs que les médecins de ville adopteraient des stratégies de contournement faisant admettre des patients en soins à la demande d'un tiers, afin d'obtenir une place de façon certaine.

Parallèlement aux statistiques des mesures en cours, les données relatives à l'ouverture annuelle de nouveaux dossiers, fournies par le bureau des entrées, confirment l'augmentation des mesures de soins sans consentement :

- en SPDRE, de 255 ouvertures de dossiers en 2009, à 396 en 2011, pour atteindre 410 en 2016 ;
- en SPDT, au cours des mêmes années, de 1 050 patients, à 1 099 pour être de 1 269 en 2016.

Parmi ces SPDT, les soins psychiatriques en péril imminent représentent un taux conséquent de 23 à 27 % selon les années.

La durée moyenne de séjour était, en 2016, de 96 jours en SDRE pour 47 jours en SDT sachant que des patients entrés en soins sans consentement peuvent être rapidement adressés vers la prise en charge extra hospitalière, mais qu'au contraire certains patients restent à l'hôpital plusieurs années (unités dites de longue évolution).

Ces patients sont répartis dans les vingt-trois unités de psychiatrie adulte visitées par les contrôleurs. Au jour de leur visite, 226 patients étaient admis en soins sans consentement dont 60 sur décision du représentant de l'Etat et 166 à la demande d'un tiers. Il s'agissait de 129 hommes et 97 femmes. S'ils sont peu nombreux dans certains services, comme Sisley ou Renoir où sont hospitalisés des sujets âgés, une forte proportion d'entre eux se trouve dans les unités dites d'entrée, jusqu'à atteindre plus de la moitié des patients.

Dans ses observations du 22 décembre 2017 répondant au rapport de constat du 8 novembre 2017, le directeur de l'établissement souhaite apporter les précisions suivantes :

« Il y a lieu de rappeler, pour la situation du CH Le Vinatier spécialement :

- la création en mai 2010 d'une unité hospitalière spécialement aménagée – UHSA Simone Veil, à vocation régionale, constituée de trois unités de vingt lits chacune ;
- la création le 5 décembre 2011 d'une unité pour malades difficiles (UMD) à vocation régionale mixte de quarante places. Ses trois unités d'hospitalisation accueillent exclusivement des patients présentant du fait de leurs troubles mentaux, un état dangereux transitoire qui ne leur permet pas d'être maintenus dans leur service d'hospitalisation d'origine.

Ces unités à vocation régionale situées au sein du Vinatier accueillent des patients sous le régime des SPDRE depuis 2010 et 2011, contribuant ainsi à l'augmentation relevée des hospitalisations sous contrainte, sans que les patients du secteur de l'hôpital ne soient nécessairement concernés ».

3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS EST PERFECTIBLE, TANT SUR L'EXPLICATION QUE SUR LES ECRITS DONT ILS PEUVENT DISPOSER

3.2.1 La notification des droits

Les vingt-cinq unités visitées par les contrôleurs ont des fonctionnements divers à ce sujet. Les patients admis dans le cadre de soins sans consentement sont majoritairement accueillis à leur arrivée dans l'un des services constituant les services médicaux d'accueil d'urgence psychiatrique : l'UPRM, l'unité de très courte durée (UHTCD) ou l'unité hospitalière de courte durée (UHCD), à l'exception des personnes âgées et des patients déjà connus, qui peuvent être admis directement dans les unités d'hospitalisation.

Ce sont donc principalement les psychiatres et les cadres de ces unités d'urgence qui sont amenés à procéder à la notification des droits et à l'information des patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ou à la demande d'un tiers. Tous les patients, quel que soit leur statut, sont appelés à signer un document dit « *accusé de réception* » qui accompagne l'arrêté préfectoral ou la décision d'admission émanant du directeur. Ce document rappelle l'ensemble de leurs droits et liste les voies de recours accompagnées d'adresses des autorités ou organismes compétents (représentant de l'Etat, président du tribunal de grande instance, juge des libertés et de la détention, procureur de la République, maire, directeur général de l'ARS, commission départementale des soins psychiatriques, commission des usagers, Contrôleur général des lieux de privations de liberté).

En cas de refus ou d'impossibilité de signer, la notification est différée et reste à la charge des médecins ou des cadres des services d'entrée. Dans l'éventualité d'un second échec, deux soignants signent le document ; ce qui, étant fréquent au CH, interroge quant à l'effectivité d'une seconde présentation au patient. Le bureau des soins sans consentement ne procédant pas au comptage des notifications signées ou non par les patients eux-mêmes, il est difficile d'en apprécier le nombre global. Certaines des unités ont été en capacité de donner des informations aux contrôleurs, soit en indiquant que l'état des patients ne les rendait pas accessibles à la compréhension nécessaire, soit au contraire, qu'une majorité avait signé, notamment dans les unités Lanteri-Laura, Dolto ou Pontalis.

Par ailleurs, les copies de l'ensemble des documents (arrêté préfectoral, décision du directeur de l'établissement, droits y afférant) doivent être remises aux patients. Or, la remise des pièces juridiques est insuffisante dans la plupart des unités visitées, et n'est effectuée, au mieux, qu'à la demande des patients.

Recommandation

Les notifications doivent être effectuées le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à l'état du patient. En outre, l'information des patients doit être correctement assurée et les copies des documents listant l'ensemble des droits et voies de recours doivent leur être remises tout au long de leur hospitalisation.

Le livret d'accueil constitue une autre source d'information. Dans sa dernière partie, ce livret décline des informations à l'attention des patients admis en soins sans consentement relatives aux modalités de réclamations et de recours, mais il n'est pas remis systématiquement dans toutes les unités et mériterait également d'être réactualisé.

Enfin, dans quelques unités (Pontalis et Fanon notamment), les cadres, outre l'information orale qu'ils dispensent, ont apposé un document listant les droits des patients admis en soins sans consentement sur le tableau d'affichage.

Dans ses observations du 22 décembre 2017 répondant au rapport de constat du 8 novembre 2017, le directeur de l'établissement souhaite apporter les précisions suivantes sur ce dernier point : « il s'agit d'un affichage validé institutionnellement faisant partie d'un package que l'ensemble des unités doivent afficher. Sauf quelques manquements possibles, sont affichés : la charte du patient hospitalisé, l'information sur la commission des usagers (mission, composition, comment la saisir), l'information aux usagers sur le traitement informatisé du dossier patient, les tarifs applicables, les indicateurs de qualité des soins et les droits des personnes admises en soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou d'un représentant de l'Etat. Cette dernière affiche est en cours de réécriture pour une version plus détaillée. » Le Contrôle général maintient ses constats faits dans les services et prend acte des engagements de la direction.

3.2.2 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.

Les observations qui doivent être recueillies par le médecin avant chaque décision prononçant l'admission en soins sans consentement, puis son maintien des soins, ou définissant la forme de la prise en charge, ne sont pas tracées dans toutes les unités concernées par le contrôle. Dans de nombreuses unités, la notion n'est pas connue même si on observe un souci des médecins et des cadres d'expliquer leur statut aux patients. Certains soignants disent conseiller la saisie de la commission des usagers (CDU), alors même que le patient ne souhaite qu'une prise en compte de son non consentement, lequel devrait faire l'objet du recueil des observations ou d'un recours auprès du juge. Des psychiatres rencontrés ont indiqué le mentionner sur les certificats médicaux mais, lors de la consultation d'un échantillon portant sur plusieurs dossiers de patients, les contrôleurs n'ont pas constaté de telles mentions.

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.

3.2.3 L'accès au dossier médical

La procédure d'accès au dossier médical est mentionnée dans le livret d'accueil. Le demandeur saisit par courrier la direction qui vérifie son identité et ses droits (patient ou ayant droit) et, si la demande est recevable, transmet la demande à l'unité pour que le médecin trie le dossier afin de séparer ce qui est communicable de ce qui ne l'est pas. Le demandeur est informé du coût (0,20 euro par photocopie et frais d'envoi pour les lettres recommandées). S'agissant des dossiers de moins de cinq ans, durant l'année 2016, 131 demandes d'accès au dossier médical ont été formulées sur lesquelles 112 ont reçu une réponse favorable, 3 ont été rejetées et 16 ont fait l'objet d'une annulation par les patients. La seule difficulté est le respect des délais légaux (huit jours pour les dossiers datant de moins de cinq ans et deux mois pour les autres ; cf. art. L.1111-7 du code de la santé publique) : la transmission des dossiers de moins de cinq ans était de 21 jours en 2016. 43 demandes de dossiers de plus de cinq ans ont été formulées, 37 ont été acceptées, 4 ont été annulées par les patients ; le délai moyen est de 33 jours. Les médecins rencontrés ont déclaré se tenir à disposition des patients pour les accompagner lors de la lecture du dossier.

3.3 LE DISPOSITIF DES PLAINTES ET RECLAMATIONS EST CORRECTEMENT MIS EN ŒUVRE

3.3.1 La commission des usagers

La commission des usagers (CDU) est installée à l'établissement depuis le 30 mai 2006.

Elle se réunit en moyenne quatre fois par an. Au jour de la visite, les dernières réunions dataient du 10 février et du 5 mai 2017.

Elle est composée de : la directrice des relations avec les usagers, la présidente de la CME, deux médiateurs médecins, deux médiateurs non médecins, un représentant de la commission des soins, deux représentants des usagers (le représentant de l'UNAFAM¹ et un représentant de la FNAPSY). Sont également présents avec voix consultative : un représentant du département d'information médicale, un représentant de la direction des soins, un représentant du département qualité sécurité hygiène.

La CDU examine les réclamations exprimées par les usagers de l'hôpital et dresse un bilan des questionnaires de sortie renseignés par les patients. 157 réclamations ont été adressées à la CDU durant l'année 2016. Les services de psychiatrie ont fait remonter, quant à eux, 85 courriers. S'agissant des réclamations relatives à la prise en charge, les réclamations les plus importantes sont celles relatives aux actes médicaux (16) suivies des non recueils de consentement (14) puis des contestations du diagnostic (8) et des relations avec les médecins (6). Dans la rubrique de la vie quotidienne, les pertes et vols sont au nombre de 40 suivis des mécontentements relatifs aux prestations hôtelières (12). Le délai moyen de réponse aux patients est de 27 jours. Aucune médiation n'a été organisée durant l'année.

Durant son exercice 2016, la CDU avait recommandé qu'une meilleure information soit transmise aux patients sur les recours à leur disposition.

¹ UNAFAM : union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques ; FNAPSY : fédération nationale des patients en psychiatrie.

3.3.2 Les questionnaires de satisfaction

Les informations relatives à la mesure de la satisfaction des usagers sont recueillies par le biais de questionnaires de sortie qui sont joints au livret d'accueil. Ce livret n'est pas systématiquement remis aux patients (il ne l'est pas aux urgences notamment), et le questionnaire n'est pas mis à disposition. Les questions posées sont réparties en quatre rubriques : accueil, conditions d'accueil, information sur les soins, hôtellerie et préparation à la sortie. Le nombre de questionnaires renseignés est en constante augmentation mais l'établissement publie uniquement les résultats globaux sans différencier les réponses des patients en hospitalisation libre et celles des patients en soins sans consentement. Avec une hausse de 76 %, la direction de la qualité a reçu et traité 693 questionnaires en intra hospitalier et 126 questionnaires en extra. En intra hospitalier, l'unité hospitalière de court séjour (UHCD) est l'unité qui répond majoritairement au questionnaire à hauteur de 196 réponses, l'unité Lanteri-Laura n'a transmis qu'un seul questionnaire.

Le taux de satisfaction sur la question de la prise en compte de leurs droits est en légère baisse (-2 %). La qualité des repas, qui était à peu près stable ces dernières années, connaît également une chute (-10 %) en 2016 avec des unités où la satisfaction ne dépasse pas 44 % (questionnaire de l'unité Lasègue), ce qui rejoint les propos recueillis par les contrôleurs. Les insatisfactions écrites des patients (retrouvées sur 26 % des questionnaires), portent principalement sur le manque d'informations ressenti, la disponibilité du personnel, les droits du patient et notamment le port du pyjama. Cependant, le taux de satisfaction global dans chaque unité varie entre 80 et 90 %.

Recommandation

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

3.3.3 La place des représentants des familles et des usagers

Deux associations représentatives des familles et des usagers interviennent au centre hospitalier : l'UNAFAM, et des représentants des usagers affiliés à la FNAPSY.

L'UNAFAM est représentée dans la plupart des instances de l'établissement : conseil d'administration, conseil de surveillance, commission des usagers, commissions et groupes de travail installés dans l'établissement tels que la sous-commission de la qualité et de la sécurité des soins. La représentante, que les contrôleurs ont rencontrée, a participé à un groupe de travail sur l'isolement et la contention et assure des interventions sur le fonctionnement de l'association et la place des familles dans la prise en charge psychiatrique à l'Ecole nationale de la magistrature (ENM). Elle se dit satisfaite de la prise en charge des patients au Vinatier. Une des bénévoles est membre de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

L'UNAFAM assure des permanences d'accueil des familles et des patients une fois par mois au sein de la maison des usagers. Un numéro de téléphone est également à la disposition des familles qui peut être joint à tout moment.

3.3.4 Les événements indésirables

Les événements indésirables sont répertoriés de manière exhaustive quel que soit le niveau de gravité, leur nombre diminue d'environ 14 % chaque année. En 2016, 1 913 déclarations ont été

enregistrées au total, avec une baisse des événements indésirables impliquant les patients, 593 contre 722 l'année précédente. En parallèle, le bureau de coordination recueille les soustractions aux soins et les non retours de permission ; ils étaient 620 durant l'année 2016.

Les chutes et les violences hétéro-agressives sont les deux types d'événements les plus déclarés concernant les patients depuis 2013 tandis que les violences physiques sur agents, les blessures accidentelles et les problèmes liés au manque de linge hospitalier sont majeurs chez les agents.

3.4 LE RECOURS A LA PERSONNE DE CONFIANCE N'EST GLOBALEMENT PAS EFFECTIF

Le livret d'accueil précise les modalités de désignation de la personne de confiance. Le patient reçoit également, à son arrivée, le formulaire de désignation de la personne de confiance, accompagné d'une notice explicative. En méconnaissance des dispositions prévues par l'article L.1111-6 du code de la santé publique, cette notice et le livret d'accueil prévoient notamment que la désignation d'une personne de confiance ne peut être réalisée par « un majeur sous tutelle ». Or, les personnes majeures sous tutelle, curatelle ou de sauvegarde de justice ont la possibilité de désigner une personne de confiance.

Selon les informations recueillies, la désignation d'une personne de confiance n'est pas effectuée de manière satisfaisante, parfois en raison de la confusion entre « personne à prévenir » et « personne de confiance ». La qualité et les missions de la personne de confiance sont mal connues des soignants et ne sont pas systématiquement expliquées dans toutes les unités. De plus, le personnel soignant ne s'assure pas que la personne enregistrée comme personne de confiance, a effectivement signé le formulaire de désignation. À cet égard, une note du service qualité du 26 juin 2017 recommande une sensibilisation du personnel sur la désignation de la personne de confiance. De plus, il a été indiqué aux contrôleurs qu'une procédure dénommée « quick-audit » permettra notamment l'évaluation trimestrielle de la mention de la personne de confiance dans le dossier informatique du patient.

Recommandation

La possibilité de désigner une personne de confiance doit être expliquée aux patients ; en cas de désignation, l'acceptation de la personne désignée doit être recueillie. Dans le livret d'accueil, une erreur concernant les personnes placées sous protection juridique doit être corrigée.

Dans ses observations du 22 décembre 2017 répondant au rapport de constat du 8 novembre 2017, le directeur de l'établissement indique que seul le livret d'accueil comportait l'erreur sur l'impossibilité de la désignation d'une personne de confiance par un majeur sous tutelle, erreur qui depuis a été corrigée. Les contrôleurs prennent acte de cette correction.

3.5 LE DROIT AU CULTE EST PARTIELLEMENT GARANTI

Le livret d'accueil de l'établissement mentionne exclusivement les coordonnées de l'aumônier catholique ainsi que les horaires des offices religieux à la chapelle. Dans la majorité des unités, il a été également relevé l'absence d'affichage concernant les aumôneries. Le livret d'accueil indique que le patient a la possibilité de contacter un ministre d'un autre culte sur demande auprès de l'aumônerie catholique ou de l'équipe soignante afin de bénéficier d'un entretien au sein de l'unité ou à l'aumônerie. Il a été porté à la connaissance des contrôleurs que les patients formulaient peu de demandes d'entretien avec l'aumônerie.

La salle multiconfessionnelle mentionnée dans le livret d'accueil n'est plus accessible depuis la restructuration des services du centre hospitalier. Cette salle multiconfessionnelle serait de nouveau accessible à la fin de la restructuration immobilière.

Les relations entre l'aumônerie et la direction sont qualifiées d'excellentes.

Recommandation

Les coordonnées des aumôniers des différents cultes doivent être mentionnées dans le livret d'accueil. La diffusion des informations culturelles doit s'accompagner d'un affichage au sein de l'ensemble des unités.

Dans ses observations du 22 décembre 2017 répondant au rapport de constat du 8 novembre 2017, le directeur de l'établissement indique : « il existe dans le logiciel qualité une liste des différents représentants de culte. Cette liste est accessible aux cadres mais ce ne sont pas des aumôniers au sens administratif du terme mais des volontaires qui ne souhaitent pas que leurs coordonnées apparaissent dans le livret d'accueil. Cette liste, à actualiser, concerne les cultes protestant, islamique, israélite, orthodoxe russe, orthodoxe grec, apostolique arménien et bouddhiste. »

Le contrôle général prend acte de ces éléments et maintient qu'une information exhaustive sur l'accès à ces différents cultes doit être donnée, y compris par un numéro de téléphone spécifique permettant aux représentants de ne pas afficher leurs coordonnées personnelles.

3.6 L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE EST ENCOURAGE

Le livret d'accueil informe le patient de sa possibilité de voter au cours de son hospitalisation.

En l'absence de procédure, l'ensemble des unités du centre hospitalier a été destinataire d'un message électronique le 10 avril 2017 relatif à l'élection présidentielle des 23 avril et 7 mai 2017. Tous les patients des unités souhaitant voter ont été informés oralement ou par un affichage sur la procédure à suivre. Un agent de police judiciaire est venu recueillir les procurations de vingt-neuf patients du centre hospitalier. Il a été indiqué aux contrôleurs que certaines autorisations de sortie ont été accordées pour permettre aux patients de voter. Une réflexion sur la mise en place d'un protocole encadrant les modalités de vote aux élections législatives et présidentielles pourrait améliorer le travail effectué.

Bonne pratique

La venue d'un fonctionnaire de police (OPJ ou APJ) pour établir des procurations de vote et l'octroi de permissions de sortie à certains patients, favorisent l'exercice effectif du droit de vote.

3.7 LE SUIVI DES MAJEURS PROTEGES EST FLUIDE MALGRE UN SOUS-EFFECTIF DU SERVICE QUI EN EST CHARGE

L'établissement dispose pour l'ensemble de la structure d'une « unité de protection des majeurs du centre hospitalier Le Vinatier » (UPMV). Le personnel comprend 9,5 ETP d'agents dont 7,5 ETP de mandataires judiciaires. Au moment du contrôle, l'UPMV était dépourvue de chef de service, en arrêt maladie depuis mars 2016. Des associations ou des mandataires privés gèrent également les biens des patients pour la moitié des personnes hospitalisées.

Le bureau d'accueil est ouvert de 9h à 11h et de 14h à 15h du lundi au vendredi. Les patients sollicitent d'abord les bons de retrait d'argent auprès de ce bureau d'accueil puis, ils retirent l'argent auprès du personnel du Trésor public installé à proximité du bureau d'accueil.

Le livret d'accueil indique que les majeurs protégés ou leur famille peuvent être reçus en entretien individuel tous les jours aux horaires précités. Les patients peuvent téléphoner, le matin, directement aux mandataires judiciaires. Les requêtes portent principalement sur une demande d'argent complémentaire.

Les contrôleurs n'ont pas eu connaissance de protocole ou note de service déterminant la spécificité de la mission au regard des patients hospitalisés, notamment de ceux admis sans consentement ; le rapport d'activité pour l'année 2016 n'opère d'ailleurs aucune distinction. Il n'existe pas de données précisant l'unité ou le statut de la personne mise sous protection juridique.

Sur l'exercice 2016, 412 mesures ont concerné ce service : 239 curatelles renforcées, 5 curatelles simples, 1 curatelle renforcée aux biens, 12 sauvegardes de justice avec mandat spécial, 151 tutelles, 3 tutelles aux biens, 1 subrogé tuteur. L'attention des contrôleurs a été attirée sur l'absence d'ouverture d'une mesure de protection pour certains patients de l'établissement hospitalier en raison du coût de l'expertise médicale (160 euros) prévue à l'article 217-1 du code de procédure pénale. Le coût de cette expertise médicale est à la charge de la personne à protéger sauf lorsque le procureur de la République ou le juge des tutelles le décide expressément.

Chaque mandataire gère, en moyenne, soixante-deux dossiers ; il a été indiqué que la charge de travail est difficilement supportable en raison de la complexité des dossiers. Selon le rapport d'activité 2016, 107 nouvelles déclarations de sauvegardes de justice ont été réalisées, contre 81 en 2015. Un courrier rédigé, le 6 septembre 2017 par l'UPMV à l'attention du juge des tutelles du tribunal d'instance de Lyon l'alerte sur la surcharge de travail. Il est notamment indiqué que l'UPMV « *n'est plus en mesure d'accepter aucune mesure de protection nouvelle jusqu'à ce que le nombre de majeurs protégés redescende au nombre de 390. Les jugements désignant l'UPMV vous seront purement et simplement retournés* ».

Les mandataires ne sont pas associés à la notification de la décision d'admission en soins sans consentement. Ils sont avisés, par courriel, de la convocation du JLD et se rendent systématiquement à l'audience.

Bonne pratique

La présence systématique des mandataires judiciaires aux audiences du juge de la liberté et de la détention, témoigne de leur implication dans le suivi des majeurs protégés.

Les relations avec les assistantes sociales semblent excellentes alors que celles avec les juges des tutelles sont inexistantes.

4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEURS CONTROLES

4.1 LE REGARD INSTITUTIONNEL SE RESUME AUX VISITES DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ET DU PARQUET

La commission départementale de soins psychiatriques (CDSP) est composée conformément aux termes de l'article L.3223-2 du code de la santé publique.

La CDSP, compétente pour les trois centres hospitaliers du Rhône, se réunit quatre fois par an. Elle n'a visité le CH du Vinatier qu'une seule fois en 2014 (le 2 juillet) et en 2016 (le 6 janvier) - alors que l'article R.3223-6 du code de la santé publique (CSP) impose, au minimum, deux visites par an - mais elle est venue deux fois en 2015 (le 11 mars et 17 décembre) ; deux visites sont prévues en 2017 (la première s'est déroulée le 10 mai et la seconde est programmée le 6 décembre). Selon les informations recueillies, l'une des deux est consacrée à l'examen de dossiers et l'autre à un déplacement dans les unités et à l'entretien avec des patients.

Dans son dernier rapport annuel, la CDSP indique avoir été alertée par l'augmentation du nombre des admissions en soins psychiatriques en péril imminent enregistrées en 2015 (+ 43 %) dans le département mais avoir constaté une stabilisation en 2016 ; en revanche, une augmentation de 20 % des ASPDTU a été notée en 2016 alors que le nombre total des ASPDT ne progressait que de moins de 2 %. Globalement, elle a reçu 71 réclamations en 2016, en baisse par rapport aux années précédentes (180 en 2013, 192 en 2014 et 113 en 2015).

Par ailleurs, les rapports annuels de la CDSP du Rhône n'ont plus été adressés au Contrôleur général depuis 2013, contrairement aux règles imposées par l'article L.3223-1 du CSP².

Recommandation

Les rapports annuels de la commission départementale des soins psychiatriques doivent être adressés chaque année au Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Des conseils locaux de santé mentale (CLSM) ont été installés dans les arrondissements de Lyon ainsi que dans des villes proches (Villeurbanne et Vaulx-en-Velin). Leur fonctionnement est décrit comme satisfaisant, avec un comité de pilotage et des commissions (notamment en charge du logement). Trois coordonnateurs sont en place et deux autres sont en voie de recrutement.

Parmi les autorités devant visiter le centre hospitalier en application de l'article L.3222-4 du CSP³, seul le représentant du parquet (un vice-procureur) se rend dans l'établissement chaque année ;

² Article L.3223-1 : « La commission [...] : [...] ; 6° adresse, chaque année, son rapport d'activité, dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat, au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort, au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, au directeur général de l'agence régionale de santé, au procureur de la République et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ».

³ « Les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 sont visités sans publicité préalable au moins une fois par an par le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et par le maire de la commune ou son représentant. Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Elles contrôlent notamment la bonne application des dispositions des articles L. 3211-1, L. 3211-2, L. 3211-2-1 et L. 3211-3 et signent le registre de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 3212-11 ».

sa dernière visite date du 5 janvier 2016. Aucune des autres autorités citées ne s'y est déplacée ; aucune n'a visé le registre de la loi.

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.

4.2 LES REGISTRES DE LA LOI, TENUS NON CONFORMEMENT AU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, NE PERMETTENT PAS D'EXERCER UN CONTROLE

Les registres de la loi sont tenus au bureau des soins sans consentement : l'un pour les ASPDRE et l'autre pour les ASPDT.

Les contrôleurs, qui ont examiné plus particulièrement deux registres, ont constaté que les informations sont lisibles et exploitables, les photocopies (en format réduit) sont collées les unes à côté des autres, sans chevauchement, et le tampon « centre hospitalier Le Vinatier – bureau des entrées » est apposé sur les documents pour attester qu'aucun changement n'est intervenu. Chaque mesure est regroupée sur un même registre, évitant le report d'un livre sur l'autre comme cela est fréquemment observé. **Toutefois, les règles fixées à l'article L.3212-11 du CSP ne sont pas respectées** : si les certificats médicaux initiaux, de 24 heures et de 72 heures sont systématiquement collés, seul le premier certificat mensuel l'est (aucun autre ne l'est ensuite) et seuls la date et le dispositif de la première ordonnance du JLD sont portés (rien ne fait état des ordonnances suivantes). En revanche, plusieurs documents collés sur le registre de la loi des ASPDRE, ne sont pas imposés par le code de la santé publique (bulletins d'entrée et de sortie signés au nom du directeur).

De plus, sur la première page de chaque mesure, hors l'identité et le mode d'admission en soins psychiatriques, rien n'est jamais renseigné : aucune information sur les mesures de protection, sur les modes de prises en charge autres que l'hospitalisation complète (notamment pour savoir qui est en programme de soins) et sur les levées des mesures.

Par ailleurs, **un retard à l'enregistrement des admissions en soins sans consentement existe**. Lors de la visite, aucune des admissions en ASPDT n'avait été consignée depuis 5 jours **et aucune de celles en ASPDRE ne l'avait été depuis douze jours** alors que l'article L.3212-11 du code de la santé publique impose un délai de vingt-quatre heures. De plus, de très nombreux documents avaient été copiés mais n'étaient pas encore collés.

Lors de ses précédentes visites (unité hospitalière spécialement aménagée -UHSA-, du 24 au 27 avril 2012 - unité pour malades difficiles, du 10 au 14 décembre 2012 - unité médicale d'accueil, du 5 au 7 mai 2014), le Contrôleur général avait déjà relevé les mêmes défaillances.

Ainsi, seule la consultation des dossiers de chaque patient, regroupant l'ensemble des pièces relatives aux soins sans consentement (certificats médicaux, arrêtés ou décisions, ordonnances du JLD...), permet un contrôle. Depuis janvier 2016, ils sont dématérialisés mais ceux ouverts avant cette date continuent à être tenus sous la forme classique. Le contrôle inopiné n'est cependant pas aisé compte tenu du fait que :

- dans les dossiers « papier », les différentes pages d'un même document ne sont quasiment jamais agrafées et que les documents ne sont pas toujours classés dans l'ordre chronologique ;
- dans les dossiers dématérialisés, les documents sont classés par patient mais les différentes mesures d'admission en soins sans consentement d'une même personne ne sont pas séparées et les pièces, toutes mesures confondues, sont classées selon l'ordre alphabétique des fichiers et non par date.

Pour sa part, préalablement à sa visite, la CDSP fait préparer les dossiers qu'elle souhaite contrôler, en format « papier », y compris s'ils sont dématérialisés. Les contrôleurs, qui en ont consulté plusieurs, ont constaté qu'ils étaient ainsi exploitables.

Recommandation

Les registres de la loi doivent être tenus conformément aux prescriptions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique afin qu'un contrôle des mesures puisse être réellement exercé.

Il faut toutefois indiquer que, dans un établissement de cette importance, la tâche est gigantesque : chaque mois, environ 1 000 documents doivent être photocopiés (en format réduit), découpés et collés⁴. Les deux agents en place, malgré leur bonne volonté, ne peuvent y faire face, d'autant que, chaque jour d'audience, l'un d'eux conduit le véhicule servant au transport des patients entre leur unité et la salle.

La dématérialisation du registre de la loi est probablement la solution à cette difficulté. Il convient toutefois d'observer que :

- l'article 9 de la loi du 27 septembre 2013 disposait : « *Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la dématérialisation du registre prévu à l'article L.3212-11 du code de la santé publique* » ;
- dans un rapport d'information déposé en 2017 par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale⁵, les députés constataient que « *ce rapport qui devrait être déposé depuis deux ans ne l'[était] toujours pas* » (page 32) et recommandaient de le « *transmettre sans délai* » (recommandation n°2).

Recommandation

La dématérialisation du registre de la loi devrait être examinée rapidement conformément, à ce qui prévoit l'article 9 de la loi du 27 septembre 2013 « modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ».

4.3 LA CONFIDENTIALITE DES HOSPITALISATIONS EST RESPECTEE

Les règles relatives à la confidentialité des hospitalisations sont connues des soignants rencontrés. Le livret d'accueil les mentionne également.

⁴ Estimation sur la base du nombre mensuel moyen des admissions en soins sans consentement et du nombre des personnes en soins sans consentement à la date de la visite.

⁵ Enregistré le 15 février 2017 sous le n°4486 à la présidence de l'Assemblée nationale.

Les agents du standard téléphonique disposent d'un outil informatique leur permettant de connaître l'unité d'affectation de chaque patient mais aussi de savoir si cette personne a souhaité que son hospitalisation reste confidentielle.

Dans ce dernier cas, aucune information n'est donnée. Dans le cas contraire, la communication est transmise au bureau des infirmiers de l'unité. Lors de la visite, à plusieurs reprises, les contrôleurs ont constaté la prudence de soignants lors des appels téléphoniques.

Il convient cependant d'observer que le parc de l'hôpital est ouvert au public. Plusieurs patients ont indiqué craindre d'y rencontrer des connaissances et qu'ainsi leur hospitalisation au Vinatier soit connue.

4.4 LES SORTIES DE COURTE DUREE ET LES LEVEES DES MESURES SONT FACILEMENT ACCORDEES ET LES PROGRAMMES DE SOINS SONT ESSENTIELLEMENT MENES EN AMBULATOIRE

Les sorties de courte durée (accompagnées de moins de 12 heures ou non accompagnées de moins de 48 heures) sont fréquentes (entre quinze et vingt par jour, en moyenne, selon les informations recueillies) et sont accordées facilement. Au sein des unités et au bureau des soins sans consentement, une attention particulière est accordée au respect du délai de 48 heures pour transmettre la demande à l'ARS, s'agissant des patients admis en SPDRE. La seule difficulté semble survenir lors des grands week-ends, en raison de l'absence de traitement de ce genre de demande par les autorités de tutelle, ce qui oblige à anticiper très largement la demande pour permettre au représentant de l'Etat de jouer son rôle.

Lorsque les sorties doivent être accompagnées d'un soignant, les dates sont choisies en fonction des disponibilités.

Les tiers sont informés des sorties par téléphone afin que cet avis leur parvienne avant la date prévue, compte tenu des délais généralement très courts.

Les programmes de soins sont essentiellement menés en ambulatoire. Quelques-uns prévoient des retours séquentiels (par exemple, avec une hospitalisation d'une semaine toutes les six ou sept semaines).

Le bureau des soins sans consentement est très attentif à ces modes de prise en charge. Généralement, des sorties de courte durée précèdent le passage en programme de soins et sont progressivement de plus en plus nombreuses afin de mieux évaluer le patient. Quelques cas ont été cités pour illustrer cette pratique : ainsi, lors de la visite, un homme sortait chaque jour pour aller travailler et rejoignait le centre hospitalier chaque soir pour y passer la nuit.

On peut toutefois regretter que certains programmes de soins ne soient pas assez précis, notamment quant à la périodicité des passages aux CMP.

La levée des mesures est décidée lorsque le psychiatre le propose. Pour celles concernant les personnes en SPDRE sur le fondement de l'article 122-1 du code pénal⁶, les délais d'intervention des experts sont alors souvent longs ; à la date de la visite, quatre personnes étaient concernées :

- pour l'une, le certificat médical proposant la levée avait été établi le 21 décembre 2016, le premier expert avait reçu le patient le 13 juillet 2017 (soit sept mois plus tard), le second avait ensuite convoqué le patient mais celui-ci ne s'était pas présenté, nécessitant de reprendre un

⁶ « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ».

rendez-vous ; plus de huit mois après la proposition du psychiatre, la décision n'était toujours pas prise ;

- pour les trois autres, les certificats médicaux dataient de juillet et début août 2017.

La levée se heurte aussi, parfois, aux difficultés pour trouver un hébergement à l'extérieur ; tel est notamment le cas des personnes âgées, faute de places dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le collège des professionnels de santé est constitué du psychiatre de l'unité du patient concerné, d'un autre psychiatre non impliqué dans la prise en charge et d'un soignant de l'unité, conformément à l'article L.3211-9 du code de la santé publique (CSP). Une astreinte spécifique est mise en place au sein de l'hôpital pour la désignation du second psychiatre et le bureau des soins sans consentement s'assure qu'il n'est pas affecté dans une unité du pôle dans lequel est admis le patient.

Les patients sont reçus par le collège. En cas d'absence, une nouvelle date est arrêtée.

Les dates auxquelles le collège doit rendre son avis sont suivies avec attention par le bureau des soins sans consentement qui a mis en place des outils pour ne rien oublier. Les réunions se déroulent les mardis, jeudis et vendredis après-midi ; quinze à seize sont ainsi organisées chaque mois et les patients sont majoritairement des personnes en programme de soins.

4.5 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EXERCE SA MISSION DE MANIERE SATISFAISANTE MALGRE L'ABSENCE DE CONVENTION ARS - JUSTICE.

Aucune convention n'a été établie entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé, contrairement aux dispositions prévues à l'article L.3211-12-2 du CSP⁷.

Recommandation

Une convention doit être établie entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé pour arrêter les modalités selon lesquelles le juge des libertés et de la détention statue dans la salle d'audience spécialement aménagée au sein du centre hospitalier.

Les locaux affectés aux audiences sont situés près de l'entrée principale de l'établissement mais sont mal signalés, comme le Contrôleur général des lieux de privation de liberté l'a déjà fait remarquer lors de ses précédentes visites. Malgré cela, la situation n'a pas évolué.

Recommandation

La salle d'audience devrait être mieux signalée pour que les personnes désirant s'y rendre, notamment les tiers, y accèdent facilement.

⁷ « Le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance, dans les circonstances et selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé ».



La salle d'audience

Plusieurs pièces ont été aménagées : une salle d'audience, spacieuse, avec une table centrale entourée de sièges et des chaises pour le public ; deux bureaux d'entretien avec les avocats ; une salle d'attente, avec une décoration murale ; des sanitaires.

Les audiences se tiennent le mardi et le vendredi, à compter de 10h. A la date de la visite, quatre juges des libertés et de la détention (JLD) se relayaient, chacun siégeant toutes les deux semaines. Il a été indiqué que sept magistrats assureront prochainement cette fonction.

Le bureau des soins sans consentement saisit le tribunal de grande instance avant le 8^{ème} jour et le rôle est établi par le greffe des JLD.

Les convocations, adressées aux patients, sont notifiées au sein des unités. Par ailleurs, le bureau diffuse l'information, la veille de l'audience, en précisant un horaire, porté sur la convocation. Quelques patients ont toutefois déclaré aux contrôleurs n'avoir appris leur comparution qu'au dernier moment.

Un agent va les chercher en voiture dans les unités, au fur et à mesure, pour limiter leur temps d'attente, et les raccompagne ensuite. Les patients ne sont généralement pas accompagnés de soignants pendant l'audience sauf ceux l'UMD et de l'UHSA qui le sont systématiquement.

Les psychiatres ne délivrent des certificats justifiant l'impossibilité d'être auditionné que dans des cas avérés. Le mardi 5 septembre 2017, deux des quatorze patients ne se sont pas présentés : l'un était à l'isolement, et l'autre était hospitalisé pour des soins somatiques.

Le même jour, les contrôleurs ont constaté que quatre des douze patients se présentaient en pyjama : deux de l'unité Dolto (pôle Ouest), un de l'UMD et un de l'UHTCD. Selon les informations recueillies, cette situation n'est pas exceptionnelle. Les JLD s'en sont déjà ouverts à la direction du centre hospitalier en soulignant le caractère indigne de cette présentation (cf. recommandation au § 5.3.2).

Pour chaque journée d'audiences, deux avocats de permanence sont désignés par l'ordre des avocats ; un troisième l'est aussi lorsque le nombre des patients est supérieur à seize. Avant d'être commis d'office, ils suivent une formation obligatoire, organisée par le barreau, et assistent un confrère.

Bonne pratique

Le barreau de Lyon a mis en place une formation obligatoire que doivent suivre les avocats avant de pouvoir être commis d'office aux audiences du JLD en psychiatrie.

Les avocats, qui ont accès aux dossiers la veille de l'audience, à partir de 14h, au greffe des JLD, rencontrent les patients dans les unités, avant le début des audiences (entre 8h et 10h), à l'exception de ceux de l'UMD et de l'UHSA qui sont reçus dans les bureaux affectés à cet usage (cf. *supra*). Cette solution présente plusieurs avantages : les entretiens ne retardent pas le bon enchaînement des comparutions ; les avocats peuvent se rendre compte des conditions d'hospitalisation dans les unités ; ils peuvent aussi rencontrer les patients non auditionnables et ceux refusant de comparaître, s'assurer des raisons de leur absence et recueillir leurs observations. Selon les informations recueillies, les avocats y sont majoritairement favorables.

Bonne pratique

Préalablement à l'audience du JLD, les avocats s'entretiennent avec leurs clients dans les unités de soins, ce qui leur permet de se rendre compte des conditions d'hospitalisation et de rencontrer les patients non auditionnables ou refusant de comparaître.

Le JLD prend des précautions pour dédramatiser la comparution : il est en civil, comme les avocats ; le patient et son avocat sont assis face à lui et à sa greffière, de l'autre côté de la table ; le JLD se présente comme « magistrat » ou « juge » sans mentionner « des libertés et de la détention » et explique son rôle. Par ailleurs, sauf cas particuliers, il notifie sa décision sur place et le patient reçoit une copie de l'ordonnance.

Les contrôleurs, qui ont assisté à deux audiences menées par des magistrats différents, ont observé quelques variantes dans les pratiques : le premier a reçu cinq patients par heure et a pris le temps d'expliquer les voies de recours ; l'autre en a reçu dix dans l'heure et n'a pas présenté les voies de recours.

Recommandation

Lorsqu'il notifie son ordonnance à l'audience, le juge des libertés et de la détention doit faire « connaître verbalement le délai d'appel et les modalités suivant lesquelles cette voie de recours peut être exercée », comme le stipule l'article R.3211-16 du code de la santé publique.

Les magistrats ont indiqué que les certificats médicaux étaient désormais suffisamment explicites. Les contrôleurs, qui ont consulté plusieurs dossiers au bureau des soins sans consentement, ont constaté la présence d'une phase de conclusion pour expliquer la nécessité d'un maintien en hospitalisation complète. Ils n'ont observé que peu de copiés-collés.

Les mainlevées et demandes d'expertise sont en nombre limité (respectivement 1,71 % et 0,37 % des mesures examinées en audience en 2016). Sur les quatre-vingt-deux appels déposés en 2016 (soit 5 % de ces mesures), cinquante-huit ont été examinées au fond⁸ : la cour d'appel a confirmé cinquante-cinq fois le maintien et deux fois la levée et a infirmé une fois la levée.

⁸ Vingt-quatre ont donné lieu à des non-lieux à statuer, des décisions d'irrecevabilité ou à des désistements.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LES REGLEMENTS INTERIEURS SONT TRES HETEROGENES ET INCOMPLETS

Certaines règles de vie sont présentées sur le site internet du centre hospitalier, dans le livret d'accueil, ou affichées dans certaines unités.

Les règles que l'on y trouve sont parfois différentes voire même contradictoires.

a) Le site du centre hospitalier :

Outre certaines informations précieuses sur les droits des patients, telle que la liste des autorités susceptibles d'être saisies, avec leurs adresses et numéros de téléphone, figurent quelques règles succinctes sur la vie quotidienne, dont l'essentiel est repris dans les différents règlements intérieurs.

Il peut être noté des incohérences au titre des visites : « *la présence des enfants dans les services est déconseillée* » ; alors que plusieurs règlements intérieurs des unités interdisent seulement les visites des enfants de moins de 15 ans, voire de 16 ans pour l'une d'entre elles.

b) Le livret d'accueil :

Il est téléchargeable. En soixante-treize pages sont présentés l'organisation du centre hospitalier, certaines règles de séjour, les droits et obligations des patients. La calligraphie est de qualité, les informations données claires. Les mêmes observations que ci-dessus peuvent être faites sur les disparités entre ce document et les règlements intérieurs de certaines unités.

La remise au patient de ce livret n'est pas uniforme. Il n'est pas donné aux urgences et certaines unités ne le donnent pas car les soignants pensent que les patients l'ont déjà eu. Dans d'autres unités, il y est donné systématiquement même après le passage du patient aux urgences.

Il est donc nécessaire qu'un accord intervienne entre toutes les unités sur la remise du livret d'accueil, afin de s'assurer de sa remise effective à un moment où le patient est apte à le recevoir.

Recommandation

La remise du livret d'accueil doit être protocolisée de façon à s'assurer de sa réception effective par le patient à un moment où il est susceptible de le comprendre.

Dans ses observations du 22 décembre 2017 répondant au rapport de constat du 8 novembre 2017, le directeur de l'établissement indique que « cette procédure reste méconnue des professionnels. Elle précise que seules les unités d'hospitalisation donnent un livret, l'unité des urgences n'est donc pas concernée. L'analyse sur deux ans des questionnaires de satisfaction montre un taux de remise du livret d'accueil de 73 %. Enfin, la check-list d'entrée informatisée, mise en place depuis la rentrée est un outil supplémentaire permettant de ne pas oublier cette étape de l'accueil ».

c) Les règlements intérieurs :

Certaines unités n'en ont pas. Pour d'autres unités, il s'agit d'un document succinct, peu lisible, d'un seul feuillet, parfois affiché, parfois remis au patient. On y trouve les règles de vie de base et les séquences d'une journée.

D'autres sont plus complets, bien présentés, agréables à lire : on y trouve le nom des soignants, du cadre de santé, de l'assistante sociale avec des numéros de téléphone.

Le règlement des trois unités accueillant des personnes âgées (Sisley, Renoir et Gauguin) comporte des présentations très pédagogiques avec une rubrique : " Vos questions les plus fréquentes- Nos réponses". Sont ainsi développés :

"Pourquoi le service est-il fermé ? ». Réponse : « la fermeture de certaines portes n'a pas pour objectif de vous "enfermer" mais bien d'assurer votre sécurité ».

"Y-a-t-il des soignants la nuit ?". Réponse : « vous n'êtes jamais seul. Une unité paramédicale est présente dans l'unité 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 ».

"Pourquoi certaines personnes sont-elles attachées ?". Réponse : « Au terme "attache" nous préférons celui de "contention » ; il s'agit d'un moyen de prévention et de traitement prescrit par le médecin, en rapport avec l'état de santé. La règle est de contenir le mieux possible, le moins souvent et le moins longtemps possible. Ceci implique surveillance et réévaluation régulière de la part de l'équipe soignante ».

Quelques singularités sont trouvées dans les règlements de certaines unités :

- l'interdiction des visites d'enfants de moins de 15 ans, ou de moins de 16 ans ;
- des sanctions de privation de cigarettes pour un temps déterminé si un patient fume dans sa chambre ;
- l'interdiction de toute sexualité ;
- des incitations dans une seule unité à ne porter que ses vêtements et non le pyjama ;
- le rappel que seul est fourni par l'hôpital le linge hôtelier : draps, couvertures et taies d'oreiller (sans mention du linge de toilette) ;
- une seule fois est annoncée la possibilité de s'adresser à un médecin pour aider à l'arrêt du tabac.

Recommandation

Les règlements intérieurs doivent être retravaillés, afin d'être lisibles et cohérents au sein du centre hospitalier. Ils doivent être remis aux patients ou bien affichés dans chacune des chambres, ils doivent être affichés dans les locaux communs de l'unité. Ils ne peuvent mentionner l'interdiction de toute sexualité (arrêt de la cour administrative d'appel de Bordeaux du 6 novembre 2012).

5.2 LA LIBERTE DE CIRCULER DANS L'ETABLISSEMENT EST RESPECTEE, SAUF AUX URGENCES

A l'exception de quelques-unes, toutes les unités sont ouvertes. Les patients en général sont donc libres de circuler dans le parc, d'y recevoir leur famille, d'aller à la cafétéria, de se rendre aux différentes activités. Il est demandé aux patients de signaler leur sortie.

Les unités peuvent être fermées exceptionnellement à l'occasion de la sortie pour quelque temps d'un patient de la chambre d'isolement ou d'apaisement. La sortie des autres patients se fait alors sur demande.

Restent fermées : l'unité Vermont, au regard des pathologies et handicaps lourds des patients qui s'y trouvent, les unités recevant les personnes âgées, lesquelles peuvent cependant sortir accompagnées, ainsi que les trois unités des urgences, y compris pour les patients en soins libres.

Un contrôleur a rencontré à l'UPRM un patient admis librement le matin même à sa demande, accompagné par son père, calme et volontaire, qui n'a pu se rendre à la cafeteria et a été contraint au port du pyjama, alors même que son état clinique ne justifiait pas ces restrictions de liberté.

L'accueil des nouveaux patients passe, en règle générale, par les urgences ; l'unité des urgences est donc une unité d'accueil ; elle est également une unité d'urgence avec des restrictions lourdes à la liberté, appliquées à tous, y compris les patients admis en soins libres.

Recommandation

La restriction à la liberté d'aller et venir ne doit pas être systématique pour tout patient se présentant aux urgences. Pour les patients en soins libres comme en soins sans consentement, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis ; en toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

5.3 LES CONTRAINTES DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT PARFOIS EXCESSIVES

5.3.1 L'accès au tabac

A quelques exceptions près, la liberté de fumer dans les espaces extérieurs n'est pas restreinte, même si, lors de la première visite globale du site, il a été précisé aux contrôleurs que l'hôpital était un hôpital sans tabac, avec une politique très stricte en la matière.

Seul le règlement intérieur d'une unité invite les patients qui le souhaitent à contacter un médecin susceptible de les aider à lutter contre la dépendance au tabac.

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 parc.

Le problème de la gestion du tabac lors de l'isolement ne fait cependant 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 sevrage ni souhaitées ni réellement prises en compte.

Les contrôleurs ont pu constater que, l'ennui aidant, l'activité essentielle de beaucoup de patients consistait à fumer, et pour certains en manque de cigarettes, à s'approvisionner auprès d'autres malades. Les espaces extérieurs des unités sont en fin de journée jonchés de mégots.

Si la liberté de fumer est donc préservée, il n'y a par contre pas de réelle politique de lutte contre le tabagisme.

Des limites à cette liberté sont cependant observées dans les situations suivantes :

- aux urgences, la consommation est régulée s'il est observé une tendance à fumer trop ; un allume cigarette est fixé sur un mur de la cour ;
- un patient en chambre d'isolement ou chambre d'apaisement ne pourra fumer que trois ou quatre cigarettes par jour ; il se rendra à cet effet dans une cour attenante qui lui est réservée et qui, dans certaines unités, est d'aspect carcéral (unités de psychiatrie adulte Est Ouest et centre) ;

Un substitut nicotinique (patch) peut lui être proposé.

D'autres patients en chambre d'isolement peuvent être autorisés à circuler dans l'unité, plusieurs heures le matin et l'après-midi, et pourront ainsi fumer librement, jusqu'à leur retour à l'isolement parfois prolongé, comme ont pu l'admettre plusieurs soignants, non par nécessité thérapeutique, mais faute de chambre disponible.

- Au pôle de psychiatrie de la personne âgée, les cigarettes sont distribuées par le personnel soignant.

Les patients s'approvisionnent en cigarettes par l'intermédiaire de leur famille ou de leur tuteur.

5.3.2 Le port du pyjama

Sur l'ensemble des unités d'hospitalisation traditionnelles, le port du pyjama est réservé à des cas particuliers, sur prescription, pour des périodes plus ou moins longues. Les prescriptions sont plus fréquentes dans certaines unités. A l'opposé, d'autres unités interdisent le port du pyjama (unité Jules Verne) et souhaiteraient une interdiction du pyjama dans tout l'hôpital.

Le port du pyjama est systématique aux urgences, y compris pour les patients en soins libres. Dans certaines unités, le malade arrivant des urgences en pyjama est laissé en pyjama.

Il est systématique dans les chambres d'isolement et très souvent imposé dans les chambres d'apaisement.

Les pyjamas sont beiges, ou bleus dans la seule unité des urgences. Ils ne sont pas esthétiques, pas toujours adaptés à la taille ou à la corpulence du patient, se remarquent aisément, contribuant ainsi à une certaine stigmatisation de certains patients à l'intérieur de leur unité, dans le parc ou à la cafétéria, vis-à-vis de leur famille ou de leurs visiteurs, ou encore à l'occasion des repas pris dans un self commun aux unités du pôle Centre.

Cette stigmatisation très attentatoire à la dignité a été observée à l'occasion de l'audience JLD au cours de laquelle quatre patients ont comparu en pyjama (cf. § 4.5).

Au cours de leur visite, les contrôleurs ont pu remarquer certains patients, dans le parc ayant retroussé le bas de leur pyjama pour lui donner une allure de bermuda.

Le personnel soignant de l'une des unités demande aux familles d'apporter un pyjama afin d'éviter la stigmatisation (Unité Erasme).

Certains malades demanderaient un pyjama afin d'adopter volontairement une posture de malade ; d'autres se le verraient très fortement imposé afin de leur faire adopter cette même posture de malade, quel que soit le statut du patient, soins libres, ou soins sans consentement.

En unité de psychiatrie du sujet âgé, le guide remis aux patients insiste sur la nécessité de porter ses propres vêtements.

Des personnes sans ressources se voient dans l'obligation de porter un pyjama faute de vêtements. De sorte que chaque pôle doit être invité à constituer un vestiaire pour pallier l'indigence de certains.

Ainsi et malgré la mise en place des décisions médicales nécessaires au port du pyjama, le nombre de malades astreints à porter un pyjama reste relativement élevé, puisque se cumulent les patients présents dans les cinquante-cinq chambres d'isolement très fréquemment occupées, les malades aux urgences, les indigents, les quelques patients dans presque toutes les unités, contraints au pyjama.

Recommandation

La pratique du port du pyjama doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle afin d'être limitée à ce qui doit rester exceptionnel. Le port du pyjama doit être proscrit lorsque les patients se présentent à l'audience du juge des libertés et de la détention.

5.3.3 L'accès aux chambres

L'accès aux chambres est libre, facilité par la mise en place des clés électroniques, fermant également les placards individuels. Seuls les vieux bâtiments ne sont pas ainsi équipés, les patients ne disposant alors ni de clés de leur chambre ni parfois de clés pour leur placard.

Aucune clé de placard ou de chambre n'est remise aux patients à l'UHTCD et à l'UHCD.

Les horaires de la journée sont en règle générale affichés, notamment pour le lever, celui du coucher pouvant être tardif et dépendant du programme télévisé.

5.4 LES MODALITES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR SONT SOUPLES MAIS DOIVENT ETRE AMELIOREES**5.4.1 Le service du courrier**

Il est facilité avec le timbrage à la charge de la questure pour les personnes sans ressources. La cafétéria vend du papier à lettres, des cartes postales et des timbres.

La liste des autorités susceptibles d'être saisies (adresse et téléphone) par tout patient, y compris le CGLPL, figure dans le livret d'accueil. Par contre cette liste n'est pas affichée dans les unités.

Recommandation

La liste avec adresses et téléphones de toutes les autorités susceptibles d'être saisies par un patient doit être clairement et distinctement affichée dans toutes les unités.

5.4.2 Le droit de téléphoner

Dans presque toutes les unités, les patients peuvent conserver leur téléphone portable, téléphoner librement, sauf restrictions thérapeutiques. Dans ce cas, un appel téléphonique est en règle générale autorisé une fois par jour et gratuitement à partir d'un poste du service.

Les restrictions sont par contre systématiques aux urgences (interdiction du téléphone portable).

Les unités hébergées dans les pavillons les plus récents mettent à la disposition des patients, dans leur chambre, un téléphone avec la possibilité de souscrire un abonnement pour une ligne directe extérieure pour 6 euros. Dans les pavillons plus anciens, un téléphone mural offre des communications gratuites mais sans confidentialité.

L'accès à internet, sauf restriction, est possible par les smartphones ou bien à la maison des usagers.

5.4.3 Les conditions des visites des familles

Les horaires sont à peu près les mêmes dans toutes les unités avec une certaine souplesse : 13h30-14h à 18h30-19h. Les visites sont possibles tous les jours.

Peu d'unités disposent d'un salon de visite, de sorte que celles-ci ont lieu dans les chambres (à l'exception d'une unité qui l'interdit) avec cependant la limitation liée au fait qu'il n'y a qu'une seule chaise par chambre voire pas du tout, ou bien dans le réfectoire, parfois dans un bureau de consultation si l'un des visiteurs est un enfant, ou encore dans le parc.

Certaines unités sont strictes sur l'interdiction de visite par des mineurs de moins de 15 ans (moins de 16 ans pour une unité) ; d'autres acceptent sans difficulté des mineurs, malgré des règlements intérieurs les prohibant.

D'une façon générale, elles sont librement autorisées, sauf pour les patients en chambres d'isolement et parfois d'apaisement, ainsi que certains patients sur prescriptions médicales.

Aux urgences, à l'UPRM, les visites sont possibles sur prescription, mais ne peuvent avoir lieu que dans la salle d'attente sans aucune confidentialité.

A l'UHCD, les visites sont possibles sauf pour les patients mineurs ; elles sont autorisées à l'UHTCD sauf prescription contraire.

Enfin des singularités existent concernant les visites entre le livret d'accueil, et les règlements intérieurs des unités (cf. § 5.1).

Recommandation

L'organisation des visites des familles doit être plus uniforme sur l'ensemble de l'établissement. Les conditions matérielles d'accueil doivent être améliorées avec notamment la mise à disposition de salons.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES LOCAUX D'HEBERGEMENT ONT ETE AMELIORES PAR LA RESTRUCTURATION IMMOBILIERE

La plupart des unités disposent de vingt-quatre lits (excepté les unités des pôles MOPHA et PHASEDDIA), répartis en chambres individuelles et en chambres doubles ; les chambres individuelles sont plus nombreuses au pôle PSA, pôle de pédopsychiatrie, unités de longue évolution et UHTCD. Les chambres sont dans l'ensemble propres, souvent spacieuses et lumineuses (unités du pôle sujets âgés, Tosquelles, Lanteri-Laura, Canguilhem, Lasègue, Bonnafé, Jules Verne).



Chambre d'un bâtiment neuf

Dans les locaux vétustes, l'hygiène générale des locaux est correcte et les déménagements sont prévus dans les prochains mois.

Dans les bâtiments plus récents, les chambres sont équipées d'un lit, d'une table de nuit, parfois d'une petite table avec une chaise ou d'un bureau. Il est très rare qu'elles soient décorées. Un bouton d'appel est placé à la tête du lit. Dans certaines unités, les noms des patients sont affichés sur les portes. A l'unité Flavigny pour les 13/18 ans, les chambres sont personnalisées.

Il n'y a pas de téléviseur dans les chambres (sauf dans l'unité de longue évolution Constance Pascal) et il n'est pas autorisé d'en rapporter un de chez soi. Il est possible d'avoir un appareil de radio personnel.

Les fenêtres sont équipées de stores et les vitres souvent protégées par vitrophanie. Les horloges sont assez fréquentes dans les espaces de vie. Des climatisations sont installées dans les parties communes.

Au pôle PSA, trois chambres par unité sont médicalisées et treize lits « Alzheimer » sont installés dans chacune des trois unités.

Des clés électroniques sont données aux patients pour qu'ils puissent fermer leur chambre et leur placard mais certains les refusent, de peur de les perdre. Il est aussi possible de s'enfermer dans la chambre et dans la salle de bains en fermant le verrou. Les soignants peuvent y accéder avec leur clé si besoin.

La plupart des chambres sont équipées de salles d'eau avec lavabo, douche, WC. Dans certaines chambres doubles, il existe des locaux sanitaires avec deux lavabos et un WC séparé préservant ainsi l'intimité. (Unité Fanon du pôle Ouest).

Au pôle de pédopsychiatrie, les sanitaires sont individuels dans les chambres doubles pour les 6-13 ans.

Mais dans les unités des urgences et aussi dans certaines unités vétustes, des locaux de douches communes demeurent. Ces locaux sont en général en mauvais état avec des douches fermées en raison de fuites.

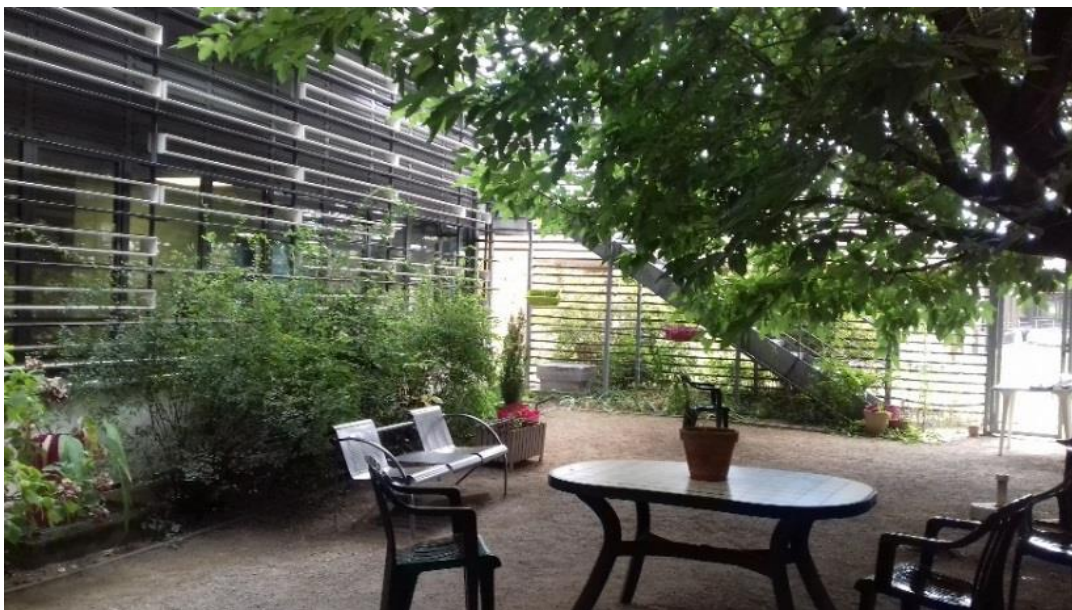
Bonne pratique

L'accès aux chambres et aux placards est facilité par la mise en place de clés électroniques.

Recommandation

Dans les bâtiments anciens sans déménagement prévu à court terme, il convient de rénover les locaux de douches communes (UPRM, UHTCD et UHCD).

Toutes les unités disposent d'une cour, d'une ou deux terrasses ou d'un parc intérieur, toujours grillagés. C'est parfois un espace agréable avec jardin potager et fresques (PSA, UHTCD), tables de ping-pong (unité Avicenne pôle Est), où il est possible de déjeuner quand il fait beau comme au pôle de pédopsychiatrie, où des aires de jeux adaptés à l'âge des jeunes patients ont été installées.



Cour de promenade d'une unité du PSA

Mais certaines cours avec gravier et hauts grillages évoquent plutôt l'univers carcéral.

Les salles à manger sont claires et lumineuses ouvrant souvent sur l'espace extérieur, parfois décorées (unité Tosquelles ou PSA). Les menus sont affichés pour la semaine.

Le décor est parfois spartiate comme au pôle Ouest : unité Lanteri-Laura et Canguilhem ; parfois très convivial comme dans les unités Dolto, Pontalis ou Tosquelles.

Un self a été mis en place au pôle Centre (Henri Ey, Daumazon, Magnan, Falret)

A l'unité Avicenne (pôle Est), les soignants estiment la salle trop petite et souhaitent y mettre des affiches.



Cours de promenade avec grillages de certaines unités

Concernant les locaux dévolus aux activités de soins, ils permettent un exercice normal des missions et sont sans particularité, à l'exception de la salle de soin de l'UHCD qui n'a pas de fenêtre s'ouvrant sur l'extérieur et présente une forte odeur désagréable d'origine indéterminée.

La gestion de la sur-occupation des locaux pose problème. En effet, des patients en provenance des urgences sont placés directement dans des chambres d'isolement dans des unités qui ne disposent pas de chambre libre par ailleurs, empêchant de facto le patient de quitter la chambre d'isolement dès que la clinique le permettrait.

Si le placement en chambre d'isolement n'est pas nécessaire, le patient reste plus longtemps au pôle des urgences, ou bien la solidarité joue entre les unités d'un même pôle et dès qu'une place se libère, le patient intègre son unité.

Au pôle des urgences lui-même, et malgré l'ouverture de l'UHCD et de l'UHTCD, la sur occupation persiste, étant devenue légèrement plus occasionnelle et moins chronique. **Il n'est pas rare d'ajouter un lit couchette : les patients se retrouvent donc souvent à trois dans la chambre.** Une chambre à l'UHTCD a même été installée à la place du bureau d'un médecin et ne dispose donc ni de salle d'eau, ni de toilettes.



Lit couchette dans une chambre double de l'UHTCD

A l'unité Fanon, lorsque des lits sont vacants et hors programmation, ils sont mis à disposition de l'UPRM qui peut y adresser des personnes sans domicile fixe et on rajoute exceptionnellement un lit en urgence.

6.2 DES MANQUEMENTS A L'HYGIENE SONT A SIGNALER

Les locaux sont nettoyés par les ASH dont le nombre se réduit. Excepté dans les douches communes, l'entretien des locaux est, au moment du contrôle, assuré et correct.

Depuis l'externalisation de la blanchisserie, de nombreux problèmes de retards, détériorations et pertes sont signalés aussi bien pour le linge plat (draps, taies d'oreillers, serviettes de toilette, gants, serviettes de table) que pour le linge des patients. Durant la visite, de nombreux témoignages ont rapporté que, durant la toilette, les patients étaient parfois essuyés avec des taies d'oreiller faute de serviettes, et lavés avec les chaussettes du patient par absence de gant de toilette.

Quelques pôles sont dotés de lave-linge et de sèche-linge : les unités se les partagent à tour de rôle (unité longue évolution du pôle Centre, Daumezon, Henri Ey, Falret, Magnan, Avicenne, unités PSA). L'unité Dolto dispose d'un lave-linge mais ne le partage pas. Ces installations sont généralement réservées aux personnes sans ressources. Ce sont surtout les familles qui assurent l'entretien du linge.

Les objets comme les ciseaux, rasoirs, coupe-ongles sont conservés par les soignants au bureau des infirmiers.

Il n'y a plus de kits d'hygiène depuis deux ans et seules quelques unités offrent encore des dosettes de savon, mousse à raser, shampoing.

A noter que des équipes d'odontologie viennent régulièrement faire des bilans dentaires, distribuer des affiches sur l'hygiène bucco-dentaire et quelques dotations de dentifrices et de brosses à dents.

Des vêtements de secours apportés par les soignants ou achetés à Emmaüs existent dans un certain nombre d'unités mais il n'y a ni toutes les tailles ni tous types de vêtements.

Le coiffeur est réservé aux unités longue durée « longue évolution » ou pour les sujets âgés. Pour ces derniers, une coiffeuse est présente tous les jeudis dans un local installé au rez-de-chaussée pour les trois unités.

Recommandation

Il est indispensable de remédier très rapidement au problème de la blanchisserie ainsi qu'au manque de kits d'hygiène et de vêtements de secours.

6.3 LES BIENS DU PATIENT SONT CORRECTEMENT GERES

Parfois déjà effectué aux urgences (UPRM), un inventaire contradictoire est refait dès l'arrivée dans l'unité et l'installation en chambre. Une copie en est donnée au patient.

Les objets de valeur sont remis au coffre de l'hôpital au centre des finances publiques avec remise d'un bon pour les retirer à la sortie.

Les patients peuvent garder avec eux des objets personnels : documents, lunettes, dentier, montre, soit dans leur placard s'ils ont la clé, soit dans leur casier au bureau infirmier où sont également gardés les objets contondants ou dangereux (ciseaux, coupe-ongles, parfum avec alcool, briquet).

Une déclaration des objets, même gardés en unité, est réalisée pour obtenir dédommagement en cas de vol ou de perte.

6.4 LES REPAS SONT SATISFAISANTS MAIS DEVRAIENT FAIRE L'OBJET D'UNE ENQUETE AUPRES DES USAGERS

Les repas arrivent de la cuisine centrale et sont réchauffés dans les unités. Le petit déjeuner propose du café, du thé, du lait, du chocolat et même du potage. Les repas sont servis entre 12h et 12h30 et entre 18h30 et 19h.

Les régimes, au nombre de six, sont respectés : sans porc, mixés, moulinés, en barquette, végétariens, pour personnes diabétiques. Une diététicienne est en charge de l'équilibre des repas.

Les couverts sont en inox sauf ceux fournis en chambre d'isolement.

Il est partout possible de choisir sa place ou d'en changer. Si leur état ne leur permet pas le déplacement, certains patients mangent dans leur chambre mais les soignants incitent les patients à partager autant que faire se peut des temps collectifs. Au pôle psychiatrie du sujet âgé, la signalétique est plus précise : emplacements indiqués à table par des macarons de couleur, ronds de serviettes personnalisés, calendrier réactualisé, horloges à gros chiffres.

Aucune nourriture périssable n'est autorisée dans les chambres et, dans deux unités, la quantité de biscuits et boissons est très limitée par le règlement intérieur. Le pôle Centre dispose d'un self qui permet quelques choix supplémentaires dans les menus et atténue le caractère hospitalier de l'établissement. Dans certaines unités (Fanon, UHCD, unités de pédopsychiatrie), on peut manger dehors sur la terrasse quand il fait beau. Certains patients peu autonomes sont accompagnés par un soignant tout le temps du repas.

En chambre d'apaisement ou ESPI, les soignants aident parfois à la prise des repas dans la chambre. Exceptionnellement, un patient peut, sur prescription médicale, quitter la chambre d'isolement pour partager le temps du repas en salle à manger.

Une collation est prévue à l'heure du goûter dans les trois unités pour personnes âgées.

Parfois, des animations autour de la nourriture sont organisées dans des unités (PSA, Falret, Magnan, Ey, unités de pédopsychiatrie): barbecue, crêpes, escapades gourmandes, préparation d'un repas, goûter.

Les entretiens avec les patients ont relevé une satisfaction sur la qualité mais une insatisfaction sur la quantité de nourriture offerte le soir. Les questionnaires de satisfaction montrent effectivement que 40 % des patients (exemple de l'unité Bonnafé) ne sont pas satisfaits des repas sans que les raisons aient été analysées.

Dans ses observations du 22 décembre 2017 répondant au rapport de constat du 8 novembre 2017, le directeur de l'établissement indique : « il est inexact d'affirmer que les raisons d'insatisfaction ne soient pas analysées. Deux fois par an une enquête est menée par le service restauration auprès des patients, ces deux enquêtes font l'objet d'analyses. A chaque évaluation une moyenne sur dix est donnée à : la présentation des plats, la quantité servie, le goût des plats, les horaires des repas, la température des plats servis. L'analyse des résultats et les actions d'amélioration sont effectuées par la direction des achats et de la logistique et l'encadrement de la cuisine. Chaque enquête obtient également un score sur dix et la moyenne des deux constitue un indicateur suivi depuis plusieurs années. La courbe de cet indicateur est intégrée dans le bilan qualité annuel dont l'opus 2016 a été remis aux contrôleurs (7,48/10 en 2016) ».



Espace TV dans salle à manger



Espace central Gauguin

6.5 L'ACCES AUX ACTIVITES EST INEGAL ET CELLES-CI SONT INSUFFISAMMENT INTEGrees DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

Toutes les unités sont dotées de téléviseurs en salle à manger et petit salon. Parfois, un grand poste de télévision est installé dans la pièce centrale et un autre se trouve dans un salon plus intime, à l'écart, avec livres et jeux de société.

Les télécommandes ont souvent été perdues ou se retrouvent sans piles fonctionnelles. Les patients savent néanmoins changer les programmes directement sur le téléviseur.

La télévision est allumée en permanence et jusqu'à 23h30 le soir. Lorsqu'elle est située dans la salle à manger, les soignants l'éteignent durant les repas.

Quelques jeux de société, des livres dans les petits salons, un piano dans deux unités, du matériel de dessin, des baby-foot ou billards dans certaines salles d'activité (Avicenne, Erasme et Verne au pôle Est) peuvent agrémenter les journées des patients.

*Terrasse de la cafétéria**Bibliothèque*

Si le personnel soignant (IDE, AS ou même ASH) propose et prend en charge de temps en temps une activité dans une unité, celle-ci est suivie : confections de gâteaux, jardinage, projection de cinéma ou atelier esthétique. Mais les tâches administratives, les réunions et le manque de personnel sont dénoncés par les soignants comme limitant l'organisation d'activités.

S'il y a autorisation médicale, les patients peuvent aussi se promener dans le parc, aller à la cafétéria ou à la bibliothèque.

A la cafétéria, ils peuvent acheter une boisson chaude ou froide, des gâteaux et des friandises et divers objets : produits de toilette de première nécessité, cartes d'anniversaires, timbres, stylos, petite maroquinerie, peluches. Elle est ouverte de 9h à 17h, tous les jours, même le week-end et les jours fériés et bénéficie d'une vaste terrasse.

La bibliothèque, située en face de la cafétéria, est un bel espace, clair, contenant plus de 8 000 ouvrages (livres et magazines). Elle est ouverte du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h30 à 17h, sauf le mardi après-midi. Un coin est réservé aux adolescents et aux enfants. La gestion de cette bibliothèque est informatisée et un ordinateur, réservé aux patients, leur permet de faire des recherches. Une salle annexe sert de lieu d'exposition en lien avec la ferme du Vinatier qui est un lieu culturel important au sein de l'hôpital et qui propose des résidences d'artistes, des ateliers de théâtre, d'écriture, de peinture, des rencontres avec des créateurs, des spectacles.

Le centre sportif est ouvert du lundi au vendredi de 8h à 16h. Il dispose d'installations spécifiques : salle de sport, musculation, terrain de football et de tennis. Des activités, sur prescription médicale, encadrées par des animateurs sportifs, sont proposées, quel que soit le niveau du patient.

Parallèlement à ces activités occupationnelles, les unités proposent de nombreuses activités thérapeutiques décrites au chapitre 7.1.

Dans les unités d'urgence où les patients sont censés rester peu de temps, seul un poste de télévision est allumé en permanence (UPRM). A l'UHTCD, où les séjours peuvent se prolonger de trois à huit jours, on trouve une salle d'activités entièrement vide, utilisée comme salon des familles, et quelques livres et jeux dans la salle à manger où la télévision est allumée en permanence.

Enfin le projet d'activité initial, projeté en 2015, à l'unité courte durée (UHCD) n'a duré qu'un an. Il ne reste aujourd'hui qu'une petite salle de détente avec du matériel pour dessiner et écrire et un jardin potager à entretenir.

En conclusion, **sur les vingt-cinq unités visitées, on trouve des activités dans neuf unités** ; les activités semblent développées surtout pour deux types de patients : enfants/adolescents et sujets âgés.

Ailleurs les patients disent s'ennuyer. On les voit longuement assis dans des fauteuils, ou errant dans les couloirs ou le parc.

6.6 L'ACCES A LA SEXUALITE N'EST PAS UN SUJET TRAITE PAR L'INSTITUTION.

Le sujet de la sexualité n'est que très peu évoqué au sein de réunions institutionnelles comme professionnelles au Vinatier, à l'exception de quelques unités (unités PSA et Tosquelles).

Il y a généralement interdiction de se rendre dans les autres chambres ; mais possibilité, dans certaines unités, de recevoir le conjoint dans sa chambre. Il n'y a aucun préservatif à disposition (ni en vente à la cafétéria) mais une contraception proposée aux patientes par des généralistes ou des gynécologues, et une protection et une vigilance accrue à l'égard des plus vulnérables.

Les contrôleurs ont noté cependant à l'unité Tosquelles (pôle Ouest), un module de formation organisé par le psychiatre sur la sexualité des malades mentaux. Au pôle de pédopsychiatrie, le thème est régulièrement questionné dans le service. Les modes d'expression sont systématiquement mis en perspective de l'évolution affective du jeune patient. Les médecins somaticiens organisent des séances d'information et d'éducation sexuelle.

Enfin, dans les unités de PSA, un groupe de travail est organisé le dimanche après-midi, avec de huit à douze patients, lors de l'atelier « apparence, estime de soi », réalisé par des infirmières formées, au cours duquel la sexualité est abordée.

Plusieurs cas ont été signalés aux contrôleurs : un cas de viol en plein jour à la cafétéria pour lequel l'agresseur a été incarcéré et des tentatives de manipulation de patientes vulnérables.

Des rapprochements ou affinités électives et certains « couples » ont pu obtenir des sorties ensemble. Mais les familles ou tuteurs peuvent parfois s'y opposer.

Recommandation

Le thème de la sexualité doit être abordé dans les unités et des formations proposées sur ce sujet.

7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES NECESSAIRES A LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

7.1 LES FILIERES DE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUES SONT ORGANISEES MAIS LES MODALITES D'ACCUEIL A L'UNITE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES RHONE METROPOLE (UPRM) SONT PROBLEMATIQUES

7.1.1 L'accueil aux urgences

Près de la moitié des patients accueillis au Centre Hospitalier du Vinatier passent par l'UPRM située à l'entrée de l'établissement.

L'UPRM, ouverte en novembre 2015, est une structure supra sectorielle couvrant le territoire de la métropole et le reste du département du Rhône, hors bassin de Villefranche-sur-Saône, qui a pour vocation d'accueillir tous les patients nécessitant des soins psychiatriques urgents non associés à des problèmes somatiques et pour lesquels une décision d'orientation est nécessaire. Cette structure départementale d'urgence psychiatrique est commune aux trois établissements : Le Vinatier, Saint-Jean-de-Dieu, et Saint-Cyr-au-Mont-d'Or. Trois médecins de Saint-Jean-de-Dieu viennent encore effectuer des gardes. Cette unité est composée de onze lits (dit « box ») et trois chambres d'isolement.

A son arrivée, le patient en soins sans consentement (SSC) fait l'objet d'une consultation et d'une orientation vers la structure adaptée ; il peut ainsi aller dans les deux autres centres hospitaliers accueillant des SSC (Saint-Jean-de-Dieu et Saint-Cyr-au-Mont-d'Or) ou être hospitalisé au Vinatier, soit directement dans le service, soit en passant par l'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) ou l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

L'UHTCD accueille exclusivement les patients du Vinatier après leur passage à l'UPRM et lorsqu'un temps supplémentaire d'hospitalisation est nécessaire, dans le cadre des urgences, mais de manière moins aiguë. Elle comporte neuf lits et quatre chambres d'isolement.

Enfin, l'UHCD accueille les patients pour lesquels une période d'observation de quatre à six jours est nécessaire, ceux qui nécessitent quelques jours de soins hospitaliers avant de retourner à leur domicile, ou encore ceux pour lesquels le séjour à l'UPRM ou à l'UHTCD est inutilement prolongé du fait de l'absence de lits d'aval dans leur secteur ou établissements d'origine. Cette structure compte dix lits et aucune chambre d'isolement.

Si l'organisation générale des urgences apparaît dans sa conception relativement cohérente, le fonctionnement concret laisse percevoir des anomalies majeures susceptibles d'entacher la qualité d'accueil des patients et les conditions de travail des médecins et du personnel para médical.

En premier lieu, l'effectif médical est chaotique avec sept postes vacants sur onze et un *turn-over* des personnels important, ce qui ne facilite pas la mise en place d'une bonne communication avec les services d'hospitalisation.

Parallèlement à ce *turn-over* de personnels soignants, le fonctionnement habituel est trop fréquemment celui du simple « effectif de sécurité ».

Par ailleurs, les règles appliquées au sein de l'UPRM sont celles des services d'urgences classiques somatiques auxquelles sont ajoutées des privations de liberté pour tous et non fondées sur une nécessité clinique ; ainsi l'enfermement dans l'unité y est systématique, y compris pour des

patients en soins libres, le port du pyjama y est, lui aussi, systématique, de même que le retrait du téléphone portable.

De fait, le cadre environnemental n'est pas propice à l'apaisement des situations de crise et peut même générer une aggravation de la clinique du patient conduisant à une décision de soins sans consentement. D'autant qu'il est rapporté, notamment en période estivale, un nombre de passage aux urgences plus important amenant ponctuellement l'utilisation de fauteuils et brancards dans les chambres et couloirs.

Recommandation

L'unité des urgences doit être repensée dans son projet médical de soins psychiatriques, dans son agencement, dans son management et son articulation avec les autres services afin de devenir un réel maillon dans la chaîne des soins.

Le cadre de l'hospitalisation est légèrement assoupli en UHCD et UHTCD. Cependant, les vacances de postes de médecins, le fonctionnement fréquent en « effectifs de sécurité » pour les soignants ainsi que les pratiques sécuritaires, nuisent à leurs missions de lieux d'observation, d'orientation et de premiers soins dans une ambiance apaisée et donc apaisante.

Ces observations sur les urgences n'occulent en rien le constat fait par les contrôleurs de la présence d'un personnel médical et non médical empreint de professionnalisme.

7.1.2 Les soins psychiatriques en intra hospitalier

Dans les services d'hospitalisation, la prise en charge par l'équipe soignante et médicale est, globalement, bienveillante et professionnelle. L'hospitalisation constitue réellement une plus-value dans la filière de prise en charge. Chaque secteur de psychiatrie dispose du panel complet de prise en charge avec des unités ambulatoires bien intégrées dans la cité (CMP, CATTP, hôpitaux de jour, consultations spécialisées) et une bonne articulation avec les services d'hospitalisation complète, et une anticipation précoce des conditions de sa sortie.

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 chaque établissement quelques mois par an à tour de rôle.

Le libre choix du médecin est respecté dans quasiment toutes les unités, avec les limites d'un effectif de médecins par unité (souvent deux titulaires) laissant peu de place au réel choix.

a) La pratique psychiatrique

S'il est dommageable qu'aucun projet médical d'ensemble ne soit rédigé, force est de constater que la prise en charge dans les services est conséquente, y compris pour les personnes présentant une situation clinique sévère.

Malgré de nombreuses tentatives, la communauté médicale n'a pu, à ce jour, rédiger un projet médical d'établissement cohérent, alors même que les projets de pôles sont écrits. Les pratiques sont diversifiées d'un service à l'autre. Les protocoles ne sont pas communs sur l'ensemble des pôles. Les écoles de pensées sont aussi diverses que riches. Dans ce contexte, la communication et le travail des professionnels appelés à muter d'un service à l'autre sont rendus délicats. Toutefois, les pratiques en matière de psychothérapie peuvent mobiliser plusieurs approches, toutes aussi utiles et pertinentes. Il est toutefois regrettable que les bonnes pratiques et les savoir-faire spécifiques à certains services (pour exemple le service Tosquelles avec son ancrage

dans la psychiatrie institutionnelle) ne puissent irriguer les modes de prise en charge des autres services et réciproquement.

b) Entretiens avec les psychiatres et activités thérapeutiques

Les patients sont réellement vus par un médecin psychiatre au moins une fois par semaine, souvent deux fois. Les entretiens sont fréquemment réalisés en binôme infirmier-médecin, ce qui pose d'ailleurs des difficultés lorsqu'il n'y a plus de médecins comme aux urgences.

Le dossier informatisé du patient est bien tenu. L'installation de terminaux informatiques dans les placards des chambres dans quelques unités a posé débat, les uns estimant fastidieux ce recueil de données de soins dans un placard fermé, nécessitant de badger et de tourner le dos au patient. Certains soignants attendent d'être revenus dans la salle de soins pour saisir globalement les données de chaque patient dans les dossiers, d'où des oublis possibles. D'autres relèvent l'intérêt de cette disposition dans le temps passé avec les patients dans leur chambre.

Les activités thérapeutiques sont très diverses et varient selon les services visités ; elles sont toujours sur prescription médicale.

Dans les unités des trois pôles de psychiatrie adulte (Est, Ouest, Centre), l'offre d'activité thérapeutique est réelle et sensiblement individualisée. Sont ainsi proposés globalement : la gymnastique douce, le baby-foot, des sensibilisations à l'usage de l'ordinateur et d'internet, des activités théâtrales, de l'art plastique, de la relaxation, de la cuisine, de l'équithérapie, des sorties randonnées, de la musicothérapie, des séances d'esthétique, des cause-café, du football, ping-pong, couture, atelier snoezelen. De rares unités ne développent aucune activité (Falret) ou très peu (unités Lanteri-Laura, Canguilhem).

Dans les unités de PSA, les activités sont réalisées au sein du centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) : des infirmières, une psychomotricienne, une ergothérapeute et une animatrice proposent des ateliers mémoire, une escapade gourmande avec sortie au marché et préparation d'un repas, un atelier céramique et terre, de la psychomotricité, un atelier arts et cultures avec sorties à l'extérieur : musées, visites diverses, atelier « contes », atelier théâtre, groupe « collage » et temps ouvert musical. La moitié des patients des trois unités du PSA, soit trente-cinq personnes sur soixante-douze, participent par groupes de huit à douze personnes, en soins libres ou en soins sous contrainte. Il faut simplement pour les patients SPDT/SPDRE des autorisations de sorties spécifiques (pour « escapade gourmande » et « arts et culture »).

En pédopsychiatrie, en plus de la scolarité, les activités sont nombreuses : psychomotricité, atelier cuisine, salle informatique.

Au pôle PHASEDDIA, on observe également de l'équithérapie, des promenades dans le parc et du sport.

En général, toutes ces activités thérapeutiques sont riches et bien investies par les patients et les soignants des unités.

La réhabilitation psycho-sociale et la préparation à la sortie sont très bien effectuées, grâce tant à l'exercice partagé des psychiatres entre l'intra et l'extra hospitalier, qu'à l'organisation des secteurs autour d'une offre complète de soins, chaque secteur disposant, outre l'hospitalisation complète, d'un CMP, d'un CATTP et d'un hôpital de jour, avec également une offre en appartement thérapeutique et en foyers, bien utilisée. Les soignants accompagnent souvent, sauf s'ils sont en effectif de sécurité, les patients dans les rendez-vous extérieurs préparant la sortie. Il semble toutefois, au regard du profil de certains patients rencontrés dans certaines unités, qu'un besoin en maison d'accueil spécialisée soit encore d'actualité.

c) Réunions de staff et projet de soins

De manière générale, les services organisent hebdomadairement une réunion de *staff* pluridisciplinaire. Les contrôleurs ont pu constater le bon déroulement de ces réunions riches en informations partagées et en prise de notes qui alimentent le dossier du patient et son projet individuel de soin. Une assistante sociale est présente dans tous les services, et elle participe aux réunions de synthèse. En revanche, les professionnels n'ont pas fait état de réunion soignants-soignés dans les unités (sauf deux unités du pôle psychiatrie du sujet âgé). **Dans ses observations du 22 décembre 2017** répondant au rapport de constat du 8 novembre 2017, le directeur de l'établissement indique que l'unité 6/13 ans, Canguilhem, Flavigny et Pontalis auraient mis en place ces réunions soignants-soignés.

d) Les familles et l'environnement du patient

Les familles et l'environnement du patient sont pris en compte dans la démarche thérapeutique au profit des patients. Les familles sont régulièrement informées de l'évolution des traitements et sont accompagnées par les équipes médicales. Il est relevé l'existence, dans un des services, d'un groupe « multifamilial » qui se déroule sur douze séances bimensuelles d'environ 1h30 animées par deux thérapeutes. Les objectifs de ce groupe au profit des familles sont de mieux appréhender la maladie de son proche, de travailler sur les expériences spécifiques de chacun, d'être informé sur les manifestations de la maladie. En outre, des entretiens familiaux proposés par l'équipe du service de réhabilitation sont organisés afin d'informer les familles des réseaux de soutien existant en partenariat avec l'UNAFAM.

e) La supervision

Il n'y a pas ou plus, dans les services d'hospitalisation de l'établissement, de supervision à proprement parler. Des séances d'analyse des pratiques, souvent organisées en présence des médecins responsables du service et de l'encadrement, existent. Ces séances d'analyse sont certes fructueuses mais ne peuvent se substituer à des propositions de supervisions individuelles accompagnées par un professionnel expérimenté et extérieur au service. Dans les faits, il ne reste que quelques unités qui la permettent (unité DAPELA : département de l'autisme et des psychoses d'évolution longue de l'adulte, PSA, une unité du pôle Centre, l'unité François Tosquelles).

La supervision au sein de l'UMPR n'est plus réalisée alors même que cette unité est particulièrement fragilisée compte tenu notamment d'un déficit médical.

Recommandation

Afin d'améliorer la prise en charge des patients et accompagner les soignants dans un travail relationnel souvent délicat avec les personnes hospitalisées et leurs proches, des séances de supervision professionnelle sont à organiser au profit des personnels volontaires.

Sur la filière globale des soins en psychiatrie, l'établissement concentre ses moyens ambulatoires comme intra hospitaliers sur les pathologies lourdes, ré-adressant les autres soins sur la prise en charge privée de Lyon.

Enfin, une expérimentation de médiation animale est menée à l'UHCD par l'intermédiaire d'un chat ayant adopté l'espace et les patients, pris en charge administrativement par une association spécialisée et disposant des vaccins nécessaires. Cette présence apporte incontestablement un

outil supplémentaire dans la prise en charge des patients en termes d'apaisement et d'humanisation.

Bonne pratique

L'unité d'hospitalisation de courte durée expérimente la médiation animale.

7.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT PARTICULIEREMENT PRIS EN COMPTE ET POURSUIVIS LORS DE LA SORTIE DU PATIENT

a) L'accès aux médecins généralistes et autres spécialités médicales

L'établissement dispose d'une filière complète de prise en charge somatique au profit des personnes en soins psychiatriques hospitalisées dans l'établissement. Outre un véritable service de médecine de vingt lits (pour patients souffrant à la fois de troubles psychiques et physiques graves), les services de psychiatrie bénéficient de la présence d'un temps d'un médecin généraliste, qui varie de 0,2 à 0,5 ETP par unité ; il est estimé insuffisant dans les unités dans lesquels il est descendu à 0,2 ETP.

La continuité de la prise en charge somatique est garantie par le recours, la nuit et les week-ends, à un médecin généraliste d'astreinte pour l'ensemble de l'établissement. Tous les soignants sont régulièrement formés aux gestes de première urgence et un sac à dos contenant le matériel d'urgence nécessaire est présent dans toutes les unités.

Un service des « spécialités » complète l'offre de soins somatiques de l'hôpital avec la présence de praticiens attachés de diverses spécialités (ophtalmologue, oto-rhino-laryngologiste, dermatologue, neurologue avec possibilité de réalisation d'électroencéphalogrammes, gynécologue), qui sont habitués aux troubles du comportement des patients. Des gériatres sont par ailleurs présents dans les unités du pôle psychiatrie du sujet âgé.

Tous les patients de l'hôpital ont accès aux consultations spécialisées de ce service. L'existence d'un secrétariat spécifique permet la prise de rendez-vous directement à partir du service hospitalier ou extra hospitalier du Vinatier demandeur. Les comptes rendus de consultations sont systématiquement intégrés au logiciel de gestion du dossier médical du patient et ainsi visibles par les acteurs de la prise en charge médicale, facilitant la coordination.

Une unité de radiologie existe dans l'établissement et les examens de laboratoire sont aisément traités en lien conventionnel avec les Hospices Civils de Lyon.

Un service de rééducation et réadaptation de vingt-quatre lits complète le dispositif. Il existe par ailleurs une unité de kinésithérapie intervenant dans l'ensemble des pôles.

Certaines unités proposent des séances d'éducation thérapeutique du patient pour faciliter l'acceptation de la maladie et des traitements. Une équipe de diététiciens intervient régulièrement dans les services pour des entretiens individuels. Elle est intégrée au travail institutionnel concernant la fonction restauration.

Par ailleurs, une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) est très présente dans l'établissement, particulièrement aux urgences où elle organise une visite tous les jours ouvrables de la semaine.

Enfin, à noter l'existence d'une unité polaire de psychoéducation (UPP) qui propose des programmes psycho-éducatifs destinés aux familles et proches de personnes souffrant de schizophrénie ou troubles apparentés. Ces programmes permettent de mieux comprendre les

symptômes de la maladie et de mieux gérer les difficultés associées comme le refus du traitement, l'agressivité, l'addiction. Ils permettent aussi de réduire les conséquences du stress sur leur propre santé et de mieux utiliser les dispositifs d'aide.

Bonne pratique

L'établissement a mis en place une unité qui propose des programmes psycho-éducatifs destinés aux familles.

b) Le circuit du médicament et la dispensation

La dispensation individuelle des médicaments est facilitée grâce à la préparation automatisée par la pharmacie à usage interne de l'établissement. Cette dispensation est sécurisée, livrée en sachet individuel par prise, thermofermée avec inscription du nom du patient. La distribution, faite par les soignants dans chaque chambre des patients (sauf au pôle PSA), ou en salle de soins de manière individuelle (dans quelques unités), respecte la confidentialité des traitements.



Sachets thermofermés par prise et par patient

c) Le « CoReSO Somapsy » (consultation et réseau somatique) : une initiative pertinente pour réintégrer les patients dans une prise en charge somatique

L'établissement a créé une structure originale en extra hospitalier installée dans un centre médico-psychologique (CMP) sur le secteur de la Croix-Rousse à Lyon. Il s'agit d'offrir aux patients sortant d'une hospitalisation, un lieu identifié où ils peuvent bénéficier de trois entretiens sur trois mois avec un médecin généraliste et un infirmier pour faire le point sur leur santé physique. Un accompagnement est réalisé pour les examens complémentaires (radio, bilan sanguin...).

Le « CoReSo Somapsy » aide ensuite le patient à trouver un médecin traitant proche de chez lui et le sensibiliser à son profil.

Ce dispositif original permet aux patients en rupture de soins somatiques de renouer avec une prise en charge. Il est particulièrement pertinent compte tenu des comorbidités présentées par les personnes souffrant de pathologies mentales. Il est, de fait, un outil facilitant l'accès aux soins et une relative égalité des chances de traitement des personnes fragilisées du fait de leur état mental. D'autant qu'un tiers des patients hospitalisés ne dispose pas de médecin traitant.

Bonne pratique

L'organisation « CoReSo Somapsy » constitue un élément positif dans le suivi somatique des personnes présentant une pathologie mentale et contribue de fait à rétablir une relative égalité de chances pour l'accès aux soins des personnes fragilisées.

8. LES PRATIQUES VIS-A-VIS DU RESPECT DES DROITS DE LA PERSONNE

8.1 L'ISOLEMENT EST DECIDE PAR UN MEDECIN MAIS ENCORE TRES UTILISE

L'établissement dispose au total de cinquante-cinq chambres d'isolement qui se décomposent en trente-trois appelées espaces de soins psychiatriques intensifs (ESPI) et vingt-deux chambres d'apaisement (CA).

La configuration des chambres est très hétérogène selon les unités, entre bâtiments récents et bâtiments anciens, mais également entre bâtiments récents.

Toutes les chambres d'isolement récentes (unités de psychiatrie adultes Est, Ouest et Centre) sont lumineuses et de dimensions satisfaisantes. Elles sont équipées d'un lavabo et de WC séparés de la chambre, et d'une vaste douche. Toutes disposent d'un sas permettant l'accès à la douche ; aucune douche n'est équipée de patère en caoutchouc et les patients déposent les vêtements sur un pylône en mousse servant aussi de table. Les lits ne sont pas fixés au sol et les patients peuvent l'installer où ils le souhaitent. Ils ne peuvent se relever au niveau de la tête que par l'adjonction d'un triangle de mousse placé au-dessous de la tête du lit. Toutes les chambres disposent d'un bouton d'appel qui fonctionne, avec un deuxième bouton poussoir au bras du patient lors des contentions.

Quelques chambres ne permettent pas la visibilité d'une horloge pour s'orienter dans le temps et peu disposent d'un miroir permettant de se raser. Aucune chambre ne permet au patient d'allumer ou d'éteindre la lumière de sa chambre.

Enfin, dans plusieurs unités récentes, les chambres disposent d'un banc en ciment ou en mousse permettant au médecin ou à l'infirmier de s'asseoir avec le patient au moment du soin.

Bonne pratique

Des chambres disposent d'un banc ou d'un siège spécifique permettant au médecin et à l'infirmier de s'asseoir auprès du patient.



Cour d'une chambre d'isolement

Les chambres des unités non rénovées ont encore parfois le lit scellé au sol, des sanitaires en inox, pas de douche sauf une douche collective à proximité dont le caractère vétuste ou encombré laisse à penser qu'elle est peu utilisée (unités PSA, UPRM).

Certaines chambres récentes bénéficient d'une petite cour privative permettant au patient de sortir et fumer. Malheureusement **cette courette est complètement grillagée** et son accès n'est autorisé que quatre fois par jour, alors même que la seule porte d'accès donne directement sur la chambre d'isolement.

Dans certaines unités, le lit de la personne placée en chambre d'isolement ou d'apaisement n'est pas gardé, et dans d'autres unités (UHTCD), des patients sont placés sous contention en chambre ordinaire si les quatre ESPI sont occupées.



Couloir de l'UPRM ; patient en pyjama



Toilettes vues depuis une fenêtre du sas soignant

Recommandation

Toutes les chambres d'isolement (soins intensifs ou apaisement) doivent permettre de s'orienter dans le temps avec une visibilité sur une horloge ; des patères en caoutchouc doivent être installées dans les douches pour y poser les vêtements et la serviette. Le patient doit pouvoir allumer et éteindre la lumière de sa chambre comme il le souhaite. Il ne doit pas y avoir de fenêtre donnant directement sur les toilettes ou les douches.

L'isolement est toujours décidé par le médecin, sur le logiciel *Cortexte* et les protocoles d'isolement et de contention sont disponibles sur l'application *Blue medi*. Les décisions respectent les délais de 24 heures **sauf pour le dimanche où les renouvellements ne sont pas validés par les médecins, générant des décisions de 48 heures pour aller jusqu'au lundi.**

L'établissement estime le besoin théorique de **quatre psychiatres de garde supplémentaires le dimanche** pour assurer ces renouvellements de décisions dans des délais réglementaires.

L'isolement est rapporté dans la plupart des unités comme décidé en dernier recours et, au moment du contrôle, les durées d'isolement étaient modérées sauf quelques exceptions liées à la clinique et avec régulièrement des temps de sortie.

L'absence de registre au sein des unités n'a pas permis une analyse précise des pratiques de l'isolement. Les extractions informatiques des prescriptions, demandées au DIM, ont cependant permis, après un travail informatique spécifique, de faire une photographie de la pratique au mois d'août 2017, en constituant de fait un registre par unité.

L'analyse des données fournies objective des pratiques d'isolement et de contention **très hétérogènes selon les médecins et les pôles**.

Concernant les trois pôles de psychiatrie adulte, le pôle Est se caractérise, au mois d'août, par 22 placements en isolement sur une file active de 165 patients (13,3 %), avec cependant un taux faible à l'unité Erasme et un taux plus fort à l'unité Avicenne. La contention a été associée à l'isolement pour huit patients sur ces vingt-deux, avec une contention ayant duré sept jours, dont plus de la moitié en chambre individuelle (hors ESPI et CA) à l'unité Avicenne. La contention a également été associée à tous les patients placés en isolement dans l'unité Erasme (quatre patients). Aucune contention n'a été utilisée à l'unité Bonnafé. Un patient a été placé en isolement durant 16 heures en soins libres.

Le pôle Centre se caractérise sur la même période du mois d'août par 29 personnes placées en isolement sur une file active de 186 patients. (15,6 %), de manière plus homogène à raison de quatre à six patients par unité. Sur le pôle, seules deux unités ont eu recours à la contention, Ey et Daumezon pour un total de trois patients. La durée maximale de contention a été de 79 heures. Trois patients ont été placés en isolement sous le statut de soins libres, le premier pour 12 heures à l'unité Magnan, les deux autres à l'unité Daumezon pour des durées respectives de 24 heures (isolement associé à de la contention) et de huit jours.

Le pôle Ouest se caractérise par le placement en isolement de 21 personnes sur une file active de 223 patients (9,4 %), soit nettement moins que les deux autres pôles. On y dénombre également trois contentions, deux au sein de l'unité Canguilhem, dont une contention de 9 jours sur un isolement de 27 jours, et une contention à l'unité Fanon de 5 jours. On note deux personnes ayant été placées en isolement sous statut de soins libres, mais pour des durées courtes de 9 et 4 heures.

Le pôle des personnes âgées compte, toujours en août 2017, 13 personnes placées en isolement sur une file active de 121 patients (10,7 %). Six de ces treize personnes étaient en soins libres avec des isolements de 2 à 12 heures (sans contention) sauf une ayant une contention de 7 jours sans isolement. Six personnes au total sur les treize ont eu une contention.

L'extrait des décisions des praticiens du pôle PHASEDDIA n'est pas exploitable dans la mesure où il intègre des contentions de prévention de chute ou de blessure, sans privation de liberté : quinze personnes sur une file active de trente-neuf y seraient placées en isolement, dont douze en soins libres et dix ont eu une contention associée dont huit en soins libres.

Enfin, en pédopsychiatrie, trois enfants sont répertoriés en isolement dont deux avec contention, tous en soins libres pour un isolement maximum de 18 jours et une contention maximum de 33 heures. Ces situations devront faire l'objet d'une réflexion collégiale au sein du service.

Concernant le pôle MOPHA (UPRM, UHCD, UHTCD), l'analyse des décisions médicales répertoriées dans le logiciel *Cortexte* pose davantage de questions.

Pour l'unité UPRM, les extraits du DIM indiquent pour le mois d'août 2017, le placement en chambre d'isolement et d'apaisement de 54 patients sur une file active de 164 patients hospitalisés au décours (33 %), dont seulement trois en chambre d'apaisement, les autres étant en ESPI. Pour un patient, la durée de l'isolement ou de la contention n'est pas indiquée. **Sur les cinquante-quatre patients ayant été placés en isolement, vingt et un étaient en soins libres, et sur ces vingt et une personnes placées en isolement sous soins libres, quatorze ont également été placées sous contention.** Les durées de ces quatorze contentions allaient de 5 à 47 heures, avec sept supérieures ou égales à 24 heures.

Pour l'ensemble des cinquante-quatre patients placés en isolement, la durée de celui-ci allait de 4 à 67 heures, avec une moyenne de 26 heures, une durée inférieure à 24 heures pour dix-huit patients et une durée supérieure à 48 heures pour dix patients.

Concernant les vingt et une personnes placées en isolement alors qu'elles étaient en soins libres, huit ont eu un isolement inférieur ou égal à 12 heures, onze supérieur ou égale à 24 heures avec quatre situation entre 32 h et 48 heures.

Or, les recommandations de février 2017 de la Haute autorité de santé sont venues confirmer les recommandations du CGLPL : **la décision de placer une personne en soins libres en isolement ou contention, ne peut être qu'exceptionnelle et doit faire l'objet d'une procédure de soins sans consentement dans un délai maximum de douze heures.**

Les cinquante-quatre mesures de placement en chambre d'isolement ont été décidées par vingt-deux praticiens différents, dont trois internes et un faisant fonction d'interne, ces quatre derniers médecins n'étant pas habilités à signer de telles décisions.

Sur les cinquante-quatre mesures d'isolement, trente ont été associées à de la contention, pour des durées allant de 4 à 48 heures, avec une moyenne de 29 heures. Cette durée était inférieure à 24 heures pour douze patients et supérieure à 24 heures pour dix-huit dont six supérieures à 30 heures.

Enfin parmi ces cinquante-quatre isolements, sept ont été effectués en chambre normale, dont six avec contention.

A l'UHTCD, 32 patients sont placés en isolement sur une file active de 120 patients (26,7 %). Deux patients y sont en isolement pendant 88 heures et 26 heures alors qu'ils sont en soins libres, sans qu'il soit possible de savoir s'ils étaient déjà en isolement au sein de l'UPRM, avant d'arriver dans cette unité. Tous les patients sont en ESPI pour des durées allant de 4 à 409 heures, avec une moyenne de 73,7 heures soit trois jours.

Trente des trente-deux mesures sont décidées par un même praticien, les deux autres par un second. Par contre, seules deux contentions sont répertoriées pour un maximum de 11 heures.

Recommandation

L'isolement et la contention doivent être décidées par un médecin psychiatre, pour des personnes placées en soins sans consentement. Si ces mesures répondent à une situation aiguë lors de soins libres, l'établissement doit régulariser le statut de la personne dans un délai maximum de 12 heures (Haute autorité de santé ; recommandation de bonne pratique, isolement et contention en psychiatrie générale, février 2017).

Outre les cinquante-cinq chambres d'isolement et d'apaisement, l'établissement a installé des salons d'apaisement, dont l'utilisation n'a pas encore fait l'objet d'une analyse de pratiques. Les soignants témoignent cependant de l'utilisation moindre des chambres d'isolement depuis leur existence. Dix-sept salons sont ainsi à disposition des soignants à raison d'un par unité rénovée. Ces salons, qui ne disposent pas de lit mais de fauteuils en mousse et d'un cabinet de toilette, permettent une prise en charge des moments de crise sans avoir recours à la chambre d'isolement, ce qui constitue un dispositif innovant méritant d'être scientifiquement analysé et généralisé.

Bonne pratique

La mise à disposition d'un salon d'apaisement pour les moments de crise, au sein des unités d'hospitalisation, permet un moindre recours aux chambres d'isolement.

8.2 LA CONTENTION EST D'USAGE LIMITE SAUF AUX URGENCES

Les contentions font systématiquement l'objet d'une décision sur le logiciel *Cortexte*, pour un maximum de 6 heures, renouvelées si besoin par le médecin. Les décisions respectent les délais sauf pour le dimanche où les renouvellements ne sont pas validés par les médecins, générant des prescriptions du samedi jusqu'au lundi.

Les mises sous contention font l'objet de protocoles pour leur mise en place, disponibles sur *Blue Médi*. Le matériel de contention est entreposé dans des caisses au sein des salles de soins sous la responsabilité du cadre de santé de l'unité ; il est nettoyé après usage.

La traçabilité est respectée par patient mais il est impossible, au moment du contrôle, de faire une analyse des pratiques sur un ensemble de patients en l'absence de registre au sein des unités. Comme indiqué au chapitre précédent, les extractions informatiques des décisions, demandées au DIM, ont cependant permis de faire une photographie de la pratique au mois d'août 2017, en constituant de fait un registre par unité.

L'analyse des données fournies objective des pratiques de contention hétérogènes selon les médecins et les pôles. En effet, sur les 171 mesures d'isolement décidées en août, 52 ont une décision de contention associée, dont 30 pour la seule UPRM. On note ainsi huit contentions pour vingt-deux placements en isolement au pôle Est, trois contentions pour vingt-neuf isolements au pôle Centre, trois contentions pour vingt et un isolements au pôle Ouest, six contentions pour treize isolements au PSA, et deux contentions pour trente-deux isolements à l'UHTCD.

Les durées de ces contentions sont souvent de quelques jours.

Ainsi, si la contention est d'usage raisonné au sein des unités de psychiatrie adulte, avec des durées cependant assez longues et dépassant 24 heures, **elle est fréquente au sein de l'UPRM dans laquelle la contention est utilisée pour trente des cinquante-quatre personnes placées en**

isolement. Ces trente contentions y ont été décidées par dix-sept praticiens différents, les deux tiers l'étant par six médecins. Tout comme le placement à l'isolement, la décision des contentions est parfois faite pour des patients en soins libres, pour des durées inférieures et souvent égales à 24 heures.

Au moment du contrôle, vingt chambres d'isolement (dont seize ESPI) sur les cinquante-cinq de l'établissement étaient occupées, avec deux contentions.

8.3 LE REGISTRE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION N'A PAS ETE MIS EN PLACE

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées 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 prise en compte de l'isolement par les soignants.

Cependant, conformément à l'article L 3222-1 du code de la santé publique (CSP), un registre doit mentionner pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Ce registre doit permettre aux soignants comme aux autorités d'analyser les pratiques en matière d'isolement et de contention

Il restera donc une dernière phase à construire vis-à-vis de l'informatisation des décisions médicales pour la rendre opérationnelle 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 régulièrement 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, conformément aux règles imposées par l'article L 3222-1 du code de la santé publique.

Dans ses observations du 22 décembre 2017 répondant au rapport de constat du 8 novembre 2017, le directeur de l'établissement indique : « *il est abusif de dire que le registre n'est pas mis en place. L'établissement a été réactif lors de la parution de la loi du 26 janvier, créant un registre informatisé dès le mois de mai 2016 et respectant les attendus de l'article L3222-1 du CSP avec pour chaque mesure d'isolement ou de contention le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillé. Il n'est pas demandé dans la loi un registre par unité mais un rapport annuel. Certes l'esprit de la loi est de favoriser une réflexion sur les pratiques, l'instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 précisant « il doit aussi servir à alimenter la réflexion de la communauté médico-soignante sur ses pratiques et leurs évolutions. » C'est cette même instruction qui prévoit une information trimestrielle de la CME. La temporalité prévue est donc plus large, ce qui est en accord avec un objectif de changement de pratiques ».*

Les contrôleurs maintiennent leurs recommandations, le registre devant d'abord être un outil au service des médecins et de leurs équipes pour appréhender leurs pratiques ; ce qui en l'état est impossible techniquement au Vinatier.

8.4 LA SECURITE POURRAIT ETRE ENCORE AMELIOREE

La sécurité incendie est assurée par 19 ETP permettant la présence de trois agents jour et nuit, et deux responsables la journée. Des exercices théoriques d'évacuation sont organisés deux fois par semaine ainsi que des formations au maniement des extincteurs par groupe de onze pour tout le personnel. Le service ne dispose pas de la liste des personnes placées en isolement en ESPI, CA ou chambre ordinaire fermée. Il dispose d'un véhicule léger et d'un véhicule de première intervention (VPI).

Recommandation

Les services d'incendie doivent connaître de manière opérationnelle les situations d'enfermement individuel sur l'ensemble de l'établissement.

Tous les agents sont de sexe masculin. Une présence de trois agents est assurée chaque jour.

L'activité est caractérisée principalement par la gestion des clefs et par des interventions sur demandes des soignants : 1 003 demandes par téléphone de l'UPRM (intervention dans l'unité ou devant l'unité ou pour fugue) en 2016 et 63 par activation du bouton poussoir ; 186 demandes d'interventions sur le pôle Ouest ; 134 sur le pôle Centre et 51 sur le pôle Est ; on note également 104 accompagnements des forces de police, des sapeurs-pompiers, du SAMU ou d'ambulances.

Le service gère également la vidéosurveillance sur les entrées voitures et piétonnes et le pourtour du parc. Les seules caméras positionnées au sein d'une unité sont à l'UMD et le poste de sûreté situé à l'entrée de l'établissement dispose d'un écran spécifique permettant de visualiser les images. Dans les unités, on observe parfois quatre caméras sans enregistrement avec écran en salle de soin non visible des patients et filmant les entrées extérieures de l'unité, y compris l'entrée des ambulances.

L'activité de ce service concerne également la gestion du parc de l'hôpital qui est public depuis 2004, ouvert de 6h30 à 23 h, où le trafic de stupéfiants s'implante.

Enfin, ce service a développé des méthodes de maîtrise des personnes violentes évitant de les blesser à travers une adaptation du Krav-Maga opérationnel, méthode d'autodéfense combinant des techniques provenant de différents sports de lutte. Aucun agent du service n'a souffert d'arrêt de travail sur blessures depuis 5 ans, et des formations à cette discipline sont proposées aux agents du CH dans le cadre de l'association sportive et culturelle de l'établissement.

Le développement de techniques de maîtrise de personnes agitées sans les blesser et évitant les violences sur soi est incontestablement un concept à développer dans la pratique des soignants eux même.

Une réflexion devrait s'engager sur les tenues adoptées par le service, noires et d'aspect militaire, similaires aux tenues des agents de sécurité de droit commun. Certains témoignages les rapportent comme parfois mal vécues par des soignants ou des patients ; d'autres indiquent le caractère dissuasif et « apaisant » sur certaines personnes agitées.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LA SPECIFICITE DU PUBLIC AGE EN PSYCHIATRIE EST BIEN PRISE EN COMPTE

La psychiatrie du sujet âgé est prise en compte principalement par trois unités regroupées au sein d'un pôle, sur le site même du Vinatier.

Chacune des unités offrent vingt-quatre lits ; chacune avec treize lits Alzheimer, trois chambres médicalisées et une chambre d'apaisement. Un centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP) a été repositionné avec ces unités ; il reste néanmoins des structures implantées en extra hospitalier : un hôpital de jour dans le 6^{ème} arrondissement de Lyon, un centre de guidance pour les familles et une équipe mobile d'évaluation et d'orientation.

Ce pôle accueille des personnes âgées de plus de 65 ans ; 71 % arrivent de leur domicile ; 5,7 % sont adressées par un CMP ; 35 % sont hospitalisées pour des troubles de l'humeur ; 22,5 % pour des troubles psychotiques, 2,8 % pour des troubles névrotiques ; 28,2 % pour des démences ; 4,2 % pour abus de substances psycho-actives ; 5,1 % pour comorbidité somatique.

40,8 % sont admis en SPDT et 17,4 % bénéficient ou vont bénéficier d'une protection judiciaire.

Chacune des trois unités correspond à un des pôles (Est, Ouest, Centre) de la psychiatrie adulte.

Un gériatre est présent dans chaque unité et des réunions soignants-soignés sont mises en place dans deux des trois unités.

Le CATTP est installé au sein du pôle ; il prenait en charge au moment du contrôle trente-cinq patients sur les soixante-douze hospitalisés, aussi bien en soins libres qu'en SPDT. Les activités thérapeutiques proposées y sont variées.

Un réseau actif de partenaires extérieurs permet le lien avec l'extra hospitalier et la préparation de la sortie ; une réunion « patients en attente » rassemble, tous les jeudis, des psychiatres du pôle PSA, les cadres de santé, deux assistantes sociales pour étudier les cas.

9.2 LES DEUX UNITES DE PEDOPSYCHIATRIE ACCUEILLENTE UNE POPULATION HETEROGENE DE JEUNES PATIENTS AVEC PROFESSIONNALISME ET BIENVEILLANCE

Le service de pédopsychiatrie installé dans deux bâtiments restructurés est composé de deux unités intra hospitalières : une unité « 6-12 » et une unité pour adolescents « Flavigny » pour les patients âgés de 13 à 18 ans. Lors de la visite, quatre patients étaient présents dans la première et deux dans la seconde. Aucun n'était placé en OPP ni en SPDRE. Cependant le service attendait l'arrivée prochaine d'un mineur sortant de l'UHSA et placé en SPDRE.

Les jeunes patients accueillis dans l'unité « 6-12 » peuvent présenter des pathologies diverses : pathologies dépressives, fonctionnement limite de la personnalité, troubles psychotiques, troubles du spectre autistique, troubles anxieux graves (troubles obsessionnels compulsifs (TOC), refus scolaire anxieux, ...), troubles sévères du sommeil, instabilité et/ou hyperactivité sévère (TDHA), etc.

Les patients accueillis en unité adolescents sont majoritairement des jeunes entrant dans la psychose et des jeunes présentant des états limites. Le service est également sollicité pour l'accueil de jeunes multipliant des actes délinquants parallèlement à une pathologie de type psychopathique. Ceci constitue une population hétérogène qui invite le service à se forger un cadre rassurant, structurant et thérapeutique.

Les contrôleurs ont constaté l'implication et la disponibilité de l'équipe pluridisciplinaire. Une attention particulière est portée au travail en équipe et à la supervision proposée une fois par mois aux soignants.

Les locaux visités ont été particulièrement bien conçus dans des bâtiments anciens réhabilités. Ils offrent ainsi les outils nécessaires à une prise en charge pédopsychiatrique de qualité. Ils comprennent notamment un lieu d'accueil avec un espace pour déposer des vêtements et des chaussures et des chambres individuelles personnalisées avec des sanitaires attenants. Il existe quelques rares chambres doubles et, s'agissant plus particulièrement de l'unité « 6-12 », elles sont dotées de sanitaires individuels. Par ailleurs, les salles d'activités sont nombreuses (psychomotricité, salle de cuisine thérapeutique, salle informatique) et l'environnement extérieur est sécurisé. Un jardin propre à chaque unité est équipé d'aires de jeux adaptées à l'âge des jeunes accueillis et des terrasses permettent notamment la prise des repas en été.



Cour de l'unité 6-12 ans



Signalétique de la salle de scolarisation des "6-12 ans"



Cour de l'unité 13-18 ans

L'unité Flavigny est dotée d'une ESPI particulièrement bien conçue : outre le dispositif habituel (lit - bouton d'appel - horloge...), l'architecture facilite l'intimité lors des toilettes et des douches. De fait, le jeune patient ne peut être vu spontanément. Une cour, propre à l'ESPI et sécurisée, est agrémentée par des fresques de qualité sur les murs d'enceinte. En outre, cette chambre dispose de trois entrées avec une surveillance aisée à partir du bureau des infirmiers.

Le projet thérapeutique est individualisé par patient et arrêté après discussion en équipe pluridisciplinaire. Des activités nombreuses sont proposées. Lors de la visite, les contrôleurs ont constaté la présence effective des soignants auprès des patients dans une relation attentive et bienveillante. Durant cette même visite, ils ont constaté que les familles visitaient les unités et disposaient des informations utiles à l'hospitalisation prochaine de leur enfant.

Bonne pratique

Préalablement à une admission programmée en service de pédopsychiatrie, l'unité organise une visite des familles dans les locaux et présente le fonctionnement et les axes du projet thérapeutique.

Par ailleurs, les contrôleurs ont constaté un travail soutenu avec les familles et l'environnement de l'enfant (services de l'aide sociale à l'enfance - ASE) ; ceux-ci sont associés aux décisions thérapeutiques et à la prise en charge au quotidien : tabac, sexualité et scolarité notamment.

S'agissant du tabac, il est possible aux adolescents d'avoir accès à trois cigarettes par jour, sous réserve de l'accord des parents et des indications médicales. Lors de la visite, deux des dix adolescents présents étaient fumeurs.

Le thème de la sexualité est régulièrement questionné dans le service. Outre l'attention particulière portée aux personnalités les plus fragiles, les modes d'expression de la sexualité sont systématiquement mis en perspective de l'évolution affective du jeune patient. Par ailleurs, le médecin somaticien contribue, à l'occasion de ses consultations, à l'information et à l'éducation sexuelle. Ce sujet sensible n'est pas occulté dans la démarche thérapeutique.

Pour l'unité « 6-12 », un professeur des écoles spécialisé de l'Education nationale assure une présence deux jours par semaine (lundi et jeudi). Une petite salle dédiée et bien équipée (informatique, bibliothèque...) lui est attribuée. La scolarité se fait par module individualisé.

En revanche, la scolarité des adolescents de l'unité Flavigny est plus aléatoire. Une association constituée d'anciens enseignants bénévoles intervient ponctuellement. Cette prestation est appréciée mais reste fragile. Le chef de service s'est rapproché du rectorat afin qu'un enseignant de l'Education nationale soit affecté dans cette unité. Ce projet est en cours de finalisation mais, lors de la visite, rien n'était encore opérationnel.

Recommandation

Afin d'assurer l'obligation légale de scolarité de tout enfant de moins de 16 ans, l'Education nationale se doit de concrétiser, dans les meilleurs délais, ce projet et d'affecter le personnel ad hoc pour assurer la scolarité des patients adolescents de l'unité Flavigny du centre hospitalier Le Vinatier.

10. CONCLUSION

Le centre hospitalier (CH) du Vinatier est le premier établissement psychiatrique de France, avec 1 500 lits et places, dont 691 lits sur le site. Son contrôle s'est déroulé dans un climat serein et a permis l'observation de prises en charge très hétérogènes selon les différentes unités.

Ainsi une majorité d'unités ont développé des pratiques innovantes et respectueuses des droits des patients, que ce soit à travers une architecture pertinente, l'instauration de chambres d'apaisement, l'accès aux activités, une prise en charge par les équipes soignantes empreinte de bienveillance et de professionnalisme, aidée par un tutorat et une formation pour les nouveaux infirmiers.

D'autres comme celles des urgences et post urgences ne respectent ni la liberté de circulation, ni l'accès à la santé que les patients en soins sans consentement seraient en droit d'attendre.

Plus généralement, l'organisation actuelle souffre de l'absence d'un projet médical commun et d'un projet d'établissement, à laquelle s'ajoutent des restrictions budgétaires qui imposent des choix de prise en charge au détriment de la qualité des soins, dans un contexte de vacances de postes. L'information sur les droits du patient devra faire l'objet d'une attention particulière de même que l'accès à l'hygiène. Enfin, même si le recours à l'isolement et à la contention est raisonné, la mise en place d'un réel registre de l'isolement et de la contention permettra le contrôle et l'analyse régulière des pratiques en équipe pluridisciplinaire à l'échelle de l'établissement.