



**COMMISSION
DES USAGERS**

RAPPORT ANNUEL

2019



Centre hospitalier
SAINT JEAN DE DIEU

arhm
FONDATION

**COMMISSION
DES USAGERS**

RAPPORT ANNUEL

2019



SOMMAIRE

1	MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DE LA CDU	4
1.1	Champ de compétence	4
1.2	Calendrier des réunions	5
1.3	Formations dispensées aux membres de la CDU	6
1.4	Auto-saisine de la CDU	6
1.5	Recueil des observations formulées par les associations de bénévoles œuvrant dans l'établissement	6
1.6	Le projet des usagers	7
2	INFORMATIONS RELATIVES AUX ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES ASSOCIÉS AUX SOINS (EIG)	7
2.1	Définition	7
2.2	Revue des événements indésirables graves associés aux soins survenus en 2019 sur l'établissement	7
3	INFORMATIONS RELATIVES À LA GESTION DES PLAINTES ET RÉCLAMATIONS	8
3.1	Demandes d'informations et réclamations	8
3.1.1	Répartition des réclamations par motif	8
3.1.2	Répartition des réclamations par motif et par mode d'hospitalisation	10
3.2	Caractéristiques des réclamations recueillies en 2019	10
3.3	Plaintes ou Conséquences « contentieuses » des réclamations	12
3.4	Interventions des médiateurs de la CDU	12
3.5	Eloges	13
4	INFORMATIONS RELATIVES A LA MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS	13
4.1	Questionnaires de satisfaction	13
4.2	Évolution de la satisfaction	14
4.3	Constats pour l'année 2019	15
4.4	Actions d'amélioration pour le recueil 2019	15
5	INFORMATIONS RELATIVES AU RESPECT DES DROITS DES USAGERS	16
5.1	Avis d'instances suite à des visites réalisées au cours de l'exercice	16
5.1.1	Visites du vice-procureur de la République	16
5.1.2	Visite de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques	16
5.1.3	Visite du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté	18
5.2	Données statistiques de l'activité en lien avec les droits des usagers	18
5.2.1	Admissions sans consentement	18
5.2.2	Activité 2019 sur les soins sans consentement	19
5.3	Informations faites auprès des usagers et de leur ayants droit	23

5.4	Action de promotion des droits des usagers dans l'établissement . . .	25
5.4.1	Journée européenne de vos droits en santé	25
5.4.2	Élaboration d'un guide de bonnes pratiques sur le respect des libertés individuelles des patients adultes.	26
5.4.3	Organisation de temps dédiés à la promotion des droits des patients dans les unités	27
5.4.4	Retour sur l'action « mois sans tabac »	27
5.4.5	Mise en place du WIFI gratuit pour les usagers de l'établissement	28
5.5	Évaluation des Pratiques Professionnelles relatives aux droits des usagers.	28
6	INFORMATIONS RELATIVES AUX DOSSIERS INSTITUTIONNELS ABORDES PAR LA CDU AU COURS DE L'EXERCICE 2019	28
6.1	Informations relatives aux pratiques d'isolement et de contention	28
6.1.1	Retour sur la visite du Contrôleur Général de Lieux de Privation de Liberté	28
6.1.2	Présentation des conclusions de la visite d'inspection de l'ARS	28
6.1.3	Présentation à la CDU du Rapport annuel sur les pratiques d'isolement et de contention (annexé au présent rapport)	30
6.2	Présentation du rapport annuel du CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales)	33
6.3	Présentation de l'évolution du dispositif de soins concernant les UHCD	34
6.4	Préparation de la visite de certification de 2020	34
7	OBSERVATIONS, RECOMMANDATIONS ET AVIS DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS SUR LA CDU	35
8	RETOUR SUR LES PROJETS PRIORITAIRES 2019 ET PROJETS PRIORITAIRES 2020.	35
8.1	Amélioration de la distribution du livret d'accueil et du retour des questionnaires de satisfaction des patients.	35
8.2	Intervention des représentants des usagers dans les unités de soins.	36
8.3	Promotion de la Maison des Usagers et des associations d'usagers et de familles	36
8.4	Moyens de communication mis à disposition des patients	37
8.5	Guide de bonnes pratiques relatif au respect des libertés individuelles	37
8.6	Aménagement d'un espace de rencontre patients-visiteurs.	37
8.7	Finalisation du travail autour de la personne de confiance	37
9	ANNEXE 1 : Restitution des résultats de l'enquête de satisfaction 2019	39
10	ANNEXE 2 : Bilan des événements indésirables et graves 2019 (synthèse)	46
11	ANNEXE 3 : Rapport Isolement et Contention 2018	57

1 MODALITES DE FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DES USAGERS

1.1 Champ de compétence

L'article 183 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a transformé les CRUQPEC en Commissions des usagers (CDU) dans les établissements de santé. Ces dernières ont vu leurs missions confortées pour les domaines essentiels qui touchent aux relations avec les usagers et à la qualité de la prise en charge dans les établissements.

Quelques points méritent d'être retenus :

- La participation de chaque commission des usagers à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers,
- L'association de chaque CDU à l'organisation des parcours de soins, l'association également de la CDU à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données,
- L'information de la CDU de l'ensemble des plaintes et des réclamations formulées par les usagers de l'établissement, ainsi que des suites qui leur sont données. En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Un décret en Conseil d'État prévoit notamment les modalités de consultation des données et de protection de l'anonymat des patients et des professionnels,
- Le rappel du secret professionnel qui s'impose aux membres de la commission, astreints dans les conditions définies aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal,
- L'obligation, pour le conseil d'administration de l'établissement, de délibérer au moins une fois par an sur la politique de l'établissement, en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base du rapport annuel d'activité de la commission des usagers. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et à l'agence régionale de santé, qui est chargée d'élaborer une synthèse de l'ensemble de ces documents.

Le 24 mars 2017, le Centre hospitalier Saint Jean de Dieu a mis en place sa commission des usagers et a procédé à l'élection de son président et de son vice-président. Ainsi, Monsieur PADWO Daniel, représentant légal de l'établissement a été élu président de la CDU à la majorité des votes exprimés et Monsieur DERIOL Jacques, représentant des usagers, a été élu vice-président. Le nouveau règlement intérieur a été présenté et a été validé le 12 mai 2017.

Composition de la CDU (rappel des fonctions et des participations)

Suite à différents changements intervenus courant 2019, la Commission est ainsi constituée :

Membres de la CDU	Fonctions	Participation aux 6 réunions	
M. PADWO Daniel	Directeur délégué au secteur sanitaire – Président	6	
M. DERIOL Jacques	UNAFAM – Représentant des usagers titulaire – Vice-Président	6	
M. AUBAGUE Joël	UNAFAM – Représentant des usagers suppléant	6	
M. CAILLOT Yvan	FNAPSY – Représentant des usagers titulaire	6	
M. LECOMTE André	UDAF – Représentant des usagers suppléant	2	
Mme POURCEL Dominique	ARHM-Représentante du conseil d'administration	4	Fin de mandat décembre 2019
Mme MONTEGU Dominique	ARHM-Représentante du conseil d'administration	-	Début de mandat le 09 décembre 2019
Dr ZÜRCHER Karine	Praticien hospitalier - Médiateur médical titulaire	5	
Dr MARCAIS Nathalie	Praticien hospitalier - Médiateur médical suppléant	3	Fin de mandat en juillet 2019
Mme AIB Nathalie	Cadre infirmier - Médiateur soignant titulaire	5	Passage de suppléant à titulaire en octobre 2019
Mme JONDEAU Cathy	Cadre infirmier - Médiateur soignant titulaire	2	Fin de mandat en octobre 2019
Mme PASSELEGUE Amélie	Cadre infirmier - Médiateur soignant suppléant	-	Début de mandat en décembre 2019
Dr GRISON CURINIER Juliette	Praticien hospitalier - Représentant du président de la CME	2	Fin de mandat en décembre 2019
Dr DUPONT Gaëlle	Praticien hospitalier - Représentant du président de la CME	-	Début de mandat en décembre 2019
Mme BECHET Annick	Directrice des Soins Infirmiers et de Rééducation	4	
Mme LELOUP Laetitia	Responsable service Qualité – membre consultatif	4	
Mme Monique SIMOND	Coordinatrice maison des usagers – invité permanent	5	
Mme BOURBON VINCENT Marilyn	Responsable du Service des Hospitalisations – invité permanent	5	

Remarques : Le mandat des représentants des usagers a été renouvelé pour trois ans par un arrêté du directeur de l'ARS en date du 13 novembre 2019.

Le docteur MARCAIS a quitté la CDU au mois de juillet 2019, son remplacement est toujours en cours.

1.2 Calendrier des réunions

6 réunions plénières en 2019 :

Le 1^{er} février, le 5 avril, le 3 mai, le 20 juin, le 5 juillet et le 15 novembre.

1.3 Formations dispensées aux membres de la CDU

Les représentants des usagers ont tous suivi la formation de base prévue par les textes. Monsieur CAILLOT a également suivi plusieurs formations ayant trait à sa fonction de représentant des usagers.

Il a participé à la journée sur le thème "RU et système de santé" à Lyon, à la journée "Projet des usagers", à Saint-Jean-de-Dieu, à la journée sur le thème "Ma santé mentale en 2022", à l'ENS de Lyon, à la conférence-débat "La réhabilitation au service des soins de secteur", au Centre Hospitalier Le Vinatier, au séminaire pour les représentants des usagers sur le thème "Trajectoires de santé", à Oullins, à la journée RU à Lyon, à la Journée Mondiale du Trouble Bipolaire (JMTB) à Grenoble, à la conférence sur le thème des traitements non médicamenteux et à la conférence "Plus près de loin ? Ma santé à l'ère du numérique" à la Manufacture des Tabacs à Lyon.

Les membres de la CDU ont pu bénéficier d'une formation sur le fonctionnement de la CDU et de ses évolutions réglementaires.

Dans le contexte de la constitution de la commission des usagers dans l'établissement, il paraissait intéressant et important qu'une formation collégiale puisse être donnée à tous les membres de la commission et d'initier une dynamique collective nouvelle avec les nouveaux membres à travers un temps d'échange sur les missions de chacun dans ce nouveau cadre.

De plus, en début d'année 2018 les deux médiateurs médicaux (titulaire et suppléant) ont suivi une formation spécifique à la médiation. Cette formation portait sur les aspects juridiques de la médiation et était ponctuée de nombreuses anecdotes vécues par les participants ce qui a permis de nombreux débats appréciés par les médiateurs de la CDU. Les deux médiateurs médicaux ont jugé cette formation très utile en ce qu'elle permettra aux médiateurs médical et soignant d'intervenir à l'avenir ensemble en améliorant leur façon de mener une médiation.

Il est prévu une formation identique pour les deux médiatrices soignantes.

1.4 Auto-saisine de la CDU

La CDU peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la conférence médicale d'établissement. Le règlement intérieur de la commission prévoit, dans son article 7 que la CDU peut s'autosaisir par la moitié, au moins, des membres de la commission ayant voix délibérative.

En 2019, la CDU ne s'est pas autosaisie.

1.5 Recueil des observations formulées par les associations de bénévoles œuvrant dans l'établissement

La commission des usagers contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. À cet effet, elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment, les informations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

L'établissement n'a pas encore organisé ce recueil malgré l'existence d'associations de bénévoles ayant signé une convention avec ce dernier.

1.6 Le projet des usagers

Depuis le décret du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers, la CDU peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

Le projet des usagers exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. Ce projet des usagers est proposé par la CDU à la direction en vue de l'élaboration du projet d'établissement, de la politique médicale ou du projet institutionnel.

En 2019, la CDU n'a pas proposé un projet des usagers.

2 INFORMATIONS RELATIVES AUX EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES ASSOCIES AUX SOINS (EIG)

2.1 Définition

L'article R1413-67 du code de la santé publique définit l'évènement indésirable grave associé à des soins qui sont réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention. Il s'agit d'un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

2.2 Revue des évènements indésirables graves associés aux soins survenus en 2019 sur l'établissement

Le décret du 27 mars 2017 relatif aux modalités d'information de la commission des usagers sur les EIG associés aux soins prévoit qu'une information des membres de la commission, sur chaque évènement, doit intervenir au cours de la réunion qui suit la transmission des EIG à l'Agence régionale de santé. Cette information doit contenir une description synthétique des circonstances de l'évènement, des conséquences pour la ou les personnes concernées, des mesures immédiates prises pour ces personnes et le plan d'actions correctives mis en œuvre par l'établissement.

Au cours de l'année 2019, l'établissement a recensé quatre EIG.

- Un suicide par pendaison avec un drap qui s'est produit dans une unité de soins d'hospitalisation à temps complet adultes.
- Le décès inattendu d'un usager de 41 ans.
- Le décès d'un patient sorti sans autorisation de l'hôpital. Ce dernier a fait un malaise à l'arrêt de bus situé devant l'établissement.
- Le décès d'un patient le lendemain d'une tentative de suicide.

Par ailleurs, les circuits de signalement des évènements graves d'une part et des évènements indésirables d'autre part, font intrinsèquement partie de l'organisation de la gestion des risques de l'établissement.

Se reporter au bilan du Comité de gestion des risques (COGERIS) pour l'année 2019 en annexe.

3 INFORMATIONS RELATIVES À LA GESTION DES PLAINTES ET RECLAMATIONS

3.1 Demandes d'informations et réclamations

Les réclamations et plaintes émises par les patients ou leurs familles sont enregistrées par le service des hospitalisations et des relations avec les usagers (SDH). Le champ couvert par les plaintes et réclamations est volontairement très large et le recensement ne se limite pas aux seules démarches formulées par écrit et adressées à la direction.

Ainsi, les doléances et autres griefs, exprimés auprès des personnels soignants et relayés auprès de l'administration, tout mécontentement formulé lors d'un rendez-vous au SDH, tout appel téléphonique relatant des difficultés rencontrées au cours de la prise en charge sont, dans la mesure du possible, pris en compte dans le circuit des plaintes et réclamations.

La procédure en vigueur prévoit un accusé de réception pour les situations qui nécessitent quelques investigations pour faire une réponse circonstanciée, adressée au plaignant. Une « investigation » est conduite par le SDH, auprès des unités de soins ou les services concernés, dans le but de recueillir des éléments de preuve, déterminer la gravité réelle du préjudice évoqué et le niveau potentiel de responsabilité de l'établissement.

Lorsque l'objet de la réclamation s'y prête, il est rappelé au patient, la possibilité de solliciter l'intervention des médiateurs de la commission des usagers.

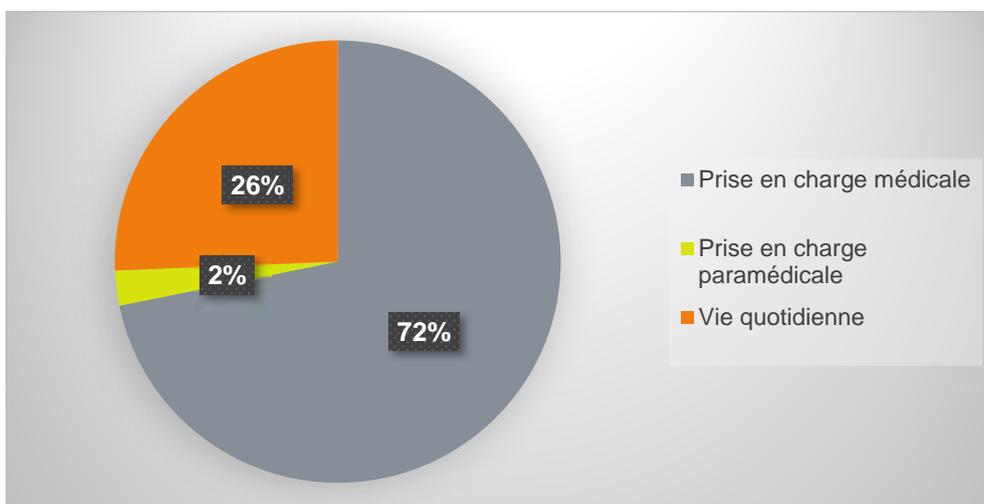
Après instruction de la réclamation, une réponse est adressée au plaignant. Les suites données au dossier peuvent prendre la forme d'un courrier d'information avec éventuellement l'indication des voies de recours pour les plaignants ou d'une indemnisation financière, en cas de vol ou disparition d'un bien personnel, pour lequel la responsabilité de l'établissement est manifestement avérée.

Suite à la demande des représentants des usagers de la CDU, les réclamations enregistrées par l'établissement leur sont transmises mensuellement afin que ces derniers puissent émettre des recommandations sur le suivi de ces dernières.

De même, les représentants des usagers ont souhaité que la présentation des réclamations en CDU soit enrichie des éléments concernant les actions engagées, par l'établissement, suite aux réclamations, ce qui a été entériné au cours de l'année 2018.

3.1.1 Répartition des réclamations par motif

Pour l'année 2019 l'établissement a enregistré **39** réclamations réparties par motif comme suit :



Accueil et administration

	2015	2016	2017	2018	2019
Accueil loge, hôtesse					
Facturation	1			2	
Dépassement d'honoraire					
Attente/Délais					
Signalisation (intérieur, extérieure)					
Identification des personnels (avec soignants)					
Autre		1	1		
Total	1	1	1	2	0

Prise en charge : aspects médicaux

	2015	2016	2017	2018	2019
Mode d'hospitalisation	0	2	5	7	6
Information du malade/de la famille		5	5	4	1
Contestation du diagnostic médical	4	11	3	1	
Accès au dossier médical					
Secret médical					
Non recueil du consentement			1		
Qualité des soins			4	2	3
Divergence sur les actes médicaux	3	5	5	7	3
Prise en charge de la douleur					
Accident thérapeutique, séquelles					
Infections nosocomiale				1	
Relations avec les médecins	12	8	4	2	3
Maltraitance				1	
Accompagnement de fin de vie					
Coordination des soins	2	6	5	6	14
Respect de la dignité/intimité			2		
Autre	4	2			
Total	25	38	34	31	30

Prise en charge : aspects paramédicaux

	2015	2016	2017	2018	2019
Qualité des soins					
Nursing, surveillance				1	1
Insuffisance de personnel				1	
Relation avec le personnel	1	4	2	2	
Organisation des examens					
Divergence sur les actes paramédicaux			1		
Prise en charge de la douleur					
Information du malade, de la famille					
Information sortie/transfert					
Liberté de circulation (enfermement, isolement...)					
Respect de la dignité/intimité					
Autre	1				
Total	2	4	3	4	1

Vie quotidienne, environnement

	2015	2016	2017	2018	2019
Alimentation, diététique					
Mécontentement sur les prestations hôtelières	2	5	4	1	2
Locaux (accès, sécurité)				1	2
Perte, vol, objets endommagés	12	7	10	8	5
Autre	3	3	1	3	1
Total	17	15	15	13	10
TOTAL	45	59	53	46	41

Remarque : le nombre total des réclamations est supérieur au nombre recensé par motif du fait qu'une seule réclamation peut avoir plusieurs motifs.

3.1.2 Répartition des réclamations par motif et par mode d'hospitalisation

	SL	SPDRE	SPDT	TOTAL
Accueil et administration				0
Prise en charge : aspects médicaux	12	7	9	28
Prise en charge : aspects paramédicaux	1	0	0	1
Vie quotidienne, environnement	6	2	2	10
TOTAL	18	9	11	39

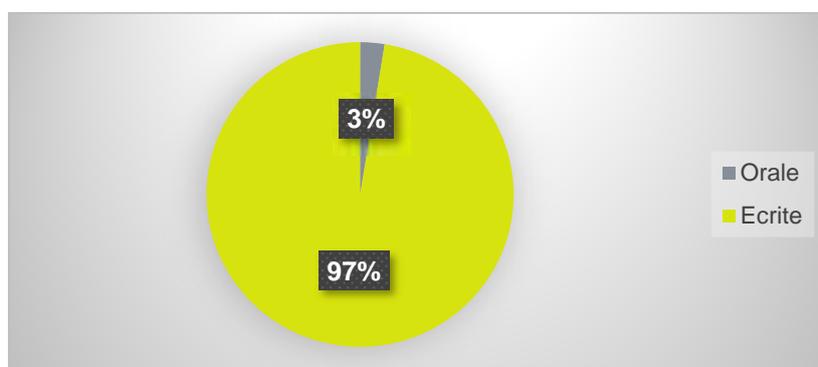
Une réclamation a un double motif, prise en charge médicale et vie quotidienne.

3.2 Caractéristiques des réclamations recueillies en 2019

Depuis 2016, le nombre des réclamations diminue et en 2019, le nombre total est à son plus bas niveau sans que nous puissions en déterminer des facteurs marquants. Pour autant, il semblerait que depuis 2015 le nombre de réclamations ayant pour motif « perte, vol, objets endommagés » est diminué de manière significative (12 en 2015 contre 5 en 2019).

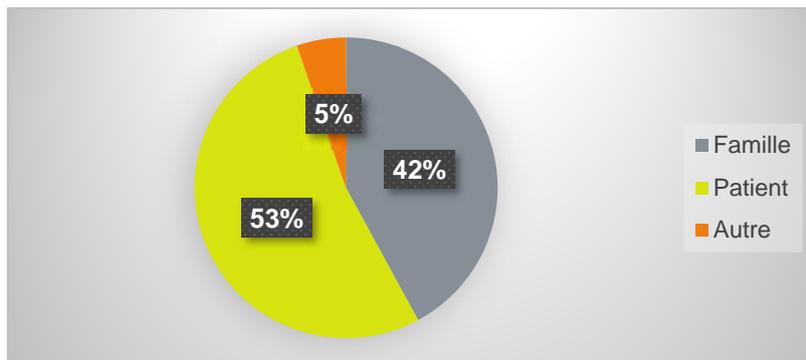
Quelques précisions :

- Répartition en fonction du type de réclamation :



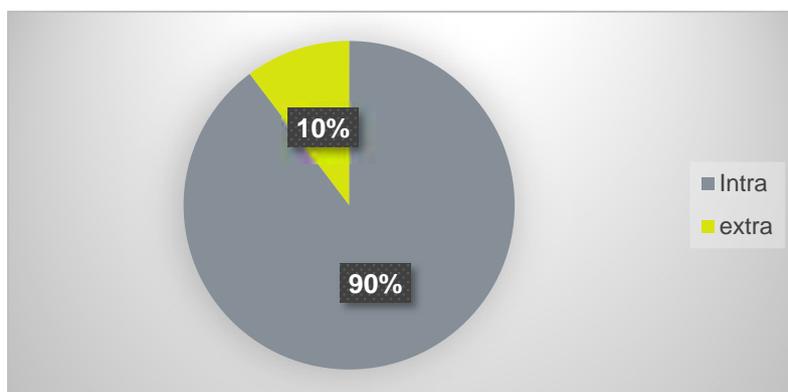
Nous constatons que 97% des réclamations ont fait l'objet d'un courrier. Les 3% restant correspondent à des réclamations formulées oralement (rendez-vous, appels téléphoniques, plaintes au guichet du SDH, etc.)

- Répartition en fonction de la nature du plaignant :

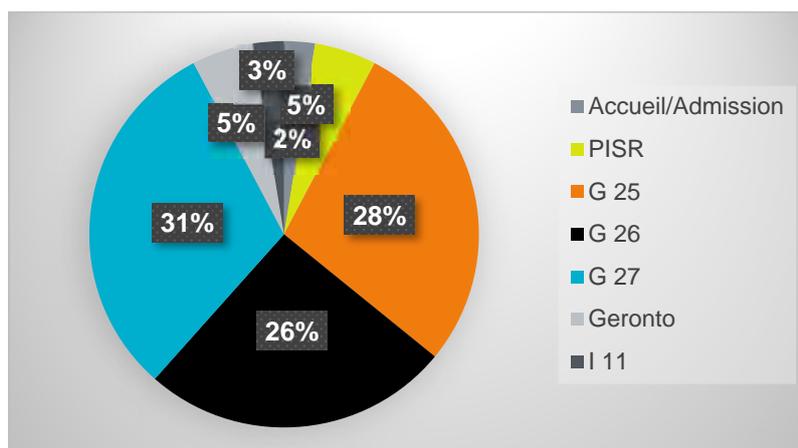


53% des réclamations ont été formulées directement par les patients concernés, 42% par leur famille ou proches. Les 5% restant concernent d'autres professionnels comme les avocats ou les mandataires judiciaires.

- Répartition entre l'intra et l'extrahospitalier :



- Répartition en fonction du pôle sectoriel :



Les réclamations sont traitées dans un délai moyen de 12 jours ouvrés avec une amplitude allant de 0 jour minimum à 87 jours maximum. Le délai court à compter de l'accusé de réception de la demande jusqu'au jour de la réponse apportée. Le délai maximum qui apparaît particulièrement long concerne une plainte relative à la prestation de coiffure réalisée dans l'hôpital qui a nécessité une action longue et la réponse à la plaignante a pris beaucoup de temps.

3.3 Plaintes ou Conséquences « contentieuses » des réclamations

Deux plaintes sont toujours en cours après des assignations en 2016.

La première correspond à l'engagement de la responsabilité de l'hôpital pour défaut de surveillance dans une situation de soustraction aux soins. Le jugement de première instance est intervenu et a débouté le patient en ne retenant pas la responsabilité de l'hôpital. Le patient a fait appel de la décision. L'appel est en cours de traitement.

La seconde correspond à une hospitalisation présumée abusive dont l'audience était fixée à novembre 2019 mais qui a été reportée.

Une réclamation a été portée devant le tribunal administratif sur le motif du refus de prescription d'un VSL pour un patient qui souhaitait aller chez le dentiste pour l'installation d'une prothèse. Le patient concerné est tout à fait valide et autonome et ne répond pas aux critères de l'Assurance Maladie pour la prescription d'un transport assis. Ces éléments expliquent le refus de la directrice de l'établissement et du médecin référent du patient.

3.4 Interventions des médiateurs de la CDU

L'intervention des médiateurs est généralement proposée au patient ou à son entourage dès que la réclamation porte sur les soins et l'organisation de la prise en charge. Cette proposition n'est pas pour autant systématique, il est assez souvent proposé lorsque les conditions le permettent, de solliciter un rendez-vous auprès du médecin responsable de l'unité, voire directement auprès du médecin-chef. L'intervention des médiateurs peut être proposée au plaignant quand le litige porte sur la coordination de la prise en charge soignante, l'organisation générale du service, des problématiques logistiques ou encore un problème relationnel avec l'équipe soignante.

Pour mémoire, les médiateurs de la commission interviennent pour :

- Accueillir et entendre une situation conflictuelle,
- Renouer un contact qui serait rompu ou difficile pour retisser un lien de confiance,
- Dépasser les incompréhensions,
- Permettre un dialogue sur la nature de la prise en charge,

À la demande du patient, de la famille ou de l'établissement ou même des équipes soignantes.

En 2018 suite à l'actualisation de son règlement intérieur, la commission des usagers a décidé de faire intervenir les médiateurs médecin et soignant conjointement, sur les litiges qui s'y prêtent.

Sur l'année 2019, le médiateur médical est intervenu une fois, sans le médiateur soignant du fait du départ de ce dernier de la CDU.

Ce faible recours à la médiation est en grande partie lié au faible nombre de réclamations et à la nature de celles-ci.

Champ d'intervention des médiateurs

Le code de la santé publique dans ses dispositions réglementaires prévoit théoriquement que le directeur saisit systématiquement le médiateur dès qu'il est destinataire d'une plainte ou réclamation. Après qu'il ait reçu le plaignant, le médiateur rédige un compte-rendu à l'attention des membres de la CDU qui peuvent alors décider d'entendre le plaignant en séance plénière. Ce mode de fonctionnement a fait l'objet d'une discussion en séance, et il a été décidé d'appliquer ces dispositions avec quelques aménagements. En effet, la saisine systématique du médiateur apparaît difficile à envisager et ne semble pas nécessairement toujours pertinente.

Répartition du nombre de médiations par motif :

	2015	2016	2017	2018	2019
Contestation du traitement ou du mode de prise en charge	2				1
Prise en charge du patient en sortie d'hospitalisation	1	1			
Contestations d'hospitalisations sous contrainte	1		1		
Déficit d'information médicale		1			
Difficultés relationnelles avec le médecin en charge du patient		1	1		
Respect de la dignité de la personne hospitalisée					
Contestation du diagnostic médical					
Coordination des soins				2	
Total	4	3	2	2	1

3.5 Eloges

Au cours de l'année 2019, l'établissement a enregistré deux éloges provenant de patients. Le premier concerne un patient qui a remercié les soignants de l'UHCD de lui avoir sauvé la vie. Cet éloge a été présenté oralement au cours de l'audience du patient devant le juge des libertés et de la détention. Le second a fait l'objet d'un courrier à la direction dans lequel une patiente formule ses remerciements de l'avoir hospitalisée pendant de nombreuses années, remercie l'équipe soignante de l'avoir soutenue et exprime sa gratitude et son amitié à tout l'hôpital.

4 INFORMATIONS RELATIVES A LA MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS

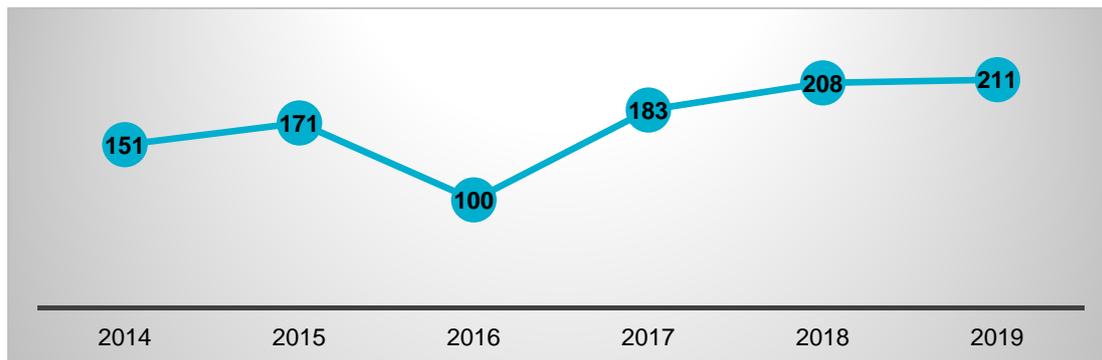
4.1 Questionnaires de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction en place dans l'établissement, ne permet de recueillir que la satisfaction des patients hospitalisés. C'est la raison pour laquelle, à l'initiative de la CDU, un groupe de travail interne est chargé d'élaborer un questionnaire à destination des usagers des soins ambulatoires.

Depuis 2011, le questionnaire de satisfaction est remis systématiquement aux patients se présentant au service des hospitalisations pour y effectuer toute formalité administrative, notamment de sortie. En 2013, il a été décidé d'étendre cette diffusion à la cafétéria des patients et à la maison des usagers. De plus le questionnaire de satisfaction est intégré au livret d'accueil qui doit être remis à tous les patients hospitalisés.

Ce mode de diffusion permet aujourd'hui de disposer d'un échantillon de réponses plus important, à défaut d'être encore véritablement significatif. En effet, le taux de retour des questionnaires est de 6,61%.

Nombre de questionnaires recueillis depuis 2014 :



Depuis 2014, nous pouvons constater que le nombre de questionnaires retournés s'améliore pour atteindre son niveau le plus haut en 2019.

Il avait été décidé en 2015, par la CRUQPEC, de mettre des boîtes à disposition des patients dans les unités destinées au recueil des questionnaires afin d'améliorer la collecte de ceux-ci.

Ces boîtes ont été installées à la fin de l'année 2016. Après trois ans de mise en service des boîtes, nous ne pouvons affirmer que l'augmentation du nombre de questionnaires recueillis en 2017, 2018 et 2019 soit le résultat de la mise à disposition de ces boîtes. Toutefois, il est à noter que le taux de recueil des questionnaires en unités de soins reste insuffisant malgré l'intégration de cette action dans la check-list de sortie des soignants. En effet, sur les 211 questionnaires recueillis, 64% proviennent du service des hospitalisations qui incite les patients à remplir le questionnaire.

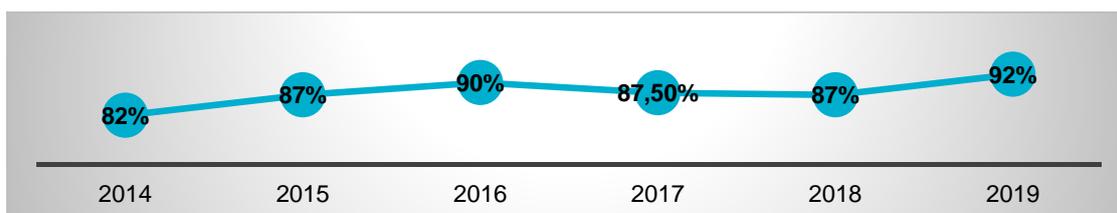
Un travail important est à mener pour que les unités de soins incitent à remplir le questionnaire.

Éléments contextuels :

Le recueil des questionnaires se fait en continu sur l'année. Le questionnaire en lui-même a été revu en février 2013 et c'est la 4^{ème} version. Il est composé de trois parties ; un encart d'identification, 38 questions réparties sur 3 thématiques, à savoir, « l'accueil et la prise en charge », « les droits et l'information » et « aide et accompagnement ». Deux questions sont réservées aux patients ayant effectués plusieurs séjours.

4.2 Évolution de la satisfaction

Pour mesurer la satisfaction, le patient qui répond aux questions a quatre niveaux de réponse : Très bon (A), Bon (B), Pas Bon (C) et Mauvais (D). La satisfaction globale est calculée en additionnant les A et les B, divisé par le nombre de réponses à la question et multiplié par 100.



Depuis 2014, la satisfaction globale a augmenté. Si elle était repartie à la baisse en 2017 et 2018 elle affiche en 2019 son niveau le plus haut.

Les 3 meilleurs résultats :

- Qualité d'accueil dans les unités de soins : 94%
- Disponibilité de l'équipe soignante pendant le séjour : 93%
- Propreté de la chambre 93%

Les 3 résultats à améliorer :

- Remise du livret d'accueil : 57%
- Activités proposées : 64%
- Existence de la MDU et la permanence des associations : 71%

Les 3 meilleures évolutions :

1. Confort de la chambre : +8 points
2. Moyens de communication à disposition : +7 points
3. Informations apportées sur les formalités administratives : +6 points
A égalité avec l'organisation et préparation de la sortie + 6 points

Les 3 baisses les plus importantes :

1. Repas et respect des régimes : -4 points
2. Repas - qualité et quantité : -3 points
3. Existence de la MDU et de la permanence des associations : -3 points

4.3 Constats pour l'année 2019

Malgré une légère hausse, le taux de satisfaction relatif à la remise du livret d'accueil reste insuffisant (57%). Il en est de même pour les activités proposées aux patients dont le score de satisfaction est de 64%.

En revanche nous constatons que les moyens de communication mis à disposition des patients sont en constante augmentation, 78% contre 71% en 2018. Cette augmentation entre 2018 et 2019 peut être mise en corrélation avec l'introduction du WIFI pour les patients le 4 mars 2019.

Nous pouvons également noter que la satisfaction relative au confort des chambres est en nette augmentation.

4.4 Actions d'amélioration pour le recueil 2019

Dans les actions à définir par la CDU pour les points perfectibles nous retrouvons :

- ⇒ La remise du livret d'accueil.
- ⇒ Un travail sur les repas, respect des régimes, qualité et quantité dont le score de satisfaction enregistre une baisse de 4 et 3 points.
- ⇒ Les activités proposées aux patients. Le score est stable mais la satisfaction est peu élevée malgré une augmentation de 2 point par rapport à 2018 (64%).

Les résultats complets qui ont été publiés sont en annexe du présent rapport.

5 INFORMATIONS RELATIVES AU RESPECT DES DROITS DES USAGERS

5.1 Avis d'instances suite à des visites réalisées au cours de l'exercice

5.1.1 Visites du vice-procureur de la République

Le code de la santé publique prévoit la visite de contrôle annuelle de plusieurs personnalités qualifiées (Préfet ou son représentant, président du tribunal d'instance ou son représentant, le procureur de la République, le maire de la commune ou son représentant) sans publicité préalable, au sein des établissements accueillant des malades atteints de troubles mentaux. Depuis la modification de la loi du 27 septembre 2013, députés et sénateurs, membres du parlement européen, peuvent également se rendre à tout moment dans ces établissements.

Ces visites sont normalement l'occasion pour ces autorités de recevoir les réclamations des personnes hospitalisées et/ou de leurs familles (particulièrement les contestations d'hospitalisations sans consentement) et de procéder aux vérifications utiles concernant le respect des libertés individuelles et fondamentales des personnes.

Le vice-procureur, représentant le parquet de Lyon, Monsieur Pierre LAUZERAL n'a pas effectué de visite cette année mais est très en lien avec l'établissement sur de multiples dossiers de patients.

Dates des dernières visites et nombres de patients vus par le magistrat depuis 2013 :

2015	2016	2017	2018	2019
• 4 patients	• Pas de visite			

5.1.2 Visite de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques

Pour mémoire :

Dans chaque département, une Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

Le Code de la santé publique dans son article L. 3223-1 attribue huit missions à la commission, elle :

- 1) Est informée de toute décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement, de tout renouvellement de la décision d'admission et de toute décision mettant fin à ces soins ;
- 2) Reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement ou celles de leur conseil et examine leur situation ;
- 3) Examine, en tant que de besoin, la situation des personnes faisant l'objet de soins sans consentement et, obligatoirement, celle de toutes les personnes admises en cas de péril imminent et celle de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an ;

- 4) Saisit, en tant que de besoin, le Préfet de la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement ;
- 5) Visite les établissements chargés des soins psychiatriques, vérifie les informations figurant sur les registres et s'assure que toutes les mentions prescrites par la Loi y sont portées ;
- 6) Adresse chaque année son rapport d'activité au Juge des Libertés et de la Détention (JLD) compétent dans son ressort, au Préfet et au contrôleur général des lieux de privation de liberté ;
- 7) Peut proposer au JLD la levée de la mesure de soins sans consentement d'une personne ;
- 8) Statue sur les modalités d'accès au dossier médical de toute personne admise en soins psychiatriques sans consentement.

Les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes les demandes d'information formulées par la commission. Les médecins membres de la commission ont accès à toutes les données médicales relatives aux personnes dont la situation est examinée.

La CDSP est composée :

- de deux psychiatres, l'un désigné par le Procureur Général près la Cour d'Appel, l'autre, par le Préfet ;
- d'un magistrat désigné par le 1^{er} Président de la Cour d'Appel ;
- de deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes par des troubles mentaux, désignés par le Préfet.
- d'un médecin généraliste désigné par le Préfet.

En 2019, la CDSP est composée comme suit :

Dr LAVIE Marc	Président titulaire
Dr CLAUDEL Hervé	Président adjoint titulaire
Dr LAPICA Florence	membre titulaire en qualité de médecin généraliste
Mme VERNAY Brigitte	membre titulaire en qualité de représentant de la justice
Mme DE DINECHIN Elisabeth	membre titulaire représentant les familles de patients
Mme BONANDRINI Céline	membre titulaire représentant les patients hospitalisés
Dr DANET François	membre suppléant en qualité de médecin psychiatre
Dr PEYRAMOND Dominique	membre titulaire en qualité de conseiller ordinal représentant le Conseil départemental de l'ordre de médecin du Rhône
M. SOUBEYRAN Philippe	membre suppléant en qualité de 1 ^{er} Vice-président du tribunal de grande instance de Lyon

Le 12 décembre 2019, la CDSP est venue sur l'établissement afin d'étudier les dossiers des patients dont la mesure de soins sans consentement est supérieure à un an.

Elle a examiné, 48 dossiers. Sur ces dossiers, 16 patients étaient en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, 14 étaient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, 9 étaient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en cas d'urgence et 7 étaient en soins psychiatriques en cas de péril imminent. Aucun dossier ne correspondait à des recours de patients.

Cette étude de dossiers n'a pas donné lieu à des remarques.

Malgré la communication faite dans les unités concernant la venue de la CDSP un seul patient a rencontré, à sa demande, les membres de la CDSP.

5.1.3 Visite du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

Dans le cadre de la mission confiée au Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, sept contrôleurs ont visité l'établissement du 1^{er} avril au 11 avril 2019.

Le CGLPL, autorité indépendante, est chargée de s'assurer que la dignité et les droits fondamentaux des malades hospitalisés sans leur consentement sont respectés.

A l'issue de leur visite, l'établissement a reçu un pré-rapport auquel il a répondu en formulant diverses remarques. Nous sommes toujours en attente du rapport définitif qui formulera certainement plusieurs recommandations en vue de l'amélioration continue de la qualité du respect des droits fondamentaux des usagers hospitalisés.

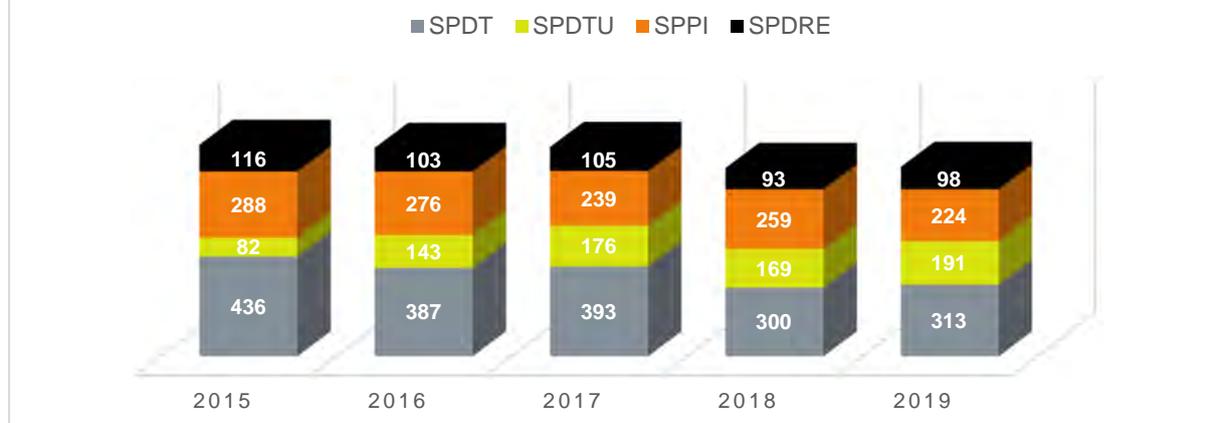
5.2 Données statistiques de l'activité en lien avec les droits des usagers

5.2.1 Admissions sans consentement

	2015	2016	2017	2018	2019
Soins à la demande d'un tiers (SPDT)					
L.3212-1 (procédure normale)	436	387	393	300	313
L.3212-3 (Urgence)	82	143	176	169	191
Total SPDT	518	530	569	469	504
Soins en cas de péril imminent (SPPI)					
	288	276	239	259	224
Soins sur décision du représentant de l'État (SPDRE)					
L.3213-1 Arrêté préfectoral	92	72	73	72	66
L.3213-2 Arrêté du Maire	14	16	14	11	22
L.3213-6 Transformation SDT/SDRE	7	10	9	7	4
L.3213-7 Irresponsabilité pénale	3	5	9	3	6
Total SPDRE	116	103	105	93	98
Total général	922	909	913	821	826
% admissions SPDT	16,9%	17%	18,1%	15%	16,3%
% admissions SPDRE	3,8%	3,3%	3,3%	3%	3,2%
% admissions SPPI	9,4%	8,9%	7,6%	8,2%	7,2%
% admissions soins sans consentement	30,1%	29,4%	29%	26,2%	26,7%
Entrées directes adultes plein temps	3063	3087	3139	3130	3088

Les chiffres présentés ci-dessus représentent les nouvelles mesures de soins sans consentement déclenchées en 2019 et ne représentent pas toutes les mesures en cours.

EVOLUTION DU NOMBRE DE MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT DEPUIS 2015



A l'étude du graphique ci-dessus, nous constatons qu'après une nette diminution du nombre de nouvelles mesures de soins sans consentement entre 2017 et 2018, les chiffres de 2019 sont stables par rapport à l'année dernière. Nous constatons également une nette augmentation des mesures de soins à la demande d'un tiers, procédure d'urgence avec parallèlement une diminution significative du nombre de mesures en cas de péril imminent. Pour les mesures de soins sur décision du représentant de l'Etat, nous constatons une légère augmentation qui est liée à l'augmentation de 50% des mesures provisoires prononcées initialement par un arrêté du maire de la commune concernée.

5.2.2 Activité 2019 sur les soins sans consentement:

La part des admissions sans consentement est calculée en fonction du nombre d'entrées directes adultes. Même si les enfants sont potentiellement concernés, il y a très peu d'admissions de mineurs en SPDRE.

Pour cette année 2019 nous constatons que la part des soins sans consentement dans l'activité de l'établissement reste stable par rapport à 2018 après une importante diminution les années précédentes. Ces chiffres sont à mettre en corrélation avec la diminution significative du nombre d'entrée adultes temps plein (- 42 entrées)

Levée d'hospitalisation sous contrainte au certificat de 24 h et aux 72 h :

L'admission en soins sans consentement s'initie nécessairement à temps complet par une période d'observation conclue par le certificat de 72 h qui s'ajoute depuis 2011 à celui de 24 h. Le certificat de 72 h précise si les soins sans consentement doivent se poursuivre et le cas échéant sous quelle forme : temps complet, temps partiel ou ambulatoire.

	2015		2016		2017		2018		2019	
	24h	72h								
SPDT	12	19	23	31	14	26	6	11	6	13
SPDT U	1	0	2	1	4	5	4	2	2	5
SPPI	23	8	19	16	12	12	16	16	13	10
SPDRE	2	2	0	2	1	2	2	0	0	0
TOTAL	38	29	44	50	31	45	28	29	21	28

Les levées d'hospitalisation aux 24 h et 72 h peuvent en effet tout autant résulter : d'une évolution de la situation clinique du patient, de son adhésion nouvelle aux soins ou d'une « éventuelle erreur d'adressage ».

Jusqu'en 2017, nous remarquons une très forte augmentation du nombre de levées pour les mesures de soins sur demande d'un tiers et en cas de péril imminent, tant dans les premières 24 heures qu'à la fin de la période d'observation. Cette augmentation importante était constatée depuis 2015. Nous étions ainsi passé d'un total de 57 levées de mesures pendant la période d'observation en 2015 à un total de 94 levées en 2016 soit plus de 50% d'augmentation (53,2%). Toutefois, la tendance ne s'est pas confirmée en 2017 puisque le nombre total de levées pendant la période d'observation avait diminué, passant de 94 levées en 2016 à 76 levées en 2017 soit une baisse de presque 20%.

La tendance se confirme en 2018 et 2019. En effet, nous notons un total de 57 levées dans la période d'observation en 2018 et 49 levées en 2019.

De plus, il convient d'indiquer que sur les 49 levées pendant la période d'observation, 8 correspondent à des sorties directes de l'établissement. Les 41 autres correspondent à des patients qui ont poursuivi leurs soins librement.

Suivi des audiences devant le Juge des Libertés et de la Détention (JLD)

Pour mémoire :

L'hospitalisation complète d'une personne sans son consentement ne peut se poursuivre sans que le JLD, saisi par le Directeur ou le Préfet, n'ait statué sur cette mesure.

Depuis septembre 2014, le juge doit être saisi avant l'expiration d'un délai de 8 jours à compter du prononcé de l'admission en soins et doit se prononcer dans un délai de 12 jours.

Le délai est également de 8 jours à compter de la modification de la prise en charge en hospitalisation complète et au plus tard 2 semaines avant l'expiration d'un délai de 6 mois suivant la décision judiciaire prononçant l'hospitalisation et si le patient a été maintenu en hospitalisation complète continue depuis cette décision.

La saisine est accompagnée d'un certificat de prolongation rédigé par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Ce certificat se prononce sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète. Tous les certificats et avis sont transmis au juge et communiqués au patient et/ou son avocat.

Le JLD peut ordonner une expertise.

Le JLD statue à l'issue d'une audience, pendant laquelle la personne en soins psychiatriques est entendue assistée de son avocat ou représentée par lui. L'assistance d'un avocat est imposée depuis septembre 2014.

L'avocat est choisi par la personne en soins ou désigné au titre de l'aide juridictionnelle, ou commis d'office par le juge le cas échéant. Suite à cette audience, le juge ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète. Il est possible de faire appel sous 10 jours à compter de la date de la notification de l'ordonnance du JLD devant le 1^{er} Président de la Cour d'Appel.

Lorsque le juge n'a pas statué dans les délais, la mainlevée est acquise à l'issue de chacun des délais.

Statistiques de suivi des audiences de l'année 2019 :

Mode de soins sans consentement	2014	2015	2016	2017	2018	2019
SPDRE	169	149	138	156	177	180
SPDT	472	492	434	519	496	514
SPPI	200	238	198	179	215	191
Total saisines	841	879	800	882	888	885

Il est à noter que sur les **885** saisines réalisées au cours de l'année 2019, 35 dossiers n'ont pas été examinés par le magistrat du fait de l'intervention d'une levée de mesure entre la saisine et l'audience ou le passage en soins ambulatoires. Cela explique la différence entre le total des dossiers tout mode de soins confondus et le total des saisines.

Nous remarquons que si le nombre d'audiences avait augmenté de manière significative entre 2014 et 2015, entre 2015 et 2016 ce nombre a fortement diminué. Cette diminution est à corréliser avec la diminution du nombre d'admissions en soins sans consentement en 2016. En 2017, le nombre de saisines a fortement augmenté pour atteindre son niveau le plus haut depuis 2014. En 2018, le nombre de saisines a encore augmenté, même si cette augmentation est moins significative qu'entre 2016 et 2017. Cette augmentation s'expliquait par l'augmentation du nombre de réintégrations et du nombre de requêtes initiées par les patients. En 2019 les chiffres sont stables par rapport à l'année précédente même s'il y a 3 requête en moins.

Comparutions	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Oui	674	652	622	685	654	636
Incapacités	70	87	71	76	85	94
Levées avant comparution	31	26	25	28	32	29
Refus du patient	61	89	63	69	93	100
Fugues	1	6	5	11	14	20
Soins ambulatoires	1	4	5	2	8	6
Autres	3	15	9	11	2	0
Total	841	879	800	882	888	885

En 2019, malgré le nombre de saisine stable, nous constatons une diminution du nombre de comparants. Cela s'explique essentiellement par l'augmentation très significative du nombre de refus des patients de comparaître et de l'augmentation des incapacités. C'était déjà le cas en 2018.

Mode de saisine	2014	2015	2016	2017	2018	2019
12 jours	631	683	611	677	641	655
Expertises	14	11	0	0	4	0
Réintégrations	99	98	92	98	116	101
Requêtes patients	35	27	38	30	38	25
Semestrielles	62	60	59	77	93	104
Total	841	879	800	882	892	885

En 2018, nous remarquons une augmentation significative du nombre de réintégrations, de requêtes présentées par les patients et de semestrielles. Ces données tendaient à démontrer que le nombre de programmes de soins était important et que ceux-ci n'étaient pas respectés par les patients qui étaient donc réintégrés à temps complet sur

l'établissement. De même, l'augmentation du nombre de saisines semestrielles indiquait que de nombreuses mesures se prolongeaient au-delà de 6 mois, voire plus.

En 2019 les mêmes constatations peuvent être faites s'agissant des saisines semestrielles mais la tendance s'est inversée s'agissant des requêtes de patients et des réintégrations.

En effet, nous constatons que le nombre de requêtes de patients est passé de 38 à 25 requêtes entre 2018 et 2019 et, de même, le nombre de réintégration est passé de 116 à 101.

Décisions rendues	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Maintiens	763	797	741	835	824	820
Expertises	11	13	5	7	4	4
Dessaisissements	23	36	31	31	41	37
Mainlevées	41	28	22	9	18	18
Irrecevabilités	2	1	1	0	1	1
Renvoi	1	0	0	0	0	0
Total	841	879	800	882	888	885

Nous pouvons noter que sur les 843 dossiers examinés par le JLD, il y a seulement 18 décisions de mainlevée. Cela représente un pourcentage de levées de **3 %** en 2019 quand la moyenne nationale est à environ 8% de mainlevées.

Etude des motifs de mainlevées en 2019 :

18 décisions de levée des mesures de soins sans consentement ont été rendues par le JLD en 2019.

11 levées concernent des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE).

Sur ces 11 levées, 3 dossiers concernent des patients en situation de soustraction aux soins dans lesquels le médecin demandait la levée de la mesure de contrainte du fait de son incapacité à évaluer la nécessité de prolonger la mesure. 4 dossiers concernent des demandes de levées des médecins qui n'ont pas été validées par le préfet dans les délais légaux. 3 dossiers concernent une absence d'arrêté de maintien de la mesure de contrainte dans les délais légaux et 1 dossier est relatif à l'absence de caractérisation du trouble à l'ordre public selon le magistrat.

Précisons que l'hôpital n'est pas à l'initiative des saisines pour les personnes en SPDRE, c'est l'ARS. Ainsi, les mainlevées pour vice de procédure pour les SPDRE ne sont pas imputables à l'établissement. Cela concerne plus de la moitié des décisions de levée des mesures de soins sans consentement.

7 levées concernent des soins psychiatriques sur décision de la directrice (SPDT, SPDT-U et SPPI).

Sur ces 7 levées, 3 dossiers sont relatifs à des décisions prises hors délai légaux, 2 concernent l'absence de toutes les conditions pour déclencher la mesure de contrainte, 1 levée est relative à l'absence de l'avis du collège d'experts et 1 levée est intervenue pour absence des troubles psychiatriques selon le magistrat.

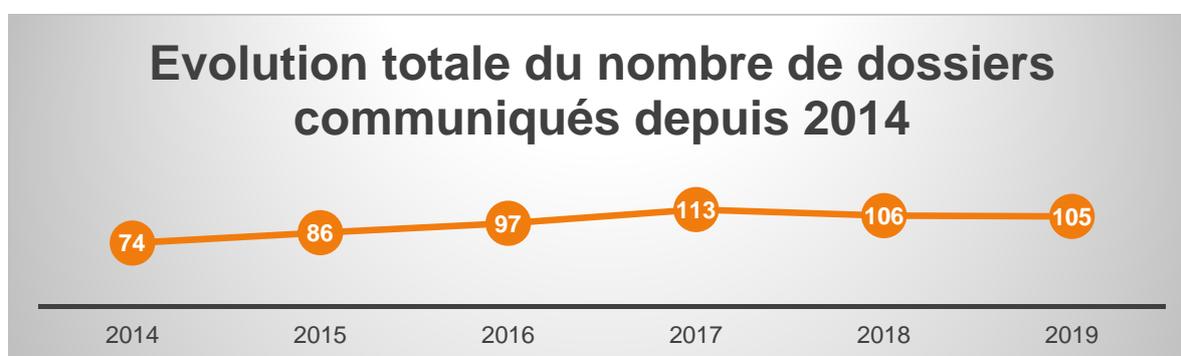
Activité 2018 et 2019 sur les soins sans consentement en ambulatoire :

Présentation du nombre de patients ayant bénéficié de soins ambulatoire dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement :

	2018	2019
SPDRE	118	122
SPDT	215	230
SPPI	87	83
TOTAL	412	439

Précision : les totaux ne correspondent pas à la somme du nombre de patients pour chaque mesure du fait que certains d'entre eux ont bénéficié de plusieurs types de mesure dans une même année.

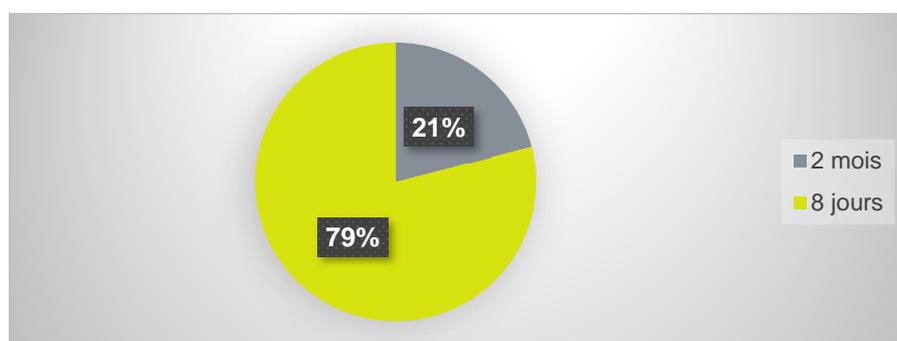
5.3 Informations faites auprès des usagers et de leur ayants droit



Pour la première fois depuis 2014, le nombre total de dossier transmis en 2018 diminue par rapport à l'année précédente. Cette tendance se confirme en 2019.

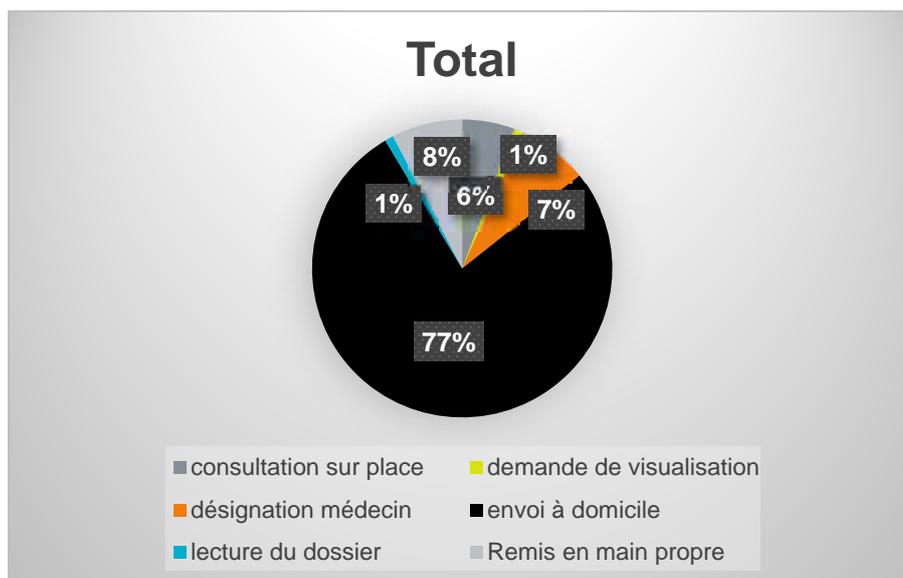
Répartitions des transmissions de dossier par délai légal de communication :

Pour mémoire, pour les dossiers de moins de 5 ans depuis la dernière prise en charge, nous devons communiquer le dossier dans les 8 jours suivant la demande et pour les dossiers de plus de 5 ans, le délai est de 2 mois.



Le graphique ci-dessus nous indique que la grande majorité des communications concerne des dossiers récents de moins 5 ans depuis la dernière prise en charge.

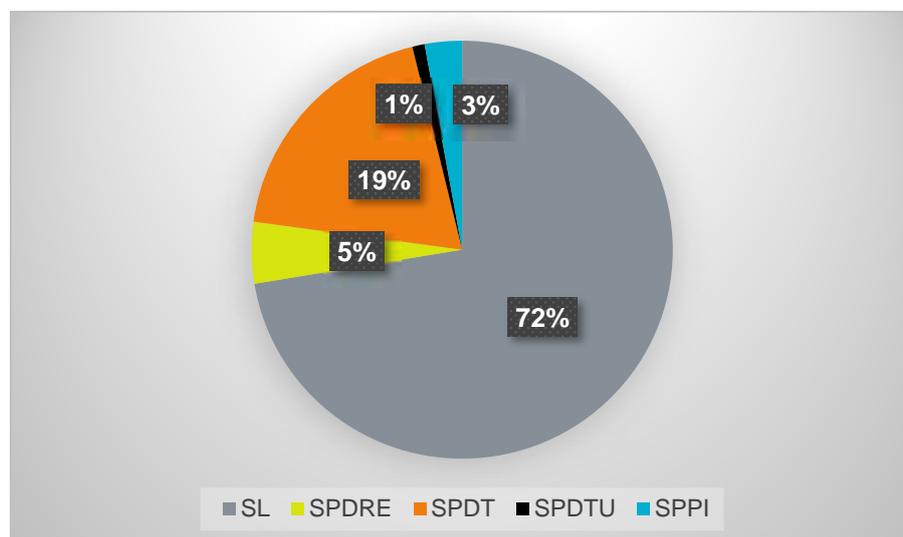
Répartition des transmissions de dossiers par modalités de remise :



Les éléments chiffrés ci-dessus, indiquent que la grande majorité des communications de dossiers se fait par un envoi à domicile.

Sur les 105 dossiers communiqués en 2019, 91 ont été demandés par les usagers eux-mêmes et 12 dossiers ont été demandés par leur famille, c'est-à-dire, par les détenteurs de l'autorité parentale pour les mineurs ou les ayants droit en cas de décès de l'utilisateur concerné par le dossier demandé.

Répartition des communications de dossiers par mode d'hospitalisation :

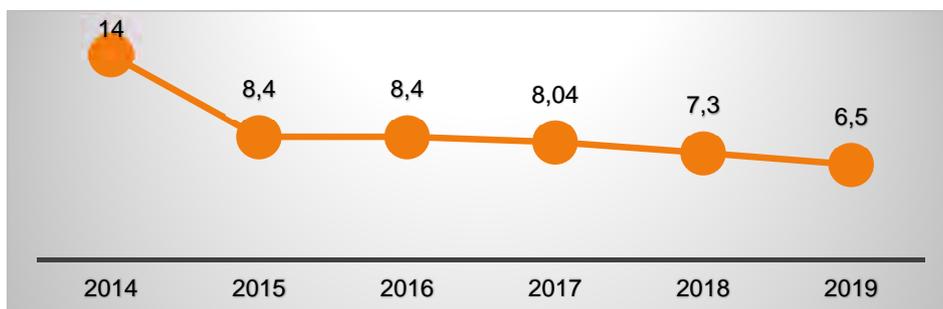


Nous constatons que la majorité des demandes de communication de dossier concerne des usagers qui sont ou étaient en soins librement consentis au moment de leur demande de dossier.

Les délais légaux de remise du dossier sont généralement tenus, à quelques exceptions près (absences des secrétariats médicaux, dossiers particulièrement anciens).

On note ainsi, en 2019 un délai moyen de transmission de **6,5** jours pour les dossiers de moins de 5 ans en jours ouvrés et **38,2** jours pour les dossiers de plus de 5 ans.

Evolution du respect des délais légaux de communication depuis 2014 en jour ouvrés pour les dossiers de moins de 5 ans :



Nous remarquons que non seulement l'établissement a fortement progressé dans le respect des délais de communication depuis 2014 mais est, pour la première fois en 2018, en dessous du délai légal fixé. En 2019, l'établissement confirme largement sa tendance avec une rapidité de communication des dossiers médicaux inégalée depuis ces dernières années.

Le délai minimum de communication des dossiers de moins de 5 ans est de 0 jour et le délai maximum est de 20 jours du fait d'un dossier à reconstituer sur deux structures et l'absence de médecins responsables des informations à communiquer.

Pour les dossiers de plus de 5 ans, le délai légal est toujours respecté. Il est de 38,2 jours en 2019.

Le délai minimum de communication est de 7 jours et le délai maximum est de 64 jours.

La communication des dossiers médicaux dont la dernière prise en charge est antérieure aux années 80, est gérée en coopération avec les archives départementales. En effet, en toute fin d'année 2016, ces dossiers ont été versés aux archives départementales à des fins de bonne conservation et intérêt historique et permettra également un accès optimal pour les chercheurs.

Les dossiers qui ont une ancienneté de 20 ans ou plus depuis la dernière prise en charge sont détruits par l'établissement.

En effet, la durée de conservation d'un dossier médical a été fixée par la direction de l'établissement à 20 ans.

5.4 Action de promotion des droits des usagers dans l'établissement

5.4.1 Journée européenne de vos droits en santé

Le Centre hospitalier Saint Jean de Dieu a participé à la 9^{ème} édition de la « journée européenne de vos droits en santé » le 10 avril 2019. La thématique de la journée était consacrée, cette année, à « l'accès à l'information numérique en santé ».

Dans l'objectif de sensibiliser et informer les professionnels de santé et les patients usagers sur l'ensemble des droits des usagers, le Centre hospitalier s'est mobilisé lors de cette journée en organisant deux temps d'information.

Pendant le temps du déjeuner des professionnels, au restaurant du personnel, un petit quizz a été laissé à disposition sous forme de set de table, pour tester leurs connaissances sur le numérique dans la santé mentale.

L'après-midi, de 14h à 16h, à la cafétéria des patients, a été proposé un temps de projection de films courts (Psylab) qui abordent, de manière décalée, la maladie psychique animé par la coordinatrice de la maison des usagers et avec la participation d'un médecin et des soignants de l'équipe Yves Tanguy du PISR. Parallèlement, les représentants des usagers et la responsable du service des hospitalisations et des relations avec les usagers ont proposé une animation autour des deux postes informatiques pour montrer aux patients comment avoir accès à des applications en santé (créer son DMP, créer son compte ameli, avoir accès à ses remboursements de l'assurance maladie...)

5.4.2 Élaboration d'un guide de bonnes pratiques sur le respect des libertés individuelles des patients adultes

En fin d'année 2017, un groupe de travail a été constitué faisant suite aux conclusions du rapport de certification de l'établissement indiquant que les conditions de mise en œuvre des restrictions des libertés individuelles des patients n'étaient pas organisées institutionnellement. Le groupe était composé du directeur délégué au secteur sanitaire, du président de la CME, de la responsable qualité et gestion des risques et son adjointe, de trois cadre de santé, d'un cadre supérieur de santé, de deux psychologues, d'un médecin-chef de pôle sectoriel, de trois représentant des usagers et de la responsable du service des hospitalisations et des relations avec les usagers.

La mission de ce groupe de travail s'est réalisé en trois temps :

- Faire un état des lieux de la littérature ayant trait à ces questions,
- Faire un état des lieux des pratiques dans les unités de soins de l'établissement
- Au vu de ces états des lieux et de l'écart éventuel entre les pratiques et les attendus réglementaires, identifier et mettre en œuvre un plan d'action sous forme d'un guide de recommandation de bonnes pratiques.

Pendant toute l'année 2018, le groupe de travail s'est réuni très régulièrement et a travaillé à réaliser un état des lieux des pratiques des unités de soins sur les différents droits des usagers assujettis à d'éventuelles restrictions.

Pendant l'année 2019, grâce au travail du groupe sur chaque liberté individuelle, le guide a pu être rédigé. Ce dernier est composé de grands principes à mettre en œuvre par les unités de soins sur 6 libertés individuelles :

- 1- La liberté d'aller et venir dans l'établissement,
- 2- Le droit aux visites,
- 3- L'accès à l'argent et aux affaires personnelles,
- 4- Le droit à la communication (téléphone, internet et courriers),
- 5- Le port du pyjama,
- 6- La vie sexuelle,

Le dernier chapitre du guide est consacré aux engagements de l'établissement qui s'engage, notamment, à évaluer la bonne mise en œuvre des principes adoptés institutionnellement et à réaliser annuellement des audits ou enquêtes auprès des patients.

L'établissement s'engage également à mettre en œuvre les actions nécessaires pour corriger les écarts entre les principes adoptés institutionnellement et les pratiques constatées.

Mi 2019, le guide a été transmis au contrôleur général des lieux de privation de liberté, Mme Adeline Hazan, pour l'informer et pour recueillir son avis sur le travail réalisé. Cette dernière a fait son retour en octobre en formulant deux remarques :

La première concerne une phrase du guide dans laquelle était indiqué que dans les unités le port du pyjama est un outil de soins. Mme Hazan considère que le pyjama ne constitue pas un tel outil en unité de soins comme en chambre d'isolement. Selon cette dernière il relève plus d'un outil de gestion et de surveillance des patients que d'un acte médical.

La mention a donc été retiré du guide.

La seconde porte sur la fermeture en continu, par principe, de trois unités identifiées (UHCD, les unités de gérontopsychiatrie et Fontaine et Roseau).

La CGLPL estime que si les moyens d'assurer la sécurité des patients doivent être mis en œuvre, la liberté d'aller et venir ne peut être restreint, par principe dans ces unités.

Le guide maintien le principe de fermeture en continu de ces unités mais en expliquant plus précisément la nécessité de protection et de surveillance importante des patients accueillis dans lesdites unités du fait des pathologies particulières qu'ils présentent.

L'année 2020 verra la diffusion et présentation du guide directement dans chaque unité de soins de l'établissement par le directeur délégué au secteur sanitaire et la responsable du service des hospitalisations et des relations avec les usagers.

5.4.3 Organisation de temps dédiés à la promotion des droits des patients dans les unités

Dans le cadre du plan d'action relatif au processus « droits des patients » concernant la définition et la mise en œuvre de la politique de l'établissement sur les droits des patients, des petits temps d'information et de sensibilisation des professionnels, intitulés « ¼ d'heure droits des patients », ont été organisés lors des relèves infirmières de la mi-journée. Permettant ainsi d'avoir un maximum de professionnels tout en ne gênant pas l'organisation des soins.

Afin de répondre à l'un des projets prioritaires de la CDU pour l'année 2019 et dans l'objectif d'améliorer le recueil de la personne de confiance, les ¼ d'heure « droits des patients » ont été consacrés cette année à la personne de confiance.

L'adjointe de la responsable du Département d'information médicale et la responsable du service des hospitalisations et des relations avec les usagers, ont visité 12 unités afin de rappeler ce qu'est la personne de confiance et la différence avec la ou les personnes à prévenir. De même, il a été rappelé aux unités comment tracer l'information dans le dossier patient informatique.

Au cours de ces ¼ d'heure, 101 professionnels ont pu être informés. Sur ces 101 professionnels, sont représenté majoritairement des infirmiers (61), puis des aides-soignantes (22). Il y avait également, 10 cadres de santé présents, 1 médecin et un interne, 4 assistantes sociales et 2 éducateurs spécialisés.

5.4.4 Retour sur l'action « mois sans tabac »



L'ARS Auvergne Rhône-Alpes mène depuis 2016 une campagne pour l'arrêt du tabac. Du 1^{er} au 30 novembre 2019 elle a proposé un troisième défi collectif, l'occasion d'accompagner une réflexion sur le tabac. L'ARHM a décidé de participer à ce programme et l'hôpital Saint Jean de Dieu a porté la participation en organisant :

- Un temps d'information et de sensibilisation des usagers en tenant un stand dans le parc de l'hôpital. Les usagers ont eux-mêmes réalisé une affiche sur l'évènement.
- Un temps de réflexion sur la thématique de la tabacologie sous forme d'un colloque.
- Un temps de réunion de toutes les personnes de l'établissement autour d'un moment festif qui aborde la prévention du tabac et la place du tabac à l'hôpital avec la représentation d'une pièce de théâtre sur la place du tabac dans la vie quotidienne suivi d'un débat interactif.

5.4.5 Mise en place du WIFI gratuit pour les usagers de l'établissement

Pour répondre à un projet prioritaire de la CDU à savoir, augmenter la satisfaction des usagers quant aux moyens de communication que l'établissement fournit, le 4 mars 2019, l'hôpital a créé un réseau de connexion en WIFI pour tous les usagers du site.

L'accès WIFI est possible dans des espaces dédiés pourvus de la borne WIFI, dans la cafétéria des patients et à ses abords et au niveau de l'esplanade.

Des postes informatiques en libre-accès ont été installés à la cafétéria et à la maison des usagers.

Pour se connecter, les usagers doivent se rendre au service des hospitalisations pour récupérer un code d'accès.

Depuis le 4 mars et jusqu'à la fin de l'année 2019, 343 codes d'accès ont été créés pour les personnes hospitalisées à l'hôpital.

5.5 Evaluation des Pratiques Professionnelles relatives aux droits des usagers

En 2019, l'établissement a mené 21 EPP dont 4 sur la thématique des droits des usagers :

- Amélioration de la traçabilité de l'évaluation de la douleur
- Isolement et contention
- Restriction des libertés – Elaboration d'un guide de bonnes pratiques
- Recueil du vécu du patient après isolement (G27)

6 INFORMATIONS RELATIVES AUX DOSSIERS INSTITUTIONNELS ABORDES PAR LA CDU AU COURS DE L'EXERCICE 2019

6.1 Informations relatives aux pratiques d'isolement et de contention

6.1.1 Retour sur la visite du Contrôleur Général de Lieux de Privation de Liberté

Pendant deux semaines, tout début avril 2019, 7 contrôleurs sont venus visiter l'établissement pour pointer les écarts potentiels vis-à-vis de la législation sur l'ensemble des droits des patients soignés sans leur consentement.

Dans son pré rapport le CGLPL a émis des recommandations sur les pratiques d'isolement et de contention. L'établissement a formulé sa réponse argumentée mais est encore en attente du rapport définitif.

6.1.2 Présentation des conclusions de la visite d'inspection de l'ARS

Une visite d'inspection diligentée par le Directeur général de l'ARS s'est déroulée au sein de l'établissement, les 18 et 19 octobre 2018 au titre de l'orientation régionale « isolement et contention dans les établissements psychiatriques autorisés à réaliser des hospitalisations sans consentement ».

Une visite de deux unités a été effectuée (Fontaine & Roseau et PUSSIN) ainsi qu'une inspection du registre de l'établissement en présence du médecin du DIM. De nombreux documents de type « procédures » ont également été transmis aux inspecteurs.

L'inspection s'est globalement bien déroulée et a mis en évidence un point majeur de non-conformité.

Celui-ci concerne les délais de réévaluation médicale des patients contenus ou en chambre d'isolement. La procédure interne exige un passage toutes les 24h alors que les recommandations de l'HAS sont de 6 heures pour les contentions et de 12h pour les chambres d'isolement et ce en plus de la surveillance des soignants tous les ¼ d'heure (Surveillance qui est bien tracée dans nos registres).

Cette inspection était attendue suite à la mise en œuvre du plan d'inspection pour tous les hôpitaux psychiatriques de la région Rhône-Alpes-Auvergne avant la fin 2019.

Cette thématique est une préoccupation majeure de l'établissement. Sans attendre les conclusions du rapport, des actions ont déjà été mises en œuvre, notamment :

- ✓ Suite à une anomalie détectée sur le registre, une rectification du document auprès du prestataire informatique a été demandée afin que l'extraction soit correcte. Un patch correctif a pu être intégré au logiciel.
- ✓ Un travail interne sur l'aspect qualitatif de la saisie de la prescription est engagé suite à la détection d'erreurs de saisies notamment au niveau des dates de contention. Un vrai devoir de vigilance du corps médical est demandé mais aussi du corps infirmier.

Le 8 février 2019, les mesures correctives envisagées par l'ARS ont été transmises à l'établissement qui, dans le cadre de la procédure contradictoire, y a répondu le 12 mars 2019. La notification des décisions définitives est intervenue le 9 mai 2019 et elles ont été présentées à la CDU le 20 juin.

Les mesures correctives définitives sont prononcées en référence aux écarts et remarques formulés par la mission dans son rapport et mentionnés dans les conclusions après analyse et prise en considération des réponses de l'établissement.

Les mesures correctives formulées prennent la forme :

- D'injonctions et de prescriptions qui se fondent sur des bases législatives ou réglementaires et sont prononcées suite au constat de non-conformité par rapport à un référentiel opposable. Ces mesures s'imposent à la structure inspectée.
- D'injonctions qui sont formulées en réponse aux situations de non-conformité les plus significatives ou aux situations de risque majeur.
- De recommandations qui visent à corriger des dysfonctionnements ou manquements ne pouvant être caractérisés par la non-conformité à une référence juridique.

L'ARS a émis 4 injonctions/prescriptions et 4 recommandations à l'encontre de l'établissement :

Les injonctions prescriptions

- Mettre fin aux pratiques d'isolement et de contention pour les patients en soins libres, en dehors des lieux dédiés et prévus à cet effet et supérieures à 48 heures pour les mesures d'isolement et 24 heures pour les mesures de contention.
- Mettre en œuvre les mesures d'isolement et de contention nécessaires en respectant les étapes prévues dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS de février 2017 et en assurant leur traçabilité.
- Mettre largement en œuvre le principe des unités ouvertes afin de respecter la liberté d'aller et venir des patients hospitalisés avec leur consentement.
- Compléter l'équipement des chambres d'isolement (dispositif d'appel accessible aux patients contenus et éclairage accessible de l'intérieur) et mettre fin à leur non-conformité (absence de 2 accès d'entrée et éloignement du bureau infirmier).

Les recommandations

- Intégrer dans le protocole isolement et contention de l'établissement les spécificités et les précautions nécessaires à la mise en œuvre de la contention mécanique afin de sécuriser et d'accompagner les professionnels dans leur pratique.
- Formaliser une politique de désescalade intégrant l'aménagement d'espace d'apaisement dans les unités de soins.
- Etablir une fiche de prescription de mesure de contention, dissociée de celle concernant les mesures d'isolement et, comportant tous les items requis, notamment, pour la recherche des contre-indications somatiques.
- Tracer l'effectivité de la désignation de la personne de confiance.

Les conclusions de l'inspection ont été intégrées au plan d'action 2019 sur les pratiques d'isolement et de contention tel que mentionné précédemment.

6.1.3 Présentation à la CDU du Rapport annuel sur les pratiques d'isolement et de contention (annexé au présent rapport)

Dans le cadre de la loi de modernisation de la santé, un article de loi clarifie et pose de nouvelles exigences concernant la pratique de « l'isolement et de la contention » en établissements psychiatriques et notamment, l'obligation est faite au établissement d'établir un rapport annuel rendant compte des pratiques d'isolement et de contention.

Le rapport annuel relatif à l'année 2018, a été présenté à la CDU le 20 juin 2019.

Bilan des actions 2018

- ✓ Réalisation d'audits croisés isolement contention dans le cadre du CRMC afin que des professionnels d'autres établissements viennent auditer nos pratiques :

Ces audits se sont réalisés le 5 juillet 2018 dans deux unités de psychiatrie générale et une UHCD. Elles ont été précédées d'une rencontre avec le président de la CME, la directrice des soins et le directeur délégué au secteur sanitaire. Ils interrogeaient la politique de l'établissement, la prévention primaire, secondaire et tertiaire. La restitution a eu lieu le 18 décembre 2018 en comité stratégique en présence des médecins responsables et des cadres de santé des unités auditées.

- ✓ Inscription de chaque unité d'hospitalisation dans une démarche qualité ciblée visant à réduire le recours à l'isolement et à la contention :

Le bilan trimestriel du registre est réalisé par unité et par secteur. Le recours à l'isolement et à la contention est inscrit dans la contractualisation des pôles. Pour la première fois en 2018, les pôles analyseront cette activité dans le rapport d'activité de l'établissement (REGAM).

- ✓ Adaptation du dispositif d'astreinte médicale senior sous forme d'un doublement de l'astreinte avec un second médecin les dimanches et jours fériés. Les patients isolés et contenus seront ainsi visités et réévalués quotidiennement tous les jours de l'année.

Cette double astreinte est effective depuis mars 2018 afin d'assurer une visite minimum des patients placés en isolement par 24h, y compris les week-ends et les jours fériés.

- ✓ Intégration d'un avenant au projet d'établissement 2015-2020 sous forme d'un objectif prioritaire complémentaire de l'axe 1 (Adapter et prioriser les prises en charge) visant à la réduction du recours à l'isolement et à la contention.

Par conviction et volontairement, l'établissement s'est engagé à réduire ses pratiques d'isolement et de contention. Pour y parvenir, deux axes de travail sont prévus :

- La mise en conformité par rapport aux attendus réglementaires,
 - La mise en place d'une démarche volontariste d'accompagnement du changement de pratique qui permettra de prévenir et de limiter ce recours.
- ✓ Révision du cahier des charges de la formation prévention des situations de violence et d'agitation.

Le groupe de formateurs internes et le groupe isolement et contention ont travaillé ensemble sur la mise en place des ateliers de prévention primaire, secondaire et tertiaire. La formation a intégré la notion de dernier recours et les alternatives à l'isolement et à la contention.

- ✓ Un cabinet est mandaté pour travailler un dispositif d'appel à l'aide malade avec une solution spécifique pour les patients isolés et contenus.

Suite à différentes expérimentations (montre, bouton d'appel...) non satisfaisantes, l'établissement a orienté son choix vers un appel malade généralisé. Des membres du groupe contention isolement et le service technique sont allés visiter un établissement où ce dispositif était installé. Présenté en réunion cadre et comité stratégique, le cahier des charges est en cours de finalisation.

- ✓ Intégration des indicateurs de suivi de mesures de contention et d'isolement par pôles et services, dans le cadre de la contractualisation interne de l'établissement.

Suite à la présentation du rapport, les représentants des usagers ont demandé l'ajout dans le 8^{ème} point du rapport nommé « Perspectives 2018 » des actions identifiées en séance après échanges, à savoir :

- ✓ Recherche de matériel de verticalisation et adaptable

Des adaptables et relèves bustes en mousse ont été testés sur plusieurs mois et différents patients dans deux unités distinctes. Le confort ne s'avérant pas être suffisant pour le patient, l'établissement n'a pas donné suite à ces essais. Une réflexion pour globale devra être menée. Il existe, toutefois des relèves bustes dans chacune des unités.

- ✓ EPP relative au vécu du patient en CSI dans un pôle sectoriel

Le secteur G27 a engagé une EPP qui est en cours.

- ✓ Réalisation d'une semaine à thème sur les alternatives à la contention et à l'isolement

Cette semaine à thème a été réalisée en novembre 2018. 200 professionnels de jour comme de nuit y ont participé. Une restitution a été faite en commission des soins infirmiers au premier trimestre 2019 avec une suggestion de diffusions des propositions faites par les professionnels.

- ✓ Diffusion des guides de la Haute Autorité de Santé dans chacune des équipes

Les membres du groupe isolement contention ont accompagné la diffusion d'un classeur des guides et outils de l'HAS par unité de soins afin de faciliter sa lecture et son appropriation.

- ✓ Analyse systématique des évènements indésirables en CSI

Un binôme du groupe contention isolement analyse tout évènement indésirable et grave survenu à l'occasion d'une mise en CSI à partir d'une grille testée de juillet à décembre 2018, réajustée en 2019.

- ✓ Contribution des représentants des usagers à l'amélioration des procédures de contention et isolement

La commission des usagers est associée à la politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention. Les chiffres trimestriels seront présentés à la commission. Une visite de CSI et une présentation du matériel de contention a été organisée avec les représentants des usagers en juillet 2018.

Plan d'action 2019

Les axes de travail identifiés pour l'année 2019 prennent en compte les prescriptions et recommandations de l'Agence Régionale de Santé suite à l'inspection réalisée en octobre 2018 en matière d'isolement et de contention ainsi que la restitution provisoire des constats issus de la visite du Contrôleur général des lieux privatifs de liberté. Ils intègrent également :

- Les propositions du comité stratégique qui engagent les pôles et la direction dans la réduction du recours à la contention
- Les actions d'amélioration du groupe contention isolement validées par la Commission Médicale d'Etablissement.

Ce programme d'actions vise à induire une évolution culturelle visant à modifier les pratiques au sein des équipes.

Evolution des représentations

1. Visites d'établissements ne recourant pas ou peu à l'isolement et à la contention :
 - a. Rencontre à programmer avec le Centre Hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or (automne 2019)
 - b. Visite du Centre hospitalier Valvert de Marseille (avant fin 2019)
2. Analyser mensuellement au sein de chaque pôle et par unité, le tableau des données d'activité du recours à l'isolement et à la contention et les comparer à celles du pôle et celles globales de l'établissement
3. Diffuser les travaux sur les alternatives à la contention et à l'isolement proposées lors des semaines à thème et des colloques sur la prévention primaire, secondaire et tertiaire réalisés dans l'établissement pour une appropriation au niveau des unités d'hospitalisation.

Evolution des organisations et des pratiques

1. Reprise hebdomadaire en équipe pluridisciplinaire de toutes les indications d'isolement et de contention, en intégrant l'analyse des mesures de désescalade à partir d'une fiche guide réalisée en cohérence avec les outils 8 et 9 du Guide HAS « Prévention et Violences ».

2. Améliorer la contenance des équipes grâce au renforcement des unités d'entrée en personnels infirmiers, aux changements d'organisation et à l'accompagnement par une formation.
3. Reconsidérer les Chambres de Soins Intensifs comme un outil de soins en les retirant du tableau des lits
4. Positionner la gestion des Chambres de Soins Intensifs au niveau de chaque service, mettant fin par conséquent à la mutualisation des Chambres de Soins Intensifs au niveau de l'établissement
5. Interroger systématiquement dès l'accueil du patient, adressé par les services d'urgences, la reconduction d'une décision médicale d'isolement ou de contention
6. Réfléchir à la mise en place d'un espace d'apaisement par unité
7. Requalifier les chambres d'apaisement du pôle de gérontopsychiatrie en chambre d'isolement dédié de type A
8. Réajuster la fiche des audits pour analyser les Evènements Indésirables et Graves survenus en Chambres de Soins Intensifs
9. Organiser une réunion d'échanges avec l'Agence Régionale de Santé sur le circuit des urgences
10. S'engager avec la Direction Générale de l'Offre de Soins pour un accompagnement de l'hôpital dans la réduction du recours à l'isolement et à la contention

Evolution d'ordre matériel et immobilier

1. Mettre en place un système d'appel malade dans toutes les chambres, y compris les chambres de soins intensifs, d'ici la fin de l'année 2019.
2. Installer des stores pour respecter l'intimité des patients en Chambre de Soins Intensifs
3. Poursuivre la recherche de matériels adaptés pour les Chambres de Soins Intensifs
4. Installer une seconde porte d'accès dans les Chambres de Soins Intensifs des unités non concernées par le programme de rénovation immobilière

6.2 Présentation du rapport annuel du CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales)

Le médecin chef du département de médecine polyvalente présente le rapport du CLIN pour l'année 2018.

Dans le chapitre « surveillance et vigilance », « suivi des pathologies infectieuses », un représentant des usagers s'interroge sur le lien entre les infections de la cavité buccale et le suivi des soins dentaires. Le médecin chef confirme qu'un mauvais suivi engendre ce nombre d'infections élevé. En la matière, la prévention est difficile malgré les moyens mis en œuvre à travers notamment la mise à disposition de brosse à dents et de dentifrice et

la transmission d'explication sur l'hygiène dentaire à destination des patients ou encore le travail du réseau de santé dentaire pour les enfants et les adolescents.

Un représentant des usagers s'interroge sur le manque de linge pour les patients, notamment de draps, invoqués par les soignants.

Les demandes de réapprovisionnement des stocks au sein des unités sont fluctuantes et dépendent des problématiques propres aux patients et des pathologies. Il peut donc arriver effectivement des manques ponctuels qui sont rapidement traités par la blanchisserie.

Un représentant des usagers s'interroge sur l'évènement grave mentionné et l'origine de la gale. Le médecin chef explique que la ville de Vénissieux a subi une épidémie de gale mais aussi de punaises de lit. La Mairie a d'ailleurs été en grande difficulté face à ces deux problèmes sanitaires et l'invasion n'est malheureusement toujours pas endiguée.

En conclusion, la CDU constate un bilan positif des éléments présentés du fait que les différents taux ont majoritairement évolués dans un sens positif ce qui démontre que les actions mise en place ont été efficaces.

6.3 Présentation de l'évolution du dispositif de soins concernant les UHCD

Le président de la CDU informe les membres de la CDU de la fermeture de l'une des deux UHCD et sur l'évolution du dispositif de soins.

Il rappelle que le recrutement de personnel médical est particulièrement problématique depuis deux ans. A ce jour 12 postes sont vacants sur l'établissement soit 10% des effectifs. Il précise que l'établissement n'est pas le seul concerné par cette problématique, la situation étant très compliquée pour certains établissements avec un taux de postes vacants avoisinant les 30%.

Tous les pôles de l'établissement sont affectés par ces vacances de postes mais un pôle est particulièrement touché. Le pôle accueil admission qui gérait les deux UHCD a été ainsi lourdement impacté avec une présence médicale très réduite.

Malgré la procédure dégradée mise en place, le Médecin Chef et la Direction ont pris la décision de fermer l'une des deux UHCD : l'unité PUSSIN. En effet, aucune autre alternative faute de médecin et ce même par le biais du recrutement de médecin intérimaire, n'a été possible.

Cette décision a été présentée aux différentes instances de l'établissement et communiquée à l'ARS.

Cette fermeture qui provoque la fermeture de 10 lits a été également évoquée en « communauté psychiatrique de territoire Rhône Métropole » suite aux impacts en matière d'accueil des patients. Il faut souligner la bienveillance des deux autres établissements du Rhône face à cette situation. En effet, les CH Le Vinatier et Saint Cyr au Mont d'Or dépannent souvent l'établissement.

La tension sur les effectifs médicaux est une préoccupation conjointe de la Direction et des médecins chefs. Un plan d'action est en cours de mise en œuvre.

6.4 Préparation de la visite de certification de 2020

Le groupe de travail interne dédié aux droits des patients a repris son travail courant 2019 afin d'actualiser les éléments nécessaires à la certification sur le processus.

Le groupe de travail a mis à jour la cartographie identifiant les risques a priori et a posteriori de l'établissement. Il a également actualisé le plan d'actions prioritaires à conduire ainsi que les échéances éventuelles des actions.

Les pilotes du processus ont réalisé un point d'avancé sur les actions menées depuis la dernière certification et sur celles qui restent encore à réaliser dans l'objectif de poursuivre le travail d'amélioration continue de la mise en œuvre des droits des patients sur l'établissement.

7 OBSERVATIONS, RECOMMANDATIONS ET AVIS DES REPRESENTANTS DES USAGERS SUR LA CDU

A la suite du plan d'actions établi dans le cadre du processus des droits des patients, les représentants des usagers souhaitent, en 2020, continuer à être associés au choix des priorités qui seront données à la mise en œuvre de ces actions, et être informés régulièrement, en commission des usagers, de l'avancement de leur réalisation.

En ce qui concerne la possibilité, envisagée en 2018, de favoriser les rencontres directes avec les usagers, les représentants des usagers souhaitent pour 2020 qu'elles soient organisées, au préalable en concertation avec les équipes de soins (ce qui leur permettra de se faire connaître des soignants), sous la forme d'une permanence d'écoute, dans des lieux de préférence extérieurs aux services, à des dates fixées à l'avance, et affichées dans les services et unités, en même temps que les coordonnées des représentants des usagers. Cette organisation des rencontres RU-usagers devrait s'appliquer aussi bien en intra qu'en extra hospitalier.

Par ailleurs, les représentants des usagers souhaitent participer en 2020 aux travaux du processus « Parcours patient », de la même manière qu'ils sont déjà associés au processus droit des patients.

8 RETOUR SUR LES PROJETS PRIORITAIRES 2019 ET PROJETS PRIORITAIRES 2020.

8.1 Amélioration de la distribution du livret d'accueil et du retour des questionnaires de satisfaction des patients

L'amélioration de la distribution du livret d'accueil et du retour des questionnaires de satisfaction des patients reste une priorité majeure pour l'année 2020.

Les résultats des questionnaires de satisfaction montrent que la distribution du livret d'accueil s'est améliorée mais conserve un taux insuffisant (57%).

De même, malgré le fait que l'établissement ait recueilli en 2019 beaucoup plus de questionnaires de satisfaction, l'établissement doit encore travailler à l'amélioration de la distribution des questionnaires de satisfaction. En effet, le taux de retour du questionnaire reste bas.

Dans l'objectif de travailler sur cette thématique, la CDU a constitué, en 2019, un groupe de travail composé de représentants des usagers, de la responsable du SDH, du médiateur soignant et piloté par la responsable de la qualité.

Le groupe s'est réuni deux fois et a élaboré, dans un premier temps, un nouveau questionnaire de satisfaction pour les patients adultes. Le groupe a également proposé de travailler sur deux autres questionnaires pour l'extra hospitalier : un pour adulte, l'autre pour enfant et adolescent.

Afin de favoriser l'amélioration du recueil des questionnaires, la nouvelle formule sera intégrée dans le livret d'accueil des patients et mise à disposition de manière individuelle, au SDH, à la MDU et à la cafétéria des patients.

Les membres du groupe ont également pensé que le questionnaire puisse avoir une version numérisée pour un remplissage en ligne. Cette question devra être rediscutée avec le service informatique de l'établissement.

8.2 Intervention des représentants des usagers dans les unités de soins

Les représentants des usagers ont souhaité que la possibilité leur soit donnée de rencontrer directement les usagers dans les unités de soins afin de consolider leur rôle de représentant et améliorer les contacts avec les patients pour mieux percevoir leurs besoins.

Cette rencontre passerait par plusieurs étapes :

1. Faire mieux connaître les représentants des usagers au sein de l'établissement, en affichant leurs noms, coordonnées et photographies sur les panneaux existant, en extra et en intra hospitalier.
2. Permettre aux représentants des usagers de rencontrer d'abord les soignants afin de leur exprimer leurs souhaits et de leur expliquer la valeur ajoutée de leurs missions. Un service extra hospitalier et un service intra hospitalier pourraient être sélectionnés dans un premier temps. Ils le seraient à titre de test de la démarche, et par la direction de l'hôpital en prenant en compte la motivation des personnels concernés. Le soutien des soignants est primordial, car ils peuvent parler de la démarche auprès des usagers qu'ils connaissent évidemment très bien.
3. Rencontrer, d'une manière à définir avec le service concerné, les patients et usagers qui le souhaitent, de manière groupée dans un premier temps, pour une première prise de contact informative, explicative et générale, avec des échanges souhaités. Puis rencontrer ensuite individuellement les patients et usagers qui le souhaiteraient, par des présences, régulières si nécessaire, qui pourraient avoir lieu au sein du service ou de l'établissement, en extra et en intra-hospitalier.
4. Une généralisation à tous les services de l'établissement pourrait enfin être étudiée. Il conviendra, au préalable, de définir des indicateurs d'évaluation des résultats de la démarche avant d'envisager cette généralisation.

Ce dispositif fera l'objet d'une présentation en commission de soins infirmiers et en comité médical avant sa mise œuvre.

8.3 Promotion de la Maison des Usagers et des associations d'usagers et de familles

Si l'analyse des questionnaires de satisfaction pour l'année 2018 ne faisait plus état de la nécessité d'informer les patients sur l'existence de la MDU et les permanences des associations d'usagers, en 2019 nous constatons, à nouveau la présence de cet item dans les trois résultats à améliorer avec tout de même un taux de satisfaction de 71%.

Le taux étant bien plus élevé que ceux relatifs à la remise du livret d'accueil et des activités proposées aux patients, il convient ne pas considérer la promotion de la MDU et des associations d'usagers et de familles comme une action prioritaire pour 2020.

8.4 Moyens de communication mis à disposition des patients

L'interpellation des patients sur cette thématique a conduit l'établissement à installer pour toutes les personnes hospitalisées un accès à internet via le WIFI ainsi que 3 postes informatiques en libre-service à la cafétéria depuis le 4 mars 2019.

Les questionnaires de satisfaction des patients montrent tout l'intérêt de l'installation du WIFI car le taux de satisfaction concernant les moyens de communication mis à disposition des patients figure dans les trois meilleures évolutions avec plus 7 points de satisfaction et ne figure plus dans les résultats à améliorer.

Cette action ne figure donc plus au rang des actions prioritaires pour 2020.

8.5 Guide de bonnes pratiques relatif au respect des libertés individuelles

Le guide de bonnes pratiques sur le respect des libertés individuelles a été rédigé au cours de l'année 2019 et a été validé par le CME. Au cours de l'année 2020, il devra faire l'objet d'une diffusion et d'une présentation aux professionnels afin qu'ils se l'approprient et permette la mise en œuvre de son plan d'action.

8.6 Aménagement d'un espace de rencontre patients-visiteurs

Les représentants des usagers souhaitent que soit ouverte une réflexion concernant l'aménagement au sein des unités d'un espace permettant aux visiteurs de rencontrer agréablement les personnes qu'ils viennent voir.

Faute d'espaces suffisants dans les locaux actuels, cette action est subordonnée à la réalisation du programme de construction et rénovation lourde des unités de soins en cours de négociation avec l'ARS.

8.7 Finalisation du travail autour de la personne de confiance

Le travail autour de la personne de confiance s'est matérialisé en 2019 par la mise en place de «1/4 d'heure droits de patients » consacré à cette thématique. Cette action s'est traduite concrètement par le passage dans les unités de soins d'un représentant du Département d'Information Médicale et de la responsable du Service des Hospitalisations afin de rappeler aux soignants le cadre légal de la désignation de la personne de confiance ainsi que les modalités de traçage dans le dossier patient informatisé. En effet, un défaut d'exhaustivité du recueil a été identifié comme étant lié à une mauvaise connaissance de l'outil informatique. Par ailleurs des plaquettes d'information actualisées ont été produites spécifiquement pour les soignants. Des supports d'information à destination des patients existent également au-delà du texte explicatif intégré au livret d'accueil.

En 2020 il conviendra d'évaluer cette action pour déterminer si la proposition de désignation de la personne de confiance est tracée dans le dossier patient informatisé.

AVIS DONNE PAR LA CDU SUR LE FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION

L'ensemble des membres de la CDU émet un avis satisfaisant sur le fonctionnement actuel de la commission.

Les réunions de la commission sont riches d'échanges. Il y règne une excellente écoute et une participation active.

Les membres de la CDU souhaitent que la dynamique engagée en matière de qualité des débats et des avis formulés se poursuive en 2020.

9 ANNEXE 1 : Restitution des résultats de l'enquête de satisfaction 2019

RAPPEL

Le questionnaire de satisfaction est composé :

- D'un encart permettant d'identifier le répondant (patient ou famille), son unité d'hospitalisation et s'il s'agit d'un premier séjour
- De 38 questions réparties sur 3 grandes thématiques :
 - o Accueil et prise en charge
 - o Droits et informations
 - o Aide et accompagnement
- De 2 autres questions destinées aux patients ayant effectué plusieurs séjours

⇒ La satisfaction globale est calculée à partir des critères A « Très bon » et B « Bon »

Evolution de 2015 à 2019

► Satisfaction globale :

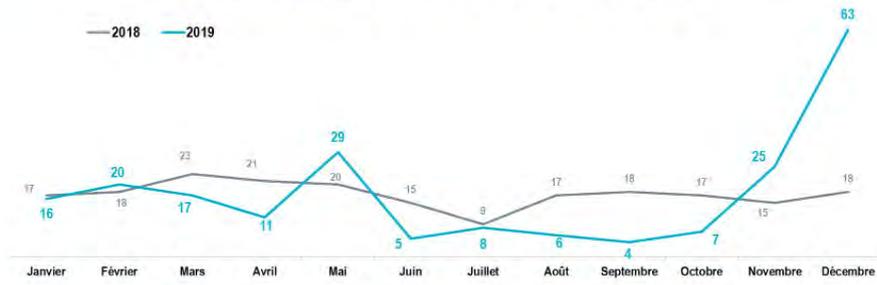


► Nombre de questionnaires retournés :



Evolution 2018 - 2019

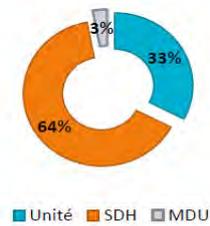
Réception des questionnaires au cours de l'année



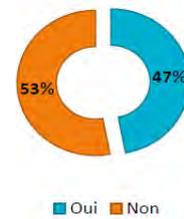
Résultats des questionnaires - 2019

Données générales

► Provenance des questionnaires :



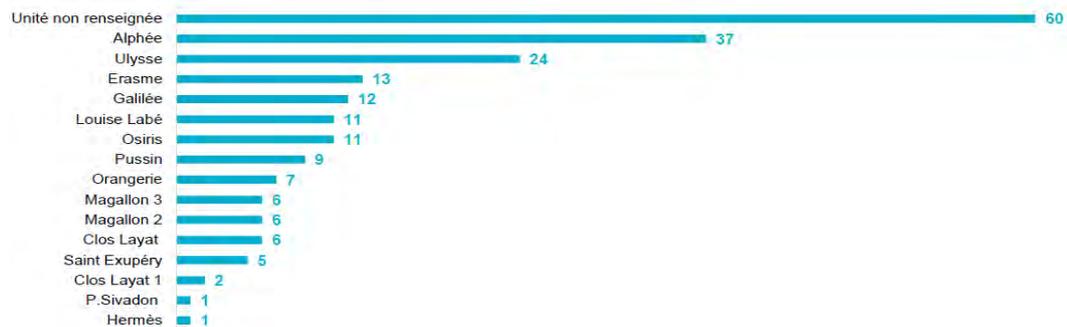
► Pourcentage de premiers séjours :



► Identité des répondants



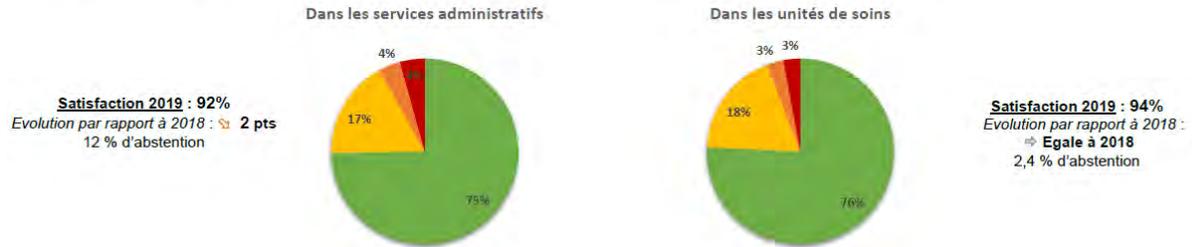
► Nombre de questionnaires retournés par unités



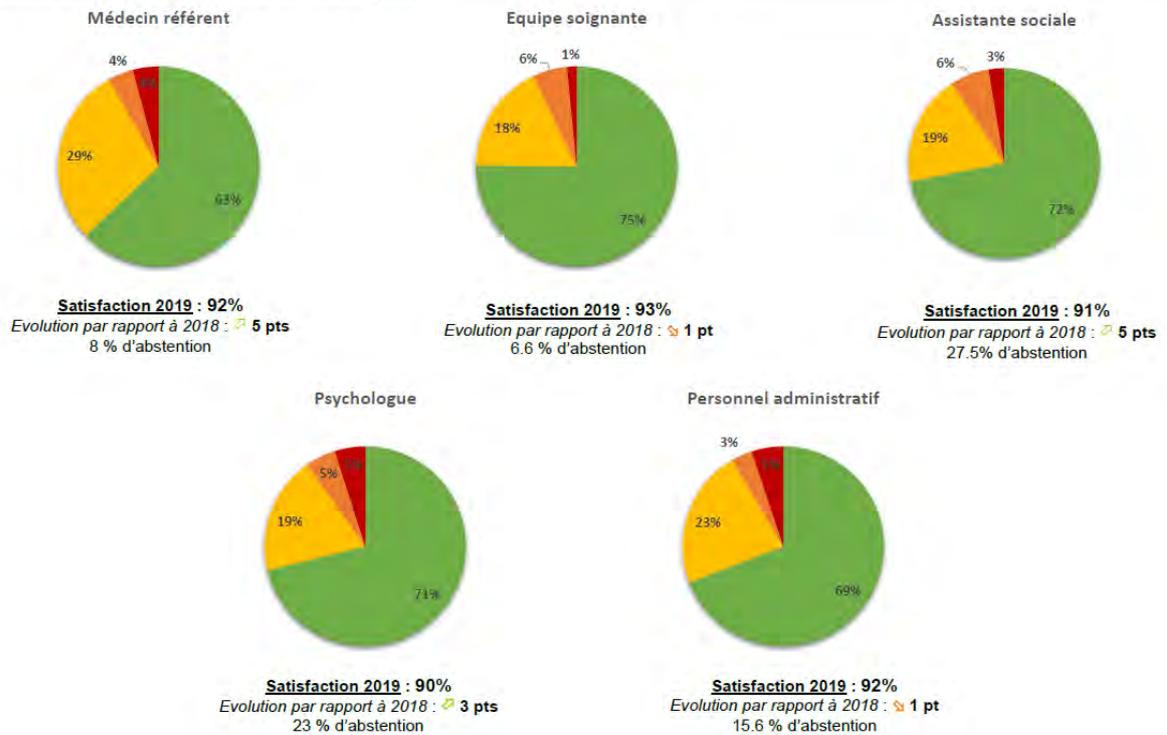
ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE

Légende : ■ Très bon ■ Bon ■ Pas bon ■ Mauvais

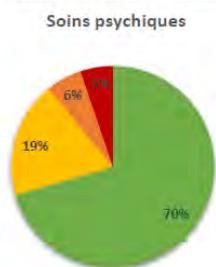
► Qualité de l'accueil reçu



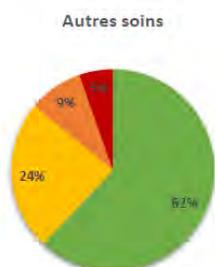
► Disponibilité des personnels durant le séjour



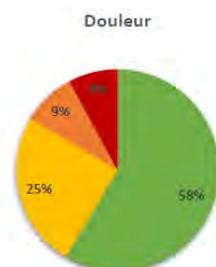
► **Prise en compte de votre maladie en termes de**



Satisfaction 2019 : 89%
Evolution par rapport à 2018 : ↘ 1 pt
8.5 % d'abstention

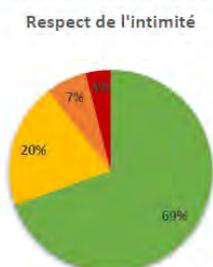


Satisfaction 2019 : 86%
Evolution par rapport à 2018 : ⇒ **Egale**
à 2018
29 % d'abstention

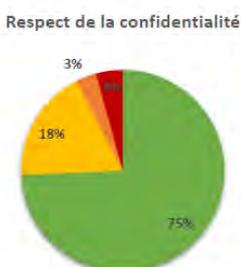


Satisfaction 2019 : 83%
Evolution par rapport à 2018 : ↘ 2 pts
33.6 % d'abstention

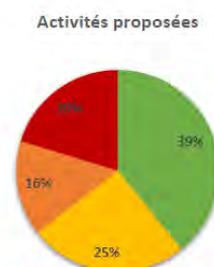
► **Conditions d'hospitalisation**



Satisfaction 2019 : 89%
Evolution par rapport à 2018 : ↗ 4 pts
5 % d'abstention



Satisfaction 2019 : 93%
Evolution par rapport à 2018 : ↗ 5 pts
11 % d'abstention



Satisfaction 2019 : 64%
Evolution par rapport à 2018 : ↗ 2 pts
23 % d'abstention

DROITS ET INFORMATIONS

Remise du livret d'accueil

Evolution par rapport à 2018 : ↗ 2 pts
11 % d'abstention



Légende : ■ Très bon ■ Bon ■ Pas bon ■ Mauvais

► **Qualité de l'information donnée**



Satisfaction 2019 : 91%
Evolution par rapport à 2018 : ↗ 1 pt
12 % d'abstention



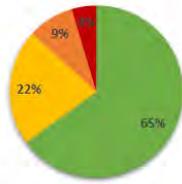
Satisfaction 2019 : 90%
Evolution par rapport à 2018 : ↗ 1 pt
10 % d'abstention



Satisfaction 2019 : 86%
Evolution par rapport à 2018 : ⇒ **Egale** à 2018
15 % d'abstention

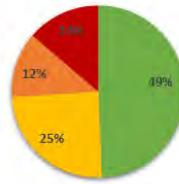
Sur le fonctionnement de l'établissement et de l'unité

Satisfaction 2019 : 87%
Evolution par rapport à 2018 : ➡ **Egale à 2018**
16 % d'abstention



Sur l'existence d'une MDU et la permanence des associations

Satisfaction 2019 : 74%
Evolution par rapport à 2018 : ➡ **3 pts**
31 % d'abstention

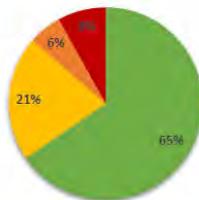


AIDE ET ACCOMPAGNEMENT

► **Information apportée sur**

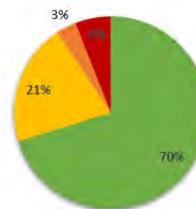
La prise en charge sociale

Satisfaction 2019 : 86%
Evolution par rapport à 2018 : ➡ **1 pt**
23 % d'abstention



Les formalités administratives

Satisfaction 2019 : 91%
Evolution par rapport à 2018 : ➡ **6 pts**
28.5 % d'abstention

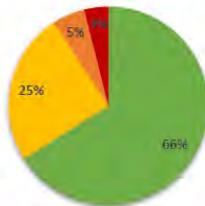


► **Aide apportée pour les démarches**

Légende : ■ Très bon ■ Bon ■ Pas bon ■ Mauvais

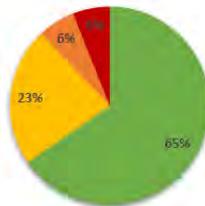
Au niveau administratif

Satisfaction 2019 : 91%
Evolution par rapport à 2018 : ➡ **3 pts**
28 % d'abstention



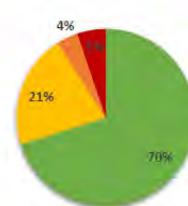
Au niveau social

Satisfaction 2019 : 88%
Evolution par rapport à 2018 : ➡ **3 pts**
29 % d'abstention



Organisation et préparation de la sortie

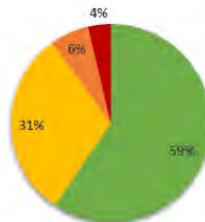
Satisfaction 2019 : 91%
Evolution par rapport à 2018 : ➡ **6 pts**
27 % d'abstention



► **Environnement et vie quotidienne**

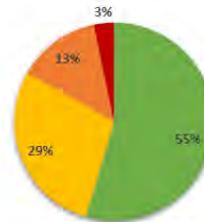
Confort de la chambre

Satisfaction 2019 : 90%
Evolution par rapport à 2018 : ➡ **8 pts**
10 % d'abstention

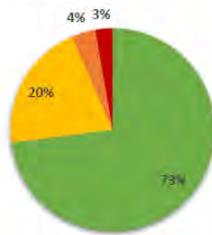


Confort des espaces communs

Satisfaction 2019 : 84%
Evolution par rapport à 2018 : ➡ **1 pt**
12 % d'abstention



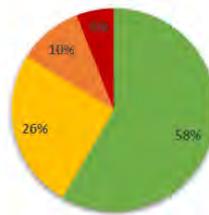
Propreté de la chambre



Satisfaction 2019 : 93%
Evolution par rapport à 2018 :
↗ 2 pts

12 % d'abstention

Propreté des espaces communs

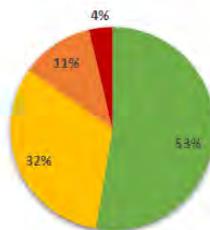


Satisfaction 2019 : 84%
Evolution par rapport à 2018 :

↘ 3 pts
12 % d'abstention

► **Tranquillité et sécurité**

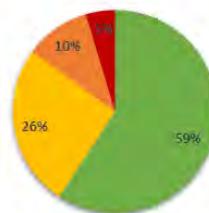
Au sein des unités



Satisfaction 2019 : 85%
Evolution par rapport à 2018 :
⇒ Egale à 2018

10 % d'abstention

Dans le parc

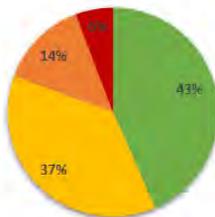


Satisfaction 2019 : 85%
Evolution par rapport à 2018 :

↘ 2 pts
17.5 % d'abstention

► **Prestations hôtelières**

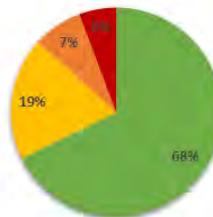
Qualité et quantité des repas



Satisfaction 2019 : 80%
Evolution par rapport à 2018 :
↘ 3 pts

9.5 % d'abstention

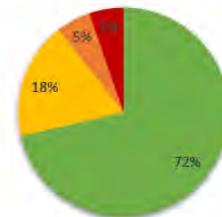
Respect des régimes



Satisfaction 2019 : 87%
Evolution par rapport à 2018 :

↘ 4 pts
25% d'abstention

Gestion des effets personnels

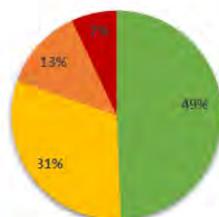


Satisfaction 2019 : 90%
Evolution par rapport à 2018 :

⇒ Egale à 2018
19 % d'abstention

► **Liens avec l'extérieur**

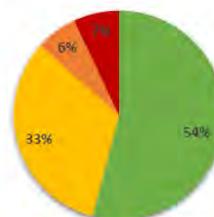
Journaux, télévision, cafétéria



Satisfaction 2019 : 80%
Evolution par rapport à 2018 :

↘ 1 pt
18.5 % d'abstention

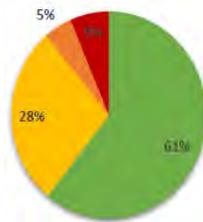
Horaires de visite



Satisfaction 2019 : 87%
Evolution par rapport à 2018 :

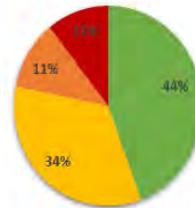
↘ 1 pt
18.5 % d'abstention

Facilité d'accueil des visiteurs



Satisfaction 2019 : 89%
Evolution par rapport à 2018 :
↗ 1 pt
19 % d'abstention

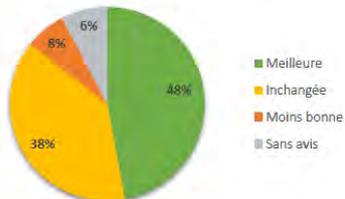
Moyens de communication à disposition



Satisfaction 2019 : 78%
Evolution par rapport à 2018 :
↗ 7 pts
24 % d'abstention

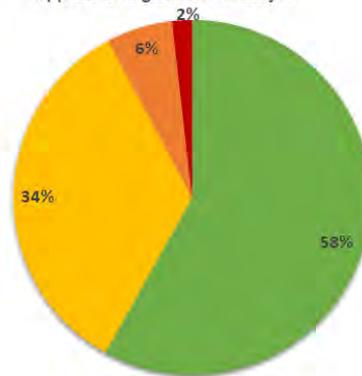
SATISFACTION GLOBALE

Impression depuis le dernier séjour



104 répondants (49%) ont déjà effectué un séjour

Appréciation globale sur le séjour



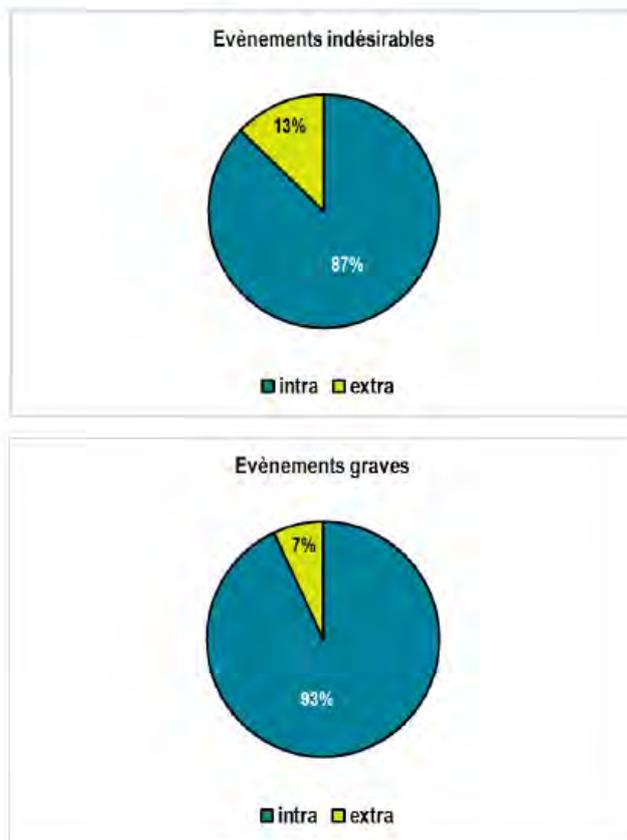
92 % de satisfaction

8 % d'insatisfaction

Evolution satisfaction 2018-2019 :
↗ 5 pts
21 % d'abstention

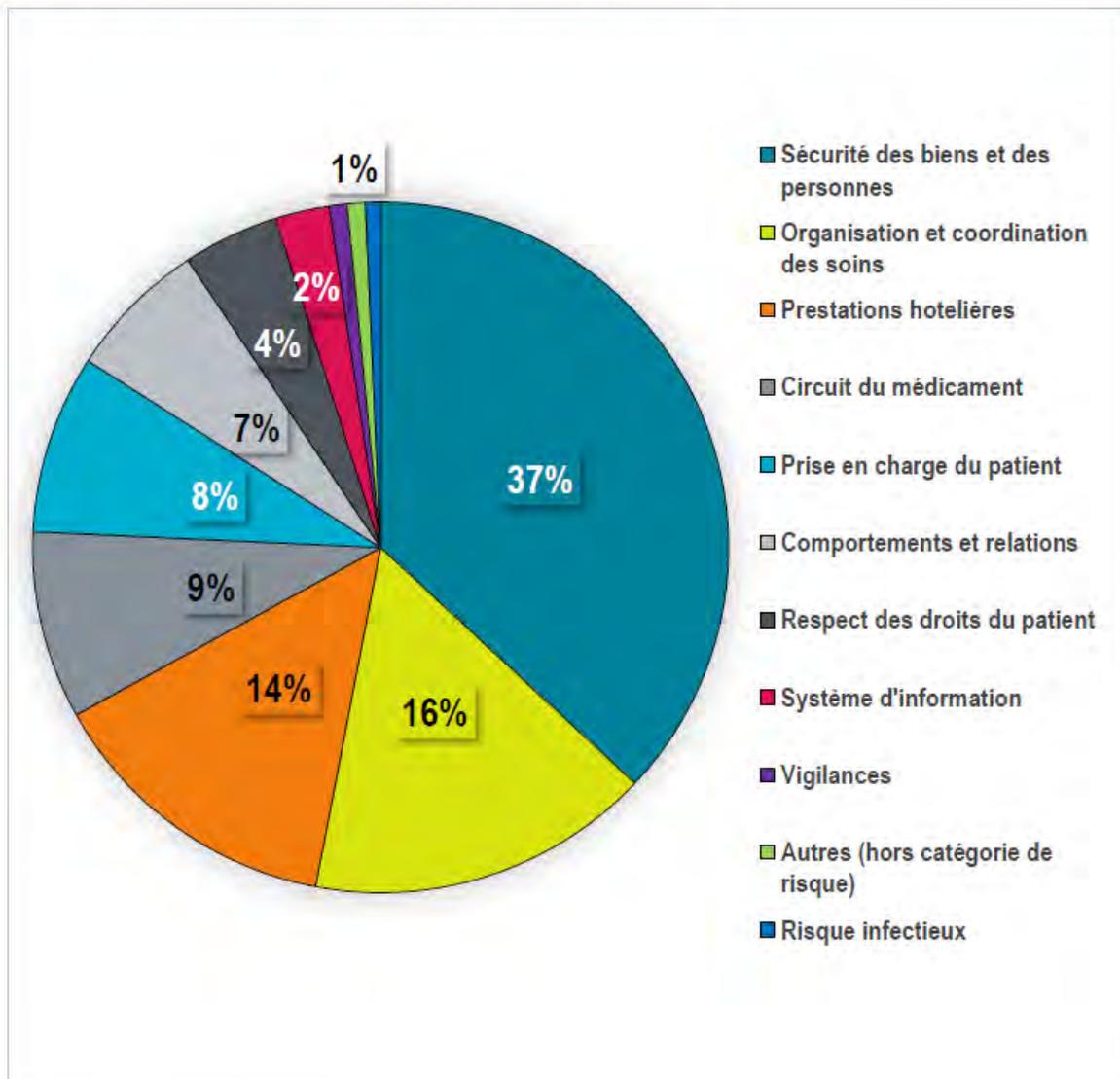
10 ANNEXE 2 : Bilan des évènements indésirables et graves 2019 (synthèse)

Répartition des déclarations d'évènements (indésirables et graves) entre les unités intra hospitalières et les structures extra hospitalières



Détails des événements indésirables déclarés

Répartition des événements indésirables déclarés par catégorie de risque



37% concernent la **Sécurité des biens et des personnes**

⇒ 265 déclarations (contre 254 en 2018)

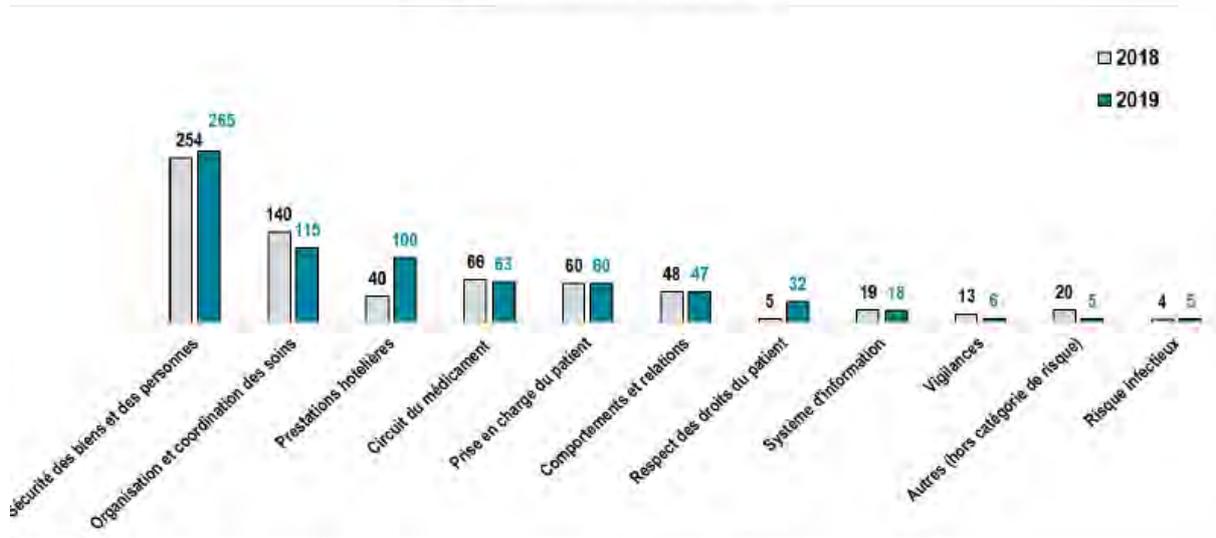
16% concernent l'**Organisation et coordination des soins**

⇒ 115 déclarations (contre 140 en 2018)

14% concernent les **Prestations hôtelières**

⇒ 100 déclarations (contre 40 en 2018)

Evolution entre 2018 et 2019



Détails des natures de risque les plus déclarées

Sécurité
des biens
et des
personnes

265 déclarations soit 37% des événements indésirables

Nature de l'évènement	Nombre de déclarations	% total	Evolution par rapport à 2018 (nombre de déclarations)
Agression, violence physique	109	41 %	↗
Agression, menace verbale	32	12%	↗
Introduction objet / produit illicite (arme, drogue, alcool, autres)	26	10%	↗
Matériel / local non adapté ou dangereux	24	9%	↘
Vol / disparition	18	7%	↗
Dégradation matériel / locaux	17	6%	↗
Accessibilité des locaux	13	5%	↘
Présence indésirable	11	4%	↗
Défaut de fonctionnement d'un système de sécurité	6	2%	↘
Non-respect des règles de sécurité	4	2%	↘
Début de feu	2	1%	→
Panne	2	1%	↘
Déclenchement intempestif de l'alarme incendie	1	0%	↘

**Organisation
coordination
des soins**

115 déclarations soit 16% des événements indésirables

Nature de l'évènement	Nombre de déclarations	% total	Evolution par rapport à 2018 (nombre de déclarations)
Défaut de coordination / continuité des soins	59	51%	↘
Incident lors du transport du patient	23	20%	↘
Non-respect, méconnaissance des procédures	12	10%	↗
Dispositif médical non disponible	11	10%	↗
Défaut de transmission d'information	8	7%	↘
Dossier incomplet / introuvable	2	2%	↘

**Prestations
hôtelières**

100 déclarations soit 14% des événements indésirables

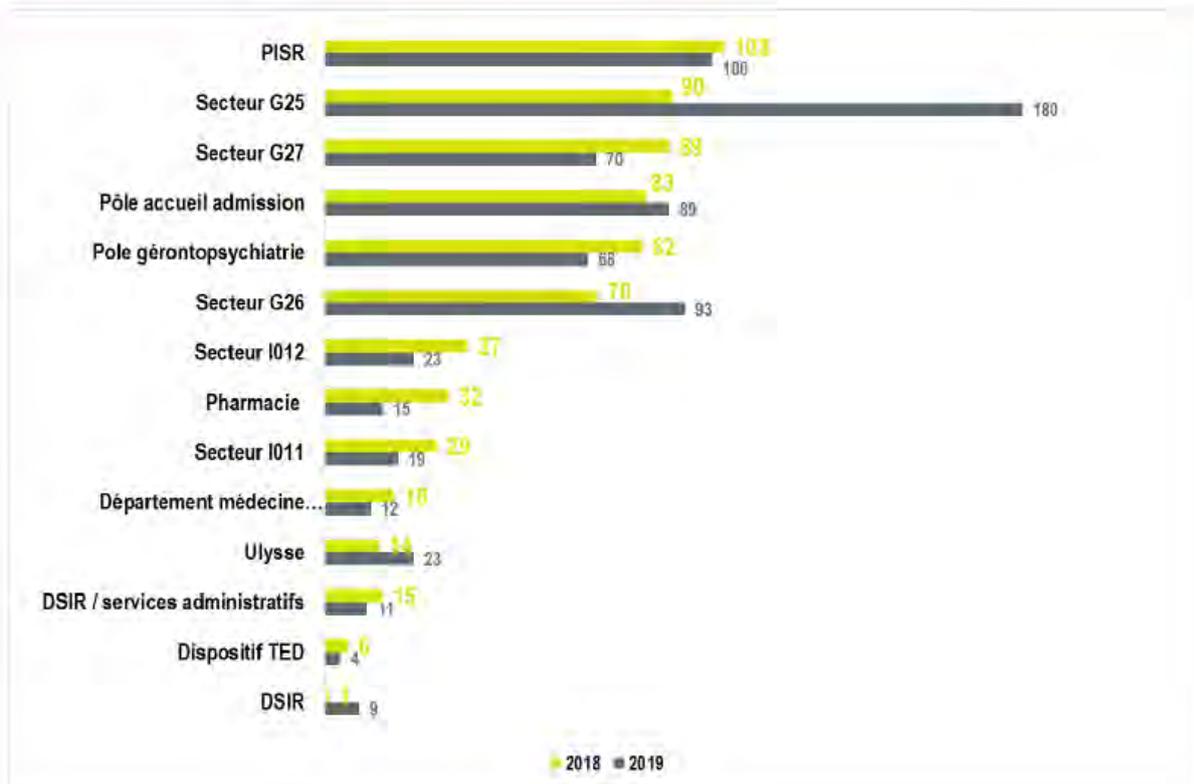
Nature de l'évènement	Nombre de déclarations	Evolution par rapport à 2018 (nombre de déclarations)
Dysfonctionnement lié au linge	68	
- Manque de pyjamas dans les unités	11	↗
- Manque de tenues professionnelles	56	
- Gestion du linge personnel du patient par l'unité	1	
Dysfonctionnement lié à l'hygiène	19	
- Prestation de nettoyage intra/extra	9	
- Panne de lave-vaisselle / WC qui fuit / odeurs nauséabondes (DPS)	5	↗
- Manque d'ASH dans les unités non sous-traitées	4	
- Absence de savon par la pharmacie	1	
Dysfonctionnement lié à la restauration	13	↗

Eléments apportés par le conseiller hôtelier :

Pour le manque de pyjamas dans les unités : de nouveaux pyjamas ont été achetés en mai 2019 et une nouvelle commande a été passée début janvier 2020.

Pour le manque de tenues professionnelles : la mise en place du prestataire ELIS fin 2018 avec le principe de location/entretien des tenues professionnelles pour l'ensemble des infirmiers, aides-soignants et ASH a nécessité des ajustements et mesures correctives toute au long de l'année 2019, l'objectif 2020 est de diminuer de façon importante le manques de tenues dans les unités

Nombre de déclarations par secteur / pôle



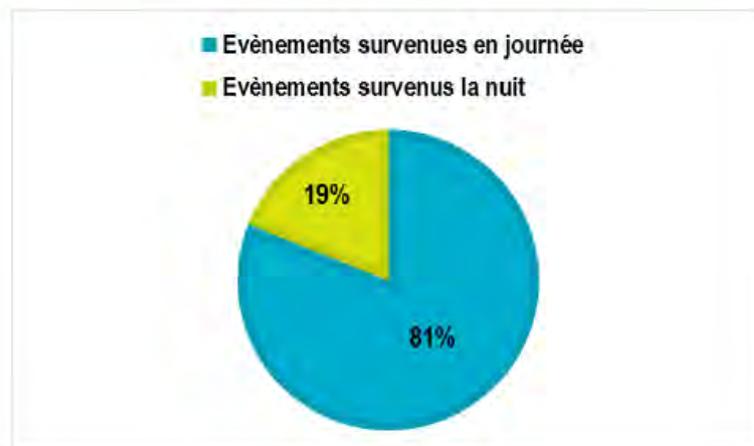
Professions des déclarants

Les équipes infirmières ont déclaré **77% des évènements indésirables** de l'année 2018 soit **553** déclarations sur les 716 EI (contre 79% en 2018).



NB : Les professions absentes de ce graphique ont déclaré moins de 1 évènement indésirable en 2019

Répartition des événements indésirables en journée et la nuit

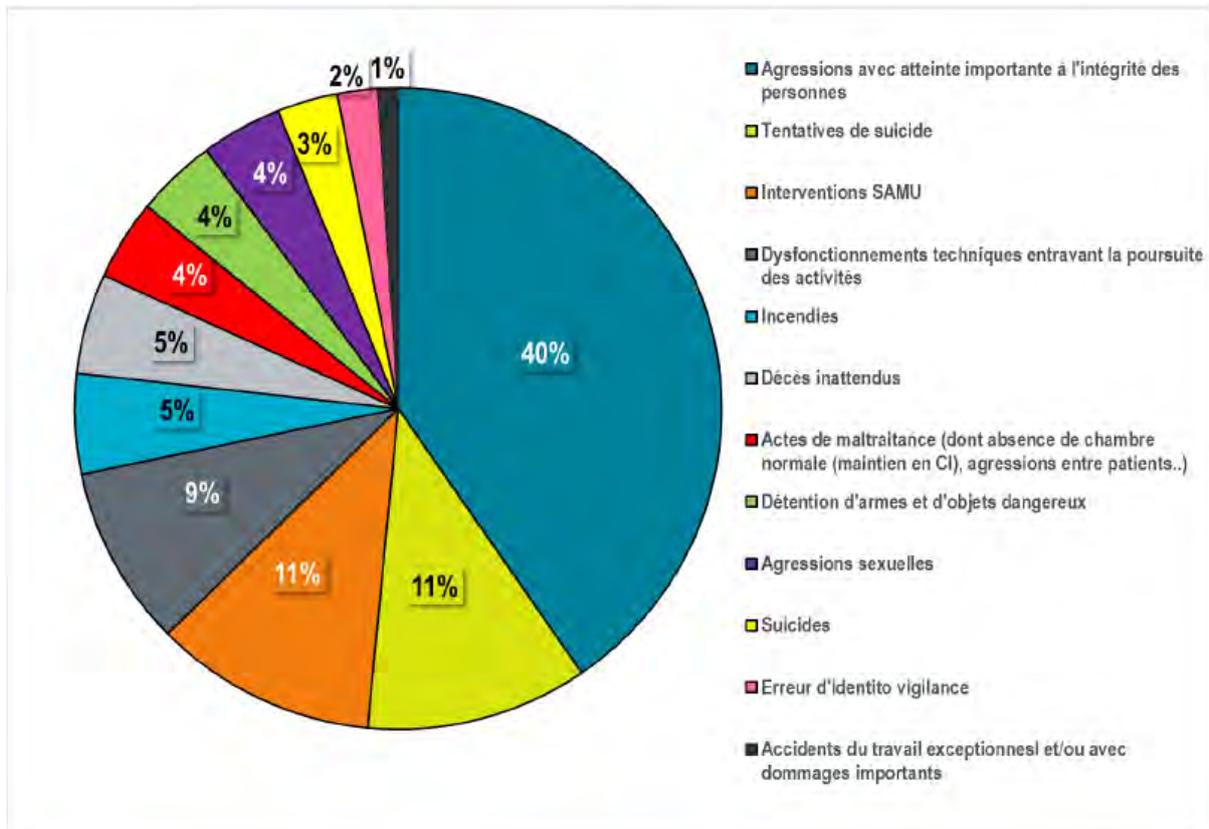


Evènements pris en charge par les équipes de nuit

Les 3 catégories d'évènements indésirables déclarées par les équipes de nuit concernent majoritairement :

- La sécurité des biens et des personnes (33% des EI déclarés)
- L'organisation et la coordination des soins (17% des EI déclarés)
- La prise en charge du patient (14 %des EI déclarés)

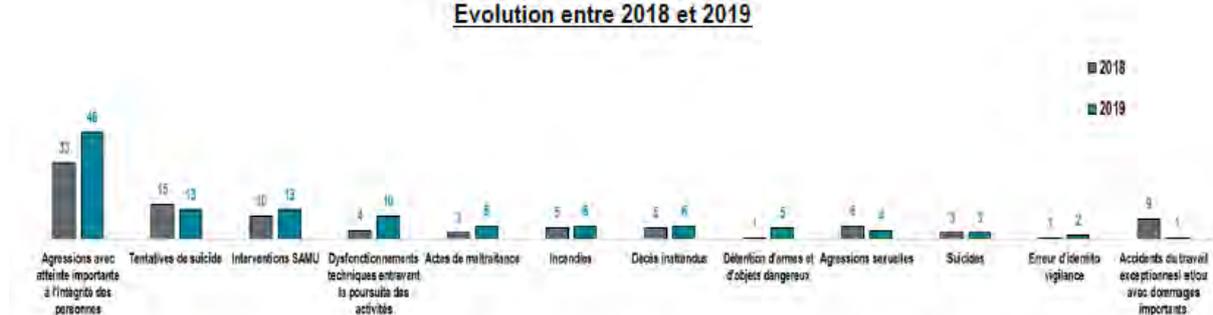
Détails des évènements graves déclarés



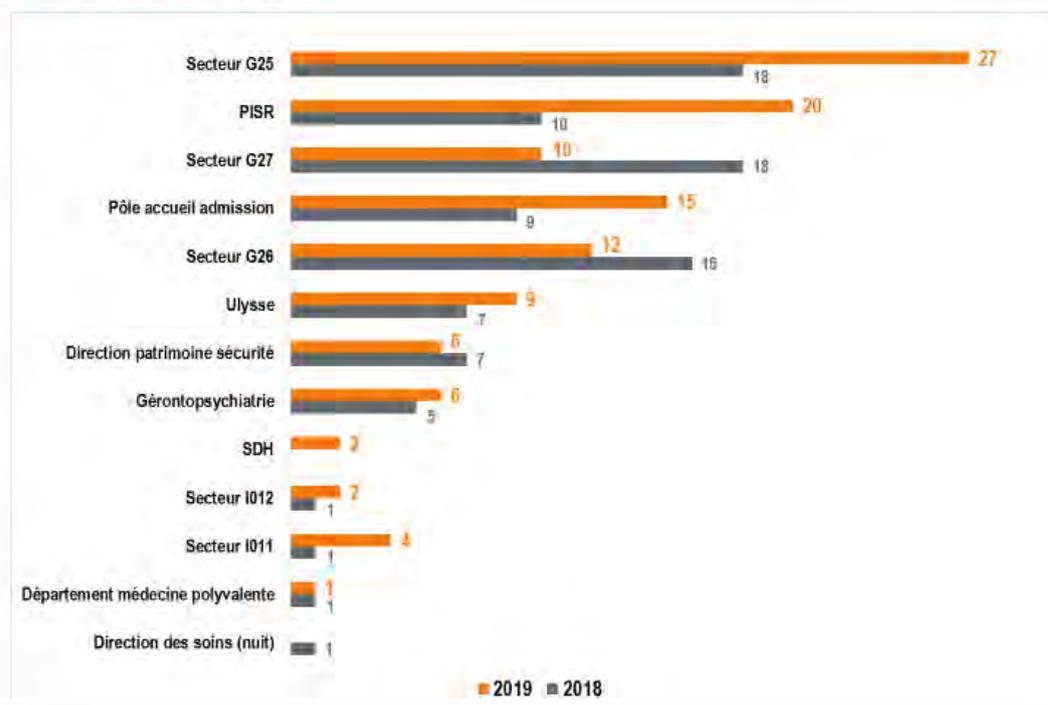
Répartition des évènements graves déclarés par catégorie de risque

40% concernent les agressions avec atteinte importante à l'intégrité des personnes	⇒ 46 déclarations
11% concernent les tentatives de suicide	⇒ 13 déclarations
11% concernent les interventions SAMU	⇒ 13 déclarations

Evolution entre 2018 et 2019

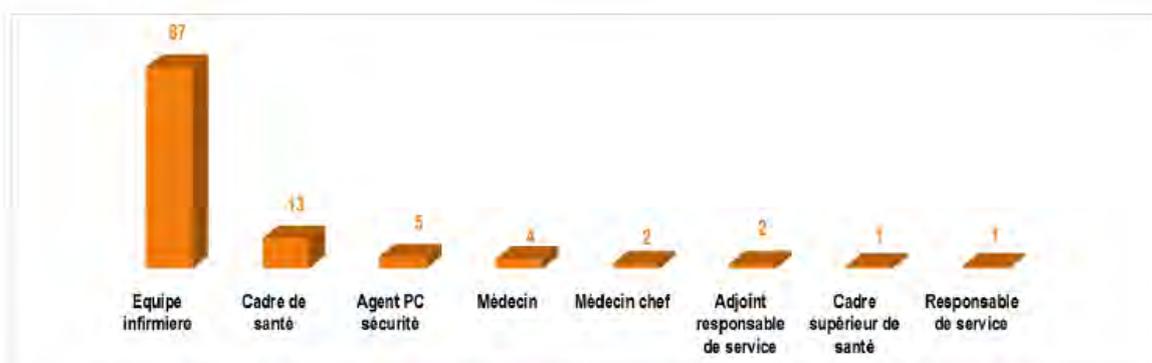


Nombre de déclarations par pôle

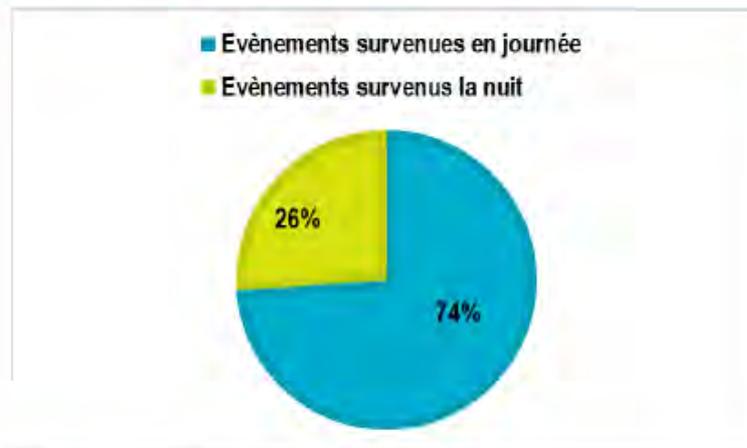


Professions des déclarants

Les équipes infirmières ont déclaré **76% des évènements graves** de l'année 2019 soit 87 déclarations (contre 51% en 2018).



Répartition des événements graves survenus en journée et la nuit



Evènements pris en charge par les équipes de nuit

- 50% des décès inattendus (3 sur 6 au total)
- 50% des dysfonctionnements techniques entravant la poursuite des activités (5 sur 10 au total)
- 46% des interventions SAMU (6 sur 13 au total)
- 43% des actes de maltraitance (3 sur 7 au total)
- 33% des suicides (1 sur 3 au total)
- 25% des agressions sexuelles (1 sur 4 au total)
- 25% des détentions d'armes et d'objets dangereux (1 sur 4 au total)
- 18% des agressions avec atteinte importante (8 sur 45 au total)
- 17% des incendies (1 sur 6 au total)
- 13% des tentatives de suicide (1 sur 13 au total)

Actions d'amélioration réalisées en 2019

× Revue de mortalité morbidité (RMM)

Depuis 2018, dans le cadre de la mise en place d'une politique sur la gestion du risque notamment suicidaire (décision CME), un médecin référent RMM, le Docteur Depau-Rollin, a été nommé pour accompagner l'organisation et le développement des RMM au sein de l'établissement.

2 RMM ont été réalisées en 2019 (contre 6 en 2018) suite aux événements suivants :

- La résection du colon (subtotale) d'un patient (Osiris)
- Le suicide d'une patiente (Orangerie)

Le bilan sera présenté en CME de février 2020

× Analyses selon la méthode Orion

En 2019, deux analyses Orion a été mandatées par le COGERIS (contre 1 en 2018) suite à :

- Une erreur d'identitovigilance (RAR, Magallon 2 et SDH)
- Une agression physique (Ulysse)

L'accent sera mis en 2020 sur l'autonomisation des pôles dans la réalisation de ces analyses.

× Analyses des erreurs médicamenteuses

En 2019, les déclarations d'erreurs médicamenteuses sont restées stables et représentent 9% du total des événements indésirables soit **63 déclarations** sur 716 au total dont 59% sont des erreurs d'administration de traitement.

Au cours de l'année, 17 analyses ont été menées (contre 17 également en 2018)

☞ Le bilan complet des analyses d'erreurs médicamenteuses a été présenté en COMEDIMS et est consultable sur Blue Medi Santé : [lien](#).

× Analyses des incidents survenus en chambre d'isolement (CI)

En 2018, une grille d'analyse a été élaborée et testée par les membres du groupe « isolement et contention » suivant les recommandations de la HAS. Désormais, une analyse est systématiquement menée par un membre du groupe en cas d'incident survenu en CI (*déclaré via une fiche d'évènement indésirable*) afin de revenir avec l'équipe sur le déroulement de l'évènement, les facteurs ayant conduit à cet incident et les actions d'amélioration possibles.

En 2019, **1 analyse** a été menée avec l'unité concernée (contre 5 en 2018).

× Actions sur les événements indésirables et graves déclarés

- Echanges et sollicitations des cadres sur le suivi des événements : en continu
- Sensibilisation des cadres dans le traitement des événements de leur unité => augmentation du nombre de messages postés et meilleur suivi du traitement des événements

- Transmission systématique au service des hospitalisations des incidents lors des transports des patients
- Transmission systématique au conseiller hôtelier des incidents en lien avec les prestations hôtelières
- Précision de la conduite à tenir concernant les sorties sans autorisation des patients en soins libres dans la procédure
- Installation d'un nouveau modèle de colonne de douche à Ulysse et à l'UHCD
- Installation de patères en caoutchouc à l'UHCD
- Investissement dans de nouveaux appareils ECG
- Révision de la procédure relative au DSA précisant la mise à jour de la signalétique

Etat d'avancement des actions définies pour 2019

- ↵ Déclinaison de la **gestion des risques par pôle** / autonomiser les pôles dans le déclenchement et la réalisation d'analyses et réflexion à mener sur la mise en place des Comités de Retour d'Expérience (CREX) : **poursuite en 2020**
- ↵ **Mise en place d'un CREX** (comité de retour d'expérience) au PISR : **réalisée**
- ↵ **Meilleure appropriation des EI / EG** par les pôles (messages postés) : **réalisée**
- ↵ **Révision des supports de déclarations** (événement grave / événement indésirable) : **reportée à 2020**
- ↵ Exercice de **simulation de crise** à organiser : **réalisée en juin 2019**
- ↵ Poursuite du recueil des indicateurs par pôle (contrats de pôles) : **réalisée en continu**

Actions définies pour 2020

- ↵ **Révision des supports de déclarations** (événement grave / événement indésirable)
- ↵ **Autonomisation des pôles sur la réalisation d'analyses** d'événements indésirables et RMM
- ↵ **Révision du fonctionnement du COGERIS** : préparation des réunions, fréquence des réunions...

11 ANNEXE 3 : Rapport Isolement et Contention 2018

Rapport annuel rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention La politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en oeuvre prévue par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique (article 72 de la loi du 26 janvier 2016)

Préambule

Présentation établissement

Le centre hospitalier Saint Jean de Dieu, affilié à la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne à but non lucratif (FEHAP) est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) spécialisé en psychiatrie. Chargé des missions de la sectorisation psychiatrique dans le sud du département du Rhône et dans le 7ème arrondissement de Lyon, il a une capacité d'accueil de 529 lits et places.

Il comprend 3 pôles sectoriels de psychiatrie adulte : G25, G26, G27 et 2 pôles sectoriels de psychiatrie infanto-juvénile : I11 et I12. Au-delà de l'organisation en secteurs, il dispose de pôles intersectoriels : un pôle accueil admission, un pôle de gérontopsychiatrie, un pôle de réhabilitation pour les pathologies à longue évolution, une unité de soins spécialisée dans la prise en charge des adolescents, un dispositif de soins des troubles envahissants du développement, un centre régional d'évaluation et de traitement de la douleur en psychiatrie.

LES CHIFFRES CLES pour 2018

Le Centre Hospitalier a une capacité d'accueil de 529 lits et places, dont 434 lits en hospitalisation pour adultes et 10 pour adolescents. Les 8 unités d'entrée comprennent 25 lits +1 CSI, il ya 2 UHCD une de 12 lits + 1CSI et 1 de 10 lits + 1 CSI. L'unité de réhabilitation comprend 28 lits et a fermé sa CSI pour la transformer en salon d'apaisement en septembre 2018. La gérontopsychiatrie comprend 2 unités de 20 lits sans CSI avec 1 chambre d'apaisement chacune. L'unité pour adultes avec troubles neuro-développementaux et déficits comprend 15 lits et deux CSI dont une est souvent utilisée par les secteurs adultes.

Ce sont 15 007 personnes qui ont été prises en charge en 2018, sur 117 763 journées d'hospitalisation à temps complet et un taux d'occupation dans les unités d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie adulte de 97,0%, l'établissement a fermé un certain nombre de couchettes, il en reste 11 à ce jour.

La DMHM temps plein en psychiatrie adulte est de 66.2 jours. Les patients en soins sans consentement représentent 51,7% de la file active temps plein adulte et 47.4% des journées d'hospitalisation temps plein produites sont des journées en soins sans consentement.

L'article L.3222-5-1 du code de la santé publique dispose que l'isolement et la contention sont des pratiques devant être utilisées en dernier recours et énonce un objectif d'encadrement et de réduction de ces mesures.

Le présent rapport vise donc à rendre compte des pratiques d'isolement et de contention au sein de l'établissement mais aussi des actions initiées au sein des services afin d'en limiter l'usage à travers une évolution des pratiques alternatives ou de désescalade.

L'analyse des pratiques exposée dans le présent rapport s'appuie notamment sur celle des données extraites du registre en place.

L'établissement dispose en effet depuis le second trimestre 2017 d'un registre informatisé. Le recueil des informations s'appuyait alors sur l'utilisation de formulaires paramétrables dans le progiciel Cariatides.

Avec le déploiement début 2018 d'un module spécifiquement conçu par l'éditeur pour la gestion des mesures de contention et d'isolement, cette dernière a enregistré une avancée qualitative et fonctionnelle importante.

De manière synthétique, le nouvel outil permet désormais :

- La prescription des mesures de contention et / ou isolement par les médecins
- La production du registre tel que préconisé par la Direction Générale de l'Offre de Soins
- La production d'un fichier avec l'ensemble des mesures qui est transmis lors de l'export avec les autres données d'activité (Résumé Par Séquence et Résumé d'Activité Ambulatoire) ; pour mémoire l'intégration de ces données dans le Recueil d'Information Médicale en Psychiatrie est obligatoire depuis le 1er janvier 2018

- L'alimentation automatique du planning de soins des infirmiers avec les actes de surveillance prescrits

La fiabilité accrue des données offre désormais la possibilité d'une analyse quantitative plus exhaustive des pratiques d'isolement et de contention sur notre établissement. Néanmoins des difficultés d'appropriation de l'outil ont engendré des erreurs d'enregistrement générant des écarts importants entre les durées d'isolement et de contention réelles et saisies. De ce fait, les valeurs présentées dans les tableaux surévaluent les durées. Les quantités restent exactes.

Le suivi dynamique de l'évolution des indicateurs extraits du registre permet ainsi d'évaluer l'impact concret de la politique de l'établissement et des actions mises en œuvre afin de réduire le recours à l'isolement et à la contention.

La problématique des isolements et contentions est une préoccupation de l'établissement depuis de nombreuses années. La loi de modernisation de notre système de santé, la démarche de certification et les recommandations du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté nous amènent à structurer et à renforcer nos actions dans ce sens. A ce titre, les astreintes médicales ont été doublées afin que tout patient en isolement ou contention puisse avoir une évaluation médicale séniorisée journalière, y compris dimanches et jours fériés.

Pour la première année, les indicateurs de registre sont intégrés dans les rapports d'activité de chacun des pôles.

I. Pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention

Description générale du mode de fonctionnement de l'isolement et de contention dans l'établissement :

A fin 2018, le Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu de Lyon dispose de 13 chambres d'isolement dénommées Chambre de Soins Intensifs -correspondant à 3,89

% du nombre de lits de l'établissement- contre 14 l'année précédente. En effet, la chambre d'isolement de l'unité de réhabilitation psychosociale a été supprimée le 3 septembre 2018 dans le cadre du nouveau projet de l'unité mettant l'accent sur le rétablissement et donc la volonté et la capacité d'autonomie des personnes.

Hormis l'unité Fontaine Roseau qui est équipée de deux Chambres de Soins Intensifs, chaque unité d'hospitalisation temps plein dispose d'une Chambre de Soins Intensifs, y compris l'unité pour adolescents Ulysse. L'aménagement de ces Chambres de Soins Intensifs est assez similaire pour chacune d'elles : sas d'entrée avec une lucarne vitrée, lit scellé au sol, toilettes et point d'eau (condamnables dans le sas si nécessaire), horloge visible par le patient, fenêtre (qui peut être ouverte par le personnel pour aérer la chambre). Les Chambres de Soins Intensifs sont toutes équipées de climatiseur. Des lits permettant une position semi-assise ont été mis en place mais rapidement condamnés en position horizontale en raison de leur sécurisation insuffisante (des patients arrivaient à désolidariser du lit le vérin hydraulique intégré pour permettre la verticalisation).

L'établissement a également recours à des chambres dites fermables utilisées en cas d'absence de Chambre de Soins Intensifs disponible. Ce recours concerne des patients dont les troubles du comportement sous-tendent l'indication de chambre d'isolement tout en restant toutefois compatibles avec le maintien en chambre standard. Il s'agit de chambres standards des unités de soins dont le barillet de la porte est temporairement modifié afin de supprimer le loquet intérieur qui permet au patient d'ouvrir et fermer lui-même sa chambre.

S'agissant d'un recours dérogatoire qui doit rester exceptionnel, un protocole formalisant l'accord hebdomadaire de la direction (cf. Annexe, Procédure chambres fermables) et un suivi quantitatif spécifique

.

Concernant l'isolement et la contention en Chambre de Soins Intensifs, l'hôpital dispose d'un protocole depuis de nombreuses années précisant très clairement le processus d'isolement contention et sa traçabilité. Ce document commun à l'isolement et à la contention est régulièrement révisé (dernière version validée en mars 2018). Ainsi, en mars 2016, nous avons procédé à plusieurs changements afin de se mettre en conformité avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Suite à la mise en place du nouveau module Cariatides, une présentation a été faite par le médecin du Département d'Information Médicale dans les secteurs et auprès du personnel infirmier et médical par le gestionnaire de Cariatides. A l'occasion du bilan trimestriel, les points de modification et de vigilance apportés au nouveau protocole ont été présentés à la Commission Médicale d'Etablissement du 9 octobre 2018 et validés par le groupe contention isolement pour les intégrer

dans le protocole en cours. Six procédures traitent de cette thématique, à savoir :

- Les procédures relatives aux pratiques liées à l'isolement sont les suivantes : Isolement et contention
- Isolement des patients de l'unité Fontaine Roseau
- Isolement thérapeutique en gérontopsychiatrie
- Utilisation des chambres d'apaisement I012
- Mise en œuvre des chambres fermables
- Matériel de contention en tissu : mise à disposition, entretien et suivi

La contention mécanique s'effectue aux quatre membres grâce à des dispositifs standardisés de sangles qui se fixent au lit et s'ajustent à la morphologie du patient. La contention mécanique est réalisée en Chambre de Soins Intensifs ou, exceptionnellement si aucune Chambre de Soins Intensifs n'est disponible en chambre standard.

En cas de nécessité, si impossibilité ou échec de la contention standard, une sangle ventrale peut être exceptionnellement utilisée.

Un dispositif d'appel à l'aide pour les patients contenus (bracelet) a été testé dans deux unités d'hospitalisation de février à avril 2017, mais le bilan réalisé n'a pas été jugé positivement concluant.

L'établissement a donc pris la décision d'installer un dispositif d'appels malades sur l'ensemble des chambres des unités de soins. Cette opération inscrite au programme d'investissement 2019 fait l'objet d'un cahier des charges en cours de finalisation.

Le début de déploiement du dispositif est prévu pour la fin d'année 2019.

La mise en œuvre initiale d'un isolement ou d'une contention physique relève d'une évaluation et d'une prescription médicale. L'interne de garde (nuits, samedis à partir de 13h, dimanches et jours fériés) peut initier un isolement ou une contention mais il doit informer par téléphone le médecin senior d'astreinte pour validation.

Si le patient est en hospitalisation libre et que l'isolement ou la contention dépasse le cadre d'une situation d'urgence de quelques heures, une mesure de soins sans consentement est mise en place.

Jusqu'à fin février 2018, la réévaluation médicale de l'indication a été effectuée tous les jours du lundi au samedi mais pas le dimanche, ni les jours fériés. Toutefois, l'équipe infirmière sollicitait l'interne ou le médecin d'astreinte (présent systématiquement sur le site une partie de la journée le dimanche et les jours fériés pour les certificats médicaux) pour réévaluer la pertinence de l'isolement ou d'une contention mécanique qui n'apparaîtrait plus indispensable. Depuis mars 2018, l'astreinte des dimanches et jours fériés a été doublée, permettant ainsi la réévaluation des isolements et contentions sur l'ensemble des jours de la semaine.

Des temps de sortie dans l'unité peuvent être prescrits par le médecin afin d'évaluer et de favoriser la levée de l'isolement.

La surveillance clinique, au minimum horaire, est assurée par l'équipe infirmière. La surveillance des paramètres vitaux est prescrite par le médecin qui initie, modifie ou renouvelle la prescription.

La prise en charge somatique est coordonnée avec le Département de Médecine Polyvalente de l'hôpital.

L'isolement thérapeutique dans les deux unités de gérontopsychiatrie fait l'objet d'un protocole spécifique

Dans chaque registre sont indiqués pour chaque mesure : le numéro de mesure, l'Identifiant Permanent Patient, l'unité où a lieu la mesure, la date et l'heure de début de mesure, la date et l'heure de fin de mesure, la durée, l'indication sur la clôture ou pas de la mesure, le nom de(s) psychiatre(s) qui ont initié, renouvelé et clôturé la mesure, le nom des professionnels chargés de la surveillance, le mode légal de soins lors de l'initiation de la mesure.

Le registre distingue les mesures par type :

- Isolement en espace dédié (type A)
- Isolement en dehors d'un espace dédié (type B)
- Contention dans une chambre d'isolement (type C)
- Contention en dehors d'une chambre d'isolement (type D)
- Contention conformément aux exceptions (type E)

II. Politique définie pour limiter le recours à ces pratiques

Suite à trois analyses trimestrielles du registre, la Commission Médicale d'Etablissement a décidé d'un amendement au projet d'établissement dans l'Axe I -Objectif 6 présenté en Commission Médicale d'Etablissement du 9 octobre 2018 afin de s'engager à réduire le recours à l'isolement et à la contention.

Par ailleurs, l'établissement avait mis en place, depuis 2007, un groupe de travail Isolement et contention. Il s'agit d'un groupe de travail pluri-professionnel composé de psychiatres, de la directrice des soins infirmiers et de rééducation, de cadres de santé, d'infirmiers, d'un psychologue et de la responsable qualité de l'hôpital.

Ce groupe de travail réalise des audits et évaluations de pratiques, propose des évolutions du protocole et supervise son informatisation. Il propose des axes d'amélioration suite à des tests de matériel, (dispositif d'appel pour les patients contenus, adaptable et relève buste en mousse...), des visites d'établissement, des audits... Il a conçu en lien avec le service qualité les documents de la semaine à thème sur les alternatives à l'isolement et à la contention, qui ont fait réfléchir 200 professionnels de jour comme de nuit à cette thématique et ouvert des champs de propositions d'amélioration et de changements de pratiques. Ils ont également élaboré puis testé de juillet à décembre 2018 une grille pour analyser tous Evènements Indésirables et Graves (6), elle sera réajustée en 2019.

La Commission Médicale d'Etablissement étudie, amende si nécessaire puis valide les propositions d'évolutions formulées par le groupe de travail Isolement et contention (Commission Médicale d'Etablissement du 12 juin 2018), ou les protocoles spécifiques (Unité Fontaine Roseau)(Commission Médicale d'Etablissement du 06 février 2018). Elle assure également un point trimestriel (Commission Médicale d'Etablissement du 13 mars 2018, du 3 juillet 2018 et du 9 octobre 2018) en s'appuyant sur les indicateurs extraits du registre. La Commission Médicale d'Etablissement définit la politique, valide et porte les actions à mettre en oeuvre propres à réduire le recours à l'isolement et à la contention et à promouvoir les alternatives, élabore et valide le bilan annuel avant passage pour avis en Commission Des Usagers et Conseil d'Administration. (Commission Médicale d'Etablissement du 12 juin 2018).

La Commission des Soins Infirmiers et de Rééducation a poursuivi ses réflexions autour des alternatives à l'isolement et à la contention en février 2018 (Commission des Soins Infirmiers et de Rééducation du 2 février 2018) avec un retour sur les 3 ateliers des alternatives à l'isolement et à la contention et notamment, le dernier sur la prévention tertiaire qui s'est tenu en janvier 2018. La Commission des Soins Infirmiers et de Rééducation du 7 décembre 2018 a abordé, les différents écarts pointés suite à l'inspection de l'Agence Régionale de Santé et le questionnement autour de la sédation et de l'anxiolyse. C'est à cette session qu'a été annoncé un audit à venir, sur la tenue du registre et

notamment la mise en place d'actions correctives pour améliorer la traçabilité infirmière qui seront accompagnées par le Département d'Information Médicale.

Une réunion d'encadrements paramédicaux (le 15 mai 2018) a été consacrée au bilan des ateliers, et à l'annonce de la remise des guides de la Haute Autorité de Santé sur la prévention des situations de violence dans chacune des unités ainsi que le démarrage des analyses systématiques des Evènements Indésirables et Graves lors d'isolement par un membre du groupe contention isolement.

Les professionnels des unités Fontaine Roseau ont questionné leurs pratiques d'isolement et de contention des patients déficitaires et porteurs de troubles du spectre autistique avec des troubles graves du comportement et résistant aux traitements. Ils ont élaboré un protocole qui a été validé en Commission Médicale d'Etablissement.

Le pôle de gérontopsychiatrie teste de nouveaux matériels depuis la suppression du sécuridrap (Cocoon et sécuridrap2) et proposera un nouveau protocole dès le choix arrêté.

Le Comité de Gestion des Risques de l'hôpital traite systématiquement (réunion deux fois par mois) les Evènements Indésirables et Graves notamment en lien avec les pratiques d'isolement et de contention. Le bilan des Evènements Indésirables et Graves intègre les actions immédiates et les propositions d'amélioration. Il informe le pilote du groupe isolement et contention ainsi que les cadres et médecins des unités concernées lors d'Evènements Indésirables et Graves afin de réaliser l'analyse de l'incident avec un membre du groupe contention et isolement.

La formation du personnel sur la prévention de la violence a été repensée pour intégrer les alternatives à l'isolement et les techniques de désescalades (60 professionnels en ont bénéficié en 2018). 40 professionnels de pédopsychiatrie en 2018 (tous métiers confondus) ont été formés sur la prévention de la manifestation de la violence chez l'enfant et l'adolescent. Enfin, 33 professionnels ont participé au troisième atelier sur la prévention tertiaire et 14 ont bénéficié d'une formation spécifique sur la psychopathologie de la violence en 2018.

L'équipe transversale Régulation -Accueil -Renfort est spécifiquement formée à la gestion de la violence. Elle bénéficie aussi d'une formation en commun avec le service sécurité. Elle est sollicitée par les unités d'hospitalisation afin de contribuer à prévenir ou, si nécessaire, gérer les situations de violences potentielles ou effectives. Depuis décembre 2018, elle accueille les nouveaux professionnels infirmiers afin d'aborder avec eux, avant le tutorat, la posture la plus adaptée en cas d'agitation de patient et de gestion de situation de crise.

L'établissement soucieux d'intégrer le patient dans sa prise en charge s'est engagé à modifier ses pratiques relatives aux droits des patients. Un secteur s'est porté volontaire pour conduire une Evaluation des pratiques Professionnelles dans le cadre du recueil du vécu du patient à la sortie de Chambre de Soins Intensifs, afin de prendre en compte l'avis du patient dans la cadre de sa propre prise en charge.

III. Evaluation de la mise en œuvre de la politique

3.1 BILAN DES ACTIONS 2018 MISE EN OEUVRE SUITE PLAN D'ACTION 2017

- ✓ Réalisation d'audits croisés isolement contention dans le cadre du Centre Ressource Métiers et Compétences afin que des professionnels d'autres établissements viennent auditer nos pratiques.

Ces audits se sont réalisés le 5 juillet 2018 dans deux unités de psychiatrie générale et une Unités d'Hospitalisation de Courte Durée. Elles ont été précédées d'une rencontre avec le président de la Commission Médicale d'Etablissement (le Docteur Lionel REINHEIMER), la directrice des soins (Madame Annick BECHET) et le directeur adjoint au secteur sanitaire (Monsieur Daniel PADWO). Ils interrogeaient la politique de l'établissement, la prévention primaire, secondaire et tertiaire. La restitution a eu lieu le 18 décembre 2018 en comité stratégique en présence des médecins responsables et des cadres de santé des unités auditées.

- ✓ Inscription de chaque unité d'hospitalisation dans une démarche qualité ciblée visant à réduire le recours à l'isolement et à la contention.

Le bilan trimestriel du registre est réalisé par unité et par secteur. Le recours à l'isolement et à la contention est inscrit dans la contractualisation des pôles. Pour la première fois en 2018, les pôles analysent cette activité dans le rapport d'activité d'établissement (Rapport d'Evaluation et de Gestion de l'Activité Médicale).

- ✓ Adaptation du dispositif d'astreinte médicale senior sous forme d'un doublement de l'astreinte avec un second médecin les dimanches et jours fériés. Les patients isolés et contenus seront ainsi visités et réévalués quotidiennement tous les jours de l'année.

Cette double astreinte est effective depuis mars 2018 afin d'assurer une visite minimum des patients placés en isolement par 24h, y compris les week-ends et jours fériés.

- ✓ Intégration d'un avenant au projet d'établissement 2015-2020 sous forme d'un objectif prioritaire complémentaire de l'axe 1 (Adapter et prioriser les prises en charge) visant à la réduction du recours à l'isolement et à la contention.

Par conviction et volontairement, l'établissement s'est engagé à réduire ses pratiques d'isolement et de contention. Pour y parvenir, deux axes de travail sont prévus :

- la mise en conformité par rapport aux attendus réglementaires,
- la mise en place d'une démarche volontariste d'accompagnement du changement de pratique qui permettra de prévenir et de limiter ce recours.

- ✓ Révision du cahier des charges de la formation prévention des situations de violence et d'agitation.

Le groupe de formateurs internes et le groupe isolement et contention ont travaillé ensemble sur la mise en place des ateliers de prévention primaire, secondaire et tertiaire. La formation a intégré la notion de dernier recours et les alternatives à l'isolement et à la contention

- ✓ Recherche de dispositif pour l'acquisition d'un appel à l'aide malade avec une solution spécifique pour les patients isolés et contenus.

Suite à différentes expérimentations (montre, bouton d'appel...) non satisfaisantes, l'établissement a orienté son choix vers un appel malade généralisé. Des membres du groupe contention isolement et le service technique sont allés visiter un établissement où ce dispositif était installé. Présenté en réunion cadre et comité stratégique, le cahier des charges est en cours de finalisation.

- ✓ Recherche de matériel de verticalisation et adaptable

Des adaptables et relèves bustes en mousse ont été testés sur plusieurs mois et différents patients dans deux unités distinctes. Le confort ne s'avérant pas être satisfaisant pour le patient, nous ne donnons pas suite à ces essais. Une réflexion plus globale est à mener. Il existe toutefois des relèves bustes dans chacune des unités.

- ✓ Evaluation des pratiques Professionnelles relative au vécu du patient en Chambre de Soins Intensifs dans un pôle sectoriel Le secteur 69G27 a engagé une Evaluation des pratiques Professionnelles qui est en cours.
- ✓ Intégration des indicateurs de suivi, dans le cadre de la contractualisation interne de l'établissement de mesures de contention et d'isolement par pôles et ;par service

Le Département d'Information Médicale produit et transmet trimestriellement aux services de soins des tableaux de bord intégrant les indicateurs de suivi de la pratique d'isolement et de contention dans leurs unités. L'analyse fine en équipe des chiffres transmis permet d'une part d'identifier les erreurs de saisies informatiques et d'identifier les axes d'amélioration à mettre en œuvre pour limiter le recours à ces pratiques.

- ✓ Réalisation d'une semaine à thème sur les alternatives à la contention et à l'isolement.

Cette semaine à thème a été réalisée du 12 au 18 novembre. 200 professionnels de jour comme de nuit y ont participé. Une restitution sera faite en Commission des Soins Infirmiers et de Rééducation au premier trimestre 2019 avec une suggestion de diffusions des propositions faites par les professionnels.

- ✓ Diffusion des guides de la Haute Autorité de Santé dans chacune des équipes.

Les membres du groupe contention et isolement ont accompagné la diffusion d'un classeur des guides et outils de la Haute Autorité de Santé par unité de soins afin de faciliter sa lecture et son appropriation.

- ✓ Analyse systématique des événements indésirables en Chambre de Soins Intensifs.

Un binôme du groupe contention et isolement analyse tout événement indésirable et grave survenu à l'occasion d'une mise en Chambre de Soins Intensifs à partir d'une grille testée de juillet à décembre 2018 et qui sera réajustée en 2019.

- ✓ Contribution des représentants des usagers à l'amélioration des procédures de contention et isolement.

La Commission Des Usagers est associée à notre politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention. Une visite de Chambre de Soins Intensifs et une présentation du matériel de contention a été organisée avec eux en juillet 2018.

3.2 ANALYSE DU REGISTRE ET CHIFFRES CLES

Le registre des mesures d'isolement et de contention est en place depuis mars 2016. D'abord tenu par l'équipe Régulation -Accueil -Renfort à partir de déclaratif, il est informatisé depuis avril 2017, la dernière version de l'éditeur du logiciel, date de juillet 2018.

Le registre informatique autorise maintenant une analyse fiable des données agglomérées, par unité et par secteur. Il permet une lecture dynamique de l'évolution des indicateurs retenus et donc d'évaluer l'impact sur ces indicateurs des actions et mesures prises par secteur dans l'optique de réduire le recours à l'isolement et à la contention.

L'objectif consiste à inscrire chaque unité d'hospitalisation dans une démarche qualité ciblée visant à réduire le recours à l'isolement et à la contention.

Indicateurs mesures d'isolement et contentions agrégés (cf. détails)

	NB mesures	Somme des Durées	Durée Moyenne / mesure	Durée Max	Durée Min	Nb patients	Nb mesures / patient	Durée moyenne / patient	Durée Médiane
Isolement en espace dédié (mesure type A)	508	102367,37	201,51	4895,75	0,33	312	1,63	328,10	96,00
Isolement en dehors d'un espace dédié (mesure type B)	632	40324,17	63,80	2964,62	0,50	219	2,89	184,13	12,00
Contention dans un espace dédié (mesure type C)	208	6256,20	30,08	288,00	0,15	130	1,60	48,12	24,00
Contention en dehors d'un espace dédié (mesure type D)	403	7338,38	18,21	119,17	0,50	165	2,44	44,48	12,00

55.4% des mesures d'isolement sont des mesures en dehors d'un espace dédié (hors Chambre de Soins Intensifs) mais cela représente 28.3% des durées d'isolement. 66% des mesures de contention sont des mesures de contention en dehors d'une Chambre de Soins Intensifs et elles représentent 54% des durées de contention.

3.2.1 Les mesures d'isolement en espace dédié (Type A)

Année 2018-Mesures Type A
Données générales

Secteurs/Unités	NB mesures	Durée Moyenne/m esure	Durée Max	Durée Min	NB patients	NB mesures/ Patient	Durée moyenne/ Patient	% des patients sous contrainte ayant fait l'objet d'une mesure
Accueil-Admission	173	80,78	527,33	0,33	151	1,15	92,55	29,1%
UHCD ALPHEE PLEIN TEMPS	84	85,25	483,33	1,83	73	1,15	98,09	26,1%
UHCD JB PUSSIN PLEIN TEMPS	89	76,56	527,33	0,33	84	1,06	81,12	30,7%
PISR	113	163,25	2327,75	1,00	58	1,95	318,05	52,7%
FONTAINE/ROSEAU PLEIN TEMPS	90	145,25	1536,00	1,00	38	2,37	344,02	102,7%
PAUL SIVADON PLEIN TEMPS	11	121,79	336,00	12,00	9	1,22	148,85	34,6%
PAUL SIVADON PASSERELLE PLEIN TEMPS	13	310,42	2327,75	42,00	12	1,08	336,29	29,3%
SECTEUR G25	71	344,85	1156,50	1,00	52	1,37	470,85	20,1%
GALILEE PLEIN TEMPS	17	431,75	1104,00	24,00	16	1,06	458,73	13,8%
LOUISE LABE PLEIN TEMPS	31	276,73	1008,00	1,00	21	1,48	408,50	19,6%
ORANGERIE PLEIN TEMPS	25	342,64	1156,50	17,00	22	1,14	389,36	22,2%
SECTEUR G26	45	367,86	4895,75	12,00	37	1,22	447,40	19,2%
MAGALLON 2 PLEIN TEMPS	34	244,49	1728,00	12,00	28	1,21	296,89	26,7%
OSIRIS PLEIN TEMPS	12	686,74	4895,75	70,92	12	1,00	686,74	12,0%
SECTEUR G27	117	196,91	1464,00	2,00	83	1,41	277,57	30,5%
ERASME PLEIN TEMPS	26	289,92	1464,00	24,00	20	1,30	376,89	25,6%
MAGALLON 3 PLEIN TEMPS	44	167,74	436,17	15,83	36	1,22	205,02	34,6%
SAINT EXUPERY PLEIN TEMPS	48	169,16	649,00	2,00	32	1,50	253,74	27,1%
ULYSSE	40	146,71	2468,00	4,63	35	1,14	167,67	129,6%
ULYSSE PLEIN TEMPS	40	146,71	2468,00	4,63	35	1,14	167,67	129,6%
Total général	508	201,51	4895,75	0,33	312	1,63	328,10	34,9%

La durée de certaines mesures est plus longue dans plusieurs unités : elles témoignent de l'absence d'alternative pour des patients en attente d'Unité pour Malades Difficiles ou d'Unité de Soins Intensifs Psychiatriques.

En outre, nous avons constaté des erreurs d'horodatage de clôture des mesures dans l'outil Cariatides, expliquant des durées erronées et largement supérieures à la réalité des pratiques. C'est pourquoi nous souhaitons mettre en place une analyse hebdomadaire des pratiques.

S'agissant de la durée maximale observée sur l'unité Osiris, elle concerne deux patientes qui ont fait l'objet de plusieurs expertises de l'Agence Régionale de Santé et judiciaire avant une orientation en Unité pour Malades Difficiles. Ces dossiers impactent également les durées d'isolement hors espaces dédiés.

Pour l'unité Fontaine Roseau, la durée maximale concerne un patient avec de très nombreux passages à l'acte, qui est sorti à ce jour.

Pour rappel la Chambre de Soins Intensifs de l'unité Paul Sivadon a été fermée en septembre 2018. Cette unité avait accueilli 24 patients correspondant à 292 dépannages des autres secteurs.

Pour l'unité Ulysse, la Chambre de Soins Intensifs a été occupés à trente reprises sur les quarante par des patients adultes des autres secteurs, par défaut de Chambre de Soins Intensifs disponible sur l'établissement. Pour la moitié d'entre elles, la durée d'isolement a été inférieure à 48h. Par ailleurs, la chambre d'isolement de l'unité a été occupée pour une durée importante par un patient mineur déficitaire et à défaut actuel de lieu d'hospitalisation sur le département pour cette population spécifique. De même, cet adolescent a nécessité une prise en charge en isolement hors espace dédié pour une durée importante toujours à défaut d'une prise en charge spécifique en unité de d'hospitalisation adaptée.

3.2.2 Les mesures d'isolement hors espace dédié (Type B)

En dehors du registre, la direction tient à jour, les demandes et durées de fermeture de chambre. Pour l'année 2018, nous comptabilisons 1 444 jours de fermeture de chambre standard soit 324 jours de plus qu'en 2017.

Année 2018-Mesures type B
Données générales

Secteurs/Unités	NB mesures	Durée			NB patients	NB mesures/ Patient	Durée moyenne/pa tient	% des patients sous contrainte ayant fait l'objet d'une mesure
		Moyenne/m esure	Durée Max	Durée Min				
Accueil-Admission	63	34,17	207,77	1,00	56	1,13	38,44	10,8%
UHCD ALPHEE PLEIN TEMPS	28	24,28	101,00	1,00	24	1,17	28,32	8,6%
UHCD JB PUSSIN PLEIN TEMPS	35	42,09	207,77	2,00	33	1,06	44,64	12,0%
PISR	54	47,35	874,50	0,50	28	1,93	91,32	25,5%
FONTAINE/ROSEAU PLEIN TEMPS	37	56,67	874,50	0,50	15	2,47	139,78	40,5%
HERMES PLEIN TEMPS	8	19,95	48,00	8,33	8	1,00	19,95	44,4%
PAUL SIVADON PLEIN TEMPS	2	24,00	24,00	24,00	2	1,00	24,00	7,7%
PAUL SIVADON PASSERELLE PLEIN TEMPS	7	36,11	136,25	3,75	4	1,75	63,19	9,8%
POLE DE GERONTO-PSYCHIATRIE	265	15,28	194,33	0,75	45	5,89	89,99	13,5%
CLOS LAYAT 1 PLEIN TEMPS	218	15,44	194,33	0,75	29	7,52	116,05	53,7%
CLOS LAYAT 2 PLEIN TEMPS	47	14,56	85,00	1,00	18	2,61	38,02	47,4%
SECTEUR G25	84	192,79	2454,35	0,75	35	2,40	462,70	13,5%
GALILEE PLEIN TEMPS	9	451,49	2454,35	2,00	8	1,13	507,93	6,9%
LOUISE LABE PLEIN TEMPS	24	144,13	1132,00	0,75	12	2,00	288,25	11,2%
ORANGERIE PLEIN TEMPS	51	170,04	1183,13	2,00	15	3,40	578,13	15,2%
SECTEUR G26	37	205,37	2964,62	1,00	22	1,68	345,39	11,4%
MAGALLON 2 PLEIN TEMPS	21	27,84	96,00	1,50	10	2,10	58,46	9,5%
OSIRIS PLEIN TEMPS	16	438,37	2964,62	1,00	13	1,23	539,53	13,0%
SECTEUR G27	114	57,84	1296,00	1,00	48	2,38	137,37	17,6%
ERASME PLEIN TEMPS	12	153,68	1296,00	6,00	11	1,09	167,65	14,1%
MAGALLON 3 PLEIN TEMPS	28	46,44	588,00	2,00	13	2,15	100,02	12,5%
SAINT EXUPERY PLEIN TEMPS	74	46,61	341,15	1,00	27	2,74	127,76	22,9%
ULYSSE	15	78,52	624,00	1,50	7	2,14	168,25	25,9%
ULYSSE PLEIN TEMPS	15	78,52	624,00	1,50	7	2,14	168,25	25,9%
Total général	632	63,80	2964,62	0,50	219	2,89	184,13	24,5%

Pour les unités Osiris , Galilée , Erasme , Louise Labé et l'Orangerie , les durées maximales en chambres fermables (en moyenne une par unité à l'année) correspondent à des patients sans solution alternative. Pour deux patientes de l'unité Osiris, l'Agence Régionale de Santé et le Contrôleur général des lieux privatifs de liberté ont été saisis, des expertises ont été réalisées et les personnes sont actuellement prises en charge en Unité pour Malade Difficile . Pour l'isolement hors espace dédié de l'unité Fontaine Roseau d'une durée maximale de 874 heures, il s'agit d'une erreur d'horodatage dans le module de Cariatides.

3.2.3 Les mesures de contention en espace dédié (type C)

Année 2018-Mesures type C
Données générales

Secteurs/Unités	NB mesures	Durée			NB patients	NB mesures/pat ient	Durée moyenne/pa tient	% des patients sous contrainte ayant fait l'objet d'une mesure
		Moyenne/m esure	Durée Max	Durée Min				
Accueil-Admission	62	27,51	147,00	0,50	53	1,17	32,19	10,2%
UHCD ALPHEE PLEIN TEMPS	31	15,39	34,33	0,67	26	1,19	18,35	9,3%
UHCD JB PUSSIN PLEIN TEMPS	31	39,64	147,00	0,50	27	1,15	45,51	9,9%
PISR	44	23,91	87,00	1,00	21	2,10	50,10	19,1%
FONTAINE/ROSEAU PLEIN TEMPS	38	20,44	72,00	1,00	17	2,24	45,69	45,9%
PAUL SIVADON PLEIN TEMPS	2	60,00	72,00	48,00	2	1,00	60,00	7,7%
PAUL SIVADON PASSERELLE PLEIN TEMPS	4	38,83	87,00	5,50	4	1,00	38,83	9,8%
SECTEUR G25	28	46,01	288,00	1,00	20	1,40	64,42	7,7%
GALILEE PLEIN TEMPS	5	44,72	111,33	14,00	5	1,00	44,72	4,3%
LOUISE LABE PLEIN TEMPS	12	57,06	288,00	1,00	9	1,33	76,08	8,4%
ORANGERIE PLEIN TEMPS	11	34,55	108,00	5,50	7	1,57	54,29	7,1%
SECTEUR G26	15	36,56	240,00	0,50	11	1,36	49,85	5,7%
MAGALLON 2 PLEIN TEMPS	11	37,50	240,00	0,50	8	1,38	51,56	7,6%
OSIRIS PLEIN TEMPS	4	33,96	48,83	24,00	3	1,33	45,28	3,0%
SECTEUR G27	42	26,51	97,00	0,15	30	1,40	37,11	11,0%
ERASME PLEIN TEMPS	10	21,95	48,50	2,00	6	1,67	36,58	7,7%
MAGALLON 3 PLEIN TEMPS	16	23,90	64,50	0,15	13	1,23	29,42	12,5%
SAINT EXUPERY PLEIN TEMPS	16	31,97	97,00	0,42	12	1,33	42,62	10,2%
ULYSSE	17	32,25	116,50	3,00	13	1,31	42,17	48,1%
ULYSSE PLEIN TEMPS	17	32,25	116,50	3,00	13	1,31	42,17	48,1%
Total général	208	30,08	288,00	0,15	130	1,60	48,12	14,5%

Le constat d'un taux de 41% de patients contenus en chambres d'isolement amène l'établissement à s'interroger notamment sur la poursuite systématique des contentions des patients dès leurs accueils, adressés par les services d'urgence. Par ailleurs, l'analyse systématique hebdomadaire des contentions et isolement en équipe pluridisciplinaire a été décidé afin d'interroger les pratiques et de réduire ce taux.

3.2.4 Les mesures de contention hors espace dédié (type D)

Année 2018-Mesures type D Données générales

Secteurs/Unités	NB mesures	Durée			NB patients	NB mesures/ Patient	Durée moyenne/ Patient	% des patients sous contrainte ayant fait l'objet d'une mesure
		Moyenne/m esure	Durée Max	Durée Min				
Accueil-Admission	60	22,61	106,00	1,00	53	1,13	25,59	10,2%
UHCD ALPHEE PLEIN TEMPS	24	12,72	38,00	1,00	20	1,20	15,26	7,1%
UHCD JB PUSSIN PLEIN TEMPS	36	29,20	106,00	2,00	34	1,06	30,92	12,4%
PISR	33	16,78	72,00	0,50	22	1,50	25,17	20,0%
FONTAINE/ROSEAU PLEIN TEMPS	17	15,50	72,00	0,50	9	1,89	29,28	24,3%
HERMES PLEIN TEMPS	8	16,95	39,48	8,33	8	1,00	16,95	44,4%
PAUL SIVADON PLEIN TEMPS	2	24,00	24,00	24,00	2	1,00	24,00	7,7%
PAUL SIVADON PASSERELLE PLEIN TEMPS	6	17,78	33,50	3,75	4	1,50	26,67	9,8%
POLE DE GERONTO-PSYCHIATRIE	148	15,02	85,00	1,00	18	8,22	123,50	22,5%
CLOS LAYAT 1 PLEIN TEMPS	138	14,04	73,00	1,00	13	10,62	149,06	24,1%
CLOS LAYAT 2 PLEIN TEMPS	10	28,53	85,00	1,00	5	2,00	57,07	13,2%
SECTEUR G25	52	19,53	72,00	0,75	20	2,60	50,77	7,7%
GALILEE PLEIN TEMPS	6	27,01	72,00	2,00	6	1,00	27,01	5,2%
LOUISE LABE PLEIN TEMPS	15	10,19	28,33	0,75	8	1,88	19,11	7,5%
ORANGERIE PLEIN TEMPS	31	22,59	69,00	1,00	7	4,43	100,06	7,1%
SECTEUR G26	34	24,35	119,17	1,00	18	1,89	45,99	9,3%
MAGALLON 2 PLEIN TEMPS	22	20,72	96,00	1,50	9	2,44	50,66	8,6%
OSIRIS PLEIN TEMPS	12	30,99	119,17	1,00	10	1,20	37,19	10,0%
SECTEUR G27	67	19,20	102,25	1,00	39	1,72	32,98	14,3%
ERASME PLEIN TEMPS	8	9,38	17,00	2,00	8	1,00	9,38	10,3%
MAGALLON 3 PLEIN TEMPS	25	12,92	72,00	2,00	11	2,27	29,36	10,6%
SAINT EXUPERY PLEIN TEMPS	34	26,12	102,25	1,00	21	1,62	42,29	17,8%
ULYSSE	9	8,42	24,00	1,50	6	1,50	12,62	22,2%
ULYSSE PLEIN TEMPS	9	8,42	24,00	1,50	6	1,50	12,62	22,2%
Total général	403	18,21	119,17	0,50	165	2,44	44,48	18,4%

Pour les deux Unités d'Hospitalisation de Courte Durée Alphée et Pussin , nombreux sont les patients qui arrivent déjà contenus. Cela explique le nombre restreint de mesures par patient. Une réflexion doit s'engager sur cette reconduction de la contention des patients arrivants des urgences sans prescription.

L'unité Hermès n'étant pas équipée de Chambre de Soins Intensifs, les 8 mesures de contention enregistrées sur l'année correspondent à des mesures de derniers recours inférieures à 48h.

L'unité Clos Layat 1 en gérontopsychiatrie est équipée de 10 lits d'Unité Cognitivo-Comportementale (troubles cognitifs sévères). Les mesures itératives (10) par patients correspondent à des soins spécifiques (type perfusion ou autres), le choix étant fait au niveau de l'établissement de déclarer toute entrave de patient limitant la liberté d'aller et venir.

3.2.5 Répartition des isolements et contentions par jour et par type d'isolement ou de contention

Année 2018-Mesures Type A

Répartition des mesures par jour de la semaine

Secteurs/Unités	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Accueil-Admission	28	17	31	32	40	14	11
UHCD ALPHEE PLEIN TEMPS	14	8	16	16	21	6	3
UHCD JB PUSSIN PLEIN TEMPS	14	9	15	16	19	8	8
PISR	18	14	16	17	14	16	18
FONTAINE/ROSEAU PLEIN TEMPS	17	10	12	14	10	11	16
PAUL SIVADON PLEIN TEMPS		1	2	3	3	2	
PAUL SIVADON PASSERELLE PLEIN TEMPS	1	3	3		1	3	2
SECTEUR G25	18	12	14	16	10	2	1
GALILEE PLEIN TEMPS	3	2	5	3	3	1	
LOUISE LABE PLEIN TEMPS	9	5	8	5	3		1
ORANGERIE PLEIN TEMPS	6	5	1	8	4	1	
SECTEUR G26	11	4	9	10	8	4	
MAGALLON 2 PLEIN TEMPS	8	2	7	8	6	3	
OSIRIS PLEIN TEMPS	3	2	2	2	2	1	
SECTEUR G27	20	33	17	22	19	4	3
ERASME PLEIN TEMPS	3	8	6	5	3		1
MAGALLON 3 PLEIN TEMPS	5	14	3	8	9	3	2
SAINT EXUPERY PLEIN TEMPS	12	11	8	9	7	1	
ULYSSE	5	7	7	3	7	8	3
ULYSSE PLEIN TEMPS	5	7	7	3	7	8	3
Total général	98	86	91	98	96	48	36

Nous avons deux fois moins d'isolement en espaces dédiés initiés le week-end que les jours de semaine. Nous observons peu de variation entre les services, exceptés le mardi pour le G27.

Pour l'unité Fontaine Roseau, on observe un chiffre plus élevé les dimanches et lundis qui pourrait s'expliquer par l'utilisation de leur seconde chambre d'isolement pour les autres secteurs.

Année 2018-Mesures Type B

Répartition des mesures par jour de la semaine

Secteurs/Unités	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Accueil-Admission	3	13	7	9	15	6	10
UHCD ALPHEE PLEIN TEMPS	2	6	2	5	7	2	4
UHCD JB PUSSIN PLEIN TEMPS	1	7	5	4	8	4	6
PISR	7	6	4	11	7	8	11
FONTAINE/ROSEAU PLEIN TEMPS	3	3	2	9	6	7	7
HERMES PLEIN TEMPS	2		1	2	1		2
PAUL SIVADON PLEIN TEMPS		2					
PAUL SIVADON PASSERELLE PLEIN TEMPS	2	1	1			1	2
POLE DE GERONTO-PSYCHIATRIE	47	45	36	37	50	18	32
CLOS LAYAT 1 PLEIN TEMPS	41	35	31	29	43	15	24
CLOS LAYAT 2 PLEIN TEMPS	6	10	5	8	7	3	8
SECTEUR G25	15	21	7	17	14	3	7
GALILEE PLEIN TEMPS	3	3	1	1			1
LOUISE LABE PLEIN TEMPS	4	5	2	4	6	2	1
ORANGERIE PLEIN TEMPS	8	13	4	12	8	1	5
SECTEUR G26	5	4	6	8	6	5	3
MAGALLON 2 PLEIN TEMPS	1	1	5	4	4	4	2
OSIRIS PLEIN TEMPS	4	3	1	4	2	1	1
SECTEUR G27	17	18	10	18	19	13	19
ERASME PLEIN TEMPS		3		4	2	1	2
MAGALLON 3 PLEIN TEMPS	5	1		2	7	5	8
SAINT EXUPERY PLEIN TEMPS	12	14	10	12	10	7	9
ULYSSE	1	5		3		4	2
ULYSSE PLEIN TEMPS	1	5		3		4	2
Total général	95	112	70	103	111	57	84

Nous n'observons pas une pratique d'isolement hors espace dédié plus excessive le weekend par défaut de Chambre de Soins Intensifs.

Nous constatons peu de variation dans l'initiation de contention entre les unités exceptées pour les unités Orangerie et Saint Exupéry, qui dépassent la dizaine par jour de semaine, et l'unité Clos Layat 1 en gérontopsychiatrie dont la spécificité a déjà été évoquée.

Année 2018-Mesures Type C

Répartition des mesures par jour de la semaine

Secteurs/Unités	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Accueil-Admission	9	5	11	15	13	4	5
UHCD ALPHEE PLEIN TEMPS	4	3	7	7	6	1	3
UHCD JB PUSSIN PLEIN TEMPS	5	2	4	8	7	3	2
PISR	9	2	6	5	6	8	8
FONTAINE/ROSEAU PLEIN TEMPS	7	2	5	5	4	8	7
PAUL SIVADON PLEIN TEMPS					2		
PAUL SIVADON PASSERELLE PLEIN TEMPS	2		1				1
SECTEUR G25	4	9	4	6	4		1
GALILEE PLEIN TEMPS	1		1	2			1
LOUISE LABE PLEIN TEMPS	3	5	2		2		
ORANGERIE PLEIN TEMPS		4	1	4	2		
SECTEUR G26	2	3	3	1	3	1	2
MAGALLON 2 PLEIN TEMPS	2	2	2	1	2		2
OSIRIS PLEIN TEMPS		1	1		1	1	
SECTEUR G27	4	14	8	3	5	4	4
ERASME PLEIN TEMPS		3	1	1	1	2	2
MAGALLON 3 PLEIN TEMPS	1	5	3	1	4	1	1
SAINT EXUPERY PLEIN TEMPS	3	6	4	1	1	1	1
ULYSSE	4	2	3	3	1	3	1
ULYSSE PLEIN TEMPS	4	2	3	3	1	3	1
Total général	32	35	35	33	32	20	21

Nous n'observons pas de variation entre les jours de semaine avec toutefois un chiffre toujours supérieur en semaine que le week-end.

Année 2018-Mesures Type D

Répartition des mesures par jour de la semaine

Secteurs/Unités	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Accueil-Admission	3	11	7	7	16	6	10
UHCD ALPHEE PLEIN TEMPS	2	5	2	3	6	2	4
UHCD JB PUSSIN PLEIN TEMPS	1	6	5	4	10	4	6
PISR	5	6	3	7	2	4	6
FONTAINE/ROSEAU PLEIN TEMPS	1	4	2	5		3	2
HERMES PLEIN TEMPS	2		1	2	1		2
PAUL SIVADON PLEIN TEMPS		1			1		
PAUL SIVADON PASSERELLE PLEIN TEMPS	2	1				1	2
POLE DE GERONTO-PSYCHIATRIE	30	27	20	24	30	7	10
CLOS LAYAT 1 PLEIN TEMPS	29	25	19	22	28	5	10
CLOS LAYAT 2 PLEIN TEMPS	1	2	1	2	2	2	
SECTEUR G25	11	10	5	11	8	2	5
GALILEE PLEIN TEMPS	2	2	1				1
LOUISE LABE PLEIN TEMPS	3	4	1	3	2	1	1
ORANGERIE PLEIN TEMPS	6	4	3	8	6	1	3
SECTEUR G26	3	3	6	7	4	6	5
MAGALLON 2 PLEIN TEMPS	1	1	5	4	3	5	3
OSIRIS PLEIN TEMPS	2	2	1	3	1	1	2
SECTEUR G27	11	9	5	12	8	7	15
ERASME PLEIN TEMPS		1		4		1	2
MAGALLON 3 PLEIN TEMPS	6	1		2	5	4	7
SAINT EXUPERY PLEIN TEMPS	5	7	5	6	3	2	6
ULYSSE	1	2		2		2	2
ULYSSE PLEIN TEMPS	1	2		2		2	2
Total général	64	68	46	70	68	34	53

Les écarts entre les jours de semaine et le dimanche sont moins significatifs mais nous constatons deux fois moins d'initiation de contention le samedi par rapport aux autres jours.

3.2.6 Répartition des isolements et contentions par type et par heure

Année 2018-Mesures Type A
Répartition des mesures par heure

Secteurs/Unités	0	1	2	3	4	5	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Accueil-Admission	8	4	4	1	2		1	2	6	14	9	4	5	19	20	25	13	9	8	7	3	9	
UHCD ALPHEE PLEIN TEMPS	6	2	2				1		4	6	5	2	2	13	12	10	6	2	3	2	2	4	
UHCD JB PUSSIN PLEIN TEMPS	2	2	2	1	2			2	2	8	4	2	3	6	8	15	7	7	5	5	1	5	
PISR	1	1	1	1				2	6	13	12	4	5	7	15	19	14	3	5	2	2	1	
FONTAINE/ROSEAU PLEIN TEMPS	1	1	1	1				2	4	12	9	4	5	5	12	15	10	3	2	2	1		
PAUL SIVADON PLEIN TEMPS											1			1	2	1	2		3		1		
PAUL SIVADON PASSERELLE PLEIN TEMPS									2	1	2			1	1	3	2					1	
SECTEUR G25		1				1	1	1	8	6	5	2	7	7	13	10	3	3		1	2	1	
GALILEE PLEIN TEMPS						1	1		2		2		1	2	5	1		1			1		
LOUISE LABE PLEIN TEMPS			1						5	4	3	1	1	4	4	4	1	1		1		1	
ORANGERIE PLEIN TEMPS								1	1	2		1	5	2	4	5	2	1				1	
SECTEUR G26		1						1	5	2	2	1	1	10	8	4	4		3	3		1	
MAGALLON 2 PLEIN TEMPS		1							3	1		1	1	6	7	3	4		3	3		1	
OSIRIS PLEIN TEMPS								1	2	1	2			4	1	1							
SECTEUR G27	1		1	1		1		1	11	10	5	4	7	10	24	18	6	3	4	4	1	6	
ERASME PLEIN TEMPS	1										2	1	2	1	5	6	2	2	1	1	1	1	
MAGALLON 3 PLEIN TEMPS				1		1		1	2	1		1	4	5	15	6	3	1	1	1		1	
SAINT EXUPERY PLEIN TEMPS			1						9	9	3	2	1	4	4	6	1		2	2		4	
ULYSSE	2	1		2	1				2	3	2		6	2	3	5	5	4				1	1
ULYSSE PLEIN TEMPS	2	1		2	1				2	3	2		6	2	3	5	5	4				1	1
Total général	12	7	7	5	3	2	2	6	37	48	34	15	31	54	83	80	44	22	20	17	9	19	

Les pics relatifs à l'isolement en espace dédié correspondent aux temps d'initiation des prescriptions pour des patients provenant des urgences ou de mutations internes.

Année 2018-Mesures Type B
Répartition des mesures par heure

Secteurs/Unités	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Accueil-Admission	7	1	2	2	2	2	2	2	2	1	3	3	1	2	1	4	6	6	6	3	4	4	1		
UHCO ALPHEE PLEIN TEMPS	4		1		2		1			1	3	2		2	1		2	2	2	3	1	1			
UHCO JB PUSSIN PLEIN TEMPS	3	1		1				1		1	1	1	1	1		4	4	4	4	3	3	3			
PSIR	1	2	2	1	2				1	3	1	6	5	3	2	2	1	6	4	5	4		1	1	
FONTAINE/ROSEAU PLEIN TEMPS		1			1				1	3	1	5	5	2	2	1	1	6	3	3	2		1	1	
HERMES PLEIN TEMPS			2	1	1																	1		2	
PAUL SIVADON PLEIN TEMPS												1										1			
PAUL SIVADON PASSERELLE PLEIN TEMPS	1	1												1		1						2			
POLE DE GERONTO-PSYCHIATRIE	3	2	1	1	2	1	2	2	4	8	10	9	14	17	5	7	16	25	17	50	44	4	17	4	
CLOS LAYAT 1 PLEIN TEMPS	2	1	1	1	2		2	2	4	7	8	12	15	4	4	11	21	13	47	39	4	13	1		
CLOS LAYAT 2 PLEIN TEMPS	1	1			1				4	3	1	2	2	1	3	5	4	4	3	5		4	3		
SECTEUR G25	1		1	1	1				1	7	7	11	5	4	6	8	10	3	6	2	5	5			
GALILEE PLEIN TEMPS			1	1					1			2		1	1		1		1						
LOUISE LABE PLEIN TEMPS					1					1	2	7		2	1	3	1		2	1	2	1			
ORANGERIE PLEIN TEMPS	1								6	5	4	3	2	4	4	9	2	4	3	4		3	4		
SECTEUR G26	3	1		1	1	1			1	2	2	1	2	4	2	2	4	2	2	2	5	1	3	3	
MAGALLON 2 PLEIN TEMPS	2	1							1						1	1	1	2	2	4	1	1	3		
OSIRIS PLEIN TEMPS	1			1	1					2	2	1			1	3	1			1		1	2		
SECTEUR G27			1	1	3	1			3	8	6	8	4	5	7	8	8	6	3	4	13	1	24		
ERASME PLEIN TEMPS		1			1				1	1	1	1	1	1	1	2									4
MAGALLON 3 PLEIN TEMPS									2	1	3		2	1	4	3	3	1	3	2	1	2	1	2	
SAINT EXUPERY PLEIN TEMPS				1	2	1			1	8	4	4	3	2	6	2	5	3	2	1	11	1	10		
ULYSSE			1	1	1	2				2	1	1	1	2		1	3	1	1	1	1	1	1	1	
ULYSSE PLEIN TEMPS		1	1	1	2				1	2	1	1	2		1	4	3								
Total général	15	6	4	7	6	4	5	6	6	24	29	38	37	31	20	29	43	51	44	69	66	28	27	37	

Les horaires des isollements hors espaces dédiés montrent une seule particularité en gérontopsychiatrie liée aux spécificités déjà évoquées précédemment.

Nous constatons les mêmes spécificités que pour le tableau des mesures de type A.

Année 2018-Mesures Type C
Répartition des mesures par heure

Secteur/Unités	0	1	2	3	4	5	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Accueil-Admission	6	1	1				2	1	3	3	1	2	1	7	8	9	2	3	4	4	1	3	
UHCO ALPHEE PLEIN TEMPS	5		1				1	1	2	1	2			3	6	2	1	1	3	1	1	2	
UHCO JB PUSSIN PLEIN TEMPS	1	1					1	1	1	3	1	2	1	4	2	7	1	2	1	3	1		1
PSIR	1			1			2	2	7	5	3	1	2	5	2	5	3	3	1			1	
FONTAINE/ROSEAU PLEIN TEMPS	1			1			2	2	5	4	3	1	2	5	2	3	3	3	1				
PAUL SIVADON PLEIN TEMPS										1						1							1
PAUL SIVADON PASSERELLE PLEIN TEMPS										2													
SECTEUR G25			1	1		1	1		2	1	1	1	4		4	2	3	1	1	1	2	1	
GALILEE PLEIN TEMPS				1		1									1				1		1		
LOUISE LABE PLEIN TEMPS			1							1	1		1		1	2	1	1		1	1	1	
ORANGERIE PLEIN TEMPS							1				1	3		2		2							
SECTEUR G26		1							1		2		1		3	1	2		4				
MAGALLON 2 PLEIN TEMPS		1							1	1		1		2		2		3					
OSIRIS PLEIN TEMPS										1					1	1			1				
SECTEUR G27		1	1	2	1				7	2		2	3	4	8	5	1	4					1
ERASME PLEIN TEMPS		1							1		1	1	1	1	3	1	1						
MAGALLON 3 PLEIN TEMPS			1		1				1	1		1	2	3	3	2	1						
SAINT EXUPERY PLEIN TEMPS			2						5	1			1	4									1
ULYSSE		1	1	1	2					1	2		1	1	4		3						
ULYSSE PLEIN TEMPS		1	1	1	2				1	2		1	1	4		3							
Total général	8	4	5	4	2	1	3	3	15	14	11	6	10	13	24	26	17	11	16	6	3	6	

Nous constatons les mêmes spécificités que pour le tableau des mesures de type B.

3.3 EVENEMENTS INDESIRABLES ET GRAVES

Nous avons comptabilisé 26 Evènements Indésirables et Graves en lien avec une mesure d'isolement ou de contention. 22 rapports d'évènements relèvent soit d'agressions verbales (1), de violences physiques (7), de Chambre de Soins Intensifs ou chambres non disponibles (3), de défaut de coordination des soins (13), de fugue (1), de matériels ou locaux inadaptés (1) et 4 rapports d'agressions avec atteinte importante à l'intégrité des personnes. Il n'y a eu aucun décès en Chambre de Soins Intensifs ou de patient contenu.

Les signalements d' Evènements Indésirables et Graves sont envoyés à l'encadrement médico-soignant de l'unité, à la chefferie et aux pilotes du groupe contention et isolement pour analyse avec les membres de l'équipe.

3.4 LES AUDITS INTERNES ET EXTERNES

3.4.1 Les audits externes

3.4.1.1 L'inspection de l'Agence Régionale de Santé Les 18 et 19 octobre 2018, une inspection a été diligentée par l'Agence Régionale de Santé auprès de l'établissement au titre de l'orientation isolement et contention

Dans le cadre du rapport d'inspection définitif, l'Agence Régionale de Santé a formulé 4 prescriptions (fondées sur des bases législatives) suite à un constat de non-conformité et 4 recommandations (visant à corriger des sources de risque) dont 3 concernant l'isolement et la contention.

Les prescriptions :

- Mettre fin aux pratiques d'isolement et/ ou de contention :

Pour les patients en hospitalisation libre sans procéder au changement de leur régime d'hospitalisation

En dehors des lieux dédiés et prévus à cet effet Supérieures à 48 heures pour les mesures d'isolement et à 24 heures pour les mesures de contention.

(Article L.3222-5-1 du code de la santé publique et recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé de février 2017)

Le premier point a fait l'objet d'un rappel à l'ensemble de la communauté médicale.

Pour les deux derniers points, ce sont l'ensemble des actions mises en place sur la problématique des contentions et isolements qui doivent concourir à atteindre ces deux prescriptions.

- Mettre en œuvre les mesures d'isolement et contention nécessaires en respectant les étapes telles qu'elles sont prévues par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé de février 2017 et en assurant leur traçabilité :

Confirmation, dans l'heure qui suit, par un psychiatre, d'une décision d'isolement prise par un interne ou un médecin non psychiatre. C'est la pratique déjà préconisée, mais qui a été toutefois rappelée à cette occasion.

Reprise en équipe pluridisciplinaire. Cette action d'amélioration est inscrite dans le plan d'action 2019 présenté dans ce rapport.

Organisation de 2 visites médicales par 24 heures, y compris la nuit et le week-end.

Depuis mars 2018 les gardes médicales ont été doublées afin que les patients en isolement ou contention bénéficient d'une évaluation médicale journalière y compris week-end et jour férié.

Réalisation des mesures d'hygiène. Son effectivité est inscrite dans le cahier de traçabilité de l'unité.

Renouvellement des prescriptions dans les délais prescrits

Réalisation d'une surveillance des patients en chambre d'isolement conforme aux prescriptions médicales.

Les surveillances sont faites mais ne sont pas renseignées à la bonne place dans l'outil ce qui ne permettait pas de remonter dans le registre. Une action de communication a été faite auprès des équipes à cette occasion.

Conservation de la chambre du patient en isolement dans le service. Action intégrée au plan d'action 2019 présenté dans ce rapport.

- Mettre largement en œuvre le principe des unités ouvertes afin de respecter la liberté d'aller et de venir des patients hospitalisés avec leur consentement (Article L.3211 - 2 du code de la santé publique)

La réalisation d'un guide de bonnes pratiques en matière de respect des libertés individuelles est en cours d'élaboration sur l'hôpital en vue d'une publication à l'automne 2019.

- Compléter l'équipement des chambres d'isolement (dispositif d'appel accessible aux patients contenus et éclairage accessible de l'intérieur) et mettre fin à leur non - conformité (absence de 2 accès d'entrée et éloignement du bureau d'infirmier). (Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé de février 2017)

Ces remarques seront prises en compte dans le cadre du plan d'investissement de l'établissement. Pour ce qui concerne les travaux et le dispositif d'appels malades, des essais ont été réalisés et un cahier des charges est en cours d'élaboration en vue d'un déploiement des appels malades d'ici la fin 2019.

Les recommandations :

1. Intégrer dans le protocole isolement et contention de l'établissement les spécificités et les précautions nécessaires à la mise en œuvre de la contention mécanique afin de sécuriser et d'accompagner les professionnels dans leur pratique. Cette action a été réalisée

2. Formaliser une politique de désescalade intégrant l'aménagement d'espace d'apaisement dans les unités des soins.

Les actions visant à la désescalade ont été intégrées dans les semaines à thème et dans la formation prévention de la violence et alternative à l'isolement. Une communication sur cette thématique aura lieu en 2019. De plus, une réflexion sera menée par chacune des équipes pour l'identification d'un espace d'apaisement.

3. Etablir une fiche de prescription de mesure de contention, dissociée de celle concernant les mesures d'isolement et, comportant tous les items requis notamment pour la recherche des contre-indications somatiques.

Expliciter sur la fiche les modalités de prescription de la surveillance des paramètres physiologiques.

Le groupe contention et isolement est chargé de cette mission.

3.4.1.2 L'audit croisé

Il a été réalisé dans le cadre du Centre Ressource Métiers et Compétences avec une restitution par les auditeurs en comité stratégique, et par le président de Commission Médicale d'Etablissement et la directrice des soins en Commission Médicale d'Etablissement en décembre 2018.

3.4.2 Les audits internes

Notre établissement ayant décelé certaines incohérences entre le registre informatisé et la réalité du terrain lors de l'inspection de l'Agence Régionale de Santé en octobre 2018, nous avons souhaité proposer sans attendre le rapport des axes d'amélioration en communiquant auprès des équipes médicales et paramédicales.

Le 10 décembre 2018, nous avons réalisé une nouvelle extraction du registre afin d'évaluer la mise en application des nouvelles préconisations. Cette analyse a été doublée d'une visite de toutes les unités pour vérifier les mesures de contention, d'isolement et les chambres fermables ainsi que l'adéquation du

registre aux mesures. Elle a permis aussi de proposer des corrections immédiates dont notamment un rappel des bonnes pratiques à tous les médecins prescripteurs et aux équipes infirmières en matière de traçabilité. Des supports ont été élaborés par le Département d'Information Médicale pour que chacun puisse s'y référer.

Des points positifs ont été identifiés :

- Aucune contention ce jour sur l'hôpital,
- Absence d'écart entre le nombre de contention indiqué sur le registre et la réalité du terrain
- Les patients en soins libres ne sont pas isolés ou contenus plus de 12h.

Plusieurs axes de progrès ont été également pointés :

- Rappels aux prescripteurs concernant le type de mesure à sélectionner dans l'outil, les délais de prescriptions et la nécessaire clôture des mesures ainsi que la saisie du nom du psychiatre.
- Rappels relatifs aux bonnes règles de prescription, à la nécessité de visiter tous les patients isolés ou contenus hors ou en Chambre de Soins Intensifs.
- Mise en place d'un contrôle bihebdomadaire des erreurs de prescription par le médecin du Département d'Information Médicale avec prise de contact avec les médecins prescripteurs.

Ces audits ont été réalisés par la Directrice de Soins Infirmiers et de Rééducation et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, le groupe isolement contention et le service qualité et le Département d'Information Médicale .

IV. Plan d'actions 2019

Les axes de travail identifiés pour l'année 2019 prennent en compte les prescriptions et recommandations de l'Agence Régionale de Santé suite à l'inspection réalisée en octobre 2018 en matière d'isolement et de contention ainsi la restitution provisoire des constats issus de la visite du Contrôleur général des lieux privatifs de liberté.

Ils intègrent également :

- les propositions du comité stratégique qui engagent les pôles et la direction dans la réduction du recours à la contention
- les actions d'amélioration du groupe contention isolement validées par la Commission Médicale d'Etablissement

Ce programme d'actions vise à induire une évolution culturelle visant à modifier les pratiques au sein des équipes.

Evolution des représentations

1. Visites d'établissements ne recourant pas ou peu à l'isolement et à la contention :
 - . Rencontre à programmer avec le Centre Hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or (automne 2019)
 - . Visite du Centre hospitalier Valvert de Marseille (avant fin 2019)
2. Analyser mensuellement au sein de chaque pôle et par unité, le tableau des données d'activité du recours à l'isolement et à la contention et les comparer à celles du pôle et celles globales de l'établissement
3. Diffuser les travaux sur les alternatives à la contention et à l'isolement proposées lors des semaines à thème et des colloques sur la prévention primaire, secondaire et tertiaire réalisés dans l'établissement pour une appropriation au niveau des unités d'hospitalisation.

Evolution des organisations et des pratiques

4. Reconsidérer les Chambres de Soins Intensifs comme un outil de soins en les retirant du tableau des lits
5. Positionner la gestion des Chambres de Soins Intensifs au niveau de chaque service, mettant fin par conséquent à la mutualisation des Chambres de Soins Intensifs au niveau de l'établissement
6. Interroger systématiquement dès l'accueil du patient, adressé par les services d'urgences, la reconduction d'une décision médicale d'isolement ou de contention
7. Reprise hebdomadaire en équipe pluridisciplinaire de toutes les indications d'isolement et de contention, en intégrant l'analyse des mesures de désescalade : les modalités de traçabilité de cette analyse sont à définir (en référence au guide réalisée en cohérence avec les outils 8 et 9 du Guide de la Haute Autorité de Santé : Prévention de la violence).
8. Améliorer la contenance des équipes grâce au renforcement des unités d'entrée en personnels infirmiers, aux changements d'organisation et à l'accompagnement par une formation
9. Réfléchir à la mise en place d'un espace d'apaisement par unité
10. Requalifier les chambres d'apaisement du pôle de gérontopsychiatrie en chambre d'isolement dédié de type A
11. Réajuster la fiche des audits pour analyser les Evènements Indésirables et Graves survenus en Chambres de Soins Intensifs
12. Organiser une réunion d'échanges avec l'Agence Régionale de Santé sur le circuit des urgences
13. S'engager avec la Direction Générale de l'Offre de Soins pour un accompagnement de l'hôpital dans la réduction du recours à l'isolement et à la contention

Evolution d'ordre matériel et immobilier

14. Mettre en place un système d'appel malade dans toutes les chambres, y compris les chambres de soins intensifs, d'ici la fin de l'année 2019.
15. Installer des stores pour respecter l'intimité des patients en Chambre de Soins Intensifs
16. Poursuivre la recherche de matériels adaptés pour les Chambres de Soins Intensifs
17. Installer une seconde porte d'accès dans les Chambres de Soins Intensifs des unités non concernées par le programme de rénovation immobilière



Centre hospitalier
SAINT JEAN DE DIEU
290, route de Vienne
BP 8252 - 69355 Lyon Cedex 08
Tél. : 04 37 90 10 10
<http://sjd.arhm.fr/>

arhm
FONDATION