



Rapport de visite :

Du 1^{er} au 11 avril 2019 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier Saint Jean
de Dieu – Lyon 8^{ème}

(Rhône)



SYNTHESE

Sur la période du 1^{er} au 11 avril 2019, sept contrôleurs ont effectué visite du centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu à Lyon (Rhône). Il s'agissait d'une première visite qui a donné lieu à l'établissement d'un rapport provisoire adressé à la directrice générale de l'établissement, ainsi qu'aux autorités judiciaires et administratives du département. Les observations formulées par la seule directrice générale ont été intégrées au présent rapport définitif.

Le centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) en charge dans le département du Rhône de trois secteurs (G25, G26, G27) de psychiatrie pour adultes et de deux secteurs (Ouest et Sud-Est) de psychiatrie infanto-juvénile, pour une population de 603 380 habitants qui a augmenté de 6 % en cinq ans. Cet établissement fait partie de la Communauté psychiatrique de territoire Rhône-Métropole avec deux autres hôpitaux Le Vinatier et Saint-Cyr-au-Mont-d'Or.

Le centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu (CHSJDD) est implanté sur un terrain de 23 hectares dans le 8^{ème} arrondissement de Lyon. Il comprend trois pôles sectoriels avec huit unités d'hospitalisation complète, un pôle accueil et admission avec deux unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD), un pôle de gérontopsychiatrie avec deux unités, un pôle intersectoriel avec trois unités, un département d'hospitalisation pour adolescents, deux pôles sectoriels infanto-juvéniles, un dispositif pour les troubles envahissants du développement et une unité de psychiatrie d'urgence et de liaison.

Bien que le nombre de patients admis en soins sans consentement diminue, la sur occupation des unités d'hospitalisations complète est permanente, soit une prise en charge de 821 personnes en 2018 (sur un total de 3 130 entrées directes en 2018), contre 913 personnes en 2017 (sur 3 139 entrées directes).

L'établissement emploie au total 1 309 personnes dont 82,2 % affectés aux service des soins. Le taux d'absentéisme dans le secteur des soins s'élève à plus de 10 % et celui du *turn over* est supérieur à 14 %. **Le mal être et la souffrance au travail sont clairement exprimés par l'ensemble du personnel soignant.** Cependant, la prise en charge des nouveaux infirmiers est intéressante avec un dispositif de parrainage et de tutorat efficace et un véritable programme de supervision.

Au 1^{er} avril 2019, on relevait un déficit de médecins de 13,85 ETP sur une effectif médical théorique de 124,62 ETP ; en effet les difficultés de recrutement apparaissent comme particulièrement importantes sur le département. De ce fait, la direction avait décidé de fermer l'UHCD Pussin au mois de mai 2019.

S'agissant des locaux en général, deux services (la pédopsychiatrie et la gérontopsychiatrie) bénéficient de locaux particulièrement modernes, bien conçus, confortables et agréables pour les patients et le personnel. Par contre, dans quelques autres unités, **les conditions d'hébergement sont apparues indignes** et la rénovation des bâtiments particulièrement vétustes doit être une priorité dans le prochain schéma immobilier.

Les contrôleurs ont mis en évidence un certain nombre de points négatifs sur lesquels l'établissement doit travailler pour améliorer la qualité de prise en charge des patients et veiller à une meilleure prise en compte de leurs droits fondamentaux.

La formation du personnel soignant sur les droits spécifiques des patients en soins sans consentement est apparue incomplète et mérité d'être renforcée.

Les activités (thérapeutiques, occupationnelles, sportives) sont très peu présentes au sein des unités et des professionnels spécialisés doivent être recrutés pour permettre de les développer pour améliorer le confort et le bien être des patients.

Il faut toutefois souligner que dans cet établissement, le principe de la liberté d'aller et venir des patients est respecté et les restrictions ne tiennent pas compte du statut juridique de la personne.

S'agissant de la prise en charge médicale proprement dite, plusieurs établissements avec le CHSJDD assurent les urgences psychiatriques, mais la filière n'est pas suffisamment régulée pour assurer un égal accès aux soins pour tous dans des conditions dignes.

La longueur des durées des placements en chambre d'isolement est incompréhensible au regard des durées des crises et l'impossibilité, pour le patient concerné de retrouver sa chambre ordinaire dans son unité, est difficilement acceptable. Le placement de personnes adultes en chambre d'isolement au sein du service de pédopsychiatrie n'est pas acceptable.

La traçabilité des trop nombreuses décisions de mises sous contention des patients n'est pas suffisante donc peu exploitable.

En conclusion, les conditions de travail difficiles des personnels (sous-effectifs), la prise en charge des patients pas toujours respectueuse de leurs droits (sur occupation, isolement, contention), ont rendu le climat social tendu, alors que les équipes de direction ont l'ambition de rendre l'établissement beaucoup plus moderne et performant.

En effet, l'établissement dispose d'atouts très importants, comme notamment un service administratif des hospitalisations très réactif, un département de médecine polyvalente efficace au sein même de l'établissement et à l'extérieur, un réseau extra-hospitalier étendu et dynamique avec des équipes mobiles très présentes.

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 20

Les infirmiers arrivants suivent une formation initiale en deux étapes : le parrainage pendant les trois premiers mois et à l'issue des six premiers mois de présence, le tutorat d'un an qui comporte une partie individuelle et une partie collective dont une formation de douze jours de consolidation des savoirs en psychiatrie.

BONNE PRATIQUE 2 21

Les modalités de la supervision dans les unités – créneau horaire limité à une heure et demie tous les mois, à un moment permettant à deux équipes de soignants de participer avec le paiement d'heures supplémentaires, présence de superviseurs extérieurs appartenant à des corps de métiers variés, participation habituelle des médecins, du cadre, du psychologue, de l'assistance sociale dans la plupart des unités avec les IDE et les ASD – rendent attractive cette activité.

BONNE PRATIQUE 3 41

Préalablement à l'audience les avocats disposent de l'intégralité de la procédure et s'entretiennent avec leurs clients dans les unités de soins, leur permettant ainsi de se rendre compte des conditions d'hospitalisation et de rencontrer les patients non auditionnables.

BONNE PRATIQUE 4 43

Le principe de la liberté d'aller et venir des patients est respecté. Les éventuelles restrictions de circulation ne sont pas fondées sur le statut juridique d'une personne mais sur son état clinique.

BONNE PRATIQUE 5 46

La possibilité pour les patients de jouir librement de leur téléphone mobile permet de garantir le droit à la vie familiale et les relations avec l'extérieur ainsi que le droit de se défendre.

Cette bonne pratique a également vocation à être mise en œuvre au sein de l'unité Galilée.

BONNE PRATIQUE 6 47

La mise à disposition de matériel informatique et l'accès à l'internet contribuent à la réinsertion des patients, au maintien de leurs liens familiaux et à leur liberté d'information et de communication.

BONNE PRATIQUE 7 53

Face aux questionnements des équipes concernant la sexualité (droits des patients et risques), un travail de réflexion a été engagé au sein de l'établissement.

BONNE PRATIQUE 8 66

L'établissement va mettre en place, pour un secteur, un dispositif ambulatoire de prise en charge des phases de crise nécessitant une prise en charge rapide mais non urgente, permettant d'éviter des hospitalisations complètes.

BONNE PRATIQUE 9 67

Le projet médico soignant de l'UHCD décrit clairement et précisément les missions et les modalités avec lesquelles celles-ci sont remplies.

BONNE PRATIQUE 10 87

Le patient peut, en prévision de son départ en EHPAD, aller y passer quelques heures en participant à des repas ou des activités pour s'habituer.

BONNE PRATIQUE 11 88

Les soins psychocorporels développés dans ces unités, en chambre et dans l'espace Snoezelen, permettent un apaisement du patient et parfois une remobilisation de ses ressources.

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 15

Un schéma immobilier couplé au projet d'établissement doit rapidement prioriser et permettre la rénovation des bâtiments vétustes dans lesquels les conditions d'hébergement sont indignes pour les patients.

RECOMMANDATION 2 17

Au regard de la difficulté de recrutement de médecins psychiatres, leur répartition au sein du CH doit répondre aux missions prioritaires de l'établissement.

RECOMMANDATION 3 20

La formation de l'équipe directoriale, du personnel médical et du personnel non médical doit inclure les droits spécifiques des patients en soins sans consentement, les recommandations de la Haute autorité de santé et du CGLPL en matière d'isolement et de contention, ainsi que l'éducation thérapeutique.

RECOMMANDATION 4 25

La formation du personnel soignant sur les droits des patients doit être améliorée afin de pouvoir éclairer ces derniers.

RECOMMANDATION 5 25

Il est souhaitable que la communauté médicale et les services administratifs réfléchissent à la mise en place d'un outil destiné à recueillir de manière circonstanciée les observations formulées par le patient ou les raisons pour lesquelles il n'a pas pu ou n'a pas été invité à s'exprimer.

RECOMMANDATION 6 32

Une procédure protocolisant le droit à la confidentialité est nécessaire pour garantir à tous les patients le respect et l'exercice de ce droit.

RECOMMANDATION 7 34

La commission départementale des soins psychiatriques doit exercer sa mission conformément aux exigences de la loi en visitant chaque établissement de son ressort deux fois par an.

RECOMMANDATION 8 35

Une réflexion institutionnelle est nécessaire pour permettre une utilisation pertinente du questionnaire de satisfaction.

RECOMMANDATION 9 37

La direction de l'établissement doit favoriser le contact au sein des unités d'hospitalisation des représentants des associations d'usagers et des familles avec les patients qui le souhaitent ; une visite complète de l'établissement à destination des associations d'usagers devrait être organisée.

RECOMMANDATION 10 38

En attente de la dématérialisation du registre de la loi prévue par l'article 9 de la loi du 27 septembre 2013, la direction de l'établissement doit prendre des mesures organisationnelles pour que le registre

de la loi soit tenu conformément aux prescriptions de l'article L3212-11 du code de la santé publique, afin qu'un contrôle des mesures puisse être réellement exercé.

RECOMMANDATION 11 40

Le fonctionnement du collège des professionnels de santé doit, sans délai, être revu pour respecter les dispositions de l'article L3212-7 du code de la santé publique ; ce collège doit ainsi recevoir obligatoirement les patients pour recueillir leurs observations avant de donner son avis.

RECOMMANDATION 12 40

Il est impératif qu'une convention soit signée, dans les meilleurs délais, entre le tribunal de grande instance de Lyon et l'agence régionale de santé afin de définir les modalités de la tenue de l'audience du juge des libertés et de la détention dans la salle spécialement aménagée au sein du centre hospitalier.

RECOMMANDATION 13 51

Il faut revoir les modalités de retrait d'espèces au profit des majeurs protégés suivis par l'hôpital, pour raccourcir la durée du processus actuel.

Il faut modifier les conditions de conservation des sommes d'argent dans l'unité Fontaine et Roseau.

RECOMMANDATION 14 55

Indépendamment de la formation des infirmiers à l'éducation thérapeutique et du nombre restreint de soignants par unité, la mise en place d'activités nécessite la présence de personnel spécialisé (psychologues, ergothérapeutes, thérapeutes, etc.) ou le renfort des équipes de soignants dans les unités.

RECOMMANDATION 15 61

Il faut revoir les horaires de la cafétéria, l'ouvrir plus longuement ainsi que le week-end et les jours fériés, en faire un lieu plus attractif et regrouper l'accueil et les fonctions communes.

De même, il faudrait envisager des activités sportives en dehors de l'APA avec l'embauche de personnel pour proposer des séances de sport régulières dans le parc, le gymnase et d'autres lieux adaptés.

RECOMMANDATION 16 61

Les activités occupationnelles et thérapeutiques doivent intégrer le projet de soins individualisé du patient, y compris pour les hospitalisations courtes.

Des activités doivent être programmées au sein de toutes les unités, en l'absence de lieu spécialisé au sein de l'établissement. Le personnel non médical doit être renforcé en conséquence.

RECOMMANDATION 17 63

Un établissement de santé, disposant d'un agrément pour la prise en charge des personnes placées en soins sans consentement, doit garantir les modalités de prise en charge minimales présentées au moment de l'agrément, que ce soit en termes de nombre de lits ou de professionnels de santé.

RECOMMANDATION 18 63

La filière des urgences psychiatriques doit être régulée entre les différents établissements du département du Rhône afin de garantir l'accès aux soins psychiatriques de la population sans atteinte à la dignité des personnes.

RECOMMANDATION 19 64

Les décisions de mises de contentions des patients relevant de la psychiatrie aux urgences du centre hospitalier Saint-Joseph-Saint-Luc doivent être validées par un médecin psychiatre.

RECOMMANDATION 20 65

La traçabilité des décisions doit permettre une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.

RECOMMANDATION 21 69

Le mal-être des soignants doit très sérieusement faire l'objet d'une prise en compte à l'échelle de l'établissement autour de l'analyse de l'organisation des soins, des pratiques et procédures actuelles et du respect des valeurs déontologiques et éthiques des professionnels.

RECOMMANDATION 22 75

Tout patient placé dans une chambre normale transformée en chambre d'isolement doit pouvoir accéder aux toilettes dès qu'il en exprime le besoin.

RECOMMANDATION 23 79

Les placements de personnes adultes en chambre d'isolement en service de pédopsychiatrie doivent cesser sans délai.

RECOMMANDATION 24 81

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens.

RECOMMANDATION 25 82

L'établissement doit cesser sans délai ses pratiques abusives d'isolement et de contention et permettre à tout patient de réintégrer sa chambre d'hospitalisation dès la fin de la crise ayant motivé la mesure d'isolement.

RECOMMANDATION 26 94

Le placement des mineurs en chambre d'isolement doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle critique, à la lumière du rapport du CGLPL relatif à l'isolement et à la contention dans les établissements de santé mentale.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS	4
SOMMAIRE	8
RAPPORT	10
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	12
2.1 Le centre hospitalier Saint Jean de Dieu est l'une des trois structures de secteur de la psychiatrie du Rhône	12
2.2 Les choix budgétaires ont conduit à repousser les travaux de rénovation des unités vétustes à la fin du projet 2015-2020.....	15
2.3 Malgré le développement de la supervision et de la formation, le mal-être des soignants est fortement exprimé et ressenti	16
2.4 Le nombre de patients en SSC diminue mais la sur occupation des unités d'hospitalisation complète est permanente avec des pics pendant deux périodes de l'année	21
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS.....	23
3.1 La qualité de l'information donnée par le service des hospitalisations aux patients admis en soins sans consentement doit être maintenue au moment de la notification des décisions administratives	23
3.2 Le nombre d'événements indésirables graves est en baisse mais ceux relatifs à la sécurité des personnes et des biens restent importants	26
3.3 La personne de confiance est assez souvent désignée mais elle est peu sollicitée par les équipes soignantes	30
3.4 L'accès au droit de vote n'a pas encore été organisé pour les prochaines élections par le service des hospitalisations	30
3.5 La protection judiciaire des patients est assurée par des mandataires qui exercent leurs missions avec compétence mais ne sont pas présents aux audiences du JLD.....	31
3.6 La confidentialité de l'hospitalisation gagnerait à être formalisée pour garantir sa mise en œuvre correcte.....	32
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	33
4.1 Les organes règlementaires sont correctement mis en place pour exercer leur contrôle dont l'efficacité reste toutefois relative.....	33
4.2 Les registres de la loi, dont la tenue n'est pas conforme au code de la santé publique, ne permettent pas d'exercer un contrôle.....	37
4.3 Les sorties de courte durée sont nombreuses avec pour objectif la préparation à la levée de la mesure ou le passage en programme de soins.....	38

4.4	Le juge des libertés et de la détention exerce sa mission dans des conditions matérielles et relationnelles satisfaisantes et son contrôle incite les intervenants hospitaliers à la vigilance quant au respect des dispositions légales.....	40
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	43
5.1	La possibilité de circuler librement dans l'enceinte de l'hôpital est largement reconnue aux patients	43
5.2	Les restrictions imposées dans la vie quotidienne sont très limitées.....	44
5.3	Les communications avec l'extérieur ne font l'objet d'aucune restriction d'ordre général	45
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	48
6.1	Les locaux d'hébergement sont très contrastés, mais des travaux s'avèrent indispensables et urgents dans certaines unités particulièrement vétustes.....	48
6.2	Les conditions d'hygiène n'appellent pas d'observations particulières.....	49
6.3	Les biens des patients sont enregistrés mais les délais pour faire des retraits d'argent en espèces sont longs	50
6.4	Les repas servis dans l'établissement sont de qualité.....	51
6.5	La sexualité est abordée différemment d'une unité à l'autre et donne lieu depuis 2018 à une réelle réflexion de la part de l'institution	52
6.6	Les activités sont diversifiées mais varient d'une unité à l'autre selon la disponibilité des soignants et les activités thérapeutiques ne bénéficient qu'à un faible nombre de patients hospitalisés	53
7.	L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES	62
7.1	L'établissement participe à l'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques du Rhône mais va fermer dix lits d'UHCD	62
7.2	Les prises en charge en soins psychiatriques sont désorganisées	68
7.3	L'accès aux soins somatiques est assuré en autonomie	70
8.	LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION	74
8.1	Les chambres d'isolement ne sont pas propices à l'apaisement et sont indignement utilisées comme des chambres d'hospitalisation	74
8.2	Les pratiques d'isolement et de contention sont méconnues de la direction et non respectueuses de la dignité des personnes	75
8.3	L'analyse du registre, non effectuée par l'établissement, confirme des pratiques indignes d'isolement.....	77
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES AU REGARD DE L'AGE DES PATIENTS	83
9.1	Le pôle de gérontopsychiatrie	83
9.2	L'unité de pédopsychiatrie « Ulysse » offre des locaux bien aménagés, une prise en charge intensive de qualité même si le placement en chambre d'isolement questionne	92
10.	CONCLUSION.....	95

Rapport

Contrôleurs :

- Danielle PIQUION, cheffe de mission ;
- Luc CHOUCHKAIEFF, contrôleur ;
- Marie-Agnès CREDOZ, contrôleure ;
- Bruno REMOND, contrôleur ;
- Estelle ROYER, contrôleure ;
- Dominique SECOUET, contrôleure ;
- Vianney SEVAISTRE, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), sept contrôleurs ont effectué un contrôle du centre hospitalier Saint Jean de Dieu à Lyon (Rhône), du 1er au 11 avril 2019. Il s'agissait d'une première visite de l'établissement.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 1^{er} avril 2019 à 15h et l'ont quitté le 11 avril 2019 à 19h30.

Ils ont été accueillis à leur arrivée par la directrice du centre hospitalier. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une soixantaine d'auditeurs : la directrice des affaires financières, le directeur du système d'information, le médecin-chef du département d'information médicale, le directeur du service du patrimoine et de la sécurité, des médecins-chefs de pôle, des médecins responsables d'unités de soins, des psychiatres, des cadres et cadres supérieurs de santé, des infirmiers, la cheffe du service du service social et du logement, la chargée de projet auprès de la direction générale, la gestionnaire des plannings, une psychologue, une assistante et une secrétaire administratives, des représentants des usagers.

Préalablement à la visite, des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet du Rhône, les secrétariats du président et du procureur de la République du tribunal de grande instance de Lyon et du bâtonnier de l'Ordre des avocats. Le directeur départemental du Rhône (agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes) et le cabinet du maire du 8ème arrondissement de Lyon ont également été informés de la visite des contrôleurs.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et de plusieurs ordinateurs, permettant d'avoir accès au site Intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été préparés et remis à chaque contrôleur.

Des affichettes signalant la visite du Contrôle général ont été diffusées dans les unités. Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, aussi bien avec les patients qu'avec le personnel de santé et tous les intervenants exerçant sur le site.

Il a été procédé à une réunion de restitution de la mission le 11 avril 2019 devant une vingtaine d'auditeurs. La qualité de l'accueil et la disponibilité de l'ensemble du personnel de l'établissement méritent d'être soulignées.

Un rapport provisoire a été adressé le 9 septembre 2019 à la directrice générale de l'établissement, à la délégation du Rhône de l'Agence régionale de santé, au président et au procureur de la République du tribunal de grande instance de Lyon, ainsi qu'au préfet du Rhône. Par courrier en date du 18 octobre 2019, la directrice générale du centre hospitalier a fait connaître ses observations qui ont été prises en compte pour la rédaction du présent rapport.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER SAINT JEAN DE DIEU EST L'UNE DES TROIS STRUCTURES DE SECTEUR DE LA PSYCHIATRIE DU RHONE

2.1.1 L'organisation de la psychiatrie dans le département

Le centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu (CHSJDD) est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) assurant les missions de service public de secteur et d'hospitalisation de patients en soins sans consentement (SSC).

Le CHSJDD est en charge dans le département du Rhône de trois secteurs de psychiatrie adulte (69G25, 69G26, 69G27) et de deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (69I011 dit « secteur Ouest » et 69I012 dit « secteur Sud-Est »). Ces secteurs correspondent au tiers du département du Rhône en superficie et en population. Entre 2013 et 2017, la population de ces secteurs est passée de 568 668 à 603 380 habitants, en augmentant ainsi de 6,1 % en cinq ans¹.

Le département du Rhône dispose de deux autres centres hospitaliers assurant également les missions de service public de secteur dans la psychiatrie : les CH Le Vinatier et Saint-Cyr-au-Mont-d'Or. Les trois établissements sont implantés dans Lyon et se sont regroupés au sein de la *Communauté psychiatrique de territoire Rhône-Métropole* (CPT) dans le but d'une « *meilleure lisibilité et coordination de l'offre de soins sur le territoire de Rhône-Métropole*² ».

Le département compte une demi-douzaine de cliniques spécialisées en psychiatrie ainsi que de nombreux médecins psychiatres libéraux.

2.1.2 L'organisation de l'établissement

Le CHSJDD a été créé en 1824 par l'ordre hospitalier des frères de Saint Jean de Dieu. L'ordre s'est retiré des lieux en 1980 et la gestion a été confiée à l'Association du Rhône pour l'hygiène mentale (ARHM), devenue l'Association recherche handicap et santé mentale en 2010, qui est passée en 2017 sous le statut de fondation reconnue d'utilité publique avec l'appellation fondation Action Recherche Handicap et santé Mentale (ARHM).

Le CHSJDD est la plus importante des structures de la fondation ARHM et absorbe 71 % du budget de la fondation (données de 2017).

Le CHSJDD est implanté sur un terrain de 23,9 hectares dans le 8^{ème} arrondissement de Lyon (Rhône), en bordure de la commune de Vénissieux (Rhône). L'ensemble comprend un parc arboré, avec des animaux dans des enclos, et des bâtiments de différentes époques : des récents tels que ceux abritant l'unité Osiris et des anciens datant du XIX^{ème} siècle ayant subi des transformations plus ou moins récentes. La surface utile des bâtiments est de 51 119 m².

La fondation est placée sous la responsabilité d'un conseil d'administration et est dirigée par une directrice générale. **La fondation comporte cinq directions :**

- la direction générale de la fondation et la direction du CHSJDD ; la directrice générale est également directrice du CHSJDD ;

¹ Source : dossier de présentation du CHSJDD du 1^{er} avril 2019.

² Citation du rapport d'activité 2017 de la fondation Action Recherche Handicap et santé Mentale (ARHM) page 50.

- la direction déléguée au secteur médico-social avec l'ESAT³ *les ateliers Denis Cordonnier, la Pléiade* avec cinq structures (un CAMSP⁴, un CMPP⁵, un service d'accompagnement et de transition pour des jeunes adultes « autistes », un SAMSAH⁶, une MAS⁷ pour adultes « autistes ») et le service tutélaire, l'unité de vie Habitat+, *l'Escale* avec une MAS et un foyer d'accueil médicalisé (FAM), le *Moulin Carron* avec deux foyers d'hébergement, un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et un accueil de jour pour adultes, le foyer de vie *La Chevanière*, le pôle *Lyade* qui pilote le conseil local de santé mentale de Vénissieux Saint-Fons et comporte deux CSAPA⁸ ainsi que le projet écoute prévention et accès aux soins (PEP'S) ;
- le pôle logement qui vise à répondre aux besoins d'insertion par le logement ;
- l'institut régional Jean Bergeret, qui dispense des formations et mène des actions de prévention et de promotion en matière de santé mentale ;
- les fonctions ressources, communes à l'ensemble des structures de la fondation, dont principalement les ressources humaines, les affaires financières, la qualité et la gestion des risques, les achats et l'hôtellerie, le patrimoine et la sécurité, le système d'information.

Le CHSJDD est organisé en pôles sectoriels, en dispositifs intersectoriels et en unités spécifiques non sectorisées. **Les unités d'hospitalisation complète** qui reçoivent toutes des patients en soins sans consentement, sont les suivantes :

- au sein des trois pôles sectoriels :
 - le pôle G25 compte trois unités : l'Orangerie avec théoriquement vingt-quatre lits de fait vingt-cinq, Louise Labé et Galilée avec théoriquement vingt-cinq lits. Chaque unité comporte en outre une chambre d'isolement (CI). Lors de la visite des contrôleurs, vingt-sept patients étaient hospitalisés à temps complet dans l'unité fermée Orangerie, vingt-sept dans l'unité ouverte Louise Labé et vingt-huit dans l'unité fermée Galilée. Les trois CI étaient occupées ; leurs occupants n'avaient pas de chambre d'hospitalisation (ou selon l'appellation locale de chambre de suite) ;
 - le pôle G26 compte deux unités d'hospitalisation complète : Magallon 2 et Osiris avec chacune théoriquement vingt-cinq lits. Chaque unité comporte en outre une CI. Lors de la visite des contrôleurs, vingt-six patients étaient hospitalisés à temps complet dans l'unité ouverte Magallon 2 et vingt-cinq dans l'unité ouverte Osiris. La CI de Magallon 2 était occupée et son occupant n'avait pas de chambre de suite ; la CI d'Osiris était disponible ;
 - le pôle G27 compte trois unités : Magallon 3, Saint Exupéry et Erasme avec chacune théoriquement vingt-cinq lits. Chaque unité comporte en outre une CI. Lors de la visite des contrôleurs, vingt-sept patients étaient hospitalisés à temps complet dans l'unité Magallon 3, vingt-huit dans l'unité Saint Exupéry et vingt-sept dans l'unité Erasme. Les CI de ces trois unités étaient occupées ; leurs occupants n'avaient pas de chambre de suite ;

³ ESAT : établissement et service d'aide par le travail.

⁴ CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce.

⁵ CMPP : centre médico-psychopédagogique.

⁶ SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés psychiques.

⁷ MAS : maison d'accueil spécialisée

⁸ CSAPA : centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie.

– au sein des dispositifs intersectoriels :

- le pôle accueil et admission compte deux unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) : Jean-Baptiste Pussin ou Pussin qui compte théoriquement dix lits et Alphée qui compte théoriquement douze lits. Chacune de ces unités compte en outre une CI. Lors de la visite des contrôleurs, onze patients étaient hospitalisés à temps complet dans l'unité Pussin et quatorze dans l'unité Alphée. Les CI de ces unités fermées étaient occupées ; leurs occupants n'avaient pas de chambre de suite ;
- le pôle de gérontopsychiatrie compte deux unités fermées d'hospitalisation complète, Clos Layat 1 et Clos Layat 2 avec chacune vingt lits. Ces unités ne comportent pas de CI, mais deux chambres d'apaisement. Lors de la visite des contrôleurs, vingt patients étaient hospitalisés à temps complet dans l'unité Clos Layat et dix-huit dans l'unité Clos Layat 2 ;
- le pôle intersectoriel de soins de réhabilitation psychosociale (PISR) compte trois unités : Fontaine et Roseau avec quinze lits pour les psychoses déficitaires, Paul Sivadon avec vingt-huit lits pour la réadaptation psychosociale, Hermès avec vingt lits pour l'accueil des cérébro-lésés. L'unité Fontaine et Roseau est fermée, elle compte en outre trois CI dont deux seulement sont considérées comme telles par le CHSJDD ; Paul Sivadon et Hermès sont des unités ouvertes et n'ont pas de CI. Lors de la visite des contrôleurs, neuf patients étaient hospitalisés à temps complet dans l'unité et Roseau, vingt-huit dans l'unité Paul Sivadon, et vingt dans l'unité Hermès. Une CI de Fontaine et Roseau était occupée.

– au sein des unités spécifiques non sectorisées :

- le département d'hospitalisation pour adolescents compte une unité : Ulysse qui compte théoriquement dix lits. Cette unité comporte en outre une CI. Lors de la visite des contrôleurs, neuf patients étaient hospitalisés à temps complet dans l'unité Ulysse. La CI était occupée par un majeur ;
- l'unité de psychiatrie d'urgence et de liaison (UPUL) implantée dans le centre hospitalier général public Saint Joseph et saint Luc, qui n'est pas à une unité d'hospitalisation complète. Cette unité est rattachée au pôle accueil et admission.

L'état des différentes unités est décrit dans le § 6.1 *infra*.

Cette présentation ne fait pas apparaître les pôles ou entités sans unité d'hospitalisation à temps complet relevant de la direction du CHSJDD dont :

- le pôle département de médecine polyvalente (DMP)/douleur qui assure la médecine somatique du CHSJDD ;
- les deux pôles sectoriels infanto-juvéniles I11 et I12 ;
- le dispositif « troubles envahissant du développement » (TED) ;
- le département de l'information médicale (DIM).

En extra hospitalier, le dispositif de prise en charge ambulatoire est décrit dans les projets de pôle et les projets d'unités. Une synthèse apparaît dans le *livret d'intégration d'IDE*⁹ remis à tout IDE arrivant. Ainsi, les trois secteurs adultes s'appuient chacun sur cinq à sept structures

⁹ IDE : Infirmier diplômé d'Etat

(hôpitaux de jour, CMP¹⁰, CATTP, etc.) et trois équipes mobiles (pour les secteurs G25, G26 et G27) et la psychiatrie infanto-juvénile sur une dizaine de structures.

Le projet d'établissement 2015-2020¹¹ confirme en parallèle la nécessité de développer le virage ambulatoire : « *afin de rétablir une offre de soins graduée en ambulatoire, les projets des hôpitaux de jour, des CATTP, des CMP doivent être revisités pour harmoniser les missions (modalités d'accueil, filters proposés, modalités de relais...). En fonction de la pathologie repérée, l'accessibilité et la rapidité d'intervention doit tenir compte de la problématique. Le recours aux équipes mobiles, disponibles et réactives, doit permettre d'organiser les passages intra/extra et extra/intra et d'optimiser le recours à l'hospitalisation pour les patients le nécessitant, prévenant les hospitalisations et les rechutes et accompagnant la sortie et le retour en milieu de vie* ».

Il apparaît ainsi que le CHSJDD dispose d'un réseau extra hospitalier important dont il vise à développer l'activité pour répondre à l'exigence de « *davantage d'ambulatoire* ».

2.2 LES CHOIX BUDGETAIRES ONT CONDUIT A REPOUSSER LES TRAVAUX DE RENOVATION DES UNITES VETUSTES A LA FIN DU PROJET 2015-2020

Lors de la visite, le budget de l'année 2018 était en cours de consolidation. Les budgets annuels sont à l'équilibre depuis plusieurs années.

Pour les années 2013 à 2017, les dépenses annuelles du CHSJDD ont été de l'ordre de 87 millions d'euros. Le premier poste de dépense est celui du personnel qui demeure stable et représente 79 % du total.

Les recettes sont formées principalement par la dotation annuelle de financement (DAF) qui représente 86 % des ressources. La DAF a diminué de 1,3 millions d'euros depuis 2015, comme pour les autres établissements de la région Rhône-Alpes. Les autres ressources sont formées notamment par le ticket modérateur, les mutuelles, l'aide médicale d'Etat (AME).

Le remboursement de la dette est décroissant depuis 2013, passant de moins d'un million d'euros à moins d'un demi-million d'euros en 2017. Le CHSJDD n'a pas contracté d'emprunt depuis au moins 2013. Cependant, des investissements sur fonds propres ont été conduits depuis 2013. Le projet de rénovation des bâtiments anciens, vétustes, mentionnés dans le projet d'établissement 2015-2020 a été retardé à l'année 2020 sur demande de l'autorité régionale de santé (ARS) – selon les informations communiquées par le CHSJDD – de façon à mobiliser une somme plus importante, une vingtaine de millions d'euros, par l'emprunt et en ayant recours aux fonds propres.

RECOMMANDATION 1

Un schéma immobilier couplé au projet d'établissement doit rapidement prioriser et permettre la rénovation des bâtiments vétustes dans lesquels les conditions d'hébergement sont indignes pour les patients.

Dans son courrier en réponse en date du 18 octobre 2019, la directrice générale a indiqué que « *le programme de reconstruction et de rénovation lourde mentionné dans le projet d'établissement 2015-2020 qui a été évalué à plus de 28 millions d'euros, n'a pu être engagé faute*

¹⁰ CMP : centre médico-psychologique ; CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

¹¹ Projet d'établissement 2015-2020 page 26.

d'accord et d'accompagnement financier de l'ARS. Les discussions sur un projet réajusté sont toujours en cours et les modalités de financement restent encore à déterminer. Il est vrai que l'établissement a volontairement limité le recours à l'emprunt ces dernières années, cela n'a été fait qu'afin de ne pas hypothéquer sa capacité d'endettement dans l'éventualité d'un recours massif à l'emprunt pour financer ce projet prioritaire ».

2.3 MALGRE LE DEVELOPPEMENT DE LA SUPERVISION ET DE LA FORMATION, LE MAL-ETRE DES SOIGNANTS EST FORTEMENT EXPRIME ET RESSENTI

2.3.1 Le personnel

Au 31 décembre 2017, le CHSJDD employait 1 173,73 ETP¹² (1 309 personnes) répartis ainsi : 82,2 % dans les services de soins, 9,80 % dans les services logistiques, 5,70 % dans les services administratifs, 1,50 % dans les services médico-techniques et 0,80 % à la direction. La situation est stable sur les trois dernières années : en 2015 et en 2016, le CH employait 1 162,37 ETP (1 317 personnes) et 1 185,20 ETP (1 325 personnes).

Le taux d'absentéisme global du personnel¹³ (toutes catégories confondues) a été de 10,02 en 2017 ; il était de 9,59 en 2015 et de 9,78 en 2016. Pour le secteur des soins, ce taux a été 10,43 en 2017 ; il était de 10,24 en 2015 et de 10,22 en 2016. Ce taux est élevé ; il est dans la moyenne haute de l'ensemble des établissements hospitaliers.

Le taux de *turn-over* global¹⁴ a été de 11,69 en 2017 avec un taux 14,28 pour le personnel médical et de 14,03 pour le personnel infirmier. En 2015 le taux global a été de 9,2, celui du personnel médical de 14,95 et celui du personnel infirmier de 11,11. En 2016 le taux global a été de 12,49, celui du personnel médical de 16 et celui du personnel infirmier de 16,40. Le *turn-over* est élevé chez le personnel médical et le personnel infirmier.

a) Le personnel médical

Le personnel médical est également réparti entre l'intra hospitalier et l'extra hospitalier.

A la date du 1^{er} avril 2019, l'effectif médical théorique du CHSJDD est 124,62 ETP dont 8,5 d'internes (chaque interne comptant pour 0,5 ETP), l'effectif réalisé était de 110,77 ETP faisant apparaître un déficit de médecins de 13,85 ETP (11,1 %) en légère aggravation numérique par rapport aux années antérieures, mais avec le constat de recruter de plus en plus difficilement. Le corps médical compte quatre médecins étrangers dont deux n'appartenant pas à l'Union européenne ; tous disposent de la plénitude d'exercice.

Lors de la visite des contrôleurs, l'orientation avait été prise de fermer l'UHCD Pussin au mois de mai 2019 en raison du déficit constaté de médecins psychiatres et des difficultés accrues de recrutement. L'agence régionale de santé (ARS) a formulé un avis défavorable à cette fermeture.

Pour les contrôleurs, la fermeture d'une UHCD n'apparaissait pas cohérente avec la sur occupation permanente et chronique des unités d'hospitalisation complète, d'autant que les moyens humains déployés par exemple pour la psychiatrie de liaison au profit du CH Saint Joseph Saint Luc n'ont pas été redéployés sur la mission prioritaire d'accueil des patients en crise et post crise.

¹² ETP : équivalent temps plein

¹³ Référence : Bilan social de l'année 2017 page 40.

¹⁴ Référence : Bilan social de l'année 2017 page 17.

Indépendamment de la difficulté de recruter des praticiens, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) de l'accueil des patients sur trois périodes de l'année 2018 a permis de constater que les internes de garde sont sollicités : ils ont assuré 37 % des entrées en mars-avril, 43,3 % en mai-juin (période de prise en compte des sans domicile fixe – SDF – et des hors-secteur), 42,5 % en juillet-août (période de congé).

RECOMMANDATION 2

Au regard de la difficulté de recrutement de médecins psychiatres, leur répartition au sein du CH doit répondre aux missions prioritaires de l'établissement.

b) Le personnel non médical

Les unités d'hospitalisation complète¹⁵ comportant théoriquement vingt-cinq lits – de fait entre vingt-six et vingt-sept avec les lits couchettes et jusqu'à vingt-huit patients en comptant l'occupant de la CI – s'appuient sur des équipes de dix ou onze infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et trois aides-soignants diplômés (ASD) ainsi qu'en moyenne trois agents des services hospitaliers (ASH). A la lumière d'un audit sur la charge de travail mesurée dans ces unités, en sur occupation permanente, le CHSJDD a prévu d'augmenter l'effectif d'IDE à douze, compte tenu également des nouveaux contours du métier d'infirmier.

Les deux unités de gérontopsychiatrie comptent dix IDE chacune et sept ASD dans la première, qui comporte dix lits dit d'unité cognitivo-comportementale (UCC), et six ASD dans la seconde.

Les deux UHCD s'appuient chacune sur dix IDE, ainsi que quatre ASH dans l'une des unités et pour l'autre, il y a un recours à une prestation externe.

Au PISR, les unités Fontaine et Roseau et Hermès s'appuient chacune sur huit ou 8,5 IDE et dix ou onze ASD, sans compter les ASH.

L'unité de pédopsychiatrie Ulysse compte douze IDE, quatre ASD et un moniteur-éducateur.

Parmi le personnel non soignant, chaque unité d'hospitalisation complète dispose en moyenne de 0,5 ETP de psychologue, d'aucun ETP de psychomotricien (à l'exception de 0,5 ETP à Ulysse et 0,3 ETP au PISR), d'aucun ergothérapeute à temps complet (0,3 ETP au PISR, 0,70 ETP au G27, 0,60 ETP en gérontopsychiatrie), de peu de personnel éducatif (2 ETP à Ulysse, 2,8 ETP au PISR, 0,4 ETP d'art-thérapie au G27), de 0,8 ETP d'assistante sociale et de 0,8 ETP d'assistante médico-administrative par unité en moyenne. Des activités à caractère thérapeutique sont ainsi organisées sur une base régulière dans trois unités Erasme, Clos Layat 1 et 2 (*cf. infra* § 6.6.2).

Quelques patients de la plupart des unités bénéficient d'activités physiques adaptées organisées par des éducateurs spécialisés.

Le remplacement des absents est organisé selon plusieurs modalités :

- en cas d'absence imprévue, le cadre de santé de l'unité procède aux changements en interne en veillant à ne pas tomber en-dessous de l'effectif de sécurité. En cas d'impossibilité, une société d'intérim est sollicitée sauf pour les unités du secteur G27 et du PISR (*cf. supra* § 2.1.2) qui s'appuient sur un « pool » particulier (nouveau dispositif) d'IDE, d'ASD et d'ASH en contrat à durée déterminée (CDD de moins de trois jours) ;

¹⁵ G25 (Louise Labé, Orangerie, Galilée), G26 (Osiris, Magallon 2), G27 (Magallon 3, Erasme, Saint Exupéry), PISR (Paul Sivadon).

- en cas d'absence prévue, le cadre fait appel au « pool infirmier intersectoriel » qui doit être sollicité toutes les semaines avant le mercredi midi pour la semaine suivante. Pour les unités du secteur G27 et du PISR, le « pool » particulier est sollicité ; cependant le cadre de permanence pendant les week-ends, s'il n'appartient pas aux unités du secteur G27 et du PISR, n'a pas connaissance des disponibilités au sein de ce « pool ».

Les heures supplémentaires ne sont pas payées, sauf exception, mais font l'objet de récupérations.

L'équipe de « renfort, accueil, régulation », le RAR, est formée d'IDE, dix de jour et quatre IDE de nuit, placés sous l'autorité d'un cadre de santé :

- les IDE (deux de jour, un de nuit) chargés de la *régulation* reçoivent les demandes d'hospitalisation des différents acteurs. Ils assurent ainsi la moitié des entrées (en 2018, sur les 1 719 entrées assurées par leurs soins, les principaux pourvoyeurs ont été le CH Le Vinatier avec 612 entrées, le CH Edouard Herriot avec 569 entrées, le CH de Lyon Sud avec 189 entrées, le CH Saint Joseph Saint Luc avec 92 entrées et l'extra hospitalier du CHSJDD avec 55 entrées). Ils orientent les patients vers les lits libres ou considérés comme tels (*cf. infra § 7.1.4*) : les unités sont contactées trois fois par jour (matinée, après le déjeuner, fin d'après-midi) pour connaître les disponibilités. Le délai écoulé entre la demande d'hospitalisation et l'arrivée au CHSJDD avait une valeur médiane de trois heures en mars-avril 2018, d'un peu plus de quatre heures (4h 6min) en mai-juin et de cinq heures en juillet-août 2018 selon les résultats d'une EPP ;
- les autres IDE ont pour mission d'accueillir les patients qui se présentent directement au CH et ceux annoncés comme difficiles ;
- ils ont également pour mission de renforcer les soignants des unités (menaces, soins en CI, situations à risque, incidents hors des unités de soins, transferts de patients difficiles, etc.). L'appel du renfort est déclenché par les PTI¹⁶ et par les coups de poing d'alerte incendie ;
- en prévention d'une situation de tension , ils peuvent intervenir sur simple appel téléphonique.

Dans les unités d'hospitalisation complète et le RAR, **le service des IDE** commence le matin à 6h et se termine à 13h48, le soir commence à 13h12 et termine à 21h. En fonction des disponibilités, les équipes du matin et du soir sont renforcées par des IDE de « journée » (de 9h à 16h48 par exemple). Le service des ASD est peu différent : le matin de 7h à 14h48 et le soir de 12h12 à 20h.

L'examen des plannings des unités pour le mois de mars 2019 a donné les informations suivantes :

- en semaine, dans les unités de vingt-cinq lits, étaient présents le matin, une moyenne de quatre soignants, IDE ou AS, avec des extrêmes à deux et six), le soir une moyenne de quatre soignants, en comprenant les soignants de journée. Dans une unité UHCD, deux IDE étaient présents le matin, deux et parfois trois IDE le soir, avec souvent un IDE de journée. En semaine, chaque unité bénéficie d'un temps médical de l'ordre de 1,5 ETP nécessitant un temps équivalent d'IDE pour assister aux entretiens médicaux ;
- les samedis et les dimanches, l'effectif moyen des unités de vingt-cinq lits et davantage oscillait selon les unités entre deux ou trois soignants le matin comme le soir. Dans une unité UHCD, deux IDE étaient présents le matin, deux le soir, avec parfois un IDE de journée. En

¹⁶ PTI : protection du travailleur isolé

l'absence d'entretiens médicaux, en dehors des temps consacrés aux soins, les IDE peuvent organiser des activités au sein des unités.

Dans les unités de vingt-cinq lits, le seuil de sécurité antérieurement fixé à deux soignants a été rehaussé à trois depuis le mois de décembre 2018. Ce seuil est fréquemment atteint ; il ne permet pas de répondre à d'autres sollicitations que celles des soins immédiats et d'assurer une présence infirmière pendant les consultations médicales. La conduite d'activités par un soignant est donc rare.

Les contrôleurs ont constaté que le personnel soignant était parfois en souffrance au regard de la charge de travail à effectuer.

Les équipes de nuit travaillent de 20h40 à 6h30 sous l'autorité d'un cadre de santé de nuit. Le personnel est fidélisé. Les temps des transmissions du soir et du matin sont inclus dans les horaires de travail.

Dans toutes les unités d'hospitalisation complète, les équipes sont formées de deux soignants, normalement un IDE et un ASD, et de deux IDE dans les UHCD.

Les agents des services hospitaliers (ASH) – au nombre de quarante au sein du CHSJDD lors de la visite des contrôleurs – sont progressivement remplacés par du personnel appartenant à deux sociétés de service : l'une assure le nettoyage au Nord de la chapelle, l'autre au Sud. Ce personnel technique est de matin (de 7h30 à 15h), de journée (de 9h à 16h30) ou de soir (de 12h45 à 20h15).

2.3.2 Le tutorat et la formation

L'accueil des nouveaux IDE est organisé selon deux procédures successives :

- l'accueil immédiat : l'arrivant participe à une journée d'intégration et un *livret d'intégration IDE*, identifiant des connaissances de base à acquérir dans le CH ; un parrain est désigné dans l'unité parmi les IDE. Ce parrain accompagne le nouvel arrivant pendant ses trois premiers mois ;
- le tutorat débute au plus tôt six mois après la prise de poste et au cours de la première année, parfois au début de la deuxième année. Il comporte un suivi individuel par un tuteur désigné, des formations groupées et un stage de consolidation des savoirs de douze jours.

Le rapport annuel sur **la formation professionnelle** pour l'année 2017 fait apparaître que le nombre de personnes ainsi pris en compte n'est pas un vœu mais bien une réalité. Ce même rapport fait apparaître que la sécurité incendie, la prévention de la violence, la prise en compte de la crise suicidaire sont des sujets investis.

En matière de formation à l'éducation thérapeutique, ce rapport indique qu'un nombre significatif d'infirmiers ont été formés, cependant le bilan détaillé des années 2012 à 2018 indique que cette formation est peu suivie par les infirmiers des unités d'hospitalisation complète (deux en 2012, cinq en 2013, aucun en 2014 et 2015, cinq en 2016, un en 2017, quatre en 2018), même si en 2018 dix médecins, neuf cadres de santé et plusieurs membres de la direction de l'établissement ont suivi cette formation.

La formation au photolangage a été suivie en 2017 par quatorze agents sans précision de leurs unités d'appartenance.

Les contrôleurs ont par ailleurs constaté qu'à l'exception de quelques unités (Erasmus, Clos Layat 1 et 2) les activités prescrites et organisées régulièrement au sein des unités étaient rares (*cf. infra § 6.6.2*). Cela confirme le besoin de formation du personnel médical et du personnel non

médical à l'éducation thérapeutique mais interroge également sur la disponibilité des soignants pour disposer du temps nécessaire.

En 2019, une sensibilisation à l'éducation thérapeutique est prévue pour vingt-trois agents et une formation à l'éducation thérapeutique pour douze agents.

Toujours, selon le rapport annuel sur la formation professionnelle pour l'année 2017, les soignants ne suivent pas de formation sur les droits spécifiques des patients en soins sans consentement, même si une information est donnée aux IDE arrivants dans le cadre de leur journée d'intégration ; la formation à la contention et à l'isolement est peu investie. Le colloque sur l'isolement contention du 3 juillet 2017 fait apparaître que les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) sont mal connues ou parfois connues mais non appliquées par la direction des soins.

Les contrôleurs ont eu communication du projet de planification des formations pour l'année 2018, proche de celui de l'année précédente en termes de contenu, mais n'ont pas eu communication du rapport annuel des formations pour l'année 2018.

Le rapport annuel 2018 de la commission des usagers (CDU) apporte les informations suivantes :

- à l'occasion de la *journée européenne de vos droits en santé*, le 22 juin 2018, deux stands d'information ont été mis en place ;
- la responsable des relations avec les usagers est intervenue dans dix unités visitées et a sensibilisé une centaine de professionnels aux droits des patients pendant le « *quart d'heure droit des patients* » ;
- l'inspection de l'ARS sur la thématique isolement contention a mis en évidence un point majeur de non-conformité sur les délais de réévaluation médicale des patients contenus ou en chambre d'isolement. Le CHSJDD attend le rapport définitif qui peut intégrer une demande de plan d'actions à mettre en œuvre par l'établissement.

Ces extraits du rapport annuel 2018 de la CDU confirment le manque de formation des professionnels dans les domaines des droits des patients et de l'isolement-contention.

BONNE PRATIQUE 1

Les infirmiers arrivants suivent une formation initiale en deux étapes : le parrainage pendant les trois premiers mois et à l'issue des six premiers mois de présence, le tutorat d'un an qui comporte une partie individuelle et une partie collective dont une formation de douze jours de consolidation des savoirs en psychiatrie.

RECOMMANDATION 3

La formation de l'équipe directoriale, du personnel médical et du personnel non médical doit inclure les droits spécifiques des patients en soins sans consentement, les recommandations de la Haute autorité de santé et du CGLPL en matière d'isolement et de contention, ainsi que l'éducation thérapeutique.

2.3.3 La supervision

Les équipes soignantes des unités d'hospitalisation complète bénéficient d'une supervision collective mensuelle d'une heure et demie à un horaire permettant la participation d'un nombre

important de soignants (IDE et ASD). Afin de favoriser la participation des soignants, les heures supplémentaires sont rémunérées ou font l'objet de récupérations.

A l'exception d'une unité, la supervision réunit l'ensemble du personnel de l'unité : médecins, cadre, psychologue, soignants. La direction de la réunion est assurée par un intervenant extérieur (psychologue, psychiatre, psychanalyste). Chaque soignant bénéficie ainsi d'une réunion de supervision à un rythme variant d'une fois tous les deux mois à une fois tous les quatre mois, selon les unités.

BONNE PRATIQUE 2

Les modalités de la supervision dans les unités – créneau horaire limité à une heure et demie tous les mois, à un moment permettant à deux équipes de soignants de participer avec le paiement d'heures supplémentaires, présence de superviseurs extérieurs appartenant à des corps de métiers variés, participation habituelle des médecins, du cadre, du psychologue, de l'assistance sociale dans la plupart des unités avec les IDE et les ASD – rendent attractive cette activité.

2.4 LE NOMBRE DE PATIENTS EN SSC DIMINUE MAIS LA SUR OCCUPATION DES UNITES D'HOSPITALISATION COMPLETE EST PERMANENTE AVEC DES PICS PENDANT DEUX PERIODES DE L'ANNEE

Le nombre de patients hospitalisés, toutes catégories confondues, est stable depuis 2015 après avoir augmenté.

Le nombre de patients en soins sans consentement diminue globalement depuis 2014 avec une baisse sensible des SPDT¹⁷ et une stagnation des SPPI¹⁸ et des SPDRE¹⁹. Cette évolution est à comparer avec celles de la population du ressort (cf. supra § 2.1.1) et de la file active en hospitalisation complète qui a augmenté dans les mêmes proportions – la durée moyenne d'hospitalisation diminuant, passant de 72,9 jours en 2013 à 61 jours en 2017, mais remontant à 65 jours en 2018 – le CH demeurant en sur occupation permanente dans la plupart des unités (avec l'utilisation de lits couchettes, des chambres des patients en CI et souvent les chambres des patients en permission de sortie).

Le rapport annuel 2018 de la CDU dresse le constat (page 19), à la suite de l'interpellation de l'ARS, que le CHSJDJ tarde à prendre le virage ambulatoire en comparaison des autres établissements psychiatriques de la région. L'établissement a en conséquence démarré un travail avec l'appui d'un cabinet extérieur dans l'objectif d'augmenter le rôle des CMP ; un autre axe de réflexion concerne le dispositif intersectoriel du PISR pour lequel le périmètre des missions et les modalités de fonctionnement avec les autres pôles sectoriels sont interrogés ; un troisième axe de travail a trait aux patients hospitalisés au long cours : soixante-douze en août 2018 dont quarante-quatre étaient médicalement sortants mais sans solution aval et occupant respectivement 22 % et 13 % des lits. Un appel à projet pour la création d'une MAS de soixante places a été lancé par l'ARS avec la prévision d'ouverture en 2021. La Communauté psychiatrique de territoire (cf. supra § 2.1.1) est consciente du manque global de places en aval et n'est pas en

¹⁷ SPDT : soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

¹⁸ SPPI : soins psychiatriques pour péril imminent.

¹⁹ SPDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

capacité de trouver seule les solutions, des réflexions sont lancées avec les autorités locales et régionales.

Le CHSJDD connaît deux périodes de sur occupation chroniques en mai-juin et en novembre-décembre, pendant lesquelles les patients hors secteurs et les personnes sans domicile fixe accueillis dans les services des urgences psychiatriques lui sont adressés, le CH du Vinatier et le CH de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or se partageant les autres mois de l'année. Pendant ces quatre mois, il est très fréquent que les permissions des personnes hospitalisées soient prolongées pour permettre l'occupation de leurs chambres par ces patients saisonniers ; en 2018, 160 patients (77 hors secteurs et 83 SDF) ont ainsi été hospitalisés au CHSJDD.

Admissions sans consentement	2014	2015	2016	2017	2018
Soins à la demande d'un tiers (SPDT)					
L.3212-1 (procédure normale)	445	436	387	393	300
L.3212-3 (Urgence)	72	82	143	176	169
Total SPDT	517	518	530	569	469
Soins en cas de péril imminent (SPPI)	251	288	276	239	259
Soins sur décision du représentant de l'État (SPDRE)					
L.3213-1 Arrêté préfectoral	84	92	72	73	72
L.3213-2 Arrêté du Maire	12	14	16	14	11
L.3213-6 Transformation SDT/SDRE	9	7	10	9	7
L.3213-7 Irresponsabilité pénale	4	3	5	9	3
Total SPDRE	109	116	103	105	93
Total général SSC	877	922	909	913	821
% admissions SPDT	19%	16,9%	17%	18,1%	15%
% admissions SPDRE	4%	3,8%	3,3%	3,3%	3%
% admissions SPPI	9,2%	9,4%	8,9%	7,6%	8,2%
% admissions soins sans consentement	32,2%	30,1%	29,4%	29%	26,2%
Entrées directes adultes plein temps	2 719	3 063	3 087	3 139	3 130

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

3.1 LA QUALITE DE L'INFORMATION DONNEE PAR LE SERVICE DES HOSPITALISATIONS AUX PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT DOIT ETRE MAINTENUE AU MOMENT DE LA NOTIFICATION DES DECISIONS ADMINISTRATIVES

3.1.1 L'information générale sur les droits : livret d'accueil, règlement intérieur

L'ensemble des droits des patients doivent être rappelés selon divers moyens de communication et notamment par le biais du livret d'accueil et du règlement intérieur.

a) Le livret d'accueil et les règles de vie

Dans la dernière enquête de satisfaction, il a été constaté que 55 % des patients n'étaient pas satisfaits par la remise du livret d'accueil. En page 538 du rapport d'activité 2017, il est précisé que « *la cause principale des inquiétudes des patients est le manque d'information (qui peut occasionner de l'incompréhension et de l'énervement). Et cela à plusieurs niveaux : au niveau de l'accueil (fonctionnement de l'unité, remise du livret d'accueil), au niveau du social (existence d'une assistante sociale), au niveau des mesures de restriction de liberté (contention, isolement, sortie dans le parc ou permission, visites, moyen de communication) ou au niveau des dispositifs existant sur l'établissement (maison des usagers).* »

Le livret d'accueil est distribué juste après l'arrivée du patient ou déposé dans sa chambre, le plus souvent par l'infirmière ou le cadre de santé, en même temps que la plaquette dans laquelle sont détaillées les règles de vie propres à chaque unité.

Certains de ces documents doivent être réactualisés, par exemple sur l'interdiction de fumer quand un fumeur a été récemment mis à disposition, ou encore sur l'utilisation plus ou moins libre du téléphone portable (interdit dans l'unité Galilée).

Très peu d'interdictions sont inscrites dans le livret d'accueil ; on y trouve essentiellement des renseignements d'ordre administratif et des informations pratiques sur la vie au quotidien (accès aux cultes, cafeteria, télévision, etc.)

On relèvera qu'un paragraphe en page 36 est intitulé « *information aux patients et aux familles* » et traite des soins sans consentement. De façon très claire, les modalités d'admission et de soins, les conditions du maintien de l'hospitalisation et de la levée de la mesure sont indiquées. Les recours possibles en saisissant le juge des libertés et de la détention, la CDSP²⁰, le préfet du Rhône et le CGLPL sont mentionnés avec les coordonnées postales et téléphoniques. En revanche, ne sont pas énumérés les droits de prendre attache avec le médecin et l'avocat de son choix, de recevoir du courrier, d'exercer son droit de vote et de pratiquer une activité religieuse.

Le document spécifique à chaque unité redéfinit de façon plus précise les horaires exacts d'ouverture et de fermeture de la porte d'entrée de l'unité, notamment s'il s'agit d'une unité ouverte. Il s'agit donc des règles de vie fixées par le médecin responsable et son équipe, compte tenu de la spécificité de l'unité, en raison des pathologies traitées et des patients qu'elle accueille.

²⁰ CDSP : commission départementale des soins psychiatriques

Dans certaines unités seulement, les horaires (repas, prise des médicaments et activités) sont affichés sur le placard de chaque patient ou dans les couloirs.

L'accueil du service des hospitalisations met par ailleurs, spécialement à la disposition des familles, un petit guide d'information dans lequel on trouve divers renseignements pratiques sur l'établissement, le déroulement de la prise en charge médicale de la personne hospitalisée et les services qui peuvent être contactés (maison des usagers, UNAFAM²¹ et France Alzheimer Rhône). Ce document peut être également remis par l'équipe soignante quand elle reçoit pour la première fois la famille du patient hospitalisé.

b) Le règlement intérieur

Il n'existe pas de règlement intérieur général qui concernerait l'établissement tout entier. Il y a toutefois un règlement intérieur destiné uniquement aux professionnels qui leur est donné le jour où ils signent leur contrat de travail et qui est en fait une charte managériale.

La commission des usagers a validé le 12 mai 2017 son propre règlement intérieur qui n'est ni distribué, ni affiché dans les unités ; le patient qui souhaite donc consulter ce document doit en faire la demande auprès de la direction ou du service des hospitalisations (SDH). Le sujet des droits fondamentaux des patients n'y est pas abordé.

On notera également que dans le livret d'accueil décrit ci-dessus, figure un chapitre intitulé « *règlement intérieur* » qui traite (page 21) les points suivants : la courtoisie et le respect, les photos et images, la laïcité, les médicaments, les denrées alimentaires, le tabac et le stationnement. Il est rappelé que l'usage, la détention et le trafic de drogue donneront lieu systématiquement à un dépôt de plainte, ainsi que les menaces verbales et les agressions physiques à l'encontre des patients et du personnel de l'établissement.

c) La liste des droits des patients

Les droits des patients sont rappelés aux patients par le SDH ou le cadre de l'unité, mais les contrôleurs ont pu constater que la liste des droits des patients n'est pas affichée dans les chambres.

En revanche, sont affichés dans toutes les unités les principes généraux de la Charte de la personne hospitalisée définis par la circulaire du 2 mars 2006.

Dans quelques unités seulement et à proximité du bureau des infirmiers est installé un « *tableau réservé à l'affichage institutionnel* » sur lequel on retrouve une affiche intitulée « *rappel des droits et protections des personnes hospitalisées en soins psychiatriques sans consentement* » ; sur cette affiche sont rappelés les droits de communiquer avec les autorités judiciaires, les autorités administratives et la commission des usagers (CDU) avec l'indication précise des adresses et numéros de téléphone . De même sont énumérés les droits de prendre attache avec un médecin et l'avocat de son choix, de recevoir du courrier, d'exercer son droit de vote et de pratiquer une activité religieuse. Enfin le numéro de téléphone direct du service des hospitalisations est donné pour toute information complémentaire sur les conditions d'application de la loi.

L'établissement participe depuis plusieurs années à des actions de promotion des droits des usagers, en participant par exemple à la « *journée européenne sur vos droits en santé* » (cf. *supra*

²¹ UNAFAM : union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques

§ 2.3.2), avec des stands installés pour recevoir directement les patients et les informer à nouveau sur l'ensemble de leurs droits.

3.1.2 L'information sur les droits spécifiques des personnes admises en soins sans leur consentement

Un document actualisé au 26 mars 2019, soit la « loi du 27 septembre 2013 relative aux soins sans consentement, notifications de décisions administratives » est remis, contre émargement, par la personne du service des hospitalisations (SDH) qui procède aux notifications des décisions d'admission.

Cette note, compréhensible, mentionne l'intégralité des droits déclinés par l'article L3211-3 du code de la santé publique et les coordonnées complètes des autorités avec lesquelles le patient peut communiquer.

Il est apparu aux contrôleurs que, contrairement aux agents du SDH, le personnel soignant a une connaissance imparfaite des droits des patients, ne s'étant absolument pas approprié le concept « le droit fait partie du soin ».

Il est regrettable qu'il ne soit pas possible au SDH, compte-tenu de ses effectifs trop contraints, d'assurer l'ensemble des notifications jalonnant le parcours d'hospitalisation sans consentement.

Il apparat alors indispensable de développer la formation des soignants à l'exercice des droits des patients afin d'assortir la remise des divers documents d'explications orales pédagogiques.

RECOMMANDATION 4

La formation du personnel soignant sur les droits des patients doit être améliorée afin de pouvoir éclairer ces derniers.

Concernant les médecins, ceux rencontrés ont déclaré donner des informations les plus explicites possibles lors de la rédaction des certificats médicaux qu'ils ne remettent toutefois pas aux patients. Ils ont dit recueillir verbalement leurs observations sans estimer utile d'en garder une traçabilité.

Les certificats médicaux, pré-imprimés, ne portent d'ailleurs pas mention du recueil des observations.

Ainsi, il est apparu impossible de s'assurer de la complète information du patient sur son statut, ses droits, la teneur des certificats médicaux ni d'avoir connaissance des observations suscitées par la mesure.

RECOMMANDATION 5

Il est souhaitable que la communauté médicale et les services administratifs réfléchissent à la mise en place d'un outil destiné à recueillir de manière circonstanciée les observations formulées par le patient ou les raisons pour lesquelles il n'a pas pu ou n'a pas été invité à s'exprimer.

3.2 LE NOMBRE D'ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES GRAVES EST EN BAISSÉ MAIS CEUX RELATIFS À LA SÉCURITÉ DES PERSONNES ET DES BIENS RESTENT IMPORTANTS

3.2.1 La sécurité des patients et des soignants

La sécurité des patients est assurée de façon différente selon qu'ils sont accueillis dans des unités fermées (comme Magallon 3, Orangerie, Pussin, Galilée) ou ouvertes (comme Magallon 2). Par ailleurs la situation géographique de chaque unité joue également un rôle important. En effet, certaines unités (comme Magallon 3 ou Orangerie) se situent au premier ou deuxième étage des bâtiments, et il n'y a qu'une seule porte d'entrée et d'accès. La situation est différente pour les patients qui peuvent être accueillis au rez-de-chaussée et dont les fenêtres des chambres donnent directement sur le parc, avec une possibilité de contacts directs avec toutes les personnes qui fréquentent ce parc. C'est pour cette raison que les fenêtres de certaines de ces unités ont été définitivement condamnées.

Dans les unités fermées, la porte d'entrée ne peut être ouverte que par un soignant présent dans le bureau des infirmiers qui actionne un bouton de l'intérieur, après avoir vérifié par la vitre l'identité de la personne qui souhaite entrer ou sortir.

S'agissant de la sécurité à l'intérieur de chaque unité, le constat a été fait que la quasi-totalité des chambres disposent d'un verrou de confort ; aucune caméra n'est installée dans les unités.

Certains patients se procurent du cannabis dans le grand parc (25 hectares à surveiller) de l'établissement ou à l'extérieur à l'occasion de permissions. Des médecins ont décidé de faire passer des tests à leurs patients au retour de permissions ou de promenades dans le parc. Si le test est positif, le patient peut voir son projet de soin individualisé modifié, en ce sens qu'il peut se voir « imposer » des restrictions au niveau de ses horaires de sortie à l'extérieur ; ces restrictions peuvent aller jusqu'à une interdiction de quitter l'unité pendant plusieurs jours.

Le service de sécurité de nuit est informé de la présence de patients dans les chambres d'isolement en consultant le fichier Valrex qui est renseigné en temps réel par les équipes d'infirmiers.

Si à certains moments le patient présente un comportement dangereux pour lui ou pour autrui, il est fait appel dans un premier temps aux soignants du service de renfort-accueil-régulation (RAR), puis en dernier recours aux agents du Service Prévention Sécurité (SPS), dans le but essentiel d'apaiser une situation devenue critique.

Ces agents interviennent également dès que l'alarme (PTI) est activée par un soignant (forte agitation ou violence d'un patient, alarme incendie, etc.). Des cagoules d'évacuation sont entreposées dans chaque unité, en cas d'incendie déclaré.

Les agents de sécurité sont amenés par ailleurs à effectuer des mesures de contrôle à l'intérieur des unités quand le personnel soignant pense qu'un patient peut détenir un objet dangereux, une arme, de l'alcool ou des produits illicites et notamment du cannabis. Un document validant la procédure à suivre a été signé par la directrice de l'établissement en septembre 2016. Il y est tout d'abord rappelé que les « fouilles » ne peuvent être faites que par un officier de police judiciaire. Ensuite la mesure de contrôle doit être demandée en journée par le médecin de l'unité et organisée par le cadre de santé. La nuit c'est le médecin d'astreinte qui doit faire la demande, et la mesure doit être organisée avec le SPS par le cadre de permanence. Après autorisation de la direction de l'établissement, le contrôle est programmé avec les agents de sécurité pour que l'unité soit fermée. Le contrôle sera ensuite réalisé après avoir recueilli le consentement écrit ou

oral du patient, en présence du médecin et du cadre de santé ; le contrôle est enfin enregistré dans un registre spécial dans lequel figure la liste des objets confisqués et qui sera archivé au bout de dix ans. Le nombre de mesures a fortement augmenté depuis trois ans, puisqu'il y en a eu dix en 2016, sept en 2017, mais trente et une en 2018 et dix depuis le 1^{er} janvier 2019.

Les patients sont autorisés à sortir librement de l'établissement entre 9h et 18h, sauf ceux qui sont soumis à un cadre strict selon la prescription médicale de leur médecin. Certains ont une interdiction totale de quitter l'établissement, d'autres doivent sortir seulement s'ils sont accompagnés. L'autorisation se présente sous forme de bon ou « avis de sortie » à présenter au bureau des agents de sécurité au départ comme au retour.

3.2.2 Faits de violence, incidents, fichier des événements indésirables

Les événements indésirables (EI) sont classés selon leur gravité ; dans la liste des événements indésirables considérés comme graves (EIG), on retrouve notamment les tentatives de suicide, les suicides, les agressions sexuelles, les actes de maltraitance, les accidents graves de travail, etc.

Tous les faits de violence ne font pas l'objet d'un enregistrement sur une fiche ; ce fut le cas par exemple, lors d'une tentative d'agression d'une infirmière par un patient qui s'exprimant très difficilement, n'avait sans doute pas d'autre moyen d'expression. Le professionnel de santé victime d'une agression est invité à rencontrer très rapidement le médecin du travail et si nécessaire la psychologue spécialisée en stress post-traumatique, selon le protocole en vigueur depuis 2001 dans l'établissement (Protocole de prise en charge des personnes agressées sur leur poste de travail).

Le cadre de santé est destinataire automatiquement de tous les EI qui sont signalés par les aides-soignantes ou les infirmières, au nom de l'équipe soignante. Ces fiches sont ensuite étudiées avec le médecin-chef de pôle et le cadre supérieur de santé au cours d'une réunion le lendemain matin. Les EI qui sont enregistrés par le service de la pharmacie ne sont pas communiqués directement au cadre.

Le comité de gestion des risques (COGERIS) qui se réunit deux fois par mois a relevé une baisse du nombre de déclarations des événements indésirables, soit 764 en 2018, contre 953 en 2017 (chiffre global pour l'intra et l'extra hospitalier). La baisse concerne surtout les événements indésirables graves qui ont diminué de 20 %, soit 95 en 2018 contre 120 en 2017. S'agissant de la catégorie de risques, on relève que 38 % des événements sont relatifs à la sécurité des biens et des personnes et 21 % relatifs à l'organisation et la coordination des soins.

Les déclarations sont faites à 73 % par les équipes d'infirmières pour des événements qui sont apparus en journée dans 85 % des cas. Les tentatives de suicide représentent un taux élevé, soit 16 % des déclarations d'événements graves. Un médecin référent a été nommé en 2018 pour organiser et développer des revues de mortalité et de morbidité (RMM) : six ont été réalisées après quatre décès et deux tentatives de suicide.

La supervision n'est pas réalisée à titre individuel sur un cas précis traité par le professionnel de santé dans son unité. Mais elle est mise en place de façon effective pour l'ensemble des professionnels (*cf. supra* § 2.3.3).

En cas d'incident survenu en chambre d'isolement, une analyse est systématiquement faite par un membre du groupe « isolement et contention », selon la nouvelle grille d'analyse élaborée suivant les recommandations de la HAS. Cinq analyses ont ainsi été réalisées en 2018 après que des fiches d'événements indésirables aient été renseignées.

Tous les nouveaux professionnels de santé qui intègrent l'hôpital bénéficient d'une formation sur la politique de qualité et de gestion des risques et les outils sont mis à leur disposition et notamment : les protocoles et procédures disponibles sur l'intranet, la cartographie des risques, le logiciel spécial *Blue Medi Santé* et les fiches d'événements indésirables (FEI).

A chacune de ses réunions, la commission des usagers présente à ses membres les événements indésirables graves qui ont été signalés les mois précédents.

La transmission des fiches n'est pas faite systématiquement à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS).

Le retour sur les déclarations d'incidents n'est pas toujours connu directement par les équipes soignantes qui sont à l'origine de ces déclarations. Une synthèse annuelle est cependant consultable sur le logiciel interne *Blue Medi Santé*.

Toutes les sorties sans autorisation ou fugues sont déclarées *in fine* par le cadre de santé. Dans un premier temps le patient qui n'est pas rentré est signalé au poste de sécurité, puis la famille est contactée, avant que les services de police (commissariat du 8^{ème} arrondissement de Lyon) ne soient informés. Le recours aux forces de police ne peut se faire que si la dangerosité du patient recherché est attestée par un certificat médical, selon la convention signée avec la direction de l'établissement le 5 juin 2012.

3.2.3 Requêtes, réclamations et plaintes

Les requêtes sont d'abord traitées au niveau de l'unité puisqu'elles sont transmises le plus souvent aux infirmières ou au cadre de santé. En l'absence de réponse satisfaisante, la responsable du SDH pourra traiter directement le dossier ; une médiation pourra être proposée par la CDU, si le dossier a été examiné en réunion.

Les requêtes pour saisir le juge des libertés et de la détention sont adressées directement par fax au greffe du juge. Les autres requêtes des patients pour saisir certains services administratifs peuvent être déposées directement dans les boîtes aux lettres installées dans le hall d'entrée du bâtiment administratif, ou données à la secrétaire de chaque unité.

Les réclamations au sens large du terme, sont reçues par tout moyen (téléphone, courrier, conversations, plaintes au guichet) au service des hospitalisations et des relations avec les usagers (SDH). Ces réclamations incluent toutes les doléances et autres griefs du patient exprimés auprès des équipes soignantes. Toutes les précisions sur les plaintes sont renseignées dans le dossier de soins informatisé du patient. Le SDH tient un « *registre des plaintes et réclamations* ». Si aucune solution n'a été trouvée au niveau de l'unité avec le médecin et le cadre de santé, le SDH effectue alors des investigations auprès de l'unité de soins concernée et invite le patient à recourir à des médiateurs (médecin et soignant) qui sont membres de la commission des usagers (CDU), si la réclamation porte sur l'administration des soins notamment.

Le patient recevra une réponse par courrier de la direction qui indiquera les suites données à sa réclamation dans 87 % des cas. Le délai de réponse à partir de l'accusé de réception de la réclamation est en moyenne de 12 jours, sauf si le dossier est complexe. La suite donnée peut être une réparation financière, si la responsabilité de l'établissement paraît évidente dans le cas d'un vol ou de la disparition d'un bien personnel par exemple.

Pour l'année 2018, le service des hospitalisations a reçu un total de quarante-six réclamations (contre cinquante-trois en 2017 et soixante et onze en 2016), soit vingt-neuf relatives aux aspects médicaux de la prise en charge, et onze relatives à l'environnement et la vie quotidienne. 66 %

des réclamations ont été formulées directement par les patients, les autres provenant de la famille, de personnes proches, des avocats ou des mandataires judiciaires.

Les services du commissariat de police du 8^{ème} arrondissement de Lyon sont compétents pour recevoir les plaintes des professionnels de santé ou des patients, selon la convention signée avec la direction le 5 juin 2012. Ainsi les personnels soignants peuvent déposer plainte soit au commissariat sur rendez-vous, soit à leur domicile (arrêt maladie), soit à l'hôpital. L'adresse du domicile sera toujours dans la procédure celle de l'hôpital. Le professionnel de santé qui est victime peut se faire assister ou représenter par un avocat désigné par l'assureur de l'établissement.

Quand un patient se dit victime d'un incident, il est dans un premier temps adressé directement au bureau de la responsable du service SDH qui lui explique les conditions dans lesquelles une plainte auprès des services de police peut être déposée. Si ce sont deux patients qui sont impliqués dans la même affaire, ils sont d'abord reçus en entretien par la responsable du SDH et éventuellement par une psychologue.

Ensuite, le patient qui est la victime, est accompagné dans ses démarches pour un dépôt de plainte à l'hôtel de police, ou bien les enquêteurs peuvent se déplacer à l'hôpital pour l'entendre selon son état de santé.

Dans tous les cas, la victime aura au préalable été examinée, soit par un médecin du DMP présent sur place, soit par un médecin désigné par les services de police, pour obtenir un certificat médical prescrivant une incapacité de travail. Après un autre examen de la victime, par une psychologue de l'établissement, cette dernière peut attester de l'état de vulnérabilité de la patiente.

Actuellement deux plaintes déposées en 2016 font l'objet d'un contentieux civil en cours, car la responsabilité de l'hôpital a été mise en cause pour les motifs suivants : défaut de surveillance et hospitalisation abusive.

3.2.4 Le conseil d'éthique

Le conseil d'éthique en psychiatrie (CEEP) de l'hôpital (refondé fin 2004) dont la charte de fonctionnement a été validée par la commission médicale d'établissement (CME) en novembre 2005, est très actif. Il se réunit tous les deuxièmes jeudis du mois avec des membres qui s'engagent à une participation effective pendant au moins deux ans, avec l'autorisation de leur chef de service pour garantir leur entière disponibilité.

Le nombre de membres est limité à vingt personnes et onze réunions sont programmées chaque année, avec au moins 70 % de participants présents.

Le conseil ne dispose d'aucun budget spécifique, et l'établissement doit mettre à sa disposition un secrétariat technique. Les rapports d'activité sont présentés régulièrement devant la commission médicale d'établissement (CME) par la présidente du conseil d'éthique, puis diffusés largement.

Des cas individuels de patients sont normalement abordés lors de chaque séance. Des thématiques d'ordre plus général font régulièrement l'objet de riches discussions, comme par exemple les problèmes relatifs aux agressions et aux trafics de cannabis dans l'hôpital et notamment dans son parc. En 2013, le conseil d'éthique avait déjà conclu sur ce dernier sujet que « *les enjeux dépassant largement les attributions du CEEP, nous suggérons l'ouverture d'un débat institutionnel d'envergure autour de compétences cliniques, juridiques et administratives* ».

Les sujets comme la liberté d'aller et venir, la contention, la laïcité en établissement public de santé, la sexualité ou encore la dignité sont également traités fréquemment.

Le conseil d'éthique a proposé au mois de décembre 2018 à tous les professionnels de l'hôpital une demi-journée de formation sur le thème « *refus de soins somatiques en psychiatrie et altération du consentement* », avec les interventions d'un philosophe et d'un juriste. Une cinquantaine de professionnels de santé ont répondu favorablement à l'invitation du CEEP, et les retours ont été très positifs.

Les derniers comptes-rendus des réunions du CEEP ont pointé le fait que le respect strict de la confidentialité et du secret médical, semble faire obstacle au recueil d'informations, qui sont cependant nécessaires avant toute délibération sur les cas particuliers.

3.3 LA PERSONNE DE CONFIANCE EST ASSEZ SOUVENT DESIGNEE MAIS ELLE EST PEU SOLLICITEE PAR LES EQUIPES SOIGNANTES

La désignation de la personne de confiance est faite généralement lors de l'admission dans une unité de courte durée (UHCD) mais des confusions sont encore faites par certains soignants entre cette personne et, le tuteur quand il en existe un, la personne à prévenir, le tiers à l'origine de la mesure ou encore les membres proches de la famille. De ce fait, l'enregistrement dans Cariatides du nom de la personne de confiance n'est pas toujours conforme, alors que son rôle, qui peut être très important, est longuement décrit dans le livret d'accueil (page 31) et que des formations sur ce sujet sont faites fréquemment par la responsable du SDH.

Parfois les soignants de l'unité d'entrée (UHCD) ne peuvent pas interroger le patient sur la désignation de cette personne compte tenu de son état de santé (angoisse, sentiment de persécution, perte de confiance dans toutes les institutions, etc.) ; c'est donc le cadre de l'unité d'admission qui va interroger le patient quelques jours plus tard. On constate que dans la plupart des cas, lorsque cette personne est désignée, elle n'est pas contactée par téléphone (ni par le patient, ni par le cadre, ni par l'infirmière) pour donner son accord. Elle ne signe pas non plus d'engagement écrit, ni le formulaire prévu à cet effet. Par ailleurs cette personne est très peu sollicitée par le patient ou les soignants pour participer aux entretiens médicaux ou infirmiers.

Ceci est regrettable car le nombre de personnes désignées par les patients est parfois important dans certaines unités, jusqu'à 50 % du nombre de présents.

3.4 L'ACCES AU DROIT DE VOTE N'A PAS ENCORE ETE ORGANISE POUR LES PROCHAINES ELECTIONS PAR LE SERVICE DES HOSPITALISATIONS

L'organisation matérielle pour permettre un accès effectif au droit de vote est effectuée par la responsable du service des hospitalisations (SDH).

Pour les dernières élections présidentielle et législatives, les agents du SDH ont par transmission d'une note, sensibilisé tous les cadres de santé sur ce sujet afin qu'ils interrogent les patients et établissent la liste de ceux qui souhaitaient voter. Ainsi des permissions de sortie ont été demandées suffisamment à l'avance pour le jour de l'élection ; par ailleurs les demandes de procurations ont été enregistrées, à la suite du passage d'un policier du commissariat dans les locaux de l'hôpital. Quand cela a été possible, le tuteur ou le curateur ont été contactés pour accompagner le patient le jour du vote, si le médecin avait estimé au préalable que son état était compatible avec une sortie.

En revanche, en ce qui concerne les prochaines élections européennes, aucun dispositif n'a encore été mis en place, mais il devrait être le même que celui adopté pour les élections de l'année 2017.

Dans son courrier en réponse en date du 18 octobre 2019, la directrice générale a indiqué qu'une « *procédure a été finalisée quinze jours avant les élections européennes, ce qui a permis la mise en œuvre du droit de vote pour le scrutin européen du 26 mai pour les usagers sur la base d'un processus formalisé institutionnellement* ».

3.5 LA PROTECTION JUDICIAIRE DES PATIENTS EST ASSUREE PAR DES MANDATAIRES QUI EXERCENT LEURS MISSIONS AVEC COMPETENCE MAIS NE SONT PAS PRESENTS AUX AUDIENCES DU JLD

Le livret d'accueil ne mentionne aucune information sur le service social de l'établissement, ni sur les modalités à mettre en œuvre pour protéger juridiquement certains majeurs.

Pourtant le repérage des patients pour lesquels une mesure de protection devient nécessaire, est assuré prioritairement, par l'assistance sociale dans les unités, mais aussi de façon pluridisciplinaire lors de réunions des équipes soignantes, voire même sur intervention du psychiatre.

C'est ensuite l'assistante sociale qui instruit le dossier avant de le transmettre au juge des tutelles ; la décision judiciaire intervient dans un délai d'environ six mois.

Le centre hospitalier Saint Jean de Dieu ne dispose pas d'un service de mandataires judiciaires spécifique à l'établissement. Par contre, il existe un service tutélaire pour l'ensemble des structures gérées par la fondation ARHM²², qui est désigné au même titre que les autres organismes habilités (UDAF, ASTRA, GRIM 69), par les juges de tutelles du tribunal de grande instance de Lyon.

Alors qu'au total ce service gère 349 mesures, il ne suit que vingt-trois patients hospitalisés sans consentement ou en programme de soins à Saint Jean de Dieu sur décision du représentant de l'état (SDRE) et vingt-deux autres dont l'hospitalisation a été décidée par le directeur de l'établissement (SDDE). Dès que le lien avec l'hôpital cesse, le juge des tutelles est saisi pour nomination d'un nouveau mandataire ; quant aux autres mesures pour un nombre de protégés variant de cinq à quinze par unité, elles sont assurées essentiellement par divers organismes institutionnels, plus rarement par des tuteurs privés.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les relations avec les tuteurs-curateurs étaient de bonne qualité, la plupart de ceux-ci étant facilement joignables, même si pour un petit nombre, des relances sont parfois nécessaires notamment pour créditer les comptes de la personne protégée dans l'hypothèse de dépenses exceptionnelles (sorties, achats personnels).

Le mandataire rencontre ses protégés dans l'unité et le service tutélaire tient également une permanence hebdomadaire sur le site de l'hôpital.

Quand ils sont conviés aux réunions de synthèse concernant leurs protégés, les tuteurs y assistent alors qu'aucun d'entre eux (sauf exception), bien que toujours convoqués, ne se présente à l'audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

²² ARHM : action recherche handicap et santé mentale ; UDAF : union départementale des associations familiales

Tous les tuteurs sont destinataires des décisions judiciaires pour lesquelles ils n'interjettent jamais appel.

3.6 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION GAGNERAIT A ETRE FORMALISEE POUR GARANTIR SA MISE EN ŒUVRE CORRECTE

Dans le chapitre « *vos droits et votre information* », le livret d'accueil pose le principe de la discrétion et de l'impossibilité de donner par téléphone des indications sur la présence de malades dans l'établissement, sauf accord du patient.

Sans que les contrôleurs n'aient eu l'occasion d'assister à la réception de communications téléphoniques au standard ou dans les unités, il résulte des diverses informations recueillies qu'une réelle attention est apportée par l'ensemble du personnel soignant ou administratif pour garantir le droit à la confidentialité.

Peu de patients demandent à exercer ce droit mais quand ils en expriment le souhait, leur dossier est renseigné sur ce point.

Ainsi lors des appels nominatifs, l'agent en service au standard s'assure, en consultant la partie accueil du dossier tracé électroniquement, que la personne n'a pas fait le choix de la confidentialité de son hospitalisation. L'appel est alors transféré à l'unité où les soignants ont dit être particulièrement vigilants avant de donner des renseignements ou de transmettre l'appel au patient. Dans l'hypothèse contraire, l'appelant est éconduit sans autre information.

Il est apparu qu'une harmonisation des pratiques, formalisée par note de la direction de l'établissement garantirait davantage la réalité de l'exercice de ce droit.

RECOMMANDATION 6

Une procédure protocolisant le droit à la confidentialité est nécessaire pour garantir à tous les patients le respect et l'exercice de ce droit.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LES ORGANES REGLEMENTAIRES SONT CORRECTEMENT MIS EN PLACE POUR EXERCER LEUR CONTROLE DONT L'EFFICIENCE RESTE TOUTEFOIS RELATIVE

4.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

Un arrêté préfectoral en date du 12 décembre 2017 a désigné, conformément aux termes de l'article L 3223-2 du code de la santé publique, pour une durée de trois ans, les membres de la CDSP compétente pour examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement dans les trois centres hospitaliers du Rhône (le Vinatier, Saint-Cyr-au-Mont-d'Or et Saint Jean de Dieu).

L'analyse des trois derniers rapports d'activité fait apparaître que, si la CDSP se réunit selon les exigences légales une fois par trimestre, pour notamment examiner les dossiers des patients en soins sans consentement depuis plus d'un an et analyser les réclamations qui lui sont adressées, elle ne parvient pas à remplir son obligation de visite semestrielle dans chacun des trois établissements ci-dessus mentionnés.

Ainsi en 2017 et 2018, elle n'a procédé qu'aux visites suivantes :

- le 25 janvier 2017 au CH Saint Jean de Dieu ;
- le 15 mars 2017 au CH le Vinatier ;
- le 6 décembre 2017 au CH de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or ;
- le 15 avril 2018 au CH le Vinatier ;
- le 6 septembre 2018 au CH Saint-Cyr-au-Mont-d'Or ;
- le 21 novembre 2018 au CH Saint Jean de Dieu.

La commission a précisé avoir toujours reçu un accueil attentif et avoir disposé d'une totale liberté d'aller et venir.

Très peu de patients ont souhaité un entretien (un seul à Saint Jean de Dieu) et ceux rencontrés au cours du cheminement des membres de la CDSP n'ont pas exprimé de doléances.

Concernant plus particulièrement sa mission de contrôle à Saint Jean de Dieu, elle a examiné au cours de l'année 2018, trente-sept dossiers de patients en soins sans consentement dont vingt-sept l'étaient sur décision du représentant de l'Etat et dix à la demande d'un tiers. Parmi ces dossiers quatre correspondaient à des recours formés par des patients.

L'étude de ces situations n'a donné lieu à aucune remarque, la commission n'ayant détecté aucune irrégularité dans les procédures ni aucun manquement grave aux droits et à la dignité des malades.

Le 21 novembre 2018, la venue à Saint Jean de Dieu de la CDSP avait pour objectif principal la consultation du registre des mesures d'isolement et de contention. Ce document électronique lui a été présenté par le médecin chef du DIM.

Il n'apparaît pas que les membres de la commission aient fait des remarques sur l'usage fréquent de l'isolement voire de la contention, comme l'ont pourtant constaté les contrôleurs (*cf. infra* §.8.2).

Lors de ce même déplacement la commission s'est rendue dans les unités Saint-Exupéry et Ulysse. Elle a vérifié la nature des informations données aux patients en soins sans consentement et s'est assurée par sondage, que ces patients bénéficiaient d'un examen somatique dans les

délais légaux. Elle n'a fait aucun commentaire quant à l'utilisation de la chambre d'isolement pour des patients majeurs dans l'unité de pédopsychiatrie dont par ailleurs, elle a constaté la convivialité et l'excellent entretien des locaux.

Ayant pris en compte la recommandation que le CGLPL a faite à l'issue de sa visite au CH le Vinatier au mois de septembre 2017, la CDSP a transmis en avril 2019 à la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté son rapport d'activité 2018.

RECOMMANDATION 7

La commission départementale des soins psychiatriques doit exercer sa mission conformément aux exigences de la loi en visitant chaque établissement de son ressort deux fois par an.

4.1.2 La commission des usagers (CDU)

La CDU est présentée dans le livret d'accueil comme destinée à veiller au respect des droits des patients et à faciliter leurs démarches. Les informations concernant les modalités de saisine sont explicites ; les noms des interlocuteurs représentant les usagers y figurent avec l'adresse électronique de chacun tandis que les représentants institutionnels et les médiateurs sont mentionnés en leur nom et qualité.

Le 24 mars 2017, le CH Saint Jean de Dieu a mis en place la commission des usagers telle qu'elle résulte de l'article 183 de la loi du 26 janvier 2017, la substituant ainsi à la CRUQPEC (commission des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge).

Au jour du contrôle, la composition de la CPU était la suivante :

- le président, directeur délégué au secteur sanitaire ;
- le vice-président, représentant des usagers (UNAFAM) ;
- un représentant des usagers titulaire (ICEBERG²³) ;
- deux représentants des usagers suppléants ;
- deux praticiens hospitaliers médiateurs médicaux (un titulaire, un suppléant) ;
- deux médiateurs soignants (un titulaire, un suppléant) ;
- un représentant du conseil d'administration ;
- un praticien hospitalier représentant le président de la CME ;
- la directrice des soins infirmiers ;
- le responsable du service qualité.

Il est précisé que la responsable du service d'hospitalisation et la coordinatrice de la maison des usagers sont des invitées permanentes.

Un règlement intérieur a été validé le 12 mai 2017. Les membres de la CDU ont bénéficié d'une formation collective les 16 et 17 novembre 2017 dispensée par le centre national de l'expertise hospitalière. Trois thématiques y furent développées : le nouveau cadre juridique, le rôle de la CDU concernant le traitement des réclamations et la contribution de la CDU dans le champ de la qualité.

²³ Association regroupant des familles d'enfants autistes ou atteints de troubles envahissants du développement

En outre en 2018, les deux médiateurs médicaux ont suivi une formation spécifique à la médiation, alors que les représentants des usagers ont participé à la formation de base prévue par les textes.

Au cours de l'année 2018, la CDU a tenu six réunions les 9 mars, 17 mai, 29 juin, 6 juillet, 5 octobre et 23 novembre.

A chaque réunion, elle a été informée des événements indésirables graves associés aux soins, à savoir quatre suicides dont trois se sont produits dans les unités d'hospitalisation.

Elle a examiné les quarante-six réclamations exprimées par les usagers dont la répartition est la suivante :

- deux concernaient une problématique de facturation ;
- vingt-neuf étaient relatives aux actes médicaux (mode d'hospitalisation, qualités et coordination des soins) ;
- quatre faisaient état de difficultés relationnelles avec le personnel ;
- onze décrivaient un mécontentement touchant à la vie quotidienne (prestation hôtelière, pertes, vols ou objets endommagés, etc. Le délai moyen de réponse a été évalué à une quinzaine de jours ; l'intervention des médiateurs est notée comme rare (deux en 2018), les réclamations ayant trouvé préalablement une réponse satisfaisant les patients et les familles.

La CDU a également examiné **les questionnaires de satisfaction** remis aux patients se présentant au service des hospitalisations pour y effectuer les formalités administratives. Ce questionnaire est également disponible à la cafétéria des patients et à la maison des usagers. Il est en outre intégré au livret d'accueil.

En 2018, 208 questionnaires ont été recueillis dont 80 % en provenance du service des hospitalisations qui encourage les patients à remplir le questionnaire composé de trois parties, à savoir : l'accueil et la prise en charge, les droits et l'information, l'aide et l'accompagnement.

La satisfaction globale, de 91 % en 2013, affichait en 2018 une légère baisse pour se situer aux alentours de 87 %.

Les meilleurs résultats portaient sur la qualité de l'accueil dans les unités et le service administratif, autant que sur la disponibilité des équipes soignantes et du personnel administratif, alors que des améliorations apparaissaient nécessaires pour une remise généralisée du livret d'accueil à tous, de meilleurs moyens de communication mis à disposition des patients et des offres d'activités plus diversifiées. La CDU a précisé dans son rapport d'activité, réfléchir à la mise en place d'actions destinées à corriger ces points perfectibles.

RECOMMANDATION 8

Une réflexion institutionnelle est nécessaire pour permettre une utilisation pertinente du questionnaire de satisfaction.

Dans son courrier en réponse en date du 18 octobre 2019, la directrice générale a indiqué que « devant le constat d'un faible retour de ceux-ci [les questionnaires de satisfaction], l'instance [la commission des usagers] a décidé d'initier un groupe de travail interne composé de deux représentants des usagers, de la responsable du service qualité et de gestion des risques, d'un

cadre de santé et de la responsable du service des hospitalisations et des relations avec les usagers dont l'objectif est l'amélioration du recueil et de l'analyse des questionnaires de satisfaction. La première réunion du groupe est programmée le 14 octobre [2019] ».

4.1.3 La place des représentants des familles et des usagers

Outre le fait que l'association UNAFAM, partenaire de l'établissement, est représentée dans la plupart des instances, le centre hospitalier dispose depuis 2008 d'une maison des usagers dont la finalité et le fonctionnement sont très clairement expliqués dans le livret d'accueil.

Répondant aux préconisations énoncées dans la circulaire du 28 décembre 2006 recommandant la mise en place de maisons des usagers au sein des établissements de santé, il est noté que ce lieu privilégie l'information, l'écoute et l'entraide pour les patients, leurs proches mais aussi les professionnels. L'accueil est assuré par une coordinatrice, salariée de l'établissement (ancienne assistante sociale). Les horaires des permanences tenues par des groupes d'entraide mutuelle (GEM), des associations d'usagers et de familles sont détaillés selon un planning hebdomadaire et la localisation de la maison des usagers et ses modalités d'accès sont précisées.

En plus des indications fournies dans le livret d'accueil, le tiers demandeur à une prise en charge hospitalière pour un de ses proches, reçoit un courrier de la directrice de l'établissement l'informant de l'existence de la maison des usagers (MDU) et de la possibilité d'entrer en contact avec les associations de familles.

Les contrôleurs qui se sont rendus dans cette maison ont constaté la convivialité des lieux avec des espaces qui préservent la confidentialité.

La coordinatrice, présente chaque après-midi de 14h à 17h est particulièrement attentive à ce que le planning des permanences soit largement diffusé dans l'hôpital et affiché dans les unités. Elle le trace également sur internet. Elle veille à fournir et à actualiser une documentation, sous forme de plaquette, sur les maladies mentales et leurs traitements, les possibilités de sortir de l'isolement, les projets pour préparer la sortie, les différents modes d'hospitalisation, et les droits des patients. Elle regrette toutefois que les soignants donnent peu d'informations aux familles ou aux patients sur le soutien qu'ils pourraient trouver à la MDU.

Au cours de l'année 2018, la fréquentation globale a été de 773 passages dont 228 personnes ont sollicité un entretien avec la coordinatrice ou avec les représentants des associations.

Les contrôleurs ont rencontré des représentants de l'UNAFAM qui ont fait part de leur inquiétude quant à l'usage de l'isolement tout en ajoutant que, malgré des effectifs contraints, le personnel soignant était investi avec un souci de bienveillance à l'égard du patient. Questionnés sur le fait qu'ils ne se déplacent jamais dans les unités, ce que certains patients ont dit regretter, ces bénévoles ont répondu ne pas se sentir autorisés par la direction de l'établissement à entreprendre une telle démarche ; ils ont alors fait part aux contrôleurs de leur souhait de visiter l'intégralité des unités d'hospitalisation, y compris les chambres d'isolement dont ils ignorent la configuration.

RECOMMANDATION 9

La direction de l'établissement doit favoriser le contact au sein des unités d'hospitalisation des représentants des associations d'usagers et des familles avec les patients qui le souhaitent ; une visite complète de l'établissement à destination des associations d'usagers devrait être organisée.

Dans son courrier en réponse en date du 18 octobre 2019, la directrice générale a indiqué que « les représentants des usagers ont bénéficié d'une séance de présentation des procédures et du fonctionnement de l'isolement. Par ailleurs ils ont pu faire une visite de l'établissement couplée à la visite de la chambre d'isolement de l'unité Magallon 3, avec les professionnels du service des matériels de contention. Enfin, ces représentants ont demandé lors de la CDU du 5 juillet 2019 que soient installées des permanences dans les unités, à tour de rôle, pour améliorer leurs contacts avec les patients (demande formalisée dans le rapport annuel 2018 de la CDU au paragraphe 7) ».

4.2 LES REGISTRES DE LA LOI, DONT LA TENUE N'EST PAS CONFORME AU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, NE PERMETTENT PAS D'EXERCER UN CONTROLE

Les registres de la loi sont conservés au bureau des hospitalisations où trois agents sont en charge de la gestion des soins sans consentement.

C'est ainsi qu'ils sont destinataires des certificats médicaux obligatoires pour procéder à une hospitalisation sans consentement. Après vérification de la régularité des documents d'admission, ils les éditent et procèdent eux-mêmes à la notification dans l'unité du patient.

Les contrôleurs ont constaté l'organisation rigoureuse de ce service dont les agents connaissent les exigences de la loi.

L'ouverture du dossier administratif du patient est concomitante à son admission et sa tenue ne souffre d'aucun retard. Toutefois considérant que les effectifs correspondant à trois ETP sont insuffisants pour exécuter l'ensemble des tâches administratives relevant des soins sans consentement, la direction de ce service a fait choix de ne pas respecter l'intégralité des prescriptions de l'article L3212-11 du code de la santé publique énonçant les pièces à transcrire sur le registre de la loi.

Ainsi le registre, après transcription de l'ordonnance du JLD, n'est plus renseigné sur le parcours de soins sans consentement, à l'exception de la décision de levée qui y est collée.

De plus, ne figurent pas les accusés de réception des droits énoncés à l'article L3211-3 du code de la santé publique pas plus que les décisions de mise sous protection juridique.

Au jour du contrôle, 239 registres étaient gardés dans le service, distincts selon qu'il s'agissait de l'inscription de patients hospitalisés à la suite d'une décision du représentant de l'état (48) ou suivant la décision du directeur de l'établissement (191).

Il a été indiqué aux contrôleurs que les levées d'hospitalisation (certificat et décision) étaient inscrites sans vérifier que le registre était, ou non, clôturé.

La conséquence d'une telle pratique, sans doute compréhensible puisque, malgré leur compétence et leur bonne volonté les agents sont dans l'impossibilité de faire face à une tâche aussi chronophage, est que, seule la consultation du dossier de chaque patient permet de contrôler la régularité procédurale de la décision de placement en soins sans consentement. Une

augmentation des effectifs du service ou une dématérialisation du registre de la loi sont probablement les solutions qui permettraient de résoudre ce dysfonctionnement.

RECOMMANDATION 10

En attente de la dématérialisation du registre de la loi prévue par l'article 9 de la loi du 27 septembre 2013, la direction de l'établissement doit prendre des mesures organisationnelles pour que le registre de la loi soit tenu conformément aux prescriptions de l'article L3212-11 du code de la santé publique, afin qu'un contrôle des mesures puisse être réellement exercé.

4.3 LES SORTIES DE COURTE DUREE SONT NOMBREUSES AVEC POUR OBJECTIF LA PREPARATION A LA LEVEE DE LA MESURE OU LE PASSAGE EN PROGRAMME DE SOINS

4.3.1 Les sorties et les levées de mesures

Selon les informations recueillies, confirmées par les éléments statistiques remis aux contrôleurs, il ressort que la prise en charge du patient est orientée, dès que son état est stabilisé, vers sa réinsertion sociale.

Hors l'enceinte de l'établissement, **les sorties** accompagnées de moins de douze heures et non accompagnées jusqu'à quarante-huit heures sont fréquemment accordées pour maintenir les liens familiaux ou faire des démarches à caractère médico-social.

La procédure d'autorisation, protocolisée, est identique quelle qu'en soit la durée. Le bureau des hospitalisations est particulièrement vigilant pour que la demande d'autorisation des patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) soit transmise dans un délai jamais inférieur à quarante-huit heures avant la date prévisionnelle de sortie. Seul un refus écrit du préfet notifié au patient au plus tard douze heures avant la sortie peut y faire obstacle.

Les psychiatres savent qu'ils doivent être précis dans l'exposé de leurs motifs justifiant la sortie autant que sur les modalités de sa mise en œuvre.

Au cours de l'année 2018, 2 769 autorisations de sortie ont été signées par la direction de l'établissement pour des patients hospitalisés en SDDE. Ces sorties sont tracées électroniquement et chaque permission est versée au dossier du patient. Les tiers sont, compte-tenu des délais très courts, informés par téléphone, voire par courrier électronique ; ils n'ont jamais formulé de remarques pour contester la pertinence de la permission.

Concernant les patients en SDRE, ils bénéficient très largement d'autorisations de sorties qui, globalement, sont de l'ordre d'une centaine par mois.

C'est ainsi que pour l'année 2018, 1 200 demandes ont été présentées par l'intermédiaire de l'ARS au représentant de l'Etat qui a notifié trente-cinq refus. Les motifs de ces oppositions préfectorales, selon les explications données aux contrôleurs, relevaient prioritairement d'une conjoncture sociale ou événementielle problématique, voire parfois du traitement de la demande par une personne substituant le délégué du préfet responsable de la gestion des soins sans consentement, momentanément indisponible. Ces refus n'ont jamais eu de caractère définitif.

Il doit être rappelé que le refus préfectoral n'est susceptible d'aucun recours.

Les programmes de soins (PDS), au jour du contrôle au nombre de soixante-dix pour les patients en SDRE et de quatre-vingt-treize pour ceux en SDDE, sont pour la plupart menés en ambulatoire,

quelques-uns prévoyant des retours séquentiels, telle une hospitalisation de week-end ou hebdomadaire toutes les cinq ou six semaines.

Les médecins ont dit être attentifs à ce que le patient ne « s'installe » pas dans son unité qui doit rester « un lieu de soins » et non un « lieu de vie ».

Le passage en PDS correspond à une réelle sortie du patient, certes toujours suivie et contrôlée pour favoriser une reprise optimale de sa réinsertion sociétale.

L'effectivité du contrôle est d'ailleurs bien réelle puisqu'elle a entraîné, depuis deux ans, une augmentation significative du nombre de réintégrations qui en 2016 étaient de 92 pour atteindre en 2018 le nombre de 116.

Quant à la levée de la mesure d'hospitalisation sans consentement, elle diffère suivant le mode d'admission.

Pour les patients admis en SDDE, l'hospitalisation cesse par décision du directeur après que le psychiatre en charge du malade certifie que les conditions l'ayant motivée ne sont plus réunies. En 2018, alors que 728 personnes ont été admises par décision du directeur, on compte 705 décisions de levée, étant précisé qu'une soixantaine de mesures ont été levées pendant la période d'observation avant le contrôle au douzième jour par le juge des libertés et de la détention (JLD).

La levée de la mesure pour les personnes en SDRE nécessite l'accord du préfet après qu'il ait été destinataire du certificat médical attestant de l'inopportunité de la poursuivre.

Dans l'hypothèse où le préfet entend s'y opposer, il en informe sans délai le directeur de l'hôpital qui peut solliciter l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci rend, dans un délai maximum de 72h, un avis sur la nécessité du maintien de l'hospitalisation.

Lorsque ce deuxième avis confirme le certificat médical initial (ce qui a toujours été le cas), le préfet a l'obligation de se conformer à la proposition figurant dans le certificat.

Il a été dit aux contrôleurs que le préfet ne réclamait pas systématiquement de deuxième avis.

En 2018, quatre-vingt-treize arrêtés de levées ont été pris alors que quatre-vingt-dix-sept patients avaient été admis en SDRE.

4.3.2 Le collège des professionnels de santé

Ce collège a l'obligation de se réunir pour se prononcer sur le maintien d'une mesure de soins sans consentement, en hospitalisation complète ou en programme de soins, prise sur décision du directeur de l'établissement lorsque sa durée excède un an et avant le contrôle du JLD pour les patients hospitalisés à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale.

Le bureau des hospitalisations veille scrupuleusement au respect des dates butoirs et à la convocation de ses membres.

Composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un autre médecin psychiatre extérieur au suivi, qui le plus souvent est sollicité par son confrère, et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité hospitalière ou du CMP assurant le suivi ambulatoire, ce collège se réunit beaucoup plus pour les programmes de soins que pour les hospitalisations complètes rarissimes dans cet établissement après un an.

Au cours de l'année 2018, il s'est tenu quatre-vingt-quatre collèges pour examiner la situation des patients SDDE. Huit réunions ont été en outre nécessaires pour vérifier l'évolution de l'état des patients irresponsables pénalement.

Il a été particulièrement difficile aux contrôleurs de s'assurer que ce collège fonctionnait dans le total et strict respect des prescriptions de l'article L3212-17 qui exige le recueil de l'avis du patient.

Selon les renseignements recueillis, il est apparu que, sauf exception, le collège travaille sur dossier sans convocation du patient, donc sans prise en compte de son avis. Les vérifications effectuées par les contrôleurs, après examen dans les dossiers d'une quinzaine de retours d'avis du collège, ont permis de constater qu'aucune mention de l'audition du patient n'y figurait.

RECOMMANDATION 11

Le fonctionnement du collège des professionnels de santé doit, sans délai, être revu pour respecter les dispositions de l'article L3212-7 du code de la santé publique ; ce collège doit ainsi recevoir obligatoirement les patients pour recueillir leurs observations avant de donner son avis.

4.4 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EXERCE SA MISSION DANS DES CONDITIONS MATERIELLES ET RELATIONNELLES SATISFAISANTES ET SON CONTROLE INCITE LES INTERVENANTS HOSPITALIERS A LA VIGILANCE QUANT AU RESPECT DES DISPOSITIONS LEGALES

Contrairement aux dispositions de l'article L3211-12-2 du code de la santé publique et malgré la recommandation faite par le CGLP à l'issue de sa visite au CH Le Vinatier en septembre 2017, le tribunal de grande instance de Lyon et l'agence régionale de santé (ARS) n'avaient toujours pas signé, au jour du contrôle, la convention destinée à organiser les modalités de tenue des audiences.

RECOMMANDATION 12

Il est impératif qu'une convention soit signée, dans les meilleurs délais, entre le tribunal de grande instance de Lyon et l'agence régionale de santé afin de définir les modalités de la tenue de l'audience du juge des libertés et de la détention dans la salle spécialement aménagée au sein du centre hospitalier.

4.4.1 L'organisation et la tenue de l'audience

Au centre hospitalier Saint Jean de Dieu, la salle d'audience est située au 1^{er} étage du bâtiment administratif dans une grande pièce (qui sert aussi de salle pour des formations) ; son accès est insuffisamment fléché mais les patients y sont reçus dans des conditions matérielles satisfaisantes. La salle, lumineuse, est meublée d'une grande table centrale pour le juge et son greffier, devant laquelle sont disposées suffisamment de chaises pour assurer au patient-justiciable pendant les débats, un confort propice à la sérénité.

Un large couloir, dans lequel ont été installés des sièges, sert de salle d'attente ; les sanitaires, proches, sont dans un excellent état de maintenance et de propreté.

Les avocats se déplacent dans les unités d'hospitalisation avant le début de l'audience ; ils y disposent d'endroits qui garantissent la confidentialité de leurs entretiens. Lorsqu'un interprète doit être présent, l'entretien peut se dérouler avec l'avocat dans un bureau mis à disposition dans le bâtiment administratif en face du couloir qui dessert la salle d'audience.

L'audience hebdomadaire se tient le jeudi à partir de 10h, présidée, selon leurs disponibilités, par un des six magistrats, vice-président nommé par décret en qualité de juge des libertés et de la détention au TGI de Lyon

Les échanges entre les agents en charge des soins sans consentement et le greffe judiciaire se font par voie dématérialisée ; la requête de saisine est adressée, à la demande des JLD pour des questions d'organisation du service, non pas comme le prévoit la loi huit jours, mais cinq jours après la décision d'admission (ou quinze jours avant l'expiration du délai de six mois après la dernière décision du JLD).

A cette requête, sont jointes toutes les pièces règlementairement exigées et déclinées dans les articles R3211-10, 11 et 12 du code de la santé publique.

L'attention du service a été attirée, tant à la suite des échanges avec les magistrats qu'à la lecture des décisions de mainlevée, sur l'importance de mentionner l'identité du tuteur ou de l'organisme tutélaire, sous peine de nullité de la procédure en l'absence de leur convocation.

Les médecins ont également été sensibilisés à l'importance de la qualité de rédaction des certificats médicaux qui doivent justifier non seulement de la nécessité de l'hospitalisation complète mais aussi de l'incapacité du patient à consentir à son hospitalisation.

Les contrôleurs, en consultant des dossiers récents, ont constaté que la plupart des certificats médicaux et des avis motivés précisait en quoi l'évolution du malade nécessitait le maintien de l'hospitalisation complète ; ils n'ont pas observé de « copier-coller ».

Dès réception de la requête, le greffe informe l'ordre des avocats pour désignation d'un conseil au titre de l'aide juridictionnelle, à moins que le patient n'ait indiqué choisir son propre avocat (hypothèse rare). Pour chaque audience deux avocats, ayant obligatoirement suivi une formation dispensée par le barreau de Lyon, assurent la permanence. Ils ont accès aux dossiers la veille de l'audience en se faisant remettre par le greffe judiciaire copie de l'ensemble de la procédure.

Il résulte des échanges avec les avocats qu'ils sont satisfaits des conditions organisationnelles de l'audience.

BONNE PRATIQUE 3

Préalablement à l'audience les avocats disposent de l'intégralité de la procédure et s'entrelient avec leurs clients dans les unités de soins, leur permettant ainsi de se rendre compte des conditions d'hospitalisation et de rencontrer les patients non auditionnables.

La convocation à l'audience, conforme aux exigences légales, transite par le service des hospitalisations qui la transmet à l'unité d'hospitalisation du patient.

Les contrôleurs n'ont pu vérifier quelles explications étaient données au patient avant qu'il ne signe l'accusé de réception. Toutefois les renseignements recueillis auprès des soignants, des cadres de santé et des patients en attente de comparution, ont fait ressortir que la personne notifiant la convocation s'efforce d'expliquer le sens de l'audience et de rassurer l'intéressé sur les modalités de son déroulement.

4.4.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à l'intégralité de l'audience du jeudi 11 avril 2019 ; seize dossiers y étaient audiencés ; douze patients ont comparu tandis que l'état de deux personnes avait été

déclaré médicalement incompatible avec une audition judiciaire, deux patients ayant par ailleurs indiqué refuser de comparaître

Les « patients justiciables » ont été amenés, selon des créneaux horaires précis, depuis leur unité par un ou deux soignants et ont attendu peu de temps dans le couloir avant d’entrer, séparément, dans la salle d’audience ; aucun d’eux n’était en pyjama.

Les soignants souhaitant assister à l’audience en ont eu la possibilité après que le juge ait sollicité l’accord du requérant.

Bien que convoqués, ni tuteurs, ni tiers, ne s’étaient déplacés. La direction de l’hôpital, par l’intermédiaire de la personne responsable des hospitalisations est, quant à elle, toujours présente aux audiences. La porte de la salle est restée presque fermée (très discrètement entrouverte) et aucun public ne s’est présenté pour assister aux débats.

Soucieuse d’être comprise et de donner du sens à son rôle, la magistrate qui n’avait pas revêtu sa robe, s’est présentée comme « juge des libertés ». Empathique et pédagogique, attentive à ne pas ouvrir des « attentes irréalistes », elle a cherché à connaître l’avis du patient sur ses conditions d’hospitalisation. Après avoir résumé les éléments du dossier, elle a constitué un recueil d’informations pour étayer son processus décisionnel.

Tous les patients, qui ont eu la parole en dernier, étaient en capacité de s’exprimer. Les deux avocats, manifestement à l’aise dans le traitement de ce contentieux, ont soulevé, dans quatre affaires, des moyens procéduraux de défense dont deux ont abouti à la mainlevée de la décision.

Le temps consacré à l’examen de chaque affaire a été de l’ordre d’une vingtaine de minutes dans des conditions de dignité et de sérénité indéniables.

4.4.3 Les décisions rendues

A la fin des débats, la juge après un temps de délibéré utilisé en outre pour rédiger l’ordonnance, a expliqué à chacun des patients sa décision et a précisé avec clarté les possibilités de voies de recours. Aucune des personnes n’a manifesté de surprise, ni exprimé sa volonté de faire appel.

Bien plus, le patient en SDRE, irresponsable pénalement, bénéficiant d’une décision de mainlevée à effet différé de 24 heures, a demandé à rester hospitalisé.

Le contentieux généré par le contrôle de l’hospitalisation sans consentement est globalement stable : 880 saisines en 2015 et 892 en 2018.

Le mode de saisine à douze jours est évidemment largement majoritaire (641 en 2018) et les requêtes à l’initiative des patients restent faibles, ne dépassant pas, depuis 2015, le nombre de quarante.

En 2018, quatre-vingt-treize patients ont refusé de comparaître et quatre-vingt-cinq ont été déclarés inaptes.

Les juges ont prononcé dix-huit mainlevées soit un pourcentage de 2,1 % alors que la moyenne nationale est d’environ 8 %. Les demandes d’expertise (quatre en 2018) sont exceptionnelles.

Quarante et un recours ont été présentés à la cour d’appel qui n’a infirmé aucune décision.

Pour le début de l’année 2019, soit au cours du premier trimestre et jusqu’au jour du contrôle, les éléments statistiques font état d’une activité identique, soit 230 saisines ayant donné lieu à sept mainlevées. Les principaux motifs ayant conduit aux décisions de mainlevée sont la tardiveté des certificats médicaux, l’absence de convocation de tuteur, le manque d’éléments caractérisant le péril imminent ou les troubles mentaux portant atteinte à l’ordre public.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA POSSIBILITE DE CIRCULER LIBREMENT DANS L'ENCEINTE DE L'HOPITAL EST LARGEMENT RECONNUE AUX PATIENTS

5.1.1 La liberté d'aller et venir

Sur les seize unités que comporte l'établissement, seules cinq d'entre elles sont fermées : soit il s'agit d'unités d'admission (les deux UHCD), soit c'est du fait de la pathologie des malades accueillis (Clos Layat 1 et 2 du pôle de gérontopsychiatrie, Fontaine et Roseau pour les soins de réhabilitation psycho-sociale) ou du fait de leur âge (le département Ulysse d'hospitalisation pour adolescents).

Les autres unités sont ouvertes en continu (de 9h à 18h30) ou le matin (de 9h à 11h30) puis l'après-midi (de 14h à 18h). Durant ces longues plages horaires, aucune restriction n'est apportée à la libre circulation en dehors de la volonté des patients, même à ceux qui sont en pyjama, sauf en cas de prescription médicale adaptée à la situation clinique d'un patient en particulier : à titre d'exemple, lors de la visite des contrôleurs, seuls deux patients de l'unité Osiris sur vingt-six n'étaient pas autorisés à sortir de l'unité, sans que pour autant celle-ci soit fermée.

Même les patients en soins sans consentement, y compris ceux placés à la demande du représentant de l'État (SDRE), peuvent sortir de leur unité, circuler dans le parc, voire même tenter de quitter le domaine de l'hôpital, car a été posé le principe que seul l'état clinique d'un patient pouvait justifier et fonder des restrictions à sa liberté d'aller et venir et non son statut juridique. À la rubrique « promenades », le livret d'accueil (page 19) précise d'ailleurs à l'attention des patients que « *le parc de l'hôpital vous est accessible dans la journée sauf contre-indication médicale* ».

Il a même été constaté dans une unité (sans qu'il soit possible de savoir si cette pratique est commune à toutes les unités ouvertes de l'hôpital), que les limitations horaires de sortie imposées à un patient étaient contrôlées simplement visuellement ou par des rappels verbaux de la part du personnel soignant.

BONNE PRATIQUE 4

Le principe de la liberté d'aller et venir des patients est respecté. Les éventuelles restrictions de circulation ne sont pas fondées sur le statut juridique d'une personne mais sur son état clinique.

5.1.2 La sécurisation du site

Un dispositif comprenant trente-huit caméras a été mis en place dans le parc, mais uniquement au niveau des grands axes de circulation, avec quatre écrans de contrôle tous installés au poste central (PC) de sécurité situé à l'entrée de l'hôpital. Les enregistrements sont effacés après un délai de quinze jours.

Au PC se trouvent en permanence pendant la journée entre deux et cinq agents qui contrôlent (visuellement seulement) les entrées et sorties aussi bien des personnes que celles des véhicules. La nuit, la surveillance du site est assurée par trois agents qualifiés (formation au premier secours et à la gestion des situations de violence). Ces agents travaillent sous l'autorité du responsable

du service prévention sécurité (SPS). Ce service a de multiples missions et notamment celles d'aller chercher les repas pour les patients arrivés dans les unités après la fermeture du service de restauration.

Deux barrières sont installées à l'entrée : l'une pour les professionnels de l'hôpital qui peuvent accéder au parking situé près des bâtiments administratifs, l'autre pour les visiteurs et les familles pour accéder à un autre grand parking situé aussi dans le parc de l'établissement.

Les patients, qui sont autorisés à quitter l'établissement pour des permissions, doivent présenter à leur départ et au retour, le bon ou l'avis de sortie qui leur a été délivré par les infirmières.

Les agents de sécurité, en tenue bleue et rouge, font des rondes dans le parc au moins trois fois par jour et sont amenés à rechercher des patients qui auraient été signalés absents au moment des repas. Les agents connaissent bien un certain nombre de patients, ce qui facilite souvent leurs interventions et le dialogue.

Le parc est privé (barrière fermée) mais les unités sont facilement accessibles dès qu'une personne est entrée dans l'enceinte de l'établissement en voiture pour rendre visite à un patient.

Le SPS est intervenu 3 307 fois au cours de l'année 2018 pour des raisons diverses (ascenseurs, hygiène, interventions techniques, visiteurs indécents, incendie, remplacements des bouteilles d'oxygène, etc.). Les agents de sécurité ont par ailleurs une mission de formateurs du personnel soignant à la prévention du risque incendie (128 participants durant 14 sessions). Le SPS assure également la maintenance de tous les équipements de sécurité y compris médicaux.

Une convention a été signée en juin 2011 avec les services de police et de gendarmerie et la direction de l'hôpital, afin de définir les conditions dans lesquelles la direction de l'établissement doit faire appel à ces services, pour garantir aux patients hospitalisés un cadre de soins sécurisé.

Il est prévu notamment qu'après une demande écrite de la direction de l'établissement, le procureur de la République peut demander aux services de police d'effectuer une opération de recherche de produits stupéfiants dans certains lieux déterminés, dans un but dissuasif.

5.2 LES RESTRICTIONS IMPOSEES DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT TRES LIMITEES

5.2.1 L'accès aux chambres, aux placards et aux espaces communs

Les chambres des patients sont ouvertes et donc accessibles à tout moment de la journée. Un verrou de confort permet de les fermer de l'intérieur, mais il manque un dispositif de fermeture externe de la porte des chambres. Les placards sont munis d'une serrure à code, ce qui protège les effets personnels des malades contre les vols.

Les espaces communs (salle de télévision, petits salons, pièces où sont installés une table de ping-pong ou un baby-foot, sanitaires, douches dans les unités qui n'en disposent pas dans les chambres), sont ouverts jusqu'à 23h et si l'unité comporte un jardin, il n'est fermé que la nuit (de 23h à 6h du matin).

5.2.2 Le port du pyjama

Il est systématiquement porté en cas de mise en chambre d'isolement. À l'exception de cette situation, l'obligation de porter le pyjama de l'hôpital est très rarement imposée et nombre des patients rencontrés qui étaient ainsi habillés l'étaient à leur demande.

5.2.3 L'usage du tabac

Le livret d'accueil (page 21) indique que « *l'usage du tabac est interdit dans tous les locaux de l'hôpital* ». Cette interdiction, ne s'applique ni au parc de l'établissement ni au jardin (dont certaines unités disposent) ni aux pièces réservées à cet usage en l'absence d'espace extérieur.

Dans ce cadre général, les patients peuvent conserver leurs cigarettes et leur briquet, sauf en cas de contre-indication médicale.

5.2.4 La liberté d'exercer le culte de son choix

Deux rubriques du livret d'accueil précisent les conditions d'exercice de la liberté religieuse dans l'hôpital. Celle intitulée « *cultes religieux* » indique que « *les coordonnées des différents représentants des cultes sont affichées dans chaque unité à l'entrée et l'aumônerie située près de la chapelle* ».

Dans le paragraphe consacré à la « *laïcité* », il est précisé que « *les principes de laïcité s'appliquent à l'hôpital. Aucune adaptation du fonctionnement de l'établissement (en dehors des repas servis) ne peut être exigée au motif de convictions religieuses* ».

Les coordonnées des différents représentants des cultes sont effectivement affichées dans chaque unité. Quant à l'aumônerie catholique, elle dispose d'un bureau et trois pièces dont l'une fait office de chapelle. Elle est occupée par un prêtre qui célèbre une messe chaque semaine, deux aumôniers permanents (l'une rémunérée par le diocèse et l'autre par l'hôpital) et trois bénévoles. Elle est ouverte matin et après-midi, du lundi au vendredi. Les représentants des autres cultes y ont accès et peuvent y trouver des ouvrages religieux comme la Bible ou le Coran.

5.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR NE FONT L'OBJET D'AUCUNE RESTRICTION D'ORDRE GENERAL

5.3.1 La circulation du courrier

Les patients peuvent poster librement leurs courriers dans la boîte aux lettres installée au rez-de-chaussée du bâtiment administratif, située à l'entrée du centre hospitalier. Des timbres sont en vente à la cafétéria. Ceux qui ne sont pas autorisés à sortir dans le parc peuvent remettre leur courrier départ aux soignants ou au secrétaire de l'unité qui se chargent de l'envoi – le jour même ou le lendemain au plus tard.

Il est indiqué que les correspondances des patients ne font l'objet d'aucun contrôle.

5.3.2 L'accès au téléphone et à l'internet

Les unités sont dotées d'un *point-phone* permettant de recevoir des appels, par l'intermédiaire du bureau des IDE. Cette installation téléphonique, située dans une pièce fermée, garantit la confidentialité des conversations vis-à-vis des autres patients et du personnel.

Les appels peuvent être émis et reçus l'après-midi, à des horaires qui varient selon les unités ; à partir de 14h à Magallon 3, de 17h30 à 19h30 à Saint-Exupéry. Il est néanmoins indiqué que cette restriction d'horaires ne s'applique pas aux avocats.

Une cabine à pièces, située au niveau de l'accès Esplanade du centre hospitalier, permet également aux patients de téléphoner.

Sauf prescription médicale contraire, tous les patients sont autorisés à passer et à recevoir des appels et à conserver leur téléphone mobile.

Le livret d'accueil mentionne que « *l'usage des téléphones mobiles est possible dans l'enceinte de l'établissement, sous réserve qu'il ne constitue pas une gêne pour le bon fonctionnement de l'unité* ». Le règlement intérieur précise cependant que les prises de vue (film, photos) sont strictement interdites.

Les contrôleurs ont constaté que, à l'exception des unités Galilée et Fontaine et Roseau, une grande majorité des patients disposent effectivement d'un téléphone mobile qu'ils sont autorisés à conserver sans aucune restriction – ainsi que leur chargeur.

L'unité Fontaine et Roseau accueille des personnes gravement déficitaires. Quant à l'unité Galilée, elle est la seule à interdire les téléphones mobiles qui sont déposés au coffre de l'hôpital. Il est indiqué que cette interdiction a été décidée à la suite d'un incident qui a fortement marqué les esprits : un patient avait filmé d'autres patients ainsi que des soignants puis avait posté les images sur les réseaux sociaux. Afin de pallier cette difficulté, le personnel de l'unité a envisagé de doter les chambres de téléphones fixes et celles-ci ont effectivement été équipées de prises téléphoniques. Cependant, seuls quelques téléphones ont été livrés et le projet est toujours en suspens.

Les téléphones mobiles des personnes mises en chambre d'isolement sont placés au coffre de l'hôpital.

BONNE PRATIQUE 5

La possibilité pour les patients de jouir librement de leur téléphone mobile permet de garantir le droit à la vie familiale et les relations avec l'extérieur ainsi que le droit de se défendre.

Cette bonne pratique a également vocation à être mise en œuvre au sein de l'unité Galilée.

Sauf prescription médicale individualisée, les patients peuvent conserver leur ordinateur et leur tablette personnels et accéder librement à l'internet. Dans les faits, peu d'entre eux disposent de leur propre matériel informatique, « *à cause des vols* » et « *parce qu'il est possible d'aller sur le net avec les portables* ».

Des postes informatiques sont disponibles en libre-service à la cafétéria ainsi qu'à la maison des usagers.

L'accès à l'internet est favorisé au sein de l'établissement grâce à l'installation de zones Wifi, librement accessibles dans le parc du centre hospitalier (esplanade, cafétéria et ses abords) – et dans certaines unités. Les codes d'accès sont remis à la caisse du service des hospitalisations. Les patients ont été informés de ce nouveau service, à compter du 4 mars 2019, par des affiches apposées au sein des unités. Les points Wifi font par ailleurs l'objet d'une signalétique et sont mentionnées sur le plan de l'hôpital.

BONNE PRATIQUE 6

La mise à disposition de matériel informatique et l'accès à l'internet contribuent à la réinsertion des patients, au maintien de leurs liens familiaux et à leur liberté d'information et de communication.

5.3.3 Les visites des familles

Tous les patients sont autorisés à recevoir de la visite. Des restrictions peuvent être décidées de manière individuelle, soit pour des raisons médicales, soit à l'égard des patients mis en chambre d'isolement.

Les visites se tiennent l'après-midi, à partir de 13h, 13h30 ou 14h selon les unités et jusqu'à 18h, 18h15 ou 18h30.

Les unités de soins ne disposent pas de pièce spécifiquement aménagée pour accueillir les familles dans des conditions conviviales et adaptées. Les visites se déroulent habituellement dans les salles communes (salons, salles d'attente, salles d'activités), le jardin, voire le hall ou un bureau de l'unité. Elles sont autorisées dans la chambre des patients, sauf à l'unité Fontaine et Roseau.

En principe, les mineurs de moins de 15 ans ne sont pas autorisés à entrer dans les unités de soins. Il a cependant été indiqué que les équipes soignantes faisaient preuve de souplesse et de discernement, étudiant les demandes des enfants de plus de 12 ans au cas par cas. Il n'existe aucune restriction concernant la limite d'âge lorsque les visites ont lieu hors de l'unité.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES LOCAUX D'HEBERGEMENT SONT TRES CONTRASTES, MAIS DES TRAVAUX S'AVERENT INDISPENSABLES ET URGENTS DANS CERTAINES UNITES PARTICULIEREMENT VETUSTES

Les locaux d'hébergement (seize unités) sont très contrastés au niveau de leur architecture ; en effet, les premiers bâtiments ont été construits en 1824 et il y a eu plusieurs vagues de travaux, soit pour construire de nouvelles unités, soit pour améliorer le confort des plus anciennes. Les chambres des unités Osiris, Ulysse, Clos Layat, Galilée disposent d'un mobilier en bon état moderne et complet (table de chevet, miroir, porte-serviettes, porte-manteaux, chaise, liseuse, placard fermé, étagères) et présentent de bonnes conditions globales de confort dans des locaux très éclairés, bien décorés avec des couleurs vives et des parties communes vastes et agréables.

Dans les autres unités, les conditions sont moins bonnes voire très dégradées compte tenu de l'ancienneté des constructions et de l'absence de rénovation totale pour certaines, avec des peintures défraîchies, parfois très sales et des entrées d'immeubles non repeintes avec des murs abîmés et non réparés.

Les unités (excepté à Clos Layat 2) qui sont situées aux premier ou deuxième étages des bâtiments ne disposent pas d'espaces dans lesquels les patients peuvent avoir accès à l'air libre. Ces patients doivent nécessairement se rendre dans le parc pour se détendre et notamment pour fumer. Cependant quelques-unes de ces unités disposent d'une petite terrasse couverte qui peut servir de fumoir.

L'installation de la climatisation n'est pas effective dans toutes les unités, ni dans toutes les pièces. Une des unités (Louise Labé) dispose d'un petit escalier qui relie le secteur administratif et les chambres ; de ce fait aucun patient porteur d'un lourd handicap physique ou circulant en fauteuil roulant ne peut être hébergé dans cette unité qui est pourtant située au rez-de-chaussée d'un bâtiment.

Les chambres sont individuelles pour la plupart mais il reste encore de nombreuses chambres à deux et même trois lits, ces derniers étant le plus souvent des lits-couchettes qui étaient en fait des lits d'appoint, mais le provisoire dure jusqu'à maintenant.

Certaines chambres ne sont dotées ni de lavabo, ni de toilettes, ni de miroir, et les wc extérieurs et les douches communes sont parfois largement insuffisants pour le nombre de patients présents. Les blocs sanitaires ne sont pas obligatoirement ouverts toute la journée et les temps de douche sont estimés trop courts par certains patients. Quelques unités disposent d'une salle de bains équipée d'une baignoire, accessible en journée, mais parfois aussi sur des créneaux horaires stricts (comme à Magallon 3).

Dans les chambres à deux ou trois lits, chaque personne ne dispose pas toujours d'une table de chevet, d'une chaise et d'une table de travail. Chaque patient dispose en revanche d'un placard fermé muni d'un digicode. Très peu de chambres sont décorées et il n'y a pratiquement pas de photos des proches collées sur les murs, d'où un aspect particulièrement triste de certaines unités. L'éclairage principal est au plafond en général et une liseuse est à disposition. Des fenêtres protégées par des grillages, peuvent s'ouvrir complètement (sauf parfois celles du rez-de-chaussée) et des volets roulants mécaniques ou électriques peuvent être actionnés par les patients.

Toutes les unités possèdent une salle à manger avec des petites tables de quatre, une ou deux salles de télévision, un ou deux salons dont certains servent également de bibliothèque, une salle d'activité avec parfois un baby-foot ou une table de ping-pong.

A la suite de plusieurs tentatives de suicide, une réflexion a été menée en 2018 sur le changement des patères pour des modèles en caoutchouc (expérimentation au sein de l'UHCD Alphée).

Toutes les chambres disposent d'un verrou de confort, mais aucune n'est équipée de sonnette d'appel.

Les chambres sont accessibles à tout moment de la journée, sauf lorsque le médecin en décide autrement sur prescription médicale pendant des durées déterminées à l'avance (chambres dites fermables ou cas de prise en charge d'un patient dans un cadre dit strict).

Un grand projet de rénovation immobilière a été déposé par l'établissement et la Fondation il y a plusieurs années, mais l'accord de l'agence régionale de santé n'a pas encore été donné. Et pour l'instant les efforts de construction immobilière portent sur les structures extra hospitalières (cf. supra § 2.2).

6.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE N'APPELLENT PAS D'OBSERVATIONS PARTICULIERES

La maintenance des locaux des seize unités est effectuée pour neuf d'entre elles par deux entreprises externes mises volontairement en concurrence et, pour l'instant, pour les sept dernières directement par le personnel de l'hôpital. Lors de la visite des contrôleurs, il a été constaté qu'effectivement les locaux, chambres et espaces communs, étaient propres même lorsque, fort anciens (par exemple dans l'unité Fontaine et Roseau), ils étaient dégradés.

L'entretien du linge plat fourni par l'hôpital est de la responsabilité de chaque unité. Le linge plat sale peut être ramassé chaque jour et, après avoir été transféré à l'ex-buanderie, il est traité à l'extérieur. Les livraisons de linge propre ont lieu trois fois par semaine à la demande.

Suivant le livret d'accueil (page 19), l'entretien du linge personnel est à la charge de chaque patient. En fait, il existe dans l'hôpital quatre systèmes différents de lavage du linge personnel :

- par le patient lui-même ou par sa famille ;
- en utilisant le lave-linge et le sèche-linge dont disposent dix des seize unités de l'établissement ;
- en allant, accompagné d'un membre du personnel soignant, dans un *Lavomatic* en ville, ce procédé étant volontairement utilisé à des fins pédagogiques dans certaines unités ;
- pour ceux qui ont des difficultés financières, en confiant leur linge à l'hôpital qui en assure le traitement à l'extérieur : en janvier 2019, ce dispositif a concerné quarante-quatre patients pour un total d'articles traités s'élevant à 1 647.

Avec un souci de rationalisation dont on ne peut contester la logique, pour éviter les phénomènes constatés d'un nombre important ou très différent d'une unité à l'autre de commande sans véritable explication (ici, 50 brosses à cheveux ou 100 rasoirs dans l'année et là, dans une autre unité, zéro ou un petit nombre, etc.), la distribution gratuite des affaires de toilette (brosses à cheveux, peignes, mousse à raser, rasoirs, savon, gel douche) et des kits d'hygiène a été limitée ; seuls les patients démunis signalés par le personnel soignant de leur unité en bénéficient.

6.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT ENREGISTRÉS MAIS LES DELAIS POUR FAIRE DES RETRAITS D'ARGENT EN ESPECES SONT LONGS

À leur arrivée, il est proposé aux patients, quel que soit leur statut juridique, de déposer au coffre de l'hôpital leurs objets et leurs valeurs. À cet effet, est rempli contradictoirement un formulaire qui permet de recenser tous les effets personnels et les objets ou valeurs, en nature comme en nombre, ainsi que les objets dangereux ou les armes en possession du nouvel arrivant. Rempli en double exemplaire, ce document est tout à la fois gardé au service des admissions et remis au patient. Ultérieurement, si durant son séjour, un patient désire retirer momentanément soit des objets, soit des valeurs, un formulaire lui aussi rempli contradictoirement, permet de dresser la liste des différents retraits puis leur retour, s'il y a lieu. Trois coffres permettent de conserver en toute sécurité les valeurs monétaires, les petits objets et ceux plus encombrants.

Dans l'unité d'hébergement, un membre du personnel soignant dresse contradictoirement la liste de tous les effets personnels-vêtements, affaires de toilette, cigarettes, – qu'un patient en soins sans consentement désire conserver. Parfois, si le patient le souhaite ou si le personnel l'estime nécessaire, cette même procédure concerne aussi des patients en soins libres.

Durant le séjour d'un patient, les retraits monétaires effectués en se rendant au service des admissions sont enregistrés sur le compte nominatif qui lui a été ouvert à son arrivée. Mais il peut arriver que, temporairement, un patient soit dans l'incapacité de procéder lui-même à ces retraits : une attestation de « *suspension temporaire de droit à retrait d'argent* » est alors signée par le médecin, avec une date limite d'application, et dans ce cas, un membre du personnel soignant doit accompagner un patient souhaitant retirer de l'argent de son compte.

Il a cependant été relevé que ce processus n'était pas aussi simple et se révélait plus lent pour les patients incapables majeurs suivis par le service de la gestion des biens des majeurs protégés depuis le transfert de ce service, antérieurement localisé dans le même bâtiment que le service des admissions, sur un autre site de la fondation.

Dans chaque unité, entreposés dans le local infirmier, de petits casiers permettent de garder pour chaque patient quelques objets utiles dans la vie quotidienne : affaires de toilette, flacons en verre, chargeur de téléphone, cigarettes, briquet, menue monnaie. Seul le petit coffre de l'unité Fontaine et Roseau accueille parfois des sommes importantes : si cette situation est compréhensible, compte-tenu de l'état clinique des patients de cette unité, il n'est pas normal que ces valeurs monétaires soient conservées dans de simples enveloppes non signées par le patient concerné (ou son représentant légal), l'enregistrement des débits étant effectué seulement par le cadre de santé de l'unité.

En cas de vol avec effraction dans les chambres des patients, il est fait appel au service de sécurité et un formulaire *ad hoc* permet de lister les objets dérobés.

À la fin de son séjour à l'hôpital, au moment de sa sortie, si le service des admissions est fermé, un patient peut cependant récupérer sans problème ses effets et ses valeurs, le cadre administratif d'astreinte pouvant accéder aux coffres et aux registres. Et si le patient oublie de récupérer ses biens, ils lui sont adressés par un envoi en recommandé avec accusé de réception.

RECOMMANDATION 13

Il faut revoir les modalités de retrait d'espèces au profit des majeurs protégés suivis par l'hôpital, pour raccourcir la durée du processus actuel.

Il faut modifier les conditions de conservation des sommes d'argent dans l'unité Fontaine et Roseau.

6.4 LES REPAS SERVIS DANS L'ETABLISSEMENT SONT DE QUALITE

Trois principes importants ont été retenus pour organiser le service de restauration qui, outre l'hôpital Saint-Jean de Dieu intervient sur les autres sites dépendant de la fondation et de ce fait, livre 2 000 repas par jour dont environ 1 300 pour les patients de Saint-Jean de Dieu et 200 pour le personnel de cet hôpital. Ces principes sont :

- la réalisation en régie de l'ensemble du processus, de l'acquisition des produits à la livraison en liaison chaude des plats dans les unités et au self réservé au personnel ;
- la confection des mêmes plats pour les patients comme pour le personnel, à la différence près que seuls les membres du personnel peuvent choisir entre plusieurs entrées, plats principaux et desserts ;
- la livraison des plats en grande barquette, en général pour quatre à six personnes –sauf pour les patients qui ont un menu spécifique –, ce qui permet une certaine convivialité dans l'organisation des repas dans les unités, contrairement à ce qui se passe lorsqu'il y a des plateaux-repas.

Correctement appliqués, ces principes permettent d'obtenir un service de qualité, ce qui est le cas.

Restructurée en 1988, modernisée depuis, comportant toutes les chambres froides et tous les réfrigérateurs nécessaires, rééquipée de fours et de sauteuses en 2016 et en 2018, l'installation, régulièrement contrôlée par la direction des services vétérinaires, est bien conçue et propre. Vingt-huit agents y travaillent.

Sur la base d'une trame valable pour six semaines, les menus sont définitivement élaborés chaque semaine par une commission composée de membres du personnel travaillant en cuisine, de membres de la direction et d'une diététicienne. Les menus spécifiques représentent près de 45 % de l'ensemble avec 11 % pour les régimes de nature médicale et 34 % pour cause d'aversions. Le coût des repas s'établit à 2 euros pour l'acquisition des matières premières et au total, en comptant les frais de fonctionnement et d'amortissement du matériel, à 5 euros.

Transférés dans les unités dans des chariots chauffants, les plats sont servis à table, le placement des patients étant libre.

Chaque année, sur une période assez longue, une enquête de satisfaction est réalisée dans les unités. La dernière a permis de recueillir l'avis de 127 patients, soit moins de 25 % des malades hébergés. Quatre questions étaient posées, qui ont reçu les indices de satisfaction suivants (très satisfaits et satisfaits) : qualité des repas (81 %), quantité servie (87 %), température des plats (89 %) et variété de ceux-ci (80 %).

6.5 LA SEXUALITE EST ABORDEE DIFFEREMMENT D'UNE UNITE A L'AUTRE ET DONNE LIEU DEPUIS 2018 A UNE REELLE REFLEXION DE LA PART DE L'INSTITUTION

Si, dans les unités, la question de la sexualité est diversement abordée avec toujours une grande vigilance à l'égard des personnes vulnérables et des agresseurs sexuels potentiels, il est à noter que les soignants sont souvent en difficulté sur toutes ces questions touchant à l'intime. Ainsi les contrôleurs ont pu constater que :

- dans certaines unités, on n'en parle pas en équipe, seulement en entretien particulier avec le patient (unité Pussin, Orangerie) ; dans d'autres, en réunion au moment de la relève (Osiris) ou même lors de la réunion soignants-soignés (Galilée) ;
- dans d'autres unités, des relations avec un conjoint ou entre patients ne sont pas interdites (Saint Exupéry, Sivadon) avec un entretien souvent pour discuter du consentement ; comme en unité de gérontopsychiatrie, où un patient se trouvant dans le lit d'une patiente, l'équipe a travaillé sur le consentement éclairé ; c'est parfois davantage le questionnement des soignants concernant la morale (« *mais M. Untel est marié...que dire à la famille ?* ») ;
- il peut être proposé des préservatifs (dans l'unité ou au distributeur près de la cafétéria (unités Louise Labé, Magallon 2) ou des moyens contraceptifs (Galilée) au cours d'un entretien avec un médecin du DMP ;
- à une époque, les patients de Fontaine et Roseau ont été mis sous traitement hormonal en raison de masturbations trop fréquentes et peu discrètes ;
- dans une même unité, il peut y avoir des positions contradictoires entre médecins et cadres de santé sur ce sujet et des attitudes diverses par rapport aux patients : ainsi une unité où il est rapporté qu'on peut mettre en pyjama des patients qui auraient eu des activités sexuelles dans le parc et où par ailleurs, il est aussi possible d'avoir des relations avec un proche en chambre et qu'un groupe de théâtre fonctionne sur le thème du corps ;
- dans certaines unités (unité Fontaine et Roseau), le personnel soignant est confronté quotidiennement à des remarques d'ordre sexuel ou à des attouchements fréquents.

C'est une vraie question et le personnel est souvent en désarroi sur la problématique de la sexualité. C'est pourquoi une réflexion s'est engagée sur ce sujet au niveau de l'institution.

Ainsi, le 18 octobre 2018, un colloque sur la sexualité, s'adressant aux professionnels de santé, a été organisé (pour l'intra-hospitalier et l'extra-hospitalier) à l'initiative de médecins et de cadres supérieurs du DMP avec pour thème : « *entre santé sexuelle et sexualités : quand l'institution s'en mêle* ».

Après la projection d'un court document sur le consentement appelé « la tasse de thé », quatre interventions ont eu lieu :

- « *la sexualité au fil des modes sociales : le destin des exclus* » avec un psychanalyste, docteur en psychologie clinique et formateur ;
- « *aimer en institution : émois... émoisémois...* » avec un juriste ;
- « *quid de la prise en charge des risques liés à la sexualité (IST, grossesse, traitement post exposition) pour les personnes en situation de vulnérabilité ou/et en institution* » par une femme médecin sexologue ;

- « *professionnels (elles) tous et toutes concernées mais impliquées comment ?* » avec un sexologue clinicien coordinateur du centre handicaps et sexualités.

Soixante-dix personnes ont participé à ce colloque et cinquante ensuite ont répondu à un questionnaire d'évaluation globale.

Parmi les participants, vingt venaient de structures sanitaires, vingt-sept du médico-social, deux de structures sociales, deux de structures éducatives, trente-cinq du public et onze du privé. Les perspectives professionnelles évoquées à l'issue de ce colloque ont été les suivantes : construire une réflexion en équipe, permettre une nouvelle façon d'envisager la sexualité à l'hôpital, questionner et analyser la notion de santé sexuelle et de droits sexuels avec des aménagements dans la prise en charge, mettre en place une possibilité de « transgression », faire une fiche autour de la vie intime, informer et organiser des actions de prévention et d'éducation, mettre en place des groupes de paroles, réfléchir sur les représentations, comment agir face aux situations, avoir une conduite commune, accompagner le questionnement des équipes, leur positionnement.

Quatorze personnes ont demandé des formations complémentaires, dix-huit un accompagnement de projets, vingt des outils (mallette pédagogique) pour poursuivre leur réflexion, cinq une analyse des pratiques professionnelles, une personne un guide des bonnes pratiques et quatre des rencontres avec des professionnels extérieurs comme des juristes.

Un autre colloque est prévu en octobre 2019 avec des ateliers rassemblant, cette fois-ci, patients et soignants sur ce thème.

Entretemps, dès mai 2019, pour préparer ce colloque, un questionnaire (que les contrôleurs ont pu se procurer) sera distribué aux patients et un autre aux professionnels. Les usagers sont associés à cette démarche : commission des usagers (CDU), UNAFAM, FNAPSY²⁴.

BONNE PRATIQUE 7

Face aux questionnements des équipes concernant la sexualité (droits des patients et risques), un travail de réflexion a été engagé au sein de l'établissement.

6.6 LES ACTIVITES SONT DIVERSIFIEES MAIS VARIENT D'UNE UNITE A L'AUTRE SELON LA DISPONIBILITE DES SOIGNANTS ET LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES NE BENEFICIENT QU'A UN FAIBLE NOMBRE DE PATIENTS HOSPITALISES

Il faut souligner que contrairement à d'autres établissements, il n'y a pas au CH Saint Jean de Dieu, de lieu dédié aux activités, pas de bâtiment de sociothérapie regroupant des activités diverses. Il existe, par contre, dans chaque unité :

- des activités dites « occupationnelles » qui se décident parfois au jour le jour selon la disponibilité des soignants ;
- des activités thérapeutiques prévues à l'avance, en équipe, sur prescription médicale. Elles font l'objet de débriefings en fin de séance avec les patients, puis en équipe avec les soignants et sont tracées de manière régulière dans le dossier des patients sur Cariatides.

²⁴ FNAPSY : fédération nationale des patients en psychiatrie

6.6.1 Les activités dites « occupationnelles »

a) Dans les unités

D'une unité à l'autre, les situations sont extrêmement dissemblables et les contrôleurs ont pu souvent constater l'ennui qui planait dans certaines unités : patients endormis dans les fauteuils, déambulations dans les couloirs, demandes réitérées auprès des soignants.

Toutes les unités possèdent un espace télévision et parfois un petit local pour les livres et les magazines ; certains patients utilisent des tablettes et des ordinateurs dans leur unité mais la Wifi est en cours d'installation par zones (deux ordinateurs en accès libre sont présents à la cafétéria et deux autres à la maison des usagers). Certaines unités ont des salles d'activité, d'autres non.

Beaucoup d'activités en unité sont « basiques » : jeux de société, puzzle, mandalas, ping-pong, baby-foot, lecteur DVD ; d'autres plus élaborées sont souvent mises en place par un soignant en particulier : atelier cuisine, peinture, collages, chant, atelier musical à Osiris, écriture en gérontopsychiatrie, ateliers esthétiques, atelier barbe, atelier santé à Sivadon, jeu huitième dimension à Louise Labé, quilles norvégiennes. Ces activités sans prescription médicale sont ouvertes à tous y compris aux patients en soins sous contrainte ; mais l'accompagnement des soignants est souvent hypothétique, compte tenu des effectifs et les créneaux ne sont pas réguliers. C'est pourquoi les contrôleurs n'ont pas trouvé de plannings d'activités affichés. Cela se fait au jour le jour, davantage le week-end, en l'absence d'entretiens médicaux qui occupent médecins et infirmiers. Des projets sont en cours : groupe écriture, détente et relaxation à Galilée, atelier jardin.

b) En dehors des unités

Deux intervenants réguliers proposent des ateliers en lien avec les unités Galilée et Orangerie, Erasme et Louise Labé. L'un est musicien et propose des ateliers « chant » tous les mercredis en salle mosaïques et à l'auditorium. L'autre est peintre (présent dans l'hôpital depuis vingt ans) propose des ateliers peinture au pôle intersectoriel de soins et réhabilitation (PISR). La cafétéria propose aussi parfois des « événements ».

Sont aussi produits tous les spectacles et concerts proposés dans le cadre « culture et santé ».

Parfois la frontière est mince entre activités occupationnelles et activités thérapeutiques et beaucoup estiment que toutes les activités, basiques ou non, ont un effet thérapeutique, ne serait-ce que dans le lien tissé entre les participants.

6.6.2 Les activités thérapeutiques

Elles sont pensées en équipe et en amont, elles se font, au cas par cas, sur prescription médicale et donnent lieu à un débriefing avec les patients puis avec les équipes. Elles sont tracées de façon régulière et approfondies sur Cariatides dans le dossier du patient. Souvent ce ne sont que quatre ou cinq patients par unité – parfois aucun – qui sont concernés mais un soignant est toujours présent (cf. *supra* § 2.3.2) et parfois même un psychologue sur certaines actions. Ces activités se déroulent rarement le week-end.

a) En unités

Selon les unités sont proposés : un atelier « terre », de la relaxation à Louise Labé, du photolangage, des repas thérapeutiques, des groupes de psychoéducation, un groupe théâtre sur le thème du corps, un atelier éveil corporel, un atelier du mouvement, une prise en charge

psychocorporelle (Orangerie), un groupe de paroles et des réunions soignants-soignés parfois obligatoires, un projet « en chaussettes », de la médiation corporelle, une chorale, de la peinture avec psychologue et soignant, des sorties « un pas vers l'extérieur », des visites à domicile, un jardin.

Au pôle gérontopsychiatrique, une activité Chi gong a lieu le jeudi tous les 15 jours et il y a un groupe Wifi thérapie.

La messe est également notée comme une activité.

b) Hors unités

Selon les unités sont proposés : des approches psycho-sensorielles en salle Snoezelen, de la balnéothérapie, de la médiation équine, des randonnées, de l'escalade, du bateau, de la voile, de la pêche, des camps thérapeutiques, l'atelier sonore du CH Le Vinatier, un projet de jardins partagés en lien avec les Espaces Verts de l'hôpital.

A la fois thérapeutique et occupationnelle, l'activité vidéo à l'unité Tanguy au PISR peut être classée ici. Il faut souligner l'originalité de ce projet porté par un infirmier psychiatrique, assisté d'une éducatrice, qui ont imaginé, dès 2015, réaliser des documents vidéo avec des patients, soit anciennement hospitalisés et vivant désormais en appartements à l'extérieur, soit encore hospitalisés. Découvrant l'écriture, inventant le scénario, apprenant le travail du son, la figuration, le jeu d'acteurs ou de figurants, le tournage, ces patients ont réalisé une dizaine de petits films soit sous forme de documentaires sur la vie à l'hôpital (le sport en activité physique adaptée-APA), soit sous forme de fictions.

Ils terminent actuellement un film sur les chambres d'isolement. Un réalisateur extérieur suit leur travail et filme les hors-champs du tournage avec, entre autres, toutes les réactions spontanées des patients de l'équipe sur les chambres d'isolement où ils ont été placés à un moment ou un autre de leur hospitalisation et leurs commentaires à vif sur cette période vécue comme une souffrance.

RECOMMANDATION 14

Indépendamment de la formation des infirmiers à l'éducation thérapeutique et du nombre restreint de soignants par unité, la mise en place d'activités nécessite la présence de personnel spécialisé (psychologues, ergothérapeutes, thérapeutes, etc.) ou le renfort des équipes de soignants dans les unités.

c) Les activités physiques adaptées

Ces activités se déroulent au gymnase et dans la salle mosaïques, encadrées par deux professeurs de sport (un enseignant et un infirmier psychiatrique ayant passé le diplôme d'éducateur sportif). Ils sont souvent accompagnés d'étudiants en sciences et techniques des activités techniques et sportives (STAPS).

Toutes les activités APA s'organisent à partir d'une indication médicale, d'une réflexion avec l'équipe soignante et d'un entretien avec le patient qui permettra d'élaborer le projet de prise en charge.

Plusieurs types d'activités sont proposés :

- pour des groupes intersectoriels: le mardi matin en tennis de table et tir à l'arc et le jeudi matin en gymnastique douce et basket-ball.

Ce sont des groupes de différentes unités pouvant aller jusqu'à douze ou quinze patients adultes, soit hospitalisés, soit venant de l'extérieur (CMP, hôpital de jour) ;

- pour des publics spécifiques : pôle pédopsychiatrique et pôle gérontopsychiatrique, en petits groupes, une fois par semaine, avec des exercices adaptés sur des sessions de deux mois ;



Tir à l'arc au gymnase



Activité « adresse » patients de l'unité Clos Layat

- une activité originale de prévention de la surcharge pondérale et d'éducation à la santé avec le programme « *move eat* » ;
- des camps et des stages sont organisés : randonnées, escalade, voile, pétanque, billard, et des tournois rassemblant soignants, patients et familles dans le parc durant la semaine du sport en juin.

Ces activités permettent d'augmenter l'adhésion aux soins, de revaloriser le narcissisme, de faire intégrer les notions de limites, de corps, de plaisir, d'émotions, de valoriser l'aspect physique et la notion de santé personnelle et de confronter les patients aux autres dans un travail de groupe. Des partenariats ont été mis en place avec l'ESAP (association soins activités physiques) regroupant les structures de la région Rhône-Alpes-Auvergne en lien avec la maladie mentale, les groupes d'entraide mutuelle (GEM), les clubs de sports (adaptés et autres), avec la maison des usagers, le service culture de l'hôpital et les familles.

Les deux professeurs de sport participent aussi à la fête de la musique car ils sont musiciens et proposent des groupes. L'un d'entre eux fait aussi partie du groupe : patrimoine et histoire (cf. *supra* § 1.1.3). En 2018, la file active était de 452 patients dont 352 en intra et 100 en extra hospitalier pour 4 386 actes.

Le bilan des activités en 2018 est le suivant :

- plus d'une centaine de patients lors des rencontres inter-hôpitaux ;
- 89 patients du PISR pris en charge ;
- 31 patients pour l'activité « *move eat* » ;
- 29 patients adressés par le centre antidouleur.

d) Les budgets

Le budget VSA (vie sociale et animation) représente en 2019 la somme de 204 296 euros pour l'ensemble des pôles Saint Jean de Dieu en extra et en intra hospitalier. Le budget est dépensé comme suit : 3 % sorties, 4 % abonnements, 12 % bons d'achats, 27 % camps thérapeutiques, 40 % d'interventions, et 14 % en dépenses VSA (c'est-à-dire l'argent liquide que les unités ont à leur disposition pour les sorties culturelles et les ateliers.)

Les contrôleurs ont obtenu les chiffres 2018 des dépenses réalisées en intra hospitalier :

Pôle de pédopsychiatrie :	2 560 euros
Pôle de gérontopsychiatrie :	2 564 euros
G 25	12 528 euros
G 26	4 340 euros
G 27	8 880 euros
Unités d'admission :	1 133 euros
PISR unités de réhabilitation :	12 788 euros

Avec la répartition suivante : 2 % achats de journaux et jeux à gratter, 2 % sorties culturelles, 6 % intervenants, 6 % accompagnement patients repas des soignants, 7 % accompagnement patient/transports, 12 % services (décoration, animations), 18 % alimentaire pour groupes et ateliers cuisine, 47 % matériel thérapeutique.

6.6.3 L'action culturelle à l'hôpital avec le programme Culture et Santé pour tous les patients

L'action culturelle à l'hôpital Saint Jean de Dieu est un des moyens d'échanges enrichis entre le dedans et le dehors : participation des usagers de l'hôpital à la vie culturelle de la cité et contribution d'acteurs culturels de la cité à la vie de l'hôpital et des usagers. L'ouverture de l'hôpital à des publics élargis et la participation de patients à la vie culturelle de la cité contribuent à la lutte contre les exclusions et contre le rejet de l'autre « *si singulier* ».

a) L'équipe

Une équipe restreinte (une chargée du développement culturel et deux assistantes : l'une stagiaire et l'autre en service civique) développe nombre de projets culturels en partenariat avec des médecins, des infirmières, des psychologues d'unités mais aussi avec les professeurs de sport de l'APA, la maison des usagers, les aumôneries et un certain nombre d'artistes ou de compagnies.

b) Les lieux

- la chapelle au centre de l'hôpital et la sacristie ;
- le Bazar, ancienne boutique, désormais petite salle d'expositions près de la maison des usagers ;
- l'auditorium ;
- la salle mosaïques au-dessus du gymnase ;
- les salles d'ergothérapie dans les unités ;
- le parc, les cloîtres.



Le Bazar, petite salle d'expositions



La chapelle

c) Le budget

Une convention nationale « culture et hôpital » a été signée en 1999 par les deux ministères de la culture et de la santé. En Rhône-Alpes, le programme « culture et santé » est coordonné par l'association InterSTICES dont l'hôpital St Jean de Dieu est adhérent. Pour son projet culturel, le CH Saint Jean de Dieu bénéficie du soutien de l'agence régionale de santé (ARS), de la direction régionale des affaires culturelles (DRAC Auvergne Rhône Alpes) et la Région Auvergne-Rhône-Alpes dans le cadre du programme Culture et Santé ; des concerts peuvent être aussi réalisés avec le soutien de la mairie de Lyon 8^{ème}, de la SACEM.

d) Les axes des projets

Quatre axes de travail :

- des partenaires culturels sur les territoires : entre autres l'opéra de Lyon, le musée des beaux-arts ;
- des projets artistiques et des parcours de découvertes avec des artistes professionnels invités qui travaillent avec des patients et des soignants sur une création qui sera ensuite présentée à un public ;
- un groupe de travail sur la mémoire et l'histoire de l'hôpital ;
- des ateliers réguliers, sans nécessairement de prescription médicale, et ouverts aux patients en SSC comme aux autres, comme l'atelier radio : « au fil des voix/voies » avec un groupe de huit à dix patients sur un cycle de trois mois avec la réalisation d'une création sonore.

Ainsi d'avril à octobre 2019, sont programmés des ateliers d'échauffement de l'oreille et des concerts, des expositions et un atelier de gravure avec les patients pour la création d'une affiche avec des patients.

Dans le même temps, des ateliers de préparation à la Fête de la musique sont mis en place dans les unités et fin septembre la journée du patrimoine et la visite du CH avec les salariés du groupe de travail « mémoire et patrimoine ».

Toutes ces propositions sont en accès libre pour tous les patients, y compris en SSC ; il se peut que pour une activité précise, la chargée du développement culturel prévienne le médecin référent d'un patient pour lui demander son avis mais dans l'ensemble, il n'y a pas de refus ; les soignants, qui participent, ôtent leur blouse blanche et deviennent des spectateurs ou des participants comme les autres, comme les patients.

Depuis deux ans, on note cependant une certaine dégradation avec baisse des budgets et implication moindre de certaines unités très motivées auparavant comme Erasme. Cela peut être dû aux changements d'équipes, au départ de certains « anciens » qui avaient connu la psychothérapie institutionnelle et au peu de formation psychiatrique des jeunes infirmiers.

6.6.4 La cafétéria

Située face à la chapelle au carrefour des différents bâtiments, la cafétéria, accessible par une rampe et un petit escalier, est composée d'une grande salle avec un bar. Quelques espaces sont aménagés : un coin lecture, un coin baby-foot, un espace informatique avec deux ordinateurs en libre accès. Des produits de première nécessité (gel douche, mouchoirs, mousse à raser, serviettes hygiéniques, piles, timbres, enveloppes, stylos, blocs correspondance) sont en vente au prix du commerce. Un service « photocopie » existe. On peut y boire des boissons froides et chaudes, acheter des sodas, des glaces, des friandises, des beignets, le tout étant vendu entre 0,60 euro pour le café à 1,10 euro la canette. Un poste de télévision fonctionne en permanence (clips en sourdine). Une affiche précise que des jeux de société sont à disposition : tarot, 1000 bornes™, échecs, cartes et dominos.

La cafétéria est ouverte de 8h45 à 11h et de 13h à 16h15 du lundi au vendredi et le samedi matin de 8h45 à 11h. Parfois un événement y est organisé : ainsi, le 10 avril, durant la visite des contrôleurs, pour la journée européenne des droits à la santé, une séance sur l'accès à l'information numérique a été présentée. Peu de patients y ont participé.



Intérieur de la cafétéria



Produits vendus



Ordinateurs en libre accès

Des affiches sont apposées sur la porte d'entrée : prix et tarifs, conseils diététiques, planning de la MDU.

Les usagers ne disposent pas de sanitaires mais des toilettes extérieures sont installées un peu plus loin ainsi qu'un distributeur de préservatifs.

La cafétéria n'est ni attractive, ni chaleureuse ; elle est peu fréquentée par les soignants ; les horaires sont très limités et d'autant plus réduits qu'il faut ranger et nettoyer avant les heures de fermeture indiquées. Il faudrait du personnel vraiment motivé pour animer cet espace.

En 2015, un groupe de pilotage appelé « LIEUX COMMUNS » mis en place par la chargée de développement culturel, la responsable de la maison des usagers et un responsable d'unité) s'est constitué pour réfléchir aux besoins et plaintes des patients et à tous les problèmes constatés sur le terrain : ennui, manque d'activités et de ressources dans les unités de soins et dans l'hôpital en dehors des temps de soins, fermeture de la cafétéria, peu de possibilités de se dépenser physiquement en dehors des temps d'APA ,de partager un temps de restauration avec des proches, d'acheter des produits simples de consommation pour ceux qui ne peuvent sortir de l'hôpital, absence de bancs sous les cloîtres, absence de lieu adapté pour les enfants, problème des sanitaires peu accueillants, absence de lieu d'accueil central et relié, absence d'ateliers d'ergothérapie Ce groupe a tenté collégialement d'y apporter des solutions en observant les pratiques d'autres établissements.

Les conclusions du groupe de pilotage ont été, entre autres, de repenser l'espace avec :

- l'agrandissement de la cafétéria en rénovant la salle située derrière (ancien CE²⁵) afin d'en faire un lieu de vie ouvert avec boutique et possibilité de se restaurer, lieu d'accueil et d'information des usagers, espace d'accueil plus intime pour les familles ;
- le réaménagement des espaces de circulation et de l'esplanade ;
- l'utilisation de la chapelle, soit comme espace culturel, soit comme lieu d'accueil et de vie animé et y installer une bibliothèque, une médiathèque ;
- l'installation à prévoir d'un *Lavomatic™* au sein du CHS.

Mais depuis 2015, il n'a pas été donné suite à ces diverses propositions, travaillées pourtant pendant des mois, avec des étudiants en architecture.

Le changement de direction, le départ de médecins marqués par la psychothérapie institutionnelle, les nouvelles générations d'infirmiers non formés à la psychiatrie, le manque de

²⁵ CE : comité d'entreprise

médecins, le changement de statut de l'ARHM devenue fondation, les coupes très fortes dans les budgets liés au rassemblement des régions, la pression de l'ARS pour des réductions de temps d'hospitalisation et le repli des unités font que les priorités sont ailleurs.

RECOMMANDATION 15

Il faut revoir les horaires de la cafétéria, l'ouvrir plus longuement ainsi que le week-end et les jours fériés, en faire un lieu plus attractif et regrouper l'accueil et les fonctions communes.

De même, il faudrait envisager des activités sportives en dehors de l'APA avec l'embauche de personnel pour proposer des séances de sport régulières dans le parc, le gymnase et d'autres lieux adaptés.

RECOMMANDATION 16

Les activités occupationnelles et thérapeutiques doivent intégrer le projet de soins individualisé du patient, y compris pour les hospitalisations courtes.

Des activités doivent être programmées au sein de toutes les unités, en l'absence de lieu spécialisé au sein de l'établissement. Le personnel non médical doit être renforcé en conséquence.

7. L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

7.1 L'ETABLISSEMENT PARTICIPE A L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES DU RHONE MAIS VA FERMER DIX LITS D'UHCD

L'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques dans le département du nouveau Rhône et la métropole de Lyon a fait l'objet d'un protocole signé en novembre 2015 entre les directeurs du CH Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, du CH Le Vinatier, du CH Saint Jean de Dieu (CHSJDD) et la directrice générale de l'ARS de Rhône-Alpes. Ce protocole prévoit une prise en charge des patients de façon graduée et coordonnée depuis l'arrivée des services d'urgence jusqu'à l'éventuelle hospitalisation. La filière s'organise en deux niveaux :

- le premier recours est constitué par les services d'urgences somatiques et la création d'une structure supra-sectorielle appelée « urgences psychiatriques Rhône métropole » (UPRM) positionnée au CH Le Vinatier ;
- le second recours s'effectue au niveau des trois établissements spécialisés, avec un accueil 24h/24, une équipe de régulation et des unités d'hospitalisation de courte durée psychiatrique (UHCD).

Le CH Saint Jean de Dieu ne dispose pas d'une autorisation d'accueil des urgences et ses admissions s'effectuent principalement dans deux UHCD de dix et douze lits, les unités Pussin et Alphée. Les entrées directes en service d'hospitalisation complète sur adressage d'un CMP sont rares sauf en gérontopsychiatrie. **Toutes les personnes en soins sans consentement transitent obligatoirement en UHCD.**

Le taux d'occupation 2018 de l'unité Alphée est de 107 % et celui de l'unité Pussin de 99 % avec un global de 103 %. Pour les structures d'aval aux UHCD, les taux d'occupation des secteurs d'hospitalisation complète pour adultes sont en augmentation par rapport à 2017, entre 96 et 105 %. Les soins sans consentement représentent dans ces secteurs 45 % des journées d'hospitalisation (43 % en 2017).

De plus, les lits des chambres d'isolement sont utilisés comme des lits d'hospitalisation et une chambre supplémentaire à l'unité Alphée contient deux lits (un lit dit « couchette » supplémentaire) ; l'établissement utilise donc, de fait, dans chaque UHCD, onze et quatorze lits soit vingt-cinq lits. Le document spécifique de présentation remis dans l'unité Alphée avec le livret d'accueil institutionnalise la sur occupation, indiquant quatorze lits d'hospitalisation et non douze.

La filière d'entrée de l'établissement en crise et post crise est d'ores et déjà saturée et amène un usage des chambres d'isolement comme chambres d'hospitalisation dans l'ensemble de l'établissement (cf. § 8).

C'est dans ce contexte que la direction a annoncé trois jours avant l'arrivée des contrôleurs, que l'unité Pussin fermerait totalement le 6 mai 2019, faute de médecin. Le projet, inscrit dans le projet d'établissement, indique la fusion des deux UHCD en une seule unité de seize lits plus deux CI, en place des actuelles vingt-cinq lits réellement utilisés, une fois les travaux d'extension de l'unité Alphée réalisés. Ces travaux n'ont pas encore débuté. La fermeture brutale de l'unité Pussin va donc amener à prendre en charge un flux aujourd'hui nécessitant vingt-cinq lits de crise et post crise avec douze lits officiels augmentés d'un lit couchette, et d'une CI.

RECOMMANDATION 17

Un établissement de santé, disposant d'un agrément pour la prise en charge des personnes placées en soins sans consentement, doit garantir les modalités de prise en charge minimales présentées au moment de l'agrément, que ce soit en termes de nombre de lits ou de professionnels de santé.

Outre le fait que l'établissement dispose globalement de 110,77 ETP de médecins présents et qu'un redéploiement n'a pas été réalisé, l'impact de cette fermeture sur la filière d'admission n'a pas été anticipé, tant sur les services du CH Saint Jean de Dieu que sur les autres partenaires de la prise en charge psychiatrique de Lyon, dont certains n'étaient pas informés de cette fermeture au moment du contrôle.

Or l'article L3221-5-1 du CSP modifié par la loi du 26 janvier 2016, sur les services d'urgences prévoit que dans chaque territoire de santé, *l'agence régionale de santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, les établissements mentionnés à l'article L3222-1, les groupements de psychiatres libéraux et les personnes mentionnées à l'article L6312-2. Ce dispositif a pour objet de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement de santé mentionné à l'article L3222-1, notamment en cas de nécessité de retour en hospitalisation complète dans les conditions prévues au second alinéa de l'article L3211-11.*

Au CH de Saint Jean de Dieu, la fermeture d'une UHCD dans le contexte déjà dégradé de la prise en charge des patients en soins sans consentement ne pourra donc qu'aggraver un usage intensifié des isolements en chambres normales, une utilisation indigne des chambres d'isolement et un parcours chaotique des patients au sein des différents secteurs.

RECOMMANDATION 18

La filière des urgences psychiatriques doit être régulée entre les différents établissements du département du Rhône afin de garantir l'accès aux soins psychiatriques de la population sans atteinte à la dignité des personnes.

7.1.1 L'accueil aux urgences du CH Saint-Joseph-Saint-Luc

Au CH Saint-Joseph-Saint-Luc, les patients en soins sans consentement sont admis aux urgences soit par l'entrée piétons, soit par l'entrée des ambulances. Ils font, comme tous les patients, l'objet d'une évaluation par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) dans une salle d'examen à l'entrée des urgences.

Le service compte douze boxes individuels et une zone d'attente de résultats avec quatre brancards séparés par des rideaux. Aucun patient n'est contentonné au moment du contrôle ni ne se trouve en attente d'une place en psychiatrie.

Si un patient relève d'un avis psychiatrique, l'infirmier des urgences prévient l'équipe de psychiatrie de liaison par téléphone. Le médecin alors disponible se rend aux urgences à toute proximité pour voir le patient. Si le patient est agité, il ne transite pas par le box d'évaluation mais est amené directement dans un des boxes individuels par une porte arrière protégée de la

vue du public qui est ensuite fermée, la chambre disposant d'une porte donnant sur l'intérieur du service. Ce box comporte une caméra et moins de matériel mais reste sensiblement un box d'urgence peu adapté à une personne agitée. Une procédure prévoit pour cette situation une « *check-list* » de tâches à réaliser, allant des modalités d'habillement et de vestiaire au matériel à retirer de la pièce pour la sécurité. Cette procédure indique cependant : « *si patient agité avant déshabillage = contention quatre membres. Revenir le plus tôt possible pour déshabiller complètement le patient* », le « complètement » étant souligné dans la fiche. **Les contrôleurs s'interrogent sur cette pratique de mise à nu par usage de la force** pour des patients aux urgences du CH.

Les patients sont parfois orientés vers une des chambres individuelles de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de l'établissement (CH Saint-Joseph-Saint-Luc). L'inventaire des effets personnels et des biens est géré par les soignants des urgences.

L'examen somatique est ainsi effectué par un urgentiste avant l'intervention du psychiatre. Les observations des psychiatres sont consignées aux urgences sur le logiciel « DMU » qui sera prochainement changé. Ils disposent pour le recueil de leur activité de l'accès au logiciel Cariatide du CH Saint Jean de Dieu.

Le service des urgences (comme l'UHCD) ne dispose pas de chambre d'isolement (CI). Dans le box servant à mettre seule une personne agitée, le téléphone n'est pas laissé à la personne. Les soignants disposent de cinq kits avec attaches pour pieds et mains, sans attache ventrale.

L'organisation propre au service des urgences conduit les urgentistes à décider l'installation de contentions pour des patients, sans solliciter la validation du psychiatre. Cette décision est tracée dans le logiciel des urgences DMU.

Or, conformément aux recommandations de l'ANAES²⁶ et FHF de 2004 relative à la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et aux termes de la loi de 2016 sur l'isolement et la contention complétée par les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) de 2016, l'isolement et la contention d'un patient de psychiatrie doivent être décidés par un médecin psychiatre. S'il s'agit d'un médecin d'une autre spécialité, il doit faire valider sa décision dans l'heure suivant la mesure par un psychiatre.

RECOMMANDATION 19

Les décisions de mises de contentions des patients relevant de la psychiatrie aux urgences du centre hospitalier Saint-Joseph-Saint-Luc doivent être validées par un médecin psychiatre.

Les urgentistes tracent leurs décisions de contention sur le logiciel des urgences dans le dossier patient mais il n'y a pas d'analyse possible des mesures prises. Les durées de contention ne sont pas connues ; le médecin chef indique qu'elles sont courtes car les patients en soins sans consentement sont prioritairement pris en charge par un autre établissement habilité. La décision médicale est inscrite dans le dossier des urgences et la surveillance infirmière est parfaitement tracée.

²⁶ ANAES : agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (a été remplacée par la HAS) ; FHF : fédération hospitalière de France

RECOMMANDATION 20

La traçabilité des décisions doit permettre une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.

L'équipe de psychiatrie de liaison, rattachée au CH Saint Jean de Dieu, est constituée de quatre psychiatres pour 3,5 ETP, d'un interne de psychiatrie et d'un psychologue temps plein. Il n'y a pas d'IDE et donc pas d'entretien médico-infirmier. Ce choix d'une présence forte de psychiatre et d'absence d'infirmier n'est pas retrouvé habituellement dans les équipes de psychiatrie de liaison mise à disposition des CH généraux partenaires où les entretiens infirmiers permettent une première évaluation rapide et la tenue d'entretiens médico-infirmiers. Par ailleurs l'article D 6124-26-7 du CSP sur les services d'urgences prévoit qu'outre les membres mentionnés à l'article D 6124-17 à 21, le personnel des services des urgences comprend au moins un IDE avec expérience en psychiatrie, un infirmier d'un établissement L.3221-1 (établissement de psychiatrie) et un IDE de la structure de psychiatrie de l'établissement s'il est autorisé R 6122-25. Cette équipe a établi un projet de service d'une « *unité de psychiatrie d'urgence et de liaison* » (UPUL) qui en précise les missions. Cette unité est rattachée au pôle accueil et admission du CH Saint Jean de Dieu. Une convention, passée entre les deux CH en septembre 2007, indique le partage financier des postes (remboursement de 2,5 ETP médicaux par le CH Saint-Joseph-Saint-Luc au CH Saint Jean de Dieu), tous les postes étant rattachés au CH de psychiatrie. Un avenant en 2016 augmente les personnels à 4,6 ETP de médecins (dont un interne) et 1,2 ETP de psychologue.

Cette équipe prend en charge les patients nécessitant un avis psychiatrique aux urgences du CH ainsi que les demandes d'avis ou de consultation des services de médecine et chirurgie (300 lits) ou de la permanence d'accès aux soins de santé ; un psychiatre est présent et mobilisable de 8h à 21h du lundi au jeudi, de 8h à 18h30 le vendredi et le samedi matin de 9h à 13h30. Il n'y a pas d'astreinte ou de garde de psychiatrie sur les urgences du CH en dehors des horaires de présence cités précédemment.

Le chef de service des urgences a indiqué 40 000 passages par an au niveau de son service, avec une sollicitation journalière d'avis psychiatriques oscillant entre trois et six patients. Il semble que l'activité de psychiatrie soit donc majoritairement portée vers la psychiatrie de liaison au profit des malades hospitalisés en médecine et chirurgie. Bien que demandé, le rapport d'activité de cette équipe de psychiatrie de liaison n'a pas été fourni aux contrôleurs, ce qui ne permet pas de qualifier et quantifier exactement leur place dans la filière des urgences psychiatriques du territoire.

Les locaux du service des urgences du centre hospitalier sont bien adaptés aux besoins des patients venant pour des soins somatiques mais sont moins favorables à l'accueil de patients relevant de psychiatrie car la prise en charge implique des espaces conçus à cet effet (salle de rencontre avec les proches, chambres d'apaisement, box sans hyperstimulation ni matériel fragile ou dangereux). Les médecins psychiatres disposent de deux bureaux à proximité des urgences pour l'activité aux urgences et la psychiatrie de liaison.

L'organisation de l'accès aux soins de psychiatrie aux urgences du CH Saint-Joseph-Saint-Luc allie le paradoxe d'être à la fois performante en termes d'accès au spécialiste de psychiatrie et déficiente en termes de permanence de cet accès aux soins, impossible la nuit et le week-end, et en termes de prise en compte des particularités des pratiques d'isolement et de la contention

pour les patients relevant de la psychiatrie. Les professionnels n'ont pas d'exercice partagé avec leur structure spécialisée de rattachement sur la post-crise, ont principalement une activité de psychiatrie de liaison pour des malades de médecine et chirurgie et assez peu un rôle affirmé dans la prise en charge des urgences psychiatriques du Rhône.

7.1.2 L'accueil en centre médico-psychologique (CMP) ou en centre de soins ambulatoires intensifs

Les centres médico-psychologiques (CMP), répartis sur le territoire, constituent un rôle pivot dans l'orientation des patients vers la prise en charge la plus adaptée, au plus proche de leur lieu de vie. Ainsi, les personnes présentant un besoin de soins urgents en psychiatrie peuvent être également accueillies *via* ces CMP et orientées soit vers les urgences générales du CHU Edouard Herriot ou du CH Saint-Joseph-Saint-Luc si un examen somatique est nécessaire, soit directement à l'UPRM du CH Le Vinatier s'il s'agit d'une pathologie psychiatrique isolée et connue.

Il n'y a pas de service d'hospitalisation à domicile psychiatrique mais une équipe mobile sectorielle sur chacun des trois secteurs.

Le secteur 69G27, qui disposait en soins ambulatoires, d'un centre de thérapies brèves et d'un hôpital de jour à Vénissieux, est en train de réorganiser l'ensemble avec la **création d'un centre de soins ambulatoires intensifs**. Ce centre accueillera les adultes et mineurs de plus de 16 ans de l'ensemble du secteur (population de 145 000 habitants). Ce dispositif interviendra en prévention d'une hospitalisation temps plein ou pour la préparer et la rendre ainsi moins brutale pour le patient et son entourage. Mais il interviendra aussi dans les suites rapides d'une hospitalisation pour en limiter la durée et favoriser l'accroche aux soins ambulatoires et la réinscription sociale. L'entrée dans le dispositif pourra se faire en quelques jours, sur demande directe du patient, de sa famille ou d'un médecin. Une permanence journalière sera organisée pour l'accueil de personnes se présentant spontanément. L'entrée dans le dispositif s'effectuera après une courte période d'observation au cours de laquelle le patient et son entourage seront reçus par un binôme médecin-infirmier ou psychologue-infirmier. La prise en charge au centre sera limitée à une durée de trois mois, renouvelable une fois. La prise en charge reposera sur trois modalités de soins : le soin individuel, le soin groupal, le soin institutionnel. Les patients seront rencontrés en entretiens médico-infirmiers chaque semaine. L'équipe comprendra 2,2 ETP de psychiatre, 1,3 ETP de psychologue, 7,6 ETP d'IDE, 0,5 ETP d'AS et une secrétaire.

BONNE PRATIQUE 8

L'établissement va mettre en place, pour un secteur, un dispositif ambulatoire de prise en charge des phases de crise nécessitant une prise en charge rapide mais non urgente, permettant d'éviter des hospitalisations complètes.

7.1.3 L'admission au sein des unités UHCD

Un projet de service de l'unité d'hospitalisation de courte durée Pussin est en place depuis 2017 et décrit très précisément et pertinemment les modalités d'accueil et d'exercice des missions remplies. Le projet de service de l'UHCD Alphée est tout aussi précis et complet ; les contenus des deux projets intègrent des bonnes pratiques similaires et s'appuient sur les cinq axes du projet d'établissement 2015-2020. L'unité Alphée dispose d'une psychologue, mais aussi de davantage de places en chambres doubles que de places en chambres simples, ce qui ne permet pas une bonne qualité des soins de post crise. Les deux unités sont fermées et plusieurs patients

peuvent sortir dans le parc en sollicitant l'infirmière ; la porte de l'unité peut s'ouvrir électriquement depuis le poste infirmier.

Les unités ne proposent aucune consultation post sortie ; les contrôleurs regrettent également que l'isolement et la contention ne soient pas abordés dans ces deux projets et que les agents des services hospitaliers (ASH), s'ils participent occasionnellement aux réunions institutionnelles, ne sont pas présents aux réunions cliniques.

Dans son courrier en réponse en date du 18 octobre 2019, la directrice générale indique que « *de par leurs fonctions et leurs statuts ..., les agents de services hospitaliers ne participent pas aux soins. Ils n'ont donc aucune légitimité pour participer aux réunions cliniques où des informations à caractère médical et donc confidentielles sont échangées entre professionnels soignants ...mais des temps d'échanges formalisés sont organisés avec ces personnels sous l'égide des cadres de santé* ».

Par convention avec les CH Le Vinatier et celui de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, les deux UHCD reçoivent les personnes sans domicile et de passage sur l'ensemble du territoire lyonnais quatre mois par an.

BONNE PRATIQUE 9

Le projet médico soignant de l'UHCD décrit clairement et précisément les missions et les modalités avec lesquelles celles-ci sont remplies.

Les deux UHCD font partie du pôle accueil-admission créé en 2016. Le conseil de pôle se réunit deux fois par an avec tous les professionnels ; des *staffs* trimestriels réunissent cadres et médecins ; enfin des réunions cliniques de médecins et psychologues du pôle ont lieu tous les mois.

7.1.4 L'admission dans les unités d'hospitalisation

L'hospitalisation dans les unités de l'établissement est régulée par de nombreuses réunions entre services de pôle et les différents pôles pour décider des admissions et transferts. Les modalités de ces transferts sont régulées et aidées par le RAR. Ce RAR a été créé en 2008 pour renforcer le dispositif de soins et notamment dans les situations présentant un risque de violence ou d'urgence vitale ; il est mobilisé soit pour régulation soit pour renfort. Deux personnes par jour assurent la régulation, reçoivent les demandes d'hospitalisation des partenaires et orientent les patients en lien avec les unités de soins. Ils recensent les lits disponibles plusieurs fois par jour et ont la consigne de considérer le lit d'hospitalisation d'un patient placé en isolement comme disponible pour y accueillir un nouveau patient. Ils participent en renfort, à l'accueil de patient se présentant spontanément ou pour patient annoncé difficile (lors de soins infirmiers en CI ou pour urgence vitale). Ils peuvent participer aux réunions cliniques des unités d'hospitalisation pour ces patients. Ils sont également présents lors d'incidents hors unité soins (réintégration de patient sous contrainte, transfert de patient difficile en unité pour malades difficiles (UMD) ou hors secteurs).

Le RAR aurait refusé l'entrée de 250 patients par défaut de places en 2018, l'établissement ayant par ailleurs fermé 12 lits en octobre 2017, 12 lits en été 2018 et temporairement des lits de psychogériatrie mi 2018. Le taux « brut » de ré-hospitalisation est de 53,3 %.

Certaines unités (Osiris par exemple) ont mis en place une « *check-list* d'entrée » de l'ensemble des tâches effectuées à l'occasion de l'admission d'un patient par les infirmiers, médecins,

assistants sociaux, comme par exemple l'inventaire, l'examen somatique, la détermination de la personne de confiance.

Une fois admis au sein du CH, le patient bénéficie d'un entretien avec un psychiatre dans les vingt-quatre heures, d'un entretien dès l'admission avec un infirmier et d'une consultation avec le médecin généraliste dans les vingt-quatre à quarante-huit heures au maximum. Chaque praticien enregistre ses observations médicales dans le logiciel Cariatides ainsi que ses prescriptions.

7.2 LES PRISES EN CHARGE EN SOINS PSYCHIATRIQUES SONT DESORGANISEES

Il est apparu aux contrôleurs, au regard des données recueillies et des observations faites dans les unités de soins, que l'ensemble des équipes soignantes et médicales était mobilisées pour apporter aux patients une prise en charge bienveillante et professionnelle. L'organisation des soins à l'échelle de l'établissement est cependant défailante.

7.2.1 Le dispositif ambulatoire

L'établissement dispose des structures extra hospitalières (CMP, CATTP, hôpitaux de jour) et d'un centre de soins ambulatoires intensifs dans un secteur, permettant d'apporter une réponse graduée aux besoins de soins des patients sans recours systématique à l'hospitalisation, avec une bonne articulation avec les services d'hospitalisation complète. Ces réponses de proximité sont freinées par les difficultés de primo prises en charge dans certains CMP par vacances de postes, avec, dans certains cas, des délais d'attente de plusieurs mois ou un suivi effectué par plusieurs médecins différents.

Les équipes soignantes peinent par ailleurs dans la préparation à la sortie des patients, par manque de structures extra hospitalières, médico-sociales ou sociales (*cf. supra* § 2.1.2). Pour autant, l'établissement développe ces liens avec les partenaires extérieurs en pédopsychiatrie et au profit du patient âgé. Concernant les personnes âgées, l'établissement dispose d'une équipe mobile de psychogériatrie qui intervient au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et au domicile des patients.

7.2.2 Le projet de soin et les pratiques

Les unités sont organisées en pôles sectoriels encore sensiblement différents les uns des autres. Certaines unités disposent de projets de service validés et mis en œuvre, d'autres sont au stade de la réflexion. Les unités d'un même pôle ne sont pas encore toujours harmonisées dans leur fonctionnement malgré des projets de pôle récents.

Les pratiques et écoles de pensées sont ainsi diversifiées d'un service à l'autre et il n'y a que peu de protocoles communs. Un véritable travail en collège médical n'est réellement retrouvé que dans certains pôles, y compris pour partager une réflexion sur les situations difficiles rencontrées.

Les contrôleurs ont pu observer que les patients bénéficiaient, très fréquemment en UHCD et régulièrement (une fois par semaine) dans les autres unités, d'entretiens avec un médecin psychiatre dans les unités d'hospitalisation. Les traitements sont régulièrement revus et ajustés. Ces entretiens se font toujours avec les infirmiers (à l'exception des prises en charge aux urgences du CH Saint-Joseph-Saint-Luc où il n'y a pas d'IDE). La sismothérapie est effectuée si besoin, de même que la stimulation magnétique transcrânienne (rTMS).

Des réunions cliniques, *staffs* et synthèses ont lieu très régulièrement (et même chaque jour dans les deux UHCD) dans toutes les unités. Ces réunions cliniques associent l'ensemble des acteurs

du projet de soins : psychiatres, internes, assistantes sociales, psychologues, infirmiers, aides-soignants, voire parfois les équipes mobiles sectorielles. Les généralistes ne peuvent y assister au regard du nombre des unités mais leurs échanges sont quotidiens. Le pôle G25 a mis en place des réunions courtes quotidiennes à 9h de tous les médecins permettant des échanges médicaux sur les entrants et les personnes en isolement. Outre les traditionnelles réunions de synthèse, des réunions hebdomadaires y associent aussi les généralistes et les addictologues.

Les projets de soins individualisés sont discutés lors de ces réunions collégiales et les décisions sont prises après écoute des différents professionnels.

L'unité Erasme permet un accès des patients aux soignants de manière optimale en laissant le bureau des infirmiers ouvert en permanence.

Enfin, l'unité Sivadon offre des hospitalisations séquentielles pour quatre patients et va prochainement créer un studio de mise en situation.

Pourtant, et malgré cette organisation des soins qui semblent opportunément apporter un cadre à l'action des soignants, permettre la collégialité et garantir le lien intra-extra hospitalier (cf. supra § 2.3), **un mal-être exacerbé a été ressenti par les contrôleurs chez les soignants de plusieurs unités de l'établissement** : en lien avec le sentiment de devoir faire des actes professionnels contraires à leur éthique ou encore la perte du sens donné à leur travail, au regard de la différence entre le projet de santé porté collectivement et la réalité du quotidien emportée par un flux de patients non contrôlé et désordonné, le soin se résumant à l'hébergement à tout prix de toute personne confiée, quitte à forcer l'isolement, la cohabitation et l'indignité. Les soignants ont ainsi regretté devoir laisser des patients en isolement par défaut de lit d'hospitalisation alors même que le patient ne relevait plus d'une mesure d'isolement, devoir vider la chambre d'un patient durant le week-end pendant qu'il était en permission pour donner sa chambre à quelqu'un d'autre, mettre en œuvre des isolements avec contention dans des chambres normales par absence de CI disponibles, devoir placer des personnes majeures en crise dans la CI du service de pédopsychiatrie.

Dans certains services, les soignants ont également le sentiment d'être abandonnés par l'établissement ; les médecins sont partis et le *turn-over* de remplaçants rend impossible toute dynamique d'équipe (unités Erasme et Fontaine et Roseau par exemple). Or les soignants doivent bénéficier d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire étayée par des références médicales solides pour être rassurés et accéder à l'expression des potentiels thérapeutiques et de la connaissance clinique.

RECOMMANDATION 21

Le mal-être des soignants doit très sérieusement faire l'objet d'une prise en compte à l'échelle de l'établissement autour de l'analyse de l'organisation des soins, des pratiques et procédures actuelles et du respect des valeurs déontologiques et éthiques des professionnels.

Enfin, des réunions soignants-soignés se tiennent dans plusieurs unités, comme à l'unité Osiris chaque semaine (dix à quinze participants), l'unité Saint-Exupéry tous les 15 jours, l'unité Erasme, Magallon 3 et Magallon 2 (appelée ici réunion café libre).

Il n'y a plus d'infirmier référent. Certaines unités n'ont pas d'endroit spécifique pour réaliser les entretiens infirmiers (unité Magallon 3 par exemple), mais ceux-ci peuvent se dérouler soit dans le bureau infirmier, soit dans la salle polyvalente de l'unité.

La continuité des soins est assurée par une astreinte de psychiatre de 8h à 20h sur l'ensemble du site, réalisée par tous les médecins à tour de rôle du lundi au vendredi. La garde de nuit et de week-end est également assurée par un psychiatre.

L'accès au dossier médical est indiqué dans le règlement intérieur mais la procédure n'est pas forcément connue par les soignants dans les unités

Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le souhaitent, peuvent être reçus par le médecin psychiatre et l'assistante sociale. Les familles sont associées au projet de soin dans toutes les unités.

7.2.3 La place des patients en « séjours inadéquats »

De nombreux patients sont hospitalisés au CH Saint Jean de Dieu au long cours (plus de 292 jours). Une commission des hospitalisations au long cours avec analyse des profils des patients a été mise en place et des sorties ont été possibles grâce à l'ouverture de certaines structures comme une résidence accueil, un foyer ; d'autres projets sont en cours comme une maison d'accueil spécialisée. Douze lits ont été fermés mi 2018 dans ce cadre.

Pour ces patients, l'établissement assure pleinement son rôle de service public et accueille ceux qui ne peuvent trouver de place ailleurs. Cependant, une réflexion gagnerait à être conduite sur le mode de prise en charge qui demeure à ce jour sur des schémas encore très hospitaliers, y compris sur des problématiques d'enfermement. L'établissement doit apporter des réponses plus adaptées aux besoins des personnes concernées, avec un accent mis sur l'éducatif et le maintien des acquis, autant que sur le soin.

7.3 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST ASSURE EN AUTONOMIE

7.3.1 L'accès aux généralistes et aux autres spécialités

L'établissement dispose au sein d'un département de médecine polyvalente (DMP), d'une équipe composée de trois médecins généralistes (2,6 ETP), d'un interne, d'un cadre de santé (0,1 ETP), d'une secrétaire, de deux IDE (1,8 ETP), équipe qui permet une prise en charge somatique régulière et un suivi médical des personnes hospitalisées.

Le département permet de prévenir précocement les pathologies somatiques chez les patients souffrant de troubles psychiques graves et chroniques, de prendre en charge les pathologies somatiques induites par les traitements psychotrope ou intervenant pendant l'hospitalisation, et d'éliminer un diagnostic différentiel.

Ces médecins voient ainsi toutes les admissions et répondent aux demandes d'examens dans les services d'hospitalisation. L'équipe comprenait auparavant trois internes mais les modifications intervenues dans les maquettes de formation des internes de médecine générale ont fait qu'il n'en reste qu'un désormais. L'établissement a programmé le recrutement de deux médecins contractuels pour maintenir la présence actuelle de somaticiens.



Accueil du DMP



Fauteuil dentaire

Les professionnels sont regroupés au sein d'un espace médico-technique où se situent la secrétaire, deux kinésithérapeutes à temps plein, un dentiste (0,2 ETP) aidé d'une assistante dentaire (0,2 ETP) et où consultent une fois toutes les semaines, un neurologue, un gynécologue, un cardiologue (ces deux médecins disposent d'un échographe), un oto-rhino-laryngologiste, un rhumatologue, un endocrinologue et un podologue. Un avis rapide de dermatologie peut être obtenu par télémédecine *via* l'envoi de photographies.

Les médecins généralistes sont présents de 8h30 à 17h du lundi au vendredi et le samedi matin. La nuit et les week-ends, le recours au somaticien s'effectue *via* l'interne de garde (de psychiatrie) ou le centre 15. L'initiative de la demande de consultation avec un médecin généraliste peut émaner du médecin psychiatre, des soignants ou directement du patient. Cette demande est notée dans un bon spécifique envoyé au médecin généraliste. Les éléments médicaux somatiques sont consignés dans le dossier médical informatisé Cariatides.

Lors de l'admission, les patients sont examinés dans les 24 à 48 heures, sauf s'ils ont déjà été examinés par l'urgentiste d'un autre CH ; dans ce cas l'examen peut n'intervenir qu'après demande du psychiatre. Les patients sont examinés systématiquement en CI également par le médecin généraliste.

Les médecins somaticiens ne participent pas aux réunions cliniques mais entretiennent des liens quotidiens avec les psychiatres des services, ce qui permet une approche globale du patient dans l'élaboration d'un projet de soins individualisé.

L'activité de médecine somatique est soutenue avec 1 344 patients suivis par les médecins généralistes en 2018 (sur une file active d'hospitalisation d'adulte temps plein de 1 732). 274 patients ont bénéficié de radiologie (512 actes), 133 patients ont été suivis par le dentiste (363 actes), 925 électrocardiogrammes (dont 266 pour les UHCD) et 36 électroencéphalogrammes (EEG) ont été réalisés.

241 patients ont été suivis par les deux kinésithérapeutes (3 447 actes contre 2 722 en 2017, dont 564 actes pour l'extra hospitalier « *move eat* »), avec une gamme diversifiée de soins : drainage lymphatique, rééducation vésico-sphinctérienne, massage réflexe du colon, physiothérapie, ultrasons, neuro stimulation électrique transcutanée, électrostimulation musculaire, techniques Mézières, confections d'attelle thermoformées et plâtres.

1 027 consultations ont été effectuées par les différents spécialistes en 2018. Les actes effectués concernaient l'oto-rhino-laryngologie (121 actes : 25 fibroscopies, 16 ablations de bouchon de cérumen), la neurologie (83 actes), la rhumatologie (61 actes), la gynécologie (99 actes : 39 frottis, 12 échographies), la cardiologie (136 actes), l'endocrinologie (56 actes), la pédicure (416 actes). L'accès à l'ensemble des autres spécialités est facilité par la proximité des plateaux techniques du CH Saint-Joseph-Saint-Luc et du CHU Edouard Herriot qui proposent l'ensemble des autres soins nécessaires.

La manipulatrice radio (0,5 ETP) est par ailleurs formée à l'électroencéphalogramme et à la rTMS. Les IDE participent à la mise en œuvre de l'électroconvulsivothérapie (ECT) et aux séances de rTMS.

La rTMS est réalisée soit sur indication du centre antidouleur (391 séances en 2018) soit sur demande d'un psychiatre (141 séances) dans le cadre du soin d'une pathologie spécifique comme la mélancolie. Par ailleurs 73 actes de neurostimulations ont été pratiqués en 2018 grâce au concours d'un psychiatre (0,2 ETP) et d'un anesthésiste réanimateur (0,24).

Au total, 43 patients ont bénéficié de ces deux techniques.

En dehors des examens d'entrée, les motifs principaux de consultation sont la constipation, l'hypertension artérielle, la rétention d'urine, les diabètes, les infections et la traumatologie.

7.3.2 L'addictologie

L'addictologie est prise en compte au sein de l'établissement par une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et une consultation hospitalière d'addictologie proposée aux patients ayant bénéficié d'une hospitalisation au CH au cours des six derniers mois ou pour lesquels une hospitalisation est programmée ou même pour lesquels des soins addictologiques permettrait de prévenir une hospitalisation.

L'ELSA prend en charge toutes les personnes hospitalisées en difficulté avec un ou plusieurs produits psychoactifs ou souffrant d'addiction sans substance. L'équipe est composée d'un psychiatre (0,5 ETP), d'un interne de psychiatrie, de deux psychologues (0,8 ETP), de deux IDE (1,5 ETP), d'une assistante sociale (0,5 ETP), d'une secrétaire (0,5 ETP) et d'un cadre de santé (0,1 ETP).

Outre les prises en charge individuelles, l'ELSA effectue la formation et le soutien aux équipes hospitalières et participe à l'élaboration des protocoles de soins comme celui relatif au sevrage à l'alcool. L'équipe propose également des prises en charge par groupes co-animés par un psychologue et un IDE : SILENE, groupe thérapeutique (cinq personnes) à médiation (photo senteur écoute d'une chanson, images) dans les locaux de l'ELSA, et THERAGROUP, groupe d'information sur des sujets liés à la dépendance, au sein des unités de soins.

En 2017, 176 patients ont été pris en charge par l'équipe d'addictologie de liaison et 88 par la consultation hospitalière qui a noué de nombreux partenariats avec les partenaires extérieurs (autres CH, CSAPA).

7.3.3 L'accès aux traitements

La pharmacie est gérée par deux pharmaciens à 1,8 ETP et quatre préparatrices en pharmacie. Le contrôle des prescriptions est réel et réactif.



La pharmacie à usage interne (PUI) livre chaque semaine les médicaments dans les unités, placés par spécialité dans un chariot et les infirmiers préparent chaque jour et lors de chaque prise, les traitements qu'ils vont délivrer aussitôt. La distribution des médicaments s'effectue individuellement au sein de la salle de soins infirmiers où se trouve la pharmacie, grâce à un chariot avec la prescription permettant une ultime vérification lors de la dispensation.

Pharmacie centrale

Les patients font ainsi une file indienne dans le couloir, derrière une ligne de confidentialité qui a souvent été installée sur le sol (unité Osiris par exemple). La confidentialité, comme l'explication du traitement, sont cependant respectées de manière assez relative. Cette dispensation reste pourtant un soin, un moment de dialogue entre la personne soignée et le soignant, l'opportunité d'une éducation thérapeutique individualisée et la recherche d'un consentement éclairé aux soins.

Une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est en place au sein de l'établissement et se réunit trois fois par an. Elle est composée de trois psychiatres deux généralistes, deux IDE, deux pharmaciens, la directrice des soins, la responsable qualité.

Son fonctionnement est cependant freiné par l'absence fréquente des médecins psychiatres (avec 60 % de participation aux trois réunions de 2017) mais facilité par la participation des médecins généralistes ; les réunions abordent les événements indésirables liés aux médicaments, l'élaboration des priorités et adaptations thérapeutiques, la pharmacovigilance.

8. LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

8.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE SONT PAS PROPICES A L'APAISEMENT ET SONT INDIGNEMENT UTILISEES COMME DES CHAMBRES D'HOSPITALISATION

8.1.1 Les locaux

L'établissement répertorie treize chambres d'isolement (CI) sur le site : une dans chacune des unités Orangerie, Louise Labé, Galilée, Magallon 2, Osiris, Magallon 3, Saint Exupéry, Erasme. L'unité Fontaine et Roseau dispose de deux CI (pour quinze lits) mais également d'une troisième, non répertoriée et non tracée dans son utilisation alors même qu'elle constitue une réelle CI. L'unité Sivadon n'a plus de CI. Les UHCD disposent chacune d'une CI. Enfin l'unité Ulysse de pédopsychiatrie dispose également d'une CI. Au total **quatorze CI** sont utilisées au sein du CH, quelle que soit la terminologie employée (soins intensifs, apaisement). Le seul réel espace d'apaisement se situe au sein d'une unité de gérontopsychiatrie. Un autre est en projet à l'unité Fontaine et Roseau.



Chambres d'isolement



CI de gérontopsychiatrie

Les chambres sont sensiblement différentes ; toutes sont suffisamment spacieuses, ont un lit fixé au sol, et comportent un affichage de la date et de l'heure. Elles disposent d'un bouton d'appel mural, non accessible lors des phases d'attachement. La mise en place générale d'appel malade, y compris dans les CI lors des contentions, a été présentée au comité stratégique de l'établissement en décembre 2018 mais les travaux n'ont pas encore commencé.

Aucune chambre ne permet au patient d'allumer ou d'éteindre la lumière, ni d'ouvrir la fenêtre pour l'aération, même si aucune mauvaise odeur n'a été constatée lors du contrôle. Le mobilier est uniquement constitué d'un lit fixé au sol avec matelas. Il n'y a pas de table, ni de chaise, ni de moyen de s'asseoir à côté du patient sauf en gérontopsychiatrie. Certaines fenêtres sont totalement opacifiées, certaines permettent de voir à l'extérieur (unité Saint-Exupéry).

Toutes les chambres disposent de toilettes, sans accès à la chasse d'eau et d'un évier avec accès à l'eau froide et chaude (fermable par les soignants si besoin). Une douche est disponible à proximité de la chambre. Les draps et couvertures sont identiques au reste de l'unité. Des stores permettent l'occultation de la lumière pour la nuit mais sont commandés par les soignants. Dans de nombreuses CI, une fenêtre donne directement sur les toilettes depuis le sas et devra être occultable. De même une fenêtre donne directement sur la douche dans la CI de l'unité Orangerie.

L'usage du pyjama est systématique à l'entrée en CI. Un poste de radio est placé dans le sas devant la chambre dans quelques unités (l'Orangerie par exemple).

Cependant comme le montre l'analyse du registre, l'usage des chambres normales d'hospitalisation en chambre d'isolement est très fréquent (*cf. infra*) ; dans ce cas, certaines unités placent une chaise percée dans la chambre, ce qui n'est pas respectueux de la dignité des personnes. Les chambres étant équipées d'un verrou de confort, une intervention des services techniques leur permet de devenir rapidement des « chambres fermables ».

RECOMMANDATION 22

Tout patient placé dans une chambre normale transformée en chambre d'isolement doit pouvoir accéder aux toilettes dès qu'il en exprime le besoin.

La chambre d'hospitalisation du patient n'est, en pratique, jamais conservée lors de l'entrée du patient en CI et sa chambre est attribuée à un autre patient en attente de place. Pour exemple, le 3 avril lors du contrôle, treize patients occupaient les treize chambres d'isolement et aucun patient n'avait de chambre d'hospitalisation (*cf. supra* § 2.1.2).

En outre, des entrées directes dans les unités s'effectuent en chambre d'isolement lorsque l'unité d'origine n'a plus de place dans sa propre CI ou n'en dispose pas. **Au moment du contrôle, plusieurs patients étaient ainsi en CI bien que ne le nécessitant plus car ils n'avaient plus de chambre, se trouvant même parfois dans une autre unité ou dans le service des mineurs.**

Au moment du contrôle, toutes les quatorze chambres d'isolement étaient occupées, deux contentions étaient en cours. Quelques patients bénéficiaient de temps quotidiens à l'extérieur mais sur plusieurs jours (repas avec les autres patients, sorties dans le service) interrogeant sur la pertinence d'un maintien en isolement sur une telle durée.

Le matériel de contention utilisé comprend des kits avec quatre sangles (deux mains et deux pieds) et des kits avec trois sangles (deux mains et une sangle pieds liés), avec huit clips, leurs supports et une clef dans un sac en toile. Les sangles sont nettoyées par spray après utilisation ou envoyées à la blanchisserie dans un filet.

8.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT MECONNUES DE LA DIRECTION ET NON RESPECTUEUSES DE LA DIGNITE DES PERSONNES

Les pratiques d'enfermement et de restrictions de liberté sont mentionnées dans les cinq axes stratégiques du projet d'établissement 2015-2020 ; il est indiqué dans le préambule un souci du respect des droits du patient (information, dignité, intimité, confidentialité, respect des libertés individuelles) : « *le patient est acteur de son projet de vie et de soins et tout professionnel doit inscrire son action dans une démarche respectueuse des droits de la personne* ». L'objectif 6 de l'axe I mentionne quant à lui : « *réduire le recours à l'isolement et à la contention* ». Si ces principes sont louables, force est de constater que les directives de l'établissement vis-à-vis des soignants les enjoignent à ne pas les respecter (*cf. infra*).

Le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens, signé avec l'ARS en 2019, n'aborde pas la question du droit des patients, ni celle de l'enfermement, ni celle des restrictions de liberté.

La mise en place d'un registre informatisé au second trimestre 2017 a permis à partir de 2018 une analyse des pratiques d'isolement et de contention à l'échelle de l'établissement. Le rapport annuel 2017 « *isolement et contention* » a ainsi été présenté aux instances. Les chiffres

indiquaient alors un taux de patients isolés par rapport à la file active de 21 % pour l'isolement et 13 % pour la contention. **Les durées moyennes des mesures se trouvaient à 192 heures (8 jours)**. Le rapport annuel intègre l'ensemble des événements indésirables déclarés par les soignants relatifs à l'isolement et la contention, avec transparence.

La procédure isolement et contention a été actualisée en mars 2018 ; les CI sont désignées chambres de soins intensifs. L'usage d'autres chambres pour isoler une personne y est indiqué devant être « *exceptionnelle et transitoire* ». L'accord d'un senior psychiatre est indiqué comme devant être formellement écrit dans le dossier médical lors de la décision prise par un interne ou un médecin non inscrit à l'ordre. Le protocole note qu'il est formellement interdit de pénétrer seul dans la chambre d'un patient en isolement même si le patient est contenu au lit. Le protocole reprend l'ensemble des bonnes pratiques souhaitées par la haute autorité de santé (HAS) ; il mentionne encore cependant l'isolement comme « *thérapeutique*. »

Une procédure spécifique a été instaurée en 2016 pour « *l'isolement thérapeutique en gérontopsychiatrie* ». Cette procédure parle encore de « *prescription* » d'isolement et « *d'isolement thérapeutique* ».

Un groupe de travail « isolement contention » s'est créé en 2017 et regroupe seize membres mêlant médecins, infirmiers, cadres ; il s'est réuni huit fois en 2017. Il est piloté par le médecin chef du pôle G27.

Une semaine des droits des patients a eu lieu en janvier 2016 avec 444 professionnels participants. Parmi les propositions d'actions figurait l'investissement dans des paravents ou rideaux dans les chambres à deux lits pour respecter davantage l'intimité et la dignité des patients. D'autres interrogations avaient émergé lors de cette semaine : « *respect de la confidentialité : le bulletin d'hospitalisation destiné à l'employeur donne le nom de l'hôpital* » ; *Effets personnels : parfois on récupère la clé des placards patients ; ils ne peuvent plus accéder à leurs effets personnels* ». « *CSI : il n'y a pas de lit de suite pour le patient en CSI qui peut rester 24h de plus en CSI s'il n'y a pas de chambre libre dans l'unité*. »

Trois demi-journées de formation ont été mises en place sur le thème « *entre contrainte légale et nécessité thérapeutique* » et qui se sont tenues entre juillet 2017 et janvier 2018.

Une semaine des alternatives à l'isolement et à la contention a rassemblé 200 participants en novembre 2018. Les conclusions des échanges notaient, entre autres, « *créer des espaces d'apaisement dans les unités, revoir les effectifs minimums, repérer et réfléchir sur les facteurs déclenchants et prémices d'une crise ; élargir l'accès aux formations pour les vacataires, mieux définir le projet de soin du patient*. »

Des actions et techniques de désamorçage et désescalade sont acquises et mises en œuvre dans quelques unités par les soignants.

Enfin, il n'y a pas de protocole prévoyant l'information du service incendie en temps réel des personnes enfermées au sein de l'établissement.

Les patients placés en CI sont rencontrés par un psychiatre chaque jour, y compris le dimanche par doublement de l'astreinte depuis octobre 2017.

Ainsi, l'établissement affiche son souhait d'une politique de moindre recours à l'isolement et à la contention dans les projets officiels, les comptes rendus de CME, à l'occasion de la revue trimestrielle des chiffres du registre, effective depuis 2017 et dans sa politique de formation. Les décisions prises vont cependant dans le sens contraire puisque les contrôleurs constatent un usage généralisé des chambres d'isolement sans conserver le lit d'hospitalisation du patient, le

placement de patients majeurs dans la CI du service des mineurs, et des durées d'isolement liées non pas à la clinique mais à l'absence de lits d'hospitalisation. Le registre analysé *infra* montre enfin qu'entre 25 et 55 % des isolements, selon les unités, s'effectuaient en 2018 en chambre normale, hors chambre d'isolement.

Dans son courrier en réponse du 18 octobre 2019, la directrice générale a indiqué qu'un plan d'action Contention-Isolement, actualisé au 10 octobre 2019, a été discuté et voté en Commission médicale d'établissement et intègre les prescriptions et recommandations formulées par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, dans le cadre de son rapport d'inspection définitif établi à la fin de l'année 2018. Ainsi « *la mise en œuvre de l'action n°4 qui a conduit depuis le 1er septembre dernier à l'arrêt de la mutualisation de la chambre d'isolement de l'unité de pédopsychiatrie Ulysse. La chambre d'isolement de cette unité est donc strictement réservée aux patients adolescents de l'unité...*

Conjuguée à la reprise hebdomadaire en équipe pluridisciplinaire (action n°8) qui débutera en novembre 2019, elle [l'action n°2] permettra notamment aux équipes de se questionner sur les motifs de l'initialisation de la mesure et les actions alternatives à mettre en œuvre. Une expérimentation du questionnaire a déjà débuté sur l'unité Ulysse ».

8.3 L'ANALYSE DU REGISTRE, NON EFFECTUEE PAR L'ETABLISSEMENT, CONFIRME DES PRATIQUES INDIGNES D'ISOLEMENT

La pratique de l'isolement et de la contention est, depuis moins d'un an, analysée en termes de file active et de pratique générale par les équipes soignantes au sein de chaque unité.

Les décisions de placement en isolement et contention sont informatiquement tracées sur le logiciel Cariatides. La durée est renseignée, de même que le lieu de mise en CI (espace dédié ou hors espace dédié), le motif de la décision initiale, les consignes de surveillance. La traçabilité d'une mise en place de contention est également effective.

L'analyse du registre par les contrôleurs, sur une extraction de l'année 2018 entière montre les chiffres suivants :

Unité Alphée :

Sur une file active de 556 patients **présents et entrés dans le service**, 90 (**16,3 %**) ont été placés en isolement lors de 107 mesures pour des durées allant de 1 à 483 heures soit 20 jours (moyenne de **75,4 heures**). 42 patients ont eu une contention associée lors de 50 mesures soit **47 %** des patients placés en isolement. La durée de ces contentions allait de 0,7 à 48 heures par mesure (moyenne de **16 heures**). 15 mesures (sur 107) d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. 28 mesures (**26,2 %**) sont mentionnées faites en chambres normales (hors CI).

Unité Pussin :

Sur une file active de 478 patients, 107 (**22,4 %**) ont été placés en isolement lors de 116 mesures pour des durées allant de 5 à 432 heures soit 18 jours (moyenne de **74 heures**). 57 patients ont eu une contention associée lors de 63 mesures soit **53 %** des patients placés en isolement. La durée de ces contentions allait de 0,5 à 147 heures par mesure (moyenne de **36 heures**). 17 mesures (sur 116) d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. 34 mesures (**29,3 %**) sont mentionnées faites en chambres normales (hors CI).

Unité Sivadon :

Sur une file active de 160 patients, 24 (**15 %**) ont été placés en isolement lors de 31 mesures pour des durées allant de 4 à 2327 heures (moyenne de 184 heures ramenée à **113 heures** en ôtant le cas particulier du **patient isolé pendant 2 327 heures**). 9 patients ont eu une contention associée lors de 12 mesures soit **37 %** des patients placés en isolement. La durée de ces contentions allait de 4 à 87 heures par mesure (moyenne de **22 heures**). 8 mesures d'isolement (sur 31) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. 10 mesures (**32 %**) sont mentionnées faites en chambres normales (hors CI). Cette CI qui accueillait exclusivement des patients d'autres unités, a été fermée en septembre 2018.

Unité Galilée :

Sur une file active de 170 patients, 23 (**13,5 %**) ont été placés en isolement lors de 25 mesures pour des durées allant de 2 à 3 000 heures (moyenne de 490 heures mais ramenée à **335 heures** si on ôte le **patient isolé pendant 4 224 heures**). 10 patients ont eu une contention associée lors de 10 mesures soit **44 % des patients** placés en isolement. La durée de ces contentions allait de 2 à 72 heures par mesure (moyenne de **27 heures**). 2 mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. 9 mesures (**36 %**) sont mentionnées faites en chambres normales (hors CI).

Unité Hermès :

Sur une file active de 50 patients, 8 (**16 %**) ont été placés en isolement lors de 8 mesures pour des durées allant de 8 à 48 heures (moyenne de **20 heures**). 8 patients ont eu une contention associée lors de 8 mesures soit **100 % des patients** placés en isolement. La durée de ces contentions allait de 8 à 39 heures par mesure (moyenne de **17 heures**). 2 mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres mais toutes deux inférieures à 12 heures. Toutes les mesures sont mentionnées faites en chambres normales (hors CI puisqu'il n'y en a pas dans cette unité).

Unité Osiris :

Sur une file active de 189 patients, 22 (**11,6 %**) ont été placés en isolement lors de 27 mesures pour des durées allant de 1 à 8 412 heures (moyenne de 592 heures ramenée à **291 heures** en ôtant le **patient isolé 8 412 heures**). 14 patients ont eu une contention associée lors de 14 mesures soit **64 %** des patients placés en isolement. La durée de ces contentions allait de 1 à 119 heures par mesure (moyenne de **33 heures**). 6 mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. 15 mesures (**55 %**) sont mentionnées faites en chambres normales (hors CI).

Unité Ulysse :

Sur une file active de 100 patients, 39 patients ont été mis en isolement. Cependant, **ces 39 personnes se décomposent en 12 mineurs et 27 patients majeurs** (âgés de 18 à 59 ans, ayant fait l'objet de 30 mesures). Ces 12 mineurs ont été placés en isolement lors de 21 mesures pour des durées allant de 16 à 3 209 heures soit 133 jours (moyenne de 255 heures ramenée à **67 heures** en ôtant le **patient isolé au total 4 344 heures**). 7 patients ont eu une contention associée lors de 13 mesures soit **58 % des patients** placés en isolement. La durée de ces contentions allait de 1,5 à 116 heures (4,8 jours) par mesure (moyenne de **40 heures**). 10 mesures (sur 21 soit **48 %**) sont mentionnées faites en chambres normales (hors CI).

Plusieurs événements indésirables étaient déclarés en 2017 :

« 5 janvier 2017 : entrée en CSI d'une adulte à Ulysse qui s'est agitée et s'est mise à hurler fortement pour refus de soin ayant pour conséquence l'effolement et l'angoisse de trois patients » (mineurs).

« 12 septembre 2017 : la CSI était occupée par un adulte, nous avons été obligés lors d'un événement grave avec atteinte de personne, nous avons dû contenir un adolescent sur son lit dans une chambre simple. »

18 février 2017 : appel à 12h de Saint-Exupéry pour nous informer d'une mutation d'une de leur patiente dans notre CSI d'ici 15 minutes. Pas de négociation possible alors que nous avons demandé un horaire plus tard car heure du repas + 2 prises en charge plateau et que 3 soignants (2 IDE, 1 ASD). 12h10, le RAR et un soignant de Saint-Exupéry accompagnent la patiente en CSI, commencent l'installation sans notre présence, je suis obligée de laisser ma collègue ASD seule au repas avec 5 jeunes pour accueillir la patiente adulte et prendre la relève. »

Le contrôle général considère comme une atteinte à la dignité, tant vis-à-vis des mineurs hospitalisés que vis-à-vis des adultes placés en chambre d'isolement, le fait d'amener et de garder hospitalisé un majeur dans une chambre d'isolement au sein d'un service de pédopsychiatrie.

Une expertise réalisée à la demande du CHSCT²⁷ par la société Ergonomia mentionnait déjà dans son rapport remis le 22 juin 2016 : « les soignants nous expliquent en entretien que l'introduction d'un sujet adulte en crise dans cette unité, comme cela s'est déjà fait, est particulièrement source d'angoisse pour les adolescents. Il est même arrivé que ce service accueille deux adultes dans la même journée, mobilisant l'ensemble des soignants, qui ne sont alors plus du tout disponibles pour contenir les adolescents. » **Cette pratique, connue depuis plus de trois ans par les instances dirigeantes de l'établissement, a donc été institutionnalisée malgré son caractère totalement indigne.**

RECOMMANDATION 23

Les placements de personnes adultes en chambre d'isolement en service de pédopsychiatrie doivent cesser sans délai.

Unité Erasme :

Sur une file active de 145 patients, 29 (20 %) ont été placés en isolement lors de 31 mesures pour des durées allant de 6 à 1 648 heures (moyenne de **310 heures**). 14 patients ont eu une contention associée lors de 15 mesures soit **48 %** des patients placés en isolement. La durée de ces contentions allait de 2 à 48 heures par mesure (moyenne de **13 heures**). 6 mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. 15 mesures (**55 %**) sont mentionnées faites en chambres normales (hors CI). Deux femmes et un homme, isolés plus de 1 000 heures **chacun, totalisent 4 479 heures** ; la moyenne d'isolement pour les mesures des autres patients est de **183 heures**.

Unité Magallon 3 :

Sur une file active de 146 patients, 43 (**29,5 %**) ont été placés en chambre d'isolement lors de 64 mesures pour des durées allant de 2 à 588 heures (moyenne de **135 heures**). 22 patients ont eu une contention associée lors de 36 mesures soit **51 %** des patients placés en isolement. La durée

²⁷ CHSCT : comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail

de ces contentions allait de 0,15 à 120 heures par mesure (moyenne de **19 heures**). 8 mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. 23 mesures (**36 %**) sont mentionnées faites en chambres normales (hors CI).

Unité Magallon 2 :

Sur une file active de 194 patients, 34 (**17,5 %**) ont été placés en isolement lors de 55 mesures pour des durées allant de 1,5 à 1 728 heures (moyenne de **171 heures**). 16 patients ont eu une contention associée lors de 28 mesures (dont 12 pour un seul patient) soit **47 %** des patients placés en isolement. La durée de ces contentions allait de 0,5 à 240 heures par mesure (moyenne de **50 heures**). 11 mesures d'isolement (sur 55) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. 19 mesures (**34 %**) sont mentionnées faites en chambres normales (hors CI).

Unité Layat 1 :

Sur une file active de 117 patients, 29 (**24,8 %**) ont été placés en isolement lors de 218 mesures pour des durées allant de 1 à 73 heures (moyenne de **15 heures**). 13 patients ont eu une contention associée lors de 137 mesures soit **45 %** des patients placés en isolement. La durée de ces contentions allait de 1 à 73 heures par mesure (moyenne de **14 heures**). 113 mesures d'isolement (sur 218) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres dont 24 mesures de plus de douze heures. Toutes les mesures (**100 %**) sont mentionnées faites en chambres normales (hors CI).

Unité Layat 2 :

Sur une file active de 114 patients, 27 (**23,7 %**) ont été placés en isolement lors de 47 mesures pour des durées allant de 1 à 87 heures (moyenne de **14 heures**). 6 patients ont eu une contention associée lors de 10 mesures soit **22 %** des patients placés en isolement. La durée de ces contentions allait de 1 à 85 heures par mesure (moyenne de **28 heures**). 17 mesures d'isolement (sur 47 soit 36 %) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. Toutes les mesures (**100 %**) sont mentionnées faites en chambres normales (hors CI) ; il s'agit en fait de contention de prévention des chutes.

Unité Labé :

Sur une file active de 190 patients, 27 (**14,2 %**) ont été placés en isolement lors de 47 mesures pour des durées allant de 1 à 2829 heures (moyenne de **300 heures**). 15 patients ont eu une contention associée lors de 23 mesures soit **56 %** des patients placés en isolement. La durée de ces contentions allait de 0,75 à 288 heures par mesure (moyenne de 33 heures, **ramenée à 14 heures** en ôtant deux patients à respectivement **288 et 180 heures de contention**). 3 mesures d'isolement (sur 47) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. 20 mesures (**43 %**) sont mentionnées faites en chambres normales (hors CI).

Unité Orangerie :

Sur une file active de 163 patients, 32 (**19,6 %**) ont été placés en isolement lors de 73 mesures pour des durées allant de 2 à 1 156 heures (moyenne de **259 heures**). 13 patients ont eu une contention associée lors de 30 mesures (dont 18 pour un seul patient) soit **40,6 %** des patients placés en isolement. La durée de ces contentions allait de 2 à 108 heures par mesure (moyenne de **23,6 heures**). 5 mesures d'isolement (sur 73) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. 47 mesures (**64 %**) sont mentionnées faites en chambres normales (hors CI).

Unité Saint-Exupéry :

Sur une file active de 183 patients, 47 (**25,7 %**) ont été placés en isolement lors de 112 mesures pour des durées allant de 1 à 649 heures (moyenne de **106 heures**). 24 patients ont eu une

contention associée lors de 41 mesures soit **51 %** des patients placés en isolement. La durée de ces contentions allait de 0,4 à 152 heures par mesure (moyenne de **33 heures**). 8 mesures d'isolement (sur 112) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. 70 mesures (**62 %**) sont mentionnées faites en chambres normales (hors CI).

Unité Fontaine et Roseau :

Sur une file active de 68 patients, 44 (**65 %**) ont été placés en isolement lors de 120 mesures pour des durées allant de 1 à 1774 heures (moyenne de **135 heures**). 21 patients ont eu une contention associée lors de 41 mesures soit **48 %** des patients placés en isolement. La durée de ces contentions allait de 0,5 à 72 heures par mesure (moyenne de **21,7 heures**). 65 mesures d'isolement (sur 120 soit **54 %**) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. 37 mesures (**31 %**) sont mentionnées faites en chambres normales (hors CI).

L'analyse du registre n'est actuellement pas faite au sein de chaque unité lors de réunions collégiales. Des médecins se retrouvent cependant sur le pôle G25 tous les deux mois pour parler des cas complexes.

RECOMMANDATION 24

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens.

En revanche, ces chiffres sont cohérents avec la présentation faite lors de la CME du 9 avril, pendant le contrôle, les chiffres étant compilés par service sur l'année 2018. Cette présentation indique, dans le contexte d'une file active générale de 1 806 patients, 508 mesures d'isolement en CI pour 312 patients, avec une moyenne de 201 heures par mesure, cette moyenne allant de 146 heures à l'unité Ulysse à 686 heures à l'unité Osiris. 632 mesures d'isolement ont été réalisées hors CI pour 219 patients. Au total, 531 patients sur une file active de 1 806 ont vécu une mesure d'isolement soit 29,4 %, lors de 1 194 mesures, majoritairement hors CI. 611 mesures de contentions ont été prises pour 295 patients ; 16,3 % des patients pris en charge dans l'établissement ont donc eu une mesure de contention ce qui est nettement supérieur aux moyennes habituelles des autres hôpitaux.

L'ensemble de ces chiffres montre des **pratiques d'isolement très habituelles, majoritairement hors chambre d'isolement, associées à un nombre important de contention (50 % des patients placés en isolement) avec des durées qui excèdent encore très souvent et largement vingt-quatre heures**. Plusieurs durées longues d'isolement ne peuvent correspondre qu'aux seuls moments de crise ou de solutions de dernière extrémité. De nombreux patients placés en CI ont été rencontrés par les contrôleurs et l'obligation d'un isolement n'apparaissait pas clairement, **le patient restant en CI par défaut de chambre d'hospitalisation dans le service**. L'examen de quelques situations de patients maintenus au long cours en isolement semble indiquer que le changement de statut en soins sans consentement est bien effectué au-delà de vingt-quatre heures.

Les durées d'isolement pratiquées au CH ne respectent pas les dispositions du code de la santé publique, selon lesquelles il ne peut être procédé à l'isolement que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui.

RECOMMANDATION 25

L'établissement doit cesser sans délai ses pratiques abusives d'isolement et de contention et permettre à tout patient de réintégrer sa chambre d'hospitalisation dès la fin de la crise ayant motivé la mesure d'isolement.

Dans son courrier en réponse en date du 18 octobre 2019, la directrice générale indique que l'action n°6 de son plan d'actions Contention-Isolement rappelle « *la nécessité d'accueillir dans une chambre normale tout patient ne nécessitant plus une mesure d'isolement. La mise en œuvre effective de cette action est planifiée pour mai 2020, date à laquelle la capacité de l'établissement sera majorée de six lits avec l'ouverture de l'UHCD dans sa configuration à seize lits et deux chambres d'isolement avec espace extérieur* ».

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES AU REGARD DE L'AGE DES PATIENTS

9.1 LE POLE DE GERONTOPSYCHIATRIE

Créé en 2008, le pôle de gérontopsychiatrie dessert tous les secteurs de psychiatrie générale de l'hôpital. Il s'adresse à des patients âgés de 70 ans et plus, présentant des pathologies psychiatriques variées, apparues ou décompensées au cours du vieillissement (telles que dépressions, délires de survenue tardive, crises psychiques apparaissant au décours de l'évolution des pathologies déficitaires liées au vieillissement).

Toutes les études sociodémographiques récentes prédisent une forte augmentation de la population âgée et pour la région Rhône-Alpes une progression plus rapide des plus de 75 ans et plus de 80 ans que dans le reste de la France, avec une augmentation attendue du nombre de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées (MAMA) : actuellement 87 000 personnes en Rhône-Alpes dont 80 % atteintes de la maladie d'Alzheimer avec une augmentation prévisible de 19 000 par an.

Le soin psychiatrique de cette population est assuré au CH Saint Jean de Dieu, par le dispositif suivant : une première ligne gérée par le secteur adulte, une seconde ligne constituée par un pôle de soins à temps complet avec deux unités d'hospitalisation : Clos Layat 1 et Clos Layat 2.

Clos Layat 1 est simultanément une unité d'entrée et une unité cognitivo-comportementale (UCC) pour les patients en crise. Cette unité est dévolue pour moitié à l'accueil des patients Alzheimer et maladies apparentées (troubles du comportement) et pour dix lits à la gestion de crise.

Clos Layat 2 est une unité d'hospitalisation brève, entièrement dévolue à la gestion de crise.

En intra hospitalier existe aussi un pôle de soins ambulatoires (CSAGP²⁸) avec :

- une consultation « mémoire » où des bilans cognitifs sont réalisés par un médecin gériatre et une neuropsychologue ;
- un pôle accueil pour des soins à temps partiels : CATPA ;
- une équipe mobile intervenant sur des situations de crise aiguës et pour tenter d'éviter le recours à l'hospitalisation d'urgence ;
- un axe de thérapies groupales médiatisées particulièrement psychocorporelles comme alternative de thérapies non médicamenteuses pour les patients âgés suivis à Clos Layat 1 et 2.

9.1.1 Les locaux



²⁸ CSAGP : centre de soins ambulatoires pour personnes âgées

Clos Layat 1 se situe au rez de chaussée et Clos Layat 2 à l'étage. Un ascenseur et des escaliers permettent la circulation d'une unité à l'autre.

Ce sont deux unités intra hospitalières d'une capacité d'accueil de vingt patients à plein temps et de trois patients en hôpital de jour.

Chaque unité dispose de vingt lits en chambre individuelle et de deux lits possibles « couchettes » qui peuvent être installés en chambres doubles, toutes avec douches, lavabo et WC, d'une chambre dite de soins intensifs à but d'apaisement avec sanitaires, d'un salon pour les familles, d'une salle d'activités, d'une salle de télévision (en forme de bulle à Clos Layat 1), d'une grande salle centrale avec « open space » aménagé, d'une salle à manger et d'une cuisine, de salle de bains (avec baignoire) dont l'une de bien-être (mais une autre sert de rangement), de WC communs, de plusieurs petits salons, d'une salle de soins, d'un local pharmacie, d'un local pour magazines et journaux (clos Layat 1) et de bureaux (infirmiers, médecins, cadres, assistante sociale, psychologue). Le tout est clair, vaste, très propre.



Grande pièce centrale avec plusieurs horloges, le calendrier et les menus affichés



Salle à manger



Une chambre individuelle



Les sanitaires attenants

Les chambres sont vastes et claires (parfois un seul mur est peint de couleurs vives, donnant une impression de chaleur et de gaieté) ; il n'est pas interdit de les décorer mais peu de patients le font. Elles sont dotées d'un lit, d'un fauteuil, d'un placard avec clé, d'une horloge, d'un verrou de confort, d'une tablette, d'un bouton d'appel dans la salle de douche, de cordons possibles d'appel soit longs soit courts selon le profil du patient (suicidaire ou pas). Seule, une partie étroite de la fenêtre peut être ouverte. Pour les deux chambres doubles, les sanitaires sont pourvus de deux vasques séparées et deux placards sont installés.

Les deux unités ont chacune un espace extérieur : un jardin pour le rez-de-chaussée qui donne lieu à un atelier jardinage/potager et une grande terrasse aménagée (plantes, fauteuils, tables)

pour le premier étage. Ces espaces sont ouverts tôt le matin : 6h30 et ferment au moment de la relève du soir, parfois en été vers 22h.



Jardin de Clos Layat 1, terrasse à l'étage



Terrasse de Clos Layat 2

Il est à noter la présence d'une buanderie dans chaque unité. De nombreuses horloges sont installées dans la salle centrale où sont affichés calendrier et menus. Aucune caméra n'est installée.

9.1.2 Les effectifs et le fonctionnement du service

Le service a dû fermer dix-huit lits de l'unité Clos Layat 2 (les patients ayant été rassemblés sur les vingt-deux lits de Clos Layat 1) à l'été 2018, par manque d'effectifs tant infirmiers que médicaux. Actuellement, les effectifs pour les deux unités comportent 1,8 ETP de psychiatre, 1 ETP de gériatre (deux remplaçants actuellement), 24,5 ETP d'IDE, 17 ETP d'aides-soignants, 2 cadres de santé, et dans chaque unité, 0,5 ETP de psychologue, 0,60 ETP d'ergothérapeute, 0,8 ETP d'assistant social et 0,8 de secrétaire administrative.

Le poste de médecin responsable est vacant à l'unité Clos Layat 1 depuis décembre 2017. Le psychiatre intérimaire partira en juillet 2019. Sur l'unité Clos Layat 2, le psychiatre (0,5 ETP) a été déplacé sur l'équipe mobile.

Toutes les semaines, le tour médical permet au psychiatre et au gériatre accompagnés d'un IDE, de faire le tour de toutes les chambres et de rencontrer tous les patients. Sinon le psychiatre voit un patient, en moyenne toutes les trois semaines dans un entretien approfondi, parfois avec la famille. A l'entrée ou en cas de crise particulière, le patient peut aussi être reçu en entretien plusieurs fois dans la semaine.

Il n'y a pas de psychomotricien sur ce pôle (deux kinésithérapeutes et deux ergothérapeutes sur tout l'établissement).

En revanche, il faut noter la présence d'une aide-soignante à temps plein qui assure des soins psychocorporels à hauteur de 0,4 ETP et qui à son tour, forme des « compagnons » parmi le personnel soignant. Toute l'équipe participe à la supervision (dix séances par an).

Des réunions soignants-soignés vont reprendre à Clos Layat 2 en raison du retour du médecin psychiatre. Elles sont annoncées au petit déjeuner et rassemblent jusqu'à une quinzaine de patients avec le psychiatre, la psychologue, le cadre de santé. Des problèmes sont récurrents avec la pharmacie :

- moins de deux ETP de pharmacien ;
- fermeture à 16h ;

- lourdeur des réglementations qui imposent des prescriptions médicales pour de l'eau pétillante ou gélifiée et pour les régimes.

La distribution des médicaments se fait durant les repas mais pour certains cas, cela peut se tenir en salles de soins : exemple pour les diabétiques, l'insuline est donnée, de façon individuelle.

L'équipe de nuit rencontre tous ses collègues deux fois par an à l'occasion de réunions spécifiques et lors des transmissions au moment des relèves du matin et du soir à 21h.

Les ASH appartiennent à une entreprise extérieure et de ce fait, ne participent pas aux réunions, ni aux formations.

9.1.3 Les patients accueillis

Les personnes âgées de plus de 70 ans présentant des troubles psychiatriques en lien avec le vieillissement peuvent être admises directement au pôle de gériopsychiatrie. Le binôme (cadre de santé/médecin responsable de la régulation du pôle) confirme l'indication d'hospitalisation en gériopsychiatrie. Les personnes peuvent arriver d'un EHPAD, de leur domicile, des urgences ou sur demande du médecin traitant. L'équipe mobile en signale près de 20 % et les accueils sont alors programmés (réunion le jeudi). En général, la régulation permet de leur éviter une attente traumatisante au service des urgences et ces patients âgés de 70 ans et plus, sont dirigés le plus rapidement possible dans les unités du pôle de gériopsychiatrie.

a) Clos Layat 1

La spécificité de cette unité est de décliner les outils de soins pour accueillir deux populations de patients différentes et donc de devoir élaborer des projets de soins individualisés à chaque patient dans deux axes différents.

Outre dix lits de psychiatrie du sujet âgé, (troubles délirants tardifs, épisodes anxio-dépressifs, mélancolie touchant les sujets âgés de plus de 70 ans *a priori* indemnes d'affections psychiatriques antérieures), cette unité comprend dix lits d'UCC (unité cognitivo-comportementale) identifiés dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012. Un diagnostic de démence a été préalablement posé et ces patients présentent des troubles psycho-comportementaux à valence psychiatrique : délire, hallucinations, anxiété majeure, dépression, agressivité. Le séjour en UCC est contractualisé : la durée de séjour est déterminée avec retour dans le milieu de vie habituel à la suite de l'hospitalisation, en EPHAD ou au domicile propre mais ce dernier n'est pas toujours disponible.

Durant la visite, vingt patients étaient accueillis à Clos Layat 1 dont cinq en SSC, quatre hommes et une femme (deux SPDT, deux SPDTU et une femme en SPI), cinq patients hommes en soins libres et dix femmes. En fin de visite, dix-huit patients y séjournaient, dont sept en UCC.

La durée la plus longue d'hospitalisation concernait un patient en SPDT depuis le 18 décembre 2018 et un patient en soins libres depuis le 18 septembre 2018. Deux patients n'étaient pas autorisés à sortir de l'unité : un en SPDTU et un SPI. Le plus âgé avait 87 ans et le plus jeune, 69 ans. Trois patients avaient une procédure de protection juridique en cours (curatelle). Quatre patients avaient désigné une personne de confiance mais aucun ne bénéficiait de son intervention.

b) Clos Layat 2

C'est une unité de soins actifs de courte durée (DMS d'environ 50 jours). A Clos Layat 2 durant la visite, dix-huit patients étaient accueillis : six patients étaient en SSC (deux hommes et quatre femmes), deux femmes en SPDT, deux hommes et une femme en SPDTU, une femme en SPI.

Les tiers sont toujours avertis d'une sortie non accompagnée.

En soins libres étaient accueillis quatre hommes et huit femmes. Une personne en SPDTU était là depuis le 8 novembre 2018 et une personne en soins libres depuis le 26 avril 2018. Deux personnes n'étaient pas autorisées à sortir de l'unité : une en SPDTU, l'autre en SPI. Le patient le plus âgé avait 90 ans et le plus jeune, 71 ans. Deux curatelles et une tutelle étaient en cours. Six personnes avaient désigné une personne de confiance mais une seule bénéficiait effectivement de son intervention. Sept ou huit patients étaient considérés comme autonomes.

Le préfet ne s'oppose pas aux sorties non accompagnées des personnes en SDRE, souvent deux ou trois par semaine pour des motifs souvent médicaux. Le week-end, deux ou trois patients sortent avec la famille.

En ce qui concerne les sorties définitives, les cadres de santé et les assistantes sociales contactent avec les familles, les lieux susceptibles d'accueillir les patients : visite des EHPAD avec le patient et même pour Clos Layat 2. Le patient peut aller passer quelque temps à l'EHPAD pour s'habituer, participer à un repas, à une activité. L'assistante sociale dont le rôle de connexion au réel, est primordial recherche des solutions adéquates comme pour certains patients, le foyer-maison habitat avec une maîtresse de maison qui propose neuf places. Un établissement semblable doit voir le jour sur le site de l'hôpital Saint Jean de Dieu. Il regroupera ces divers foyers mais ne proposera que vingt-quatre places au lieu des vingt-sept places actuelles (trois fois neuf existantes actuellement.)

Les patients UCC font partie d'un programme contractualisé et retournent comme il était dit plus haut là d'où ils viennent : EHPAD, foyer, domicile.

BONNE PRATIQUE 10

Le patient peut, en prévision de son départ en EHPAD, aller y passer quelques heures en participant à des repas ou des activités pour s'habituer.

i) Les soins psychocorporels : l'espace Snoezelen

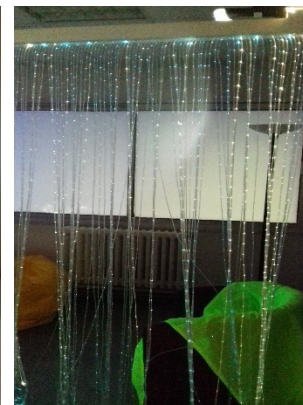
Une aide-soignante formée à ces techniques propose après discussion en équipe et sur prescription médicale, à tout patient atteint de démence avec troubles du comportement, des temps, sur trois séances d'une heure, d'approches psychocorporelles. Ceci afin de rétablir une relation qui n'est pas seulement verbale, avec recours au toucher, sollicitations avec objets, lumières, musiques, huiles essentielles.



Snoezelen lumières, objets



Balnéothérapie



Toucher rideaux tissus

Il faut souligner que les équipes des deux unités sont actuellement en phase de formation sur ces méthodes et que des massages et points de pression sont couramment pratiqués dans les chambres des patients pour apaiser un inconfort ou une agitation. Dans le même ordre de pratiques, des séances de chi gong ont lieu à l'unité Layat 2 le jeudi.

La salle Snoezelen est utilisée par d'autres unités et prêtée à toute équipe qui en fait la demande. Elle est régulièrement utilisée pour les enfants autistes ou présentant des troubles envahissant du développement (TED).

BONNE PRATIQUE 11

Les soins psychocorporels développés dans ces unités, en chambre et dans l'espace Snoezelen, permettent un apaisement du patient et parfois une remobilisation de ses ressources.

ii) La chambre de soins intensifs à but d'apaisement et la contention

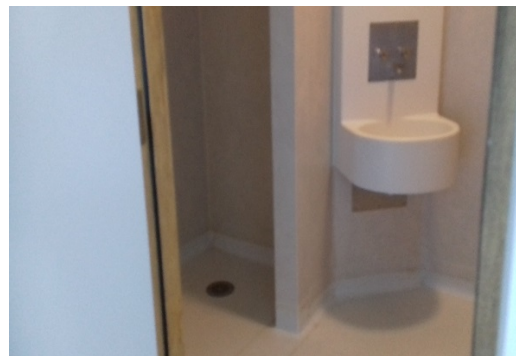
Au pôle de gérontopsychiatrie, une chambre d'isolement (CI) dite d'apaisement (CA) existe dans chaque unité du pôle. Elle se trouve à proximité du bureau infirmier et face au bureau du cadre. Elle est constituée d'une pièce claire de 16 m² avec un matelas et un fauteuil en mousse, un bouton d'appel, des sanitaires attenants dont on actionne pour les WC la chasse d'eau de l'extérieur. La fenêtre donne sur le parc et ne peut être ouverte. Un sas d'entrée sépare la pièce du couloir, il comporte une horloge non visible de la chambre quand on est sur le lit (hublot trop petit). Cette CA n'est utilisée que peu de temps en moyenne deux heures. Sauf avis médical, les sanitaires sont toujours ouverts.

Il a été dit aux contrôleurs que, dans certains cas, pour la reconduction du séjour en CA, la mise en isolement était préalablement programmée « *en cas de besoin* », sans nécessairement repasser par la procédure de validation du médecin d'astreinte.

Les raisons invoquées étant que le senior d'astreinte n'est pas nécessairement au courant des indications en CA de ce pôle. Il préfère en général se fier aux recommandations du médecin de l'unité qui connaît bien ses patients.



La chambre d'apaisement (CA)



Les sanitaires de la CA

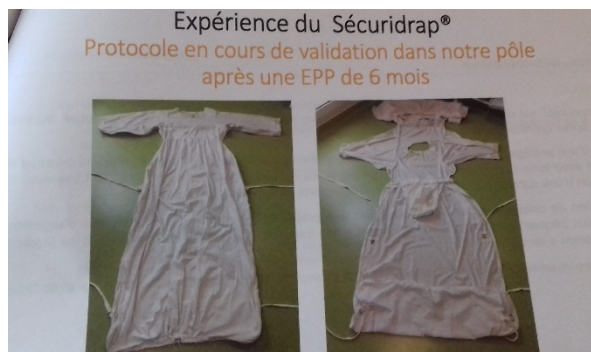
Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il n'y avait pas de contention dans cette chambre mais qu'il pouvait y en avoir en chambre « normale » avec contention des quatre membres.

Des informations contradictoires ont été fournies sur l'utilisation de nuit de cette chambre. Il semble que des patients y aient passé la nuit. Il a été signalé le cas d'un patient dément, très agité et suicidaire, ayant fait une tentative de pendaison en EPHAD qui y a passé quatre ou cinq nuits. Il semble que cela soit très exceptionnel.

Contrairement à d'autres unités, le patient, s'il va en CA, garde toujours sa chambre. Les chiffres ont montré que dans l'ensemble, les présences dans cette chambre duraient peu de temps, en moyenne deux heures, le temps pour le patient de se calmer (après injection comme des contrôleurs ont pu le constater). Les chiffres relevés, qui ont paru élevés, ont été expliqués par le fait qu'il avait été omis de noter la fin des mises en contention et leur discontinuité dans le temps (cf. § 8.3).

Il est signalé que la prévalence de la contention physique est de 18 à 22 % en court séjour gériatrique et de 19 à 84 % en EPHAD.

Un document sur des « réflexions autour de la contention mécanique en UCC de gérontopsychiatrie » a été rédigé par la chef du pôle dans lequel elle décrit les différents moyens de contention pour les UCC : contention quatre membres, ceinture pelvienne, ceinture abdominale, mitaines, fauteuil coquille, barrières de lit, sécuridrap™.



Différents moyens de contention mécanique pour les UCC

Après une EPP (évaluation des pratiques professionnelles) de six mois, le sécuridrap™ (interdit nationalement depuis des mois) est à nouveau en cours de validation dans le pôle. Il est bien spécifié comme pratique de dernier recours et non pratique d'urgence, concernant des personnes âgées présentant des troubles cognitifs, et ce pour une durée limitée afin d'apporter

une contenance externe pour pallier un défaut de contenance interne et pour aider à restaurer une enveloppe psychique.

9.1.4 Le fonctionnement de l'unité

a) La prise en charge

La prise en charge des patients s'articule autour d'un projet de soins, élaboré en équipe pluridisciplinaire, sous la responsabilité du médecin psychiatre sous forme :

- d'entretiens médico-infirmiers ;
- d'examens somatiques gériatriques ;
- d'entretiens avec la psychologue ;
- d'entretiens familiaux ;
- d'entretiens avec l'assistante sociale et de travail de liaison avec les structures (EPHAD, CATTP, CMP, foyer-logement) ;
- de soins psychocorporels en chambre ou à l'espace Snoezelen ;
- de prise en charge groupale soit en salle d'activités, soit hors unité ou en activité au cas par cas :
 - à Clos Layat 1 : manucure, rasage et parfois atelier jardinage, pétanque, sorties pêche Snoezelen, et hors unité : centre d'activités thérapeutiques pour personnes âgées CATPA (courses, cuisine), Snoezelen ;
 - à Clos Layat 2 : photo langage remplacé par l'atelier cinq sens, groupe esthétique (manucure, rasage), groupe WII thérapie, Chi gong, quizz, quilles finlandaise, repas thérapeutiques, ateliers cuisine le week-end : crêpes, gaufres, pâtisseries, atelier tricot et hors unité : Snoezelen, CATPA pour deux patients et la messe.

Les activités physiques adaptées (APA) sont durant deux mois proposées à une unité et les deux mois suivants à l'autre. Durant la visite, c'est Clos Layat 1 qui commençait un nouveau cycle d'une séance par semaine durant deux mois ; il faut aussi indiquer les Closlympiades qui permettent aux patients de s'affronter sur des épreuves sportives simples lors d'une compétition amicale entre les deux unités.

Les budgets alloués à chaque unité pour la vie sociale et l'animation sont d'environ 800 euros. Pour le Clos Layat 2 : 740 euros avec l'abonnement au journal *Le Progrès*, l'achat d'une enceinte musicale, un lecteur DVD, le groupe presse, les collages, une sortie pêche, le repas de Noël, les décorations.

Des propositions d'activités sont à l'étude comme la visite de musées, le bar à chats. Dans ces cas-là, un minibus pour six patients et trois soignants est retenu.

b) L'arrivée du patient dans l'unité.

A son arrivée, le patient est accueilli par le psychiatre et l'équipe. Le cadre de santé se présente. AS et IDE l'installent. Le livret d'accueil est souvent laissé aux familles. Il est procédé à un inventaire de ses biens. Ni argent, ni objets de valeur ne sont conservés dans l'unité mais le patient peut garder ce qu'il veut dans son placard dont il a la clé. Celle-ci est parfois remise aux infirmiers pour ne pas l'égarer. De même des casiers personnels au bureau infirmier permettent de garder rasoir, ciseaux à ongles et cigarettes. Pour restreindre la consommation ou l'addiction,

les soignants proposent au patient fumeur une sorte de contrat : une cigarette par heure, par exemple. Mais il y avait peu de fumeurs dans ce pôle.

La famille s'occupe généralement du linge mais une buanderie et un vestiaire permettent un change pour les patients isolés. Les vêtements en stock sont souvent apportés par les soignants ou par les cadres. Plusieurs procédures de curatelle étaient en cours dans les deux unités.

c) Le quotidien

Les repas ont lieu collectivement dans la salle à manger : petit déjeuner à 8h30, déjeuner à 12h30 et dîner à 18h. Des menus mixés et sans porc sont prévus et l'ensemble des patients se montrent satisfaits des repas en qualité et quantité. La collation de 16h comprend des biscuits, des compléments, des yaourts, du thé, du chocolat, des sirops.

Les visites sont autorisées, tous les jours, entre 14h30 et 18h. Mais une certaine souplesse est possible pour les gens qui travaillent ou viennent de loin. Le patient et sa famille peuvent aller dans le petit salon familial réservé, dans la chambre du patient ; les enfants de moins de 15 ans ne pénètrent pas dans les unités mais peuvent rejoindre la famille dans le parc (daims et volière) ou à la cafétéria.

Dans les deux unités, le téléphone portable est laissé au patient. Souvent les câbles ou chargeurs sont gardés dans le bureau infirmier. Quand le patient n'a pas de téléphone mobile, le personnel prête le mobile du service et compose le numéro demandé. Le pyjama est interdit.

Peu de personnes de confiance sont désignées par les patients (quatre ou six) et presque aucune ne bénéficie de leur intervention.

Les équipes se déclarent « mauvaises » en ce qui concerne les questionnaires de satisfaction qui, le plus souvent ne sont pas donnés aux patients.

d) L'audience devant le juge des libertés et de la détention

Les patients sont avertis par le psychiatre et le cadre de santé de la convocation (apportée par une personne du bureau des admissions) devant le JLD. Le jour de l'audience, les patients sont accompagnés par l'équipe du RAR et sont recherchés par les soignants ou les étudiants stagiaires de l'unité. Si l'état du patient ne le permet pas, il y a non-présentation devant le juge. Les contrôleurs n'ont pas pu avoir les chiffres de non-présentation mais il a été dit que l'avocat venait rencontrer le patient.

Pour la levée de la mesure, le deuxième avis par le préfet pour les SDRE n'est pas systématiquement demandé.

9.1.5 La prise en charge médicale

Déjà d'un point de vue architectural et environnemental, les deux unités offrent confort et beauté :

- dans le hall et les salles centrales : des mobiles et des sculptures en bois (fabriqués à partir des anciens arbres coupés pour permettre la construction du pôle) décorent le hall du pôle et les salles centrales des deux unités ;
- une salle de télévision, en forme rassurante de bulle, accueille les patients à Clos Layat 1 et un appareil diffuse une musique douce et apaisante près de la salle à manger ;
- des horloges installées un peu partout et un calendrier renouvelé chaque jour indiquent le temps à ces patients souvent désorientés dans le temps.

Les soins sont dispensés par quatre soignants par demi-journée car les toilettes et surtout le nursing demandent beaucoup de temps aux infirmiers et aides-soignants.

Les soignants accompagnent le plus souvent ces patients aux activités, soit en groupe comme au centre de soins ambulatoires pour personnes âgées (CSAGP) pour l'atelier courses et cuisine, en salle mosaïques pour les activités physiques adaptées (APA), soit individuellement pour des soins psychocorporels ou pour des promenades dans le parc.

On note aussi l'importance des prises en charge non médicamenteuses comme les soins psychocorporels dispensés en salle Snoezelen par une aide-soignante formée dans ces techniques spécifiques, ainsi que l'utilisation des ECT (sismothérapie) qui sont plutôt bien tolérées chez huit patients sur dix et qui permettent de diminuer les traitements médicamenteux et leurs effets secondaires.

Il faut souligner l'usage de fauteuils roulants en forme de coque ou de coquilles offrant un certain confort aux patients qui peuvent s'y sentir protégés et leur éviter la position toujours assise des fauteuils roulants habituels.

9.2 L'UNITE DE PEDOPSYCHIATRIE « ULYSSE » OFFRE DES LOCAUX BIEN AMENAGES, UNE PRISE EN CHARGE INTENSIVE DE QUALITE MEME SI LE PLACEMENT EN CHAMBRE D'ISOLEMENT QUESTIONNE

« Ulysse » est l'une des deux unités d'hospitalisation complète du secteur inter-hospitalier de psychiatrie de l'adolescent du Rhône (SIPAR), la seconde (unité Hubert Flavigny) étant localisée au centre hospitalier Le Vinatier.

Accueillant des mineurs de 12 à 18 ans, cette unité ouverte en 2004 est constituée de dix lits d'hospitalisation à plein temps et de quatre places en hôpital de jour. Elle dispose d'une chambre, dite de soins intensifs qui sert à isoler, voire à contenir, aussi bien les mineurs que des adultes dans l'hypothèse d'indisponibilité d'autres chambres d'isolement sur le site du CH Saint Jean de Dieu (cf. recommandation § 8.3).

Ulysse reçoit des adolescents ou pré-adolescents souffrant de troubles psychotiques et dépressifs et de graves difficultés de comportement dès lors qu'elles traduisent une souffrance psychologique importante (tentative de suicide, anorexie ou boulimie, scarification, déscolarisation).

Au jour du contrôle, neuf jeunes (sept filles et deux garçons) y étaient hébergés, cette proportion n'étant pas significative du ratio habituel, avec une légère sur représentation des filles (55 %).

L'admission sur décision du représentant de l'Etat est exceptionnelle (respectivement une en 2017 et 2018) tout autant que celle prise à la suite d'une ordonnance du juge des enfants.

En 2018, cent patients mineurs ont été hospitalisés à Ulysse, la durée moyenne du séjour étant de vingt jours.

Sous l'autorité d'un médecin pédopsychiatre responsable du SIPAR et du cadre supérieur de santé, l'effectif en charge des mineurs à Ulysse était, au jour du contrôle, composé d'un praticien hospitalier psychiatre, chef de service, d'un autre médecin psychiatre pour 0,8 ETP, d'une équipe dirigée par un cadre de santé, de douze infirmiers diplômés d'état, de deux aides-soignants, d'un psychologue, de deux moniteurs-éducateurs, d'une assistante sociale à 0,5 ETP et d'une psychomotricienne à 0,45 ETP.

A cette équipe pluri professionnelle s'ajoutent quatre infirmiers pour 3,5 ETP et un aide-soignant qui n'interviennent que la nuit de 21h à 6h.

L'unité est fermée par protection pour les jeunes et non par choix thérapeutique.

Les dix chambres individuelles de 12 m² environ sont claires et agréablement meublées. Toutes bénéficient de sanitaires avec douche à l'italienne. Le jeune patient possède une clé pour sa chambre et un digicode pour son placard.

Le bureau infirmier, situé à l'entrée de l'unité, donne sur un vaste hall à partir duquel se répartissent les différents locaux. Une grande salle d'activités est le lieu de rassemblement, libre d'accès, équipée de jeux, d'un ordinateur et d'une bibliothèque.

Les repas sont pris en commun dans la salle à manger de l'unité et le dîner est partagé avec les soignants. Les menus sont affichés et composés de façon à offrir aux jeunes une éducation diététique.

L'unité dispose d'une grande cour toujours accessible, avec un terrain de jeux, des espaces verts, une table de ping-pong et un jardin potager entretenu par les adolescents avec l'aide des soignants. Les récoltes sont cuisinées puis dégustées par les jeunes.

D'autres salles, dont l'une est dédiée aux exercices de psychomotricité et une autre aux activités scolaires avec du matériel informatique, offrent un espace suffisant pour organiser des activités allant de la relaxation à l'expression corporelle, avec possibilité de s'initier, entre autres, aux arts plastiques ou à la cuisine.

Les médecins et les soignants ont fait preuve d'une grande disponibilité pour expliquer aux contrôleurs le fonctionnement de « leur » unité dans laquelle tous sont très fortement investis.

Les jeunes patients rencontrés ont fait état de bonnes relations avec « *presque tous les soignants* » et ont ajouté que leurs conditions d'hospitalisation étaient satisfaisantes.

Un temps de transmissions auquel ont assisté les contrôleurs est institutionnalisé chaque matin en présence des médecins tandis que des réunions hebdomadaires regroupent l'ensemble de l'équipe avec pour objectif l'évaluation de la prise en charge de chaque mineur.

D'autres réunions à fréquence variable, sont destinées à réfléchir sur diverses thématiques liées au fonctionnement de l'équipe, à l'évaluation de la qualité de la prise en charge et à son évolution possible.

L'équipe soignante bénéficie d'un travail d'analyse des pratiques professionnelles et d'une supervision pour la prise en charge des jeunes souffrant de troubles du comportement alimentaire (TCA).

Les admissions programmées, de l'ordre de 70 %, sont privilégiées pour permettre au jeune et à sa famille de recevoir les informations sur les conditions de l'hospitalisation, de visiter l'unité et ainsi d'adhérer aux modalités des soins en évitant le traumatisme d'une séparation non préparée et d'un accueil dans un lieu totalement inconnu.

Il a été précisé aux contrôleurs que les admissions en urgence étaient toutefois en constante augmentation à partir des différents services d'urgence des CHU du département.

Quand l'adolescent arrive, il est accueilli, avec son entourage, par un des médecins et par l'équipe soignante. Le livret d'accueil, pédagogique et complet, lui est remis avant qu'un contrat de soins ne lui soit proposé.

Sans être exhaustif et selon les documents remis aux contrôleurs et les échanges avec les médecins et les soignants, il apparaît que le soin est particulièrement individualisé et adapté au quotidien selon l'état des patients. La prise en charge est fondée sur un emploi du temps rythmé par des moments de vie collective, des entretiens médicaux et psychologiques fréquents, une

présence soignante permanente et des activités thérapeutiques nombreuses. Le jeune n'a pas droit à utiliser son téléphone portable mais peut toutefois appeler sa famille après validation par le médecin, voire l'infirmier. La relation de confiance voulue par l'équipe est considérée comme le fondement du travail clinique.

La place de la famille est reconnue et l'alliance thérapeutique est recherchée. Des entretiens hebdomadaires sont proposés tout au long du séjour au cours desquels se discutent les projets de l'adolescent, l'évolution envisageable de l'hospitalisation et la nécessité, si besoin, de traitements médicamenteux. La préparation à la sortie fait l'objet d'un travail en équipe, pensé avec le patient et son entourage.

Questionnés sur l'usage, sinon fréquent, en tous cas habituel des placements en chambres d'isolement ou des contentions au lit (*cf. § 8*), les médecins ont dit pratiquer ces mesures à titre de soins pour répondre à des situations complexes. Ils ont affirmé n'en user qu'en dernier recours après échec de toutes les autres solutions thérapeutiques.

L'ensemble de l'équipe est apparu prête à réfléchir à d'autres possibilités de prise en charge, au moment de crises clastiques de jeunes patients, certes en très grande difficulté de comportement.

RECOMMANDATION 26

Le placement des mineurs en chambre d'isolement doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle critique, à la lumière du rapport du CGLPL relatif à l'isolement et à la contention dans les établissements de santé mentale.

10. CONCLUSION

Le contrôle général visitait pour la première fois le centre hospitalier Saint Jean de Dieu, établissement de santé privé d'intérêt collectif, situé sur un vaste domaine et disposant d'un très grand parc, agréable pour les patients. Mais la date de la première construction des bâtiments, soit en 1824, explique la grande vétusté de certains bâtiments et la nécessité d'effectuer rapidement des travaux importants.

C'est ainsi que les conditions d'hébergement de certains patients sont très difficiles, voire indignes, alors que d'autres unités (notamment les pôles de pédopsychiatrie et de gérontopsychiatrie) ont été refaites à neuf et permettent des conditions de vie plus agréables pour les patients et de meilleures conditions de travail pour les professionnels de santé qui y sont affectés.

Les contrôleurs ont pu constater pendant leur visite que le climat social était particulièrement tendu, car le projet de fermeture d'une unité d'hospitalisation de courte durée de dix lits venait d'être confirmé à l'ensemble du personnel. La question relative à la quasi-impossibilité de recruter des médecins psychiatres à temps plein était donc à nouveau posée avec les graves conséquences qui pouvaient en découler sur la prise en charge des patients, pourtant en augmentation dans l'ensemble du département.

Le taux d'occupation des lits de l'établissement dépassant souvent les 100 % a des conséquences non négligeables sur la prise en charge des patients et notamment celles-ci : les chambres d'isolement (CI) sont utilisées comme des chambres ordinaires et des adultes en crise sont admis dans la chambre d'isolement de l'unité de pédopsychiatrie.

Par ailleurs, il a été constaté d'autres dysfonctionnements graves, comme le nombre de placements en chambre d'isolement très important pour des durées souvent supérieures à 24 heures, et le recours très fréquent à la contention, concernant plus de 50 % des personnes hébergées dans les CI. Par ailleurs, si le CH dispose d'une équipe active et efficace pour conduire des activités physiques adaptées (APA), le nombre des patients hospitalisés à temps plein concerné est faible et, à l'exception de quelques unités, les activités proposées – occupationnelles ou thérapeutiques – sont rares, le nombre de soignants ne permettant pas de combler l'absence de personnel spécialisé.

En revanche, des points positifs dans le fonctionnement de l'établissement ont été relevés comme la présence au sein même de l'établissement du département de médecine polyvalente, l'existence d'un réseau extra hospitalier dynamique ou le travail régulier sur le terrain de l'équipe mobile, comme encore la liberté de circulation des patients en soins sans consentement montre que le soin prime sur le statut juridique.

Sur le plan administratif, le service des hospitalisations est apparu performant en ce qui concerne notamment la notification des décisions et la préparation des audiences devant le juge des libertés et de la détention.

Malgré des conditions de travail parfois très difficiles, avec l'expression pour certains d'une réelle souffrance au travail, les équipes de soignants sont apparues le plus souvent soudées et solidaires, pour accomplir leur travail avec le maximum de professionnalisme dans l'intérêt des patients.

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