



Rapport d’observation

59G21 Lille – Septembre 2018



Publié par l’Organisation mondiale de la Santé en 2012 sous le titre WHO QualityRights Tool Kit

© Organisation Mondiale de la Santé 2012

L’Organisation Mondiale de la Santé a accordé à l’EPSM Lille-Métropole les droits de traduction et de publication pour une édition en français. L’EPSM Lille-Métropole est seul responsable de la qualité et de la fidélité de la version en français. En cas d’incohérence entre la version anglaise et la version française, la version anglaise est considérée comme la version authentique faisant foi.

Programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits. Evaluer et améliorer la qualité et les droits de l'homme dans des structures de santé mentale

© Organisation mondiale de la Santé 2016

Les demandes d'autorisation pour la traduction ou la reproduction des supports d'information de l'OMS, que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale, doivent être adressées au service de presse de l'OMS, à : permissions@who.int.

Traduction réalisée par :  
EPSM Lille-Métropole / Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS Lille www.ccomssantementalelillefrance.org).

CCOMS  
211 rue Roger Salengro  
59260 Hellemmes - France

**REMERCIEMENTS**

Les auteurs principaux du programme QualityRights de l’OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits sont Michelle Funk et Natalie Drew, Politique de santé mentale et développement des services, Département de la Santé mentale et des toxicomanies, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Genève, Suisse.

**Le soutien technique et les relectures ont été offerts par :**

* Melvyn Freeman, National Department of Health, South Africa
* Achmat Moosa Salie, World Network of Users and Survivors of Psychiatry, Ubuntu Centre South Africa, Cape Town, South Africa
* Anne Marie Robb, Ubuntu Centre South Africa, South Africa
* Judith Cohen, South African Human Rights Commission, South Africa
* Christine Ogaranko, Canada
* J. Ramón Quirós, Ministry of Health and Health Care, Principality of Asturias’ Government, Spain
* Japheth Ogamba Makana, MindFreedom, Kenya
* Sawsan Najjir, MindFreedom, Kenya
* Charlene Sunkel, Gauteng Consumer Advocacy Movement; Chairperson, South African Mental Health Advocacy Movement, South Africa
* Sylvester Katontoka, Mental Health Users Network of Zambia
* Tomás Lopéz Corominas, Hierbabuena, Oviedo Association for Mental Health, Spain
* Helena Nygren Krug, WHO, Geneva, Switzerland
* Gemma Griffin, Mental Health and Addiction, Southern District Health Board, New Zealand
* Shekhar Saxena, WHO, Geneva, Switzerland
* David Crepaz-Keay, Mental Health Foundation, United Kingdom
* Javier Vasquez, WHO Regional Office for the Americas, Washington DC, United States
* Jose Miguel Caldas de Almeida, Faculty of Medical Sciences, New University of Lisbon, Portugal
* Soumitra Pathare, Ruby Hall Clinic, Pune, India
* Benedetto Saraceno, University Nova of Lisbon, Portugal; Global Initiative on Psychiatry, The Netherlands

**Nous souhaitons également remercier les personnes suivantes pour leur avis expert et leur apport technique :**

* Victor Aparicio, WHO Subregional Office, Panama
* Gunilla Backman, London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom
* Laurent Benedetti, University of Massachusetts Medical School, United States
* Laura Bennett, Severn Deanery School of Psychiatry, United Kingdom
* Benjamin E. Berkman, Department of Bioethics, National Institutes of Health, United States
* Mrs Barbara Bernath, Association for the Prevention of Torture, Switzerland
* Andrea Bruni, WHO Country Office, Ethiopia
* Judith Bueno de Mesquita, University of Essex Law School, Colchester, United Kingdom
* Vijay Chandra, WHO Regional Office for South-East Asia, New Delhi, India
* Hugo Cohen, WHO Subregional Office, Argentina
* Sebastiana Da Gama Nkomo, WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, Democratic Republic of the Congo
* Marta Ferraz, National Programme for Mental Health, Ministry of Health, Portugal
* Lance Gable, Wayne State University Law School, Detroit, Michigan, United States
* Amelia Concepción González López, Public Health and Participation, Principality of Asturias, Spain
* Lawrence Gostin, O’Neill Institute for National and Global Health Law, Georgetown University, Washington DC, United States
* Paul Hunt, University of Essex Human Rights Centre, Colchester, United Kingdom
* Shadi Jaber, Mental Health Families and Friends Society, West Bank and Gaza Strip
* Jan Paul Kwasik, Orygen Youth Health, Melbourne, Australia
* Caroline Fei-Yeng Kwok, Canada
* Oliver Lewis, Mental Disability Advocacy Centre, Budapest, Hungary
* Aiysha Malik, University of Oxford, United Kingdom
* Angélica Monreal, National Comission for the Protection of People with Mental Illnesses, Chile
* Maristela Monteiro, WHO Regional Office for the Americas, Washington DC, United States
* Matthijs Muijen, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark
* Jamil Nassif,**SalfitCommunityMentalHealthCenter,**Ministry of Health, West Bank and Gaza Strip
* Alana Officer, WHO, Geneva, Switzerland
* Ionela Petrea, Trimbos Institute WHO Collaborating Centre, The Netherlands
* Matt Pollard, Association for the Prevention of Torture, Geneva, Switzerland
* Jorge Rodriguez, WHO Regional Office for the Americas, Washington DC, United States
* Diana Rose, Institute of Psychiatry, King’s College London, United Kingdom
* Khalid Saeed, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, Egypt
* Tom Shakespeare, WHO, Geneva, Switzerland
* Jessica Sinclair, Maxwell Stamp PLC, United Kingdom
* Sarah Skeen, WHO, Geneva, Switzerland
* Peter Stastny, Global Mental Health Program/RedeAmericas, Columbia University, New York City, United States
* Kanna Sugiura, WHO, Geneva, Switzerland
* Ezra Susser, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York City, United States
* Stephen Tang, Australian National University, Canberra, Australia
* Graham Thornicroft, Institute of Psychiatry, King’s College London, United Kingdom
* Anil Vartak, Schizophrenia Awareness Association, Pune, India
* Henrik Wahlberg, Stockholm County Council, Centre for Transcultural Psychiatry, Stockholm, Sweden
* Simon Walker. Office of the High Commissioner for Human Rights, Geneva, Switzerland
* Xiangdong Wang, WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila, Phillipines
* Narelle Wickham, Justice Health, Canberra, Australia
* Moody Zaky, Comet General Hospital, Egypt

Soutien administratif et secrétariat: Patricia Robertson

Traduction : Bérénice Staedel, Simon Vasseur-Bacle, Centre collaborateur de l’OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille - France) - www.ccomssantementalelillefrance.org

Conception graphique et mise en page: Inis Communication, www.iniscommunication.com

**Nous remercions, pour leur soutien financier, les gouvernements Espagnol et Portugais.**

**SOMMAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| Synthèse | ***1*** |
| Méthodologie | ***3*** |
| Résultats | ***6*** |
| Thème 1 : Droit à un niveau de vie adéquat et à la protection sociale (article 28 de la CDPH) | ***6*** |
| Thème 2 : Droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible (article 25 de la CDPH) | ***18*** |
| Thème 3 : Reconnaissance de la personnalité juridique et droit à la liberté et à la sûreté de la personne (articles 12 et 14 de la CDPH) | ***29*** |
| Thème 4 : Droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et à ne pas être soumis à l’exploitation, à la violence et à la maltraitance (articles 15 et 16 de la CDPH) | ***36*** |
| Thème 5 : Droit à l’autonomie de vie et à l’inclusion dans la société (article 19 de la CDPH) | ***45*** |
| Discussion | ***51*** |
| Conclusions et recommandations | ***70*** |

**Synthèse**

**Objectif**

Le programme QualityRights de l’OMS propose aux pays des informations pratiques et des outils pour évaluer et améliorer la qualité et le respect des droits de la personne dans les établissements de santé mentale et d’aide sociale. Ce programme est basé sur la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées des Nations Unies.

Il propose des repères pratiques sur :

• les droits de la personne et les normes de qualité qui doivent être respectés, protégés et atteints dans les établissements de santé mentale et d’aide sociale, tant en ambulatoire qu’en service d’hospitalisation ;

• la préparation et la conduite d’une évaluation globale des établissements ; et

• l’écriture de rapports et de recommandations basés sur cette évaluation.

Ce programme est conçu pour être utilisé dans les pays à bas, moyens et hauts revenus. Il peut être utilisé par de nombreux acteurs, dont des comités d’évaluation dédiés, des organisations non-gouvernementales, des organisations nationales des Droits de l’Homme, des commissions nationales de santé ou de santé mentale, des organismes de certification des services de santé, des structures nationales instaurées par des traités internationaux pour veiller à l’implémentation des normes des droits de la personne ou d’autres organisations intéressées par la promotion des droits des personnes handicapées.

Le programme QualityRights de l’OMS est une ressource essentielle, non seulement pour mettre un terme aux négligences et abus passés, mais aussi pour assurer des services de haute qualité dans le futur.

**Méthodes**

Ce rapport présente les résultats de l’utilisation des outils d’observation du programme QualityRights dans un pôle de santé mentale (59G21) de l’EPSM Lille Métropole.

Une équipe pluridisciplinaire composée d’usagers, de familles et de professionnels (psychiatre, psychologue, juristes, directeur d’établissement, directrice qualité) a été formée à l’utilisation de ces outils, et s’est rendue au sein des différents sites du secteur 59G21 à Lille pour une observation de trois jours.

35 entretiens avec des personnes usagères, des aidants et familles et des professionnels ont été programmés (36 effectués), ainsi que des observations in situ et une revue de documents.

**Résultats**

Cinq grands thèmes, décomposés en 116 critères ont été investigués, puis côtés par l’équipe d’observation selon les modalités suivantes : Pleinement réalisé (R/P), Partiellement réalisé (R/Pa), Réalisation initiée (R/I), Non initié (N/I) et Non applicable (N/A). Les résultats pour les cinq grands thèmes sont présentés dans le tableau ci-dessous :

|  |  |
| --- | --- |
| Thème | Cotation |
| Thème 1 : Droit à un niveau de vie adéquat et à la protection sociale (article 28 de la CDPH) | Partiellement réalisé (R/Pa) |
| Thème 2 : Droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (article 25 de la CDPH) | Pleinement réalisé (R/P) |
| Thème 3. Reconnaissance de la personnalité juridique et droit à la liberté et à la sûreté de la personne (articles 12 et 14 de la CDPH) | Partiellement réalisé (R/Pa) |
| Thème 4. Droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et à ne pas être soumis à l’exploitation, à la violence et à la maltraitance (articles 15 et 16 de la CDPH) | Pleinement réalisé (R/P) |
| Thème 5. Droit à l’autonomie de vie et à l’inclusion dans la société (article 19 de la CDPH) | Pleinement réalisé (R/P) |

**Discussion, conclusions et recommandations**

Ce rapport s’attache à présenter les observations de l’équipe, les points positifs ainsi que les axes d’amélioration. Des extraits d’entretiens ou d’observations viennent illustrer de manière qualitative les cotations.

Dix recommandations ont été formulées à l’issue de cette visite.

**Méthodologie**

**Sélection, composition, rôles et responsabilités de l’équipe d’évaluation**

Une attention particulière a été accordée à la constitution de l’équipe d’observation amenée à se déplacer au sein de l’EPSM Lille Metropole, sur le pôle 59G21. L’idée directrice était de maintenir la pluridisciplinarité au sein de l’équipe, afin de réfléter les valeurs portées par le programme QualityRights. Il était donc indispensable de constituer un groupe suffisamment large pour inclure usagers, familles et professionnels.

L’équipe d’observation était composée de huit membres :

* **Marie-Josée Froideval**, Vice-Présidente du GEM les Ch’tis Bonheurs.
* **Marina de Guerry**, Membre de l’UNAFAM.
* **Laurent Burckel**, ancien Directeur d’Hôpital.
* **Ramona Spinu,** Psychiatre, CH Argenteuil.
* **Marie Baudel**, Juriste, Université de Nantes.
* **Adeline Dubois Rigollet**, Directrice Qualité, CPA, Bourg en Bresse.
* **Agathe Martin**, Juriste.
* **Aurora Jeanroy**, Psychologue, Juriste, Cour Pénale Internationale.

Les membres de cette équipe n’ont pas déclaré de conflit d’intérêt quant à leur participation à cette observation sur le pôle 59G21 de l’EPSM Lille Metropole.

Chaque membre de l’équipe s’est formé à l’utilisation de chacun des cinq documents composant le Tool Kit (document principal, guide d’entretien, guide d’observation et collecte de données, rapport établissement, rapport national). De même, chaque membre a procédé aux trois modalités d’observation prévues par le protocole (observation in situ, entretiens, analyses de documents).

**Rencontre préliminaire de l’équipe d’évaluation**

Tous les documents ont été diffusés en amont de la réunion de travail à chacun des membres, et des rendez-vous téléphoniques ont été programmés afin de lister les questions et difficultés rencontrées.

Une présentation de l’établissement et du pôle 59G21 a été faite.

Plusieurs documents ont été proposés et révisés par la suite :

* Planning des journées de visite (cf Annexe 1)
* Instructions aux enquêteurs (cf Annexe 2)
* Formulaire de consentement (cf Annexe 3)
* Détail des items d’observation et d’analyse de documents (cf Annexe 4)

**La visite**

Un travail de préparation du terrain d’observation a été entrepris en amont de la visite d’observation. La démarche QualityRights a été présentée lors d’une réunion d’information à laquelle les professionnels du pôle 59G21 ont été invités. Les documents et une note d’information ont également été diffusés.

A posteriori, il nous semble que cette démarche d’explication et de préparation, tant au niveau des professionnels que des personnes usagères, est un préalable intéressant afin de faciliter la visite en elle-même, et devrait être encore approfondie.

La visite a eu lieu du 17 au 19 septembre 2018, avec une équipe de 8 observateurs, au sein des structures composant l’EPSM Lille Metropole, Pôle 59G21 :

*Hospitalisation* :

* Clinique Jérôme Bosch, CHRU de Lille

*Prise en charge ambulatoire :*

* SMPP Centre de Consultations Spécialisées Maison Antonin Artaud, Lezennes
* Centre intersectoriel de thérapie familiale et systémique Don Jackson, Hellemmes
* Centre Frontière$ - Galerie d'Art, Hellemmes
* CCOMS, Centre Collaborateur pour la recherche et la formation en santé mentale, Hellemmes
* SMPP Georges Van Belleghem, Faches-Thumesnil
* Résidence André Breton, Faches-Thumesnil
* Espace Alan Turing, Ronchin
* SIIC, Equipe Mobile de soins intensifs intégrés dans la cité, Espace Alan Turing, Ronchin
* Habicité
* Acceuil familial therapeutique en alternative à l’hospitalisation (AFTAH)

Aucune photo n’a été prise au sein des structures et aucun enregistrement audio n’a été effectué.

36 entretiens ont été réalisés (détail ci-dessous). Les conditions logistiques étaient de qualité, avec suffisamment de bureaux pour la tenue des entretiens, une confidentialité garantie et un confort suffisant. Une attention a été portée à la diversité des personnes interrogées, tant pour les personnes usagères (diagnostic, durée d’hospitalisation ou de suivi au sein du service, régime d’hospitalisation, sexe, âge), que pour les aidants et les professionnels (psychiatre, cadre de santé, psychologue, médiateur de santé pair, animateur, ASQH, élu, etc.).

**Echantillon : nombre d’entretiens menés**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom et emplacement de la structure** | **Nombre de professionnels** | **Nombre d’usagers**  **(file active)** | **Date et heure de la visite** | **Entretiens avec les professionnels** | | **Entretiens avec les usagers** | | **Entretiens avec les familles** (ou amis ou aidants) | |
| *Prévus* | *Effectués* | *Prévus* | *Effectués* | *Prévus* | *Effectués* |
| EPSM Lille Metropole,  Pôle 59G21. |  | 3300 | 17 - 19 Septembre 2018 | 18 | 23 | 12 | 9 | 5 | 4 |

Chaque membre de l’équipe d’observation a mené des entretiens, s’est déplacé dans différentes structures, et a consulté des documents papier ou informatiques.

Pour certains observateurs, des temps de repas ont été pris en compagnie des personnes usagères le midi dans l’unité d’hospitalisation.

**Réunion du comité après la visite**

L’équipe d’observation s’est réunie immédiatement après les différentes observations et entretiens le 19 Septembre après-midi, dans une salle du Centre Collaborateur de l’OMS (CCOMS, Lille, France). Les huit membres étaient présents.

Les 116 critères ont pu être côtés lors de cette réunion. Certains critères ont amené une cotation homogène chez les différents observateurs, d’autres ont suscité plus de débats. Les observateurs ont alors pu partager leurs observations individuelles et le contenu des entretiens afin d’alimenter la réflexion et de permettre une prise de décision. Si le consensus n’était pas atteint parmi les huit membres de l’équipe, avec une hésitation entre deux cotations, la cotation « inférieure » était finalement choisie, comme recommandé dans le protocole. Par exemple, si le groupe a hésité entre les cotations « pleinement réalisé » et « partiellement réalisé », en l’absence de consensus, la cotation conservée était « partiellement réalisé ».

Les normes puis les thèmes ont ensuite été côtés de la même manière.

|  |
| --- |
| Le protocole QualityRights prévoit une comparaison entre les services de santé mentale et ceux de santé générale. Les résultats ci-après conservent la structure proposée dans le guide pour l’écriture d’un rapport local, mais il n’y a pas de cotation pour les services de santé générale, aucune observation n’ayant été faite dans ces services.  Cela pourrait constituer une piste pour poursuivre le travail dans la région de Lille, ou en France de manière générale. |

**Résultats**

**Thème 1**

**Droit à un niveau de vie adéquat (Article 28 de la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH))**

**Scores généraux:**

Services de santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Services de santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

**Normes**

1.1 Le bâtiment est en bon état.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

1.2 Les lieux de sommeil des personnes usagères des servicessont confortables et permettent une intimité suffisante.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

1.3 La structure respecte les normes d’hygiène et sanitaires.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

1.4 Les personnes usagères des services reçoivent de la nourriture, de l’eau potable et des vêtements qui respectent leurs besoinset préférences.

Santé mentale :R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

1.5 Les personnes usagères des services peuvent communiquerlibrement et leur vie privée est respectée.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

1.6 La structure procure un environnement accueillant, confortable et stimulant, favorisant une participation active et lesinteractions.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

1.7 Les personnes usagères des services peuvent jouir d’une viesociale et personnelle satisfaisante et rester engagées dans la vie et lesactivités de la communauté.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

Thème 1,norme 1.1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 1.1. Le bâtiment est en bon état.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 1.1.1. Le bâtiment est bien entretenu (par exemple, les fenêtres ne sont pas cassées,  la peinture ne s’écaille pas sur les murs). | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère1.1.2. Le bâtiment est accessible aux personnes ayant un handicap physique. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère1.1.3. L’éclairage (artificiel et naturel), le chauffage et la ventilation du bâtiment fournissentun environnement de vie agréable. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère1.1.4. Des mesures pour protéger les personnes contre des blessures dues à un  incendie sont prévues. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 1, norme 1.2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 1.2.Les lieux de sommeil des personnes usagères des servicessont confortables et permettent une intimité suffisante.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 1.2.1. Les chambres et dortoirs offrent suffisamment d’espace par personne usagère  des services et ne sont pas surpeuplés. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère1.2.2. Les hommes et les femmes, ainsi que les enfants et les personnes âgées ont  des chambres et dortoirs séparés. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.2.3. Les personnes usagères des services sont libres de décider de leurs heures  de lever et de coucher. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.2.4. Les chambres et dortoirs permettent de respecter l’intimité des personnesusagères des services. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.2.5. Un nombre suffisant de couvertures propres et du linge de lit sont disponiblespour les personnes usagères des services. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.2.6. Les personnes usagères des services peuvent conserver des effets personnelset disposent d’un espace sous clé adéquat pour les entreposer. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 1, norme 1.3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 1.3.La structure respecte les normes d’hygiène et sanitaires.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 1.3.1. Les douches, bains et toilettes sont propres et fonctionnent correctement. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.3.2. Les douches, bains et toilettes permettent l’intimité, et il y a des installationsséparées pour les hommes et les femmes. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.3.3. Les personnes usagères des services ont accès régulièrement aux douches, bains et toilettes. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.3.4. Les besoins d’accès aux douches, bains et toilettes des personnes usagèresdes services qui sont alitées ou qui ont une mobilité réduite ou un autre handicap  physique sont satisfaits. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 1, norme 1.4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 1.4.Les personnes usagères des services reçoivent de lanourriture, de l’eau potable et des vêtements qui respectent leurs besoinset préférences.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 1.4.1. La nourriture et l’eau potable sont disponibles en quantités suffisantes, sontde bonne qualité et respectent les préférences culturelles et les besoins spécifiquesen termes de santé des personnes usagères des services. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.4.2. La nourriture est préparée et servie dans des conditions satisfaisantes et leslieux de restauration sont adaptés aux habitudes culturelles et respectent les  habitudes de la communauté. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.4.3. Les personnes usagères des services peuvent porter leurs propres vêtements  et chaussures (le jour comme la nuit). | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.4.4. Quand les personnes usagères des services n’ont pas leurs propres vêtements,  des vêtements de bonne qualité, respectant les préférences culturelles  et adaptés au climat sont fournis. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 1, norme 1.5

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 1.5.Les personnes usagères des services peuvent communiquer  librement et leur vie privée est respectée.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 1.5.1. Le téléphone, le courrier, les e-mails et internet sont libres d’accès, sanscensure. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.5.2. La vie privée des personnes usagères des services est respectée quel que soitle moyen de communication. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.5.3. Les personnes usagères des services peuvent communiquer dans la languede leur choix, et les structures fournissent un support (par exemple des traducteurs)  permettant l’expression de leurs besoins. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.5.4. Les personnes usagères des services peuvent recevoir des visiteurs, choisir qui ils veulent voir et participer aux visites à toute heure raisonnable. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Criterion 1.5.5. Les personnes usagères des services peuvent se déplacer librement aux alentoursde l’établissement. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 1, norme 1.6

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 1.6.La structure procure un environnement accueillant,  confortable et stimulant, favorisant une participation active et lesinteractions.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 1.6.1. L’ameublement est suffisant, confortable et en bon état. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.6.2. L’amènagement de la structure favorise les interactions entre les personnesusagères des services, les professionnels et les visiteurs. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.6.3. Les ressources nécessaires, y compris l’équipement, sont fournies parl’établissement afin d’assurer aux personnes usagères des services l’opportunitéd’interagir et de participer à des activités de loisirs. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.6.4. Des pièces du bâtiment sont spécialement dédiées aux loisirs pour les personnesusagères des services. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 1, norme 1.7

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 1.7.Les personnes usagères des services peuvent jouir d’une vie  sociale et personnelle satisfaisante et rester engagées dans la vie et les  activités de la communauté.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 1.7.1. Les personnes usagères des services peuvent interagir entre elles, y comprisavec des personnes de sexe opposé. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.7.2. Les requêtes personnelles, comme assister à un mariage ou à des funérailles,sont facilitées par les équipes de soin. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.7.3. Des activités variées, adaptées aux personnes et à leur âge sont régulièrementprévues et organisées au sein de l’établissement et dans la communauté. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 1.7.4. Les équipes de soin fournissent des informations aux personnes usagèresdes services sur les activités dans la communauté et facilitent l’accès à cesactivités. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Criterion 1.7.5. Les équipes de soin facilitent l’accès des personnes usagères des servicesaux loisirs à l’extérieur de l’établissement, et des activités de la communautésont organisées au sein de l’établissement. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | A/F  A/P  A/I  N/I  N/A |  |

**Thème** **2**

**Droit de jouir du meilleur état de santéphysique et mentale possible**

**(article 25 de la CDPH)**

**Scores généraux:**

Services de santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Services de santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

Normes

2.1 Les structures de soin sont accessibles à toutes les personnes qui demandent un traitement et un suivi.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

2.2 La structure bénéficie d’un personnel compétent et proposedes services de santé mentale de qualité.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

2.3 Le suivi, la réhabilitation psychosociale et les liens avec lesréseaux de soutien et d’autres services sont des éléments d’un plande rétablissement personnalisé et contribuent à la possibilité pour lapersonne usagère des services de vivre de manière autonome dans la communauté.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

2.4 Les traitements psychotropes sont disponibles, abordables etutilisés de manière adaptée.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

2.5 Des services adéquats sont disponibles pour la santé généraleet reproductive.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

Thème 2,Norme 2.1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 2.1.Les structures de soin sont accessibles à toutes les personnes  qui demandent un traitement et un suivi.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 2.1.1. L’accès aux structures de soin ou aux traitements n’est pas refusé à une personne  en fonction de sa race, sa couleur de peau, son sexe, sa langue, sareligion, ses opinions politiques ou autres, sa nationalité, son ethnie, son originesociale ou géographique, ses biens, son handicap, son âge ou tout autre  statut. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 2.1.2. Toute personne qui demande un suivi en santé mentale reçoit des soins dansla structure ou est orientée vers une autre structure où elle pourra recevoir dessoins. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 2.1.3. Aucune personne usagère des services n’est hospitalisée, traitée ou retenue  dans une structure de soin sur la base de sa race, sa couleur de peau, sonsexe, sa langue, sa religion, ses opinions politiques ou autres, sa nationalité,son ethnie, son origine sociale ou géographique, ses biens, son handicap, son  âge ou tout autre statut. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 2, Norme 2.2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 2.2.Les structures de soin sont accessibles à toutes les personnes  qui demandent un traitement et un suivi.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 2.2.1. La structure bénéficie d’un personnel avec des compétences suffisamment  variées pour proposer conseil, réhabilitation psychosociale, information, éducationet soutien aux personnes usagères des services et à leurs familles,amis et aidants afin de promouvoir une vie autonome et l’intégration dans la  communauté. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 2.2.2. Les équipes de soin connaissent l’existence et le rôle des services et ressources  permettant de promouvoir l’autonomie et l’intégration dans la communauté. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 2.2.3. Les personnes usagères des services peuvent consulter un psychiatre ou unautre professionnel de la santé mentale quand ils le souhaitent. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 2.2.4. Les équipes de soin sont formées et habilitées à prescrire et réévaluer les traitements  psychotropes. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 2.2.5. Les équipes de soin sont formées et reçoivent une information écrite sur lesdroits des personnes avec un problème de santé mentale et connaissent lesnormes internationales en matière de Droits de l’homme, dont la CDPH. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 2.2.6. Les personnes usagères des services connaissent et ont accès aux moyens  d’expression de leurs opinions sur l’organisation des services et leur amélioration. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 2, Norme 2.3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 2.3.Le suivi, la réhabilitation psychosociale et les liens avec lesréseaux de soutien et d’autres services sont des éléments d’un plan de rétablissement personnalisé et contribuent à la possibilité pour lapersonne usagère des services de vivre de manière autonome dansla communauté.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 2.3.1.Chaque personne usagère des services a un plan de rétablissement personnalisé détaillé qui intègre ses objectifs sociaux, médicaux, professionnels et de formation, ainsi que ses objectifs de rétablissement. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 2.3.2. Les plans de rétablissement sont menés par la personne usagère des services,  reflètent ses choix et préférences de soin, sont mis en place de manière effective,sont réévalués et actualisés régulièrement par la personne usagère desservices et un membre de l’équipe de soin. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 2.3.3Dans le cadre de leurs plans de rétablissement, les personnes usagères des  services sont encouragées à rédiger des directives anticipées[[1]](#footnote-1) qui précisentles soins et options de rétablissement dont ils souhaitent bénéficier, ainsi queceux qu’ils ne souhaitent pas, s’ils ne sont pas en mesure de communiquerleurs choix à un moment donné dans le futur. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 2.3.4. Chaque personne usagère des services a accès à des programmes psychosociauxpour accomplir les activités sociales de son choix en développant lescompétences nécessaires à l’emploi, à la formation ou dans d’autres domaines.Le développement de compétences est adapté au projet de rétablissementde la personne et peut inclure un renforcement des compétences du quotidienet de la gestion de sa santé. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère2.3.5. Les personnes usagères des services sont encouragées à développer unréseau social et/ou à maintenir le contact avec les membres de leur réseau afinde faciliter une vie autonome dans la communauté. La structure accompagnela mise en relation des personnes usagères des services avec leurs familles etamis, en fonction de leurs souhaits. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère2.3.6. Les établissements assurent le lien des personnes usagères des services avec le système de santé général, les autres niveaux de services de santé mentale, comme ceux de soins de santé secondaires, et les services existants dans la communauté comme l’attribution d’allocations, les aides aux logements, les agences pour l’emploi, les centres et hôpitaux de jour et les logements aidés. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 2, Norme 2.4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 2.4.Les traitements psychotropes sont disponibles, abordables etutilisés de manière adaptée.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 2.4.1. Le traitement psychotrope approprié (comme spécifié dans les recommandationsnationales) est disponible dans la structure ou peut être prescrit. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 2.4.2. Un stock constant des traitements psychotropes essentiels est disponible, en  quantités suffisantes pour répondre aux besoins des personnes usagères desservices. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 2.4.3. Le type de traitement et la posologie sont toujours adaptés aux diagnostics cliniquesdes personnes usagères des services et sont réévalués régulièrement. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 2.4.4. Les personnes usagères des services sont informées des effets des traitements  médicamenteux proposés et des éventuels effets secondaires. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 2.4.5. Les personnes usagères sont informées sur les possibilités de soin alternatives  ou complémentaires au traitement médicamenteux, comme la psychothérapie. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 2, Norme 2.5

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 2.5.Des services adéquats sont disponibles pour la santé généraleet reproductive.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 2.5.1. Les personnes usagères des services bénéficient à leur entrée, et régulièrement  ensuite, d’une consultation somatique et/ou de dépistages pour despathologies spécifiques. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère2.5.2. Des soins pour des problèmes de santé générale, comme les vaccinations,sont disponibles pour les personnes usagères des services dans la structureou par orientation. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 2.5.3. Quand des actes chirurgicaux ou médicaux sont nécessaires et ne peuvent  être proposés au sein de la structure, il existe des procédures d’orientationqui assure aux personnes usagères des services d’en bénéficier dans un délaiconvenable. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère2.5.4.L’éducation et la promotion de la santé sont assurées de manière régulière au  sein de la structure. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère2.5.5. Les personnes usagères des services sont informées et conseillées en matièrede santé reproductive et de planification familiale. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 2.5.6. Les services de santé générale et reproductive sont proposés aux personnes  usagères des services avec leur consentement libre et éclairé. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

**Thème 3**

**Reconnaissance de la personnalité juridique etdroit à la liberté et à la sûreté de la personne (articles12 et 14 de la CDPH)**

**Scores généraux:**

Services de santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Services de santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

Normes

3.1 Les préférences des personnes usagères des services concernant le lieu et le type de suivi sont toujours une priorité.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

3.2 Des procédures et des protections sont opérantes pour empêcher la privationde liberté et les soins sans consentement libre et éclairé.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

3.3 Les personnes usagères des services peuvent exercerleur capacité légale et reçoivent l’accompagnement dont elles ontbesoin pour exprimer leur capacité légale.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

3.4 Les personnes usagères des services ont le droit à laconfidentialité et à l’accès à l’information relative à leur santé.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

Thème 3,Norme 3.1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 3.1.Les préférences des personnes usagères des services concernant le lieu et le type de suivi sont toujours une priorité.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 3.1.1. Les préférences des personnes usagères sont une priorité dans toutes les  décisions sur le lieu du suivi. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 3.1.2. Tous les efforts sont faits pour faciliter la vie des personnes usagères dans  la communauté. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 3.1.3. Les préférences des personnes usagères sont une priorité dans toutes les  décisions sur le traitement et le plan de rétablissement. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 3, Norme 3.2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 3.2.Des procédures et des protections sont opérantes pour empêcher la privation de liberté et les soins sans consentement libre et éclairé.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 3.2.1. L’admission et le suivi sont basés sur le consentement libre et éclairé des  personnes usagères des services. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 3.2.2. Les équipes de soin respectent les directives anticipées des personnes usagères  des services quand elles assurent un suivi. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 3.2.3. Les usagers ont le droit de refuser les soins. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 3.2.4. Chaque cas de privation de liberté ou de soins sans consentement libre et  éclairé est consigné et rapporté rapidement à une autorité juridique. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 3.2.5. Les personnes suivies ou privées de liberté par une structure sans leur  consentement libre et éclairé sont informées des procédures pour  contester ces soins. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 3.2.6. Les structures accompagnent l’accès des personnes suivies ou privées de  liberté sans leur consentement libre et éclairé aux procédures de  contestation et à une représentation juridique. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 3, Norme 3.3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 3.3.Les personnes usagères des services peuvent exercer leur capacité légale et reçoivent l’accompagnement dont elles ont besoin pour exprimer leur capacité légale.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 3.3.1. A chaque instant, les équipes de soin interagissent avec les personnes  usagères des services de manière respectueuse, reconnaissant leuraptitude à comprendre les informations, à prendre des décisions et à faire  des choix. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 3.3.2. Une information claire et compréhensive sur les droits des usagers est donnéeà la fois sous forme écrite et orale. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 3.3.3. Une information claire et compréhensible sur l’évaluation, le diagnostic, lessoins et les options de rétablissement est donnée aux personnes usagèresdes services de manière à ce qu’elles puissent la comprendre et prendre desdécisions libres et éclairées. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 3.3.4. Les personnes usagères des services peuvent désigner et consulter une  personne soutien ou un réseau de personnes de leur choix afin de prendredes décisions au sujet de l’admission, du suivi et des affaires personnelles,juridiques, financières et autres, et la ou les personnes désignées seront  reconnues par les équipes de soin. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 3.3.5. Les équipes de soin respectent l’autorité d’une personne ou d’un réseaude personnes désignées pour communiquer les décisions de la personneusagère des services accompagnée. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère3.3.6. L’accompagnement à la prise de décision est le modèle prédominant, et la  prise de décision par substitution est évitée. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère3.3.7. Quand une personne usagère des services n’a pas de personne ou deréseau de personnes désignées et souhaite en bénéficier, la structurel’aide à trouver le soutien approprié. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 3, Norme 3.4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 3.4.Les personnes usagères des services ont le droit à la confidentialité et à l’accès à l’information relative à leur santé.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère3.4.1. Un dossier médical personnel et confidentiel est créé pour chaque  personne usagère des services. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère3.4.2. Les personnes usagères des services ont accès aux informations contenues  dans leur dossier médical. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère3.4.3. Les informations relatives aux personnes usagères des services restent  confidentielles. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère3.4.4. Les personnes usagères des services peuvent ajouter une information  écrite, des opinions et commentaires à leur dossier médical sans censure. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

**Thème 4**

**Droit de ne pas être soumis à la torture ou à des peines ou traitements cruels,inhumains ou dégradants, ni à l'exploitation, la violence ou la maltraitance.**

**(Articles 15 et 16 de la CDPH)**

**Scores généraux:**

Services de santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Services de santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

Normes

4.1 Les personnes usagères des services ont le droit de ne pasêtre soumises à des abus verbaux, psychologiques, physiques et sexuelset à la maltraitance physique et émotionnelle.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

4.2 Des méthodes alternatives sont utilisées à la place del’isolement et de la contention comme moyens de désescalade des crises potentielles.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

4.3 La sismothérapie, la psychochirurgie et les autres procéduresmédicales qui peuventavoir des effets permanents **ou** irréversibles, qu’elles soient pratiquées au sein de la structure ou par orientation versune autre structure, ne doivent pas être abusives et ne peuvent êtreadministrées qu’avec le consentement libre et éclairé de la personneusagère des services.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

4.4 Aucune personne usagère des services n’est soumise à uneexpérimentation médicale ou scientifique sans son consentement éclairé.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

4.5 Des protections existent pour empêcher la torture oules traitements cruels, inhumains ou dégradants et toute forme demaltraitance et d’abus.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

Thème 4,Norme 4.1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 4.1.Les personnes usagères des services ont le droit de ne pasêtre soumises à des abus verbaux, psychologiques, physiques et sexuels  et à la maltraitance physique et émotionnelle.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 4.1.1. Les équipes de soin interagissent avec les personnes usagères des services  avec humanité, dignité et respect. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 4.1.2. Aucune personne usagère des services n’est soumise à des abus verbaux,  physiques, sexuels ou psychologiques. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 4.1.3. Aucune personne usagère des services n’est soumise à une maltraitance physiqueou émotionnelle. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 4.1.4. Des mesures appropriées sont prises afin de prévenir toute forme d’abus. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 4.1.5. Les équipes de soin accompagnent les personnes usagères des services victimes  d’abus dans l’accès au soutien souhaité. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 4, Norme 4.2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mental health facility | | General health facility | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 4.2.Des méthodes alternatives sont utilisées à la place de l’isolement et de la contention comme moyens de désescalade des  crises potentielles.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 4.2.1. Les usagers ne sont pas soumis à l’isolement ou à la contention. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 4.2.2. Des alternatives à l’isolement et à la contention sont développées, et les professionnelssont formés aux techniques de désescalade pour intervenir durantles crises et éviter tout préjudice aux usagers ou aux professionnels. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 4.2.3. Un protocole de désescalade est prévu avec l’usager concerné pour identifier  les déclencheurs et facteurs de prévention et les méthodes d’intervention  qu’il ou elle souhaite durant les crises. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 4.2.4. Les informations sur les méthodes choisies par l’usager sont facilement accessibles  et sont intégrées à son plan de rétablissement. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 4.2.5. Toute occurrence d’isolement ou de contention est tracée (par exemple : type,  durée) et l’information est transmise au directeur de la structure et à une organisation  extérieure concernée. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 4, Norme 4.3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 4.3.La sismothérapie, la psychochirurgie et les autres procéduresmédicales qui peuvent avoir des effets permanents ou irréversibles,  qu’elles soient pratiquées au sein de la structure ou par orientation versune autre structure, ne doivent pas être abusives et ne peuvent être  administrées qu’avec le consentement libre et éclairé de la personneusagère des services.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 4.3.1. La sismothérapie n’est pas utilisée sans le consentement libre et éclairé des  personnes usagères des services. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 4.3.2. Des directives cliniques fondées sur des éléments probants indiquant quand  et comment la sismothérapie peut ou non être utilisée sont disponibles etrespectées. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 4.3.3. La sismothérapie n’est jamais utilisée dans sa forme non-modifiée (par exemple: sans un anesthésiant et un myorelaxant). | R/P  R/Pa  R/I  N/I  **N/A** |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère 4.3.4. La sismothérapie n’est pas utilisée chez les personnes mineures. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  **N/A** |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère4.3.5. La psychochirurgie et les autres traitements irréversibles ne sont pas utilisés  sans le consentement libre et éclairé des personnes usagères des services et  l’approbation d’un comité indépendant. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  **N/A** |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère4.3.6. Les avortements et stérilisations ne sont pas pratiqués sur les personnes  usagères des services sans leur consentement. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  **N/A** |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 4, Norme 4.4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 4.4.Aucune personne usagère des services n’est soumise à uneexpérimentation médicale ou scientifique sans son consentement éclairé.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 4.4.1. Une expérimentation médicale ou scientifique n’est conduite qu’avec le consentementlibre et éclairé des personnes usagères des services. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère4.4.2. Les équipes de soin ne bénéficient d’aucun privilège, compensation ou rémunérationpour encourager ou recruter des personnes usagères des services à  participer à une expérimentation médicale ou scientifique. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère4.4.3. Une expérimentation médicale ou scientifique n’est pas réalisée si elle est  potentiellement préjudiciable ou dangereuse pour une personne usagère desservices. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère4.4.4. Toute expérimentation médicale ou scientifique a reçu l’approbation d’un comité  d’éthique indépendant. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 4, Norme 4.5

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 4.5.Des protections existent pour empêcher la torture oules traitements cruels, inhumains ou dégradants et toute forme de  maltraitance et d’abus.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère4.5.1. Les personnes usagères des services sont informées et ont accès aux procéduresd’instruction de contestation et de plaintes, de manière confidentielle, via  un organisme juridique extérieur indépendant pour toute problématique concernant  la maltraitance, les abus, l’isolement, la contention, l’hospitalisationou les soins sans consentement et tout autre sujet lié. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère4.5.2. Les personnes usagères des services ne sont pas soumises à des répercussionsnégatives liées à l’instruction d’une plainte. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère4.5.3. Les personnes usagères des services ont accès à des représentants juridiques  et peuvent les rencontrer de manière confidentielle. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère4.5.4. Les usagers ont accès à des personnes pouvant assurer leur défense afin de  les informer sur leurs droits, évoquer les problèmes, les soutenir dans la défensede leurs droits et compléter les formulaires de contestation ou de plainte. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère4.5.5.Des actions disciplinaires et/ou légales sont entreprises contre toute personne  abusant ou maltraitant les personnes usagères des services. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère4.5.6. L’établissement est supervisé par une autorité indépendante dans le but de  prévenir la maltraitance. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

**Thème 5**

**Droit à l’autonomie de vie et à l’inclusion dans la société.**

**(Article 19 de la CDPH)**

**Scores généraux:**

Services de santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Services de santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

Normes

5.1 Les personnes usagères des services sont accompagnéesdans l’accès à un logement et aux ressources financières nécessairespour vivre dans la communauté.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

5.2 Les personnes usagères des services peuvent accéder à desopportunités d’emploi et de formation.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

5.3 Le droit des personnes usagères des services à participer à lavie publique et politique et à la liberté d’association est soutenu.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

5.4 Les personnes usagères des services sont accompagnéesdans l’accès aux activités sociales, culturelles, religieuses et de loisirs.

Santé mentale: R/P R/Pa R/I N/I N/A

*Santé générale: R/P R/Pa R/I N/I N/A*

Thème 5,Norme 5.1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 5.1.Les personnes usagères des services sont accompagnéesdans l’accès à un logement et aux ressources financières nécessairespour vivre dans la communauté.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère 5.1.1. Les équipes de soin informent les personnes usagères des services des possibilités  de logement et d’aides financières. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère5.1.2. Les équipes de soin accompagnent les personnes usagères des services dans  l’accès et le maintien dans un logement salubre, abordable et décent. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère5.1.3. Les professionnels aident les usagers dans l’accès aux ressources financières  nécessaires à une vie autonome dans la communauté. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 5, Norme 5.2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 5.2.Les personnes usagères des services peuvent accéder à desopportunités d’emploi et de formation.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère5.2.1. Les équipes de soin informent les personnes usagères des services des opportunitésde formation et d’emploi dans la communauté. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère5.2.2. Les équipes de soin accompagnent les personnes usagères des services dansl’accès aux opportunités de formation, y compris l’enseignement primaire, secondaireet supérieur. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère5.2.3. Les équipes de soin accompagnent les personnes usagères des services dansle développement professionnel et dans l’accès aux opportunités d’emploirémunéré. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 5, Norme 5.3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 5.3.Le droit des personnes usagères des services à participer à lavie publique et politique et à la liberté d’association est soutenu.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère5.3.1. Les équipes de soin donnent l’information nécessaire aux personnes usagères  des services afin qu’elles participent pleinement à la vie publique et politiqueet jouissent des bénéfices de la liberté d’association. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère5.3.2. Les équipes de soin accompagnent les personnes usagères des services dans  l’exercice de leur droit de vote. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère5.3.3. Les équipes de soin accompagnent les personnes usagères des services dans  l’accès et la participation aux activités des organisations politiques, religieuses,sociales et relatives au handicap et aux autres associations. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

Thème 5, Norme 5.4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Structure de santé mentale | | Structure de santé générale | |
| Score | Information additionelle | Score | Information additionelle |
| Norme 5.4.Les personnes usagères des services sont accompagnéesdans l’accès aux activités sociales, culturelles, religieuses et de loisirs.  (Côter cette norme après avoir évalué chaque critère ci-dessous.) | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| *Critères et actions requises pour satisfaire à cette norme* |  | |  | |
| Critère5.4.1. Les équipes de soin informent les personnes usagères des services des possibilités  d’activité sociale, culturelle, religieuse et de loisirs existantes. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère5.4.2. Les équipes de soin accompagnent les personnes usagères des services dansla participation aux activités sociales et de loisirs de leur choix. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |
| Critère5.4.3. Les équipes de soin accompagnent les personnes usagères des services dansla participation aux activités culturelles et religieuses de leur choix. | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  | R/P  R/Pa  R/I  N/I  N/A |  |

**Discussion**

Les tableaux de cotation des indicateurs seront discutés ci après. Des citations tirées des entretiens viennent illustrer ces résultats, **de couleur verte pour les propos des personnes usagères**, **de couleur orange pour les familles** et **de couleur bleue pour les professionnels**.

**Thème 1 : Droit à un niveau de vie adéquat (Article 28 de la CDPH).**

|  |
| --- |
| C:\Users\jeanroy\Desktop\x.JPG |

**Cotation des critères et normes du thème 1.**

Les lieux de soin et de consultation sont généralement accessibles depuis le domicile des usagers. L’organisation “étoilée” de l’activité dans le secteur, implanté localement via les réseaux existants et l’association intercommunale (Conseil Local de Santé Mentale), a permis de développer un vrai partenariat non hospitalo-centré, et de faciliter ainsi l’accès au logement et à l’emploi des usagers, qui ne sont pas “déracinés” de leur lieu de vie.

Des problèmes d’accessibilité pour les personnes en situation de handicap physique ont été constatés dans certains lieux de soins, comme au CMP Maison Antonin Artaud dans lequel des marches sont présentes à l’entrée, deux étages ne disposent pas d’ascenseur, et les sanitaires ne sont pas adaptés. Cela peut compliquer l’accès aux soins pour certains usagers, malgré la flexibilité de l’équipe qui propose des consultations dans les lieux les plus adaptés au regard de leur situation.

De plus, il n’y a sur les sites aucun aménagement mis en place au profit des personnes malvoyantes. Le livret d’accueil au sein de la Clinique Jérôme Bosch n’est pas proposé en braille et la secrétaire de la clinique semble être la seule qui parle la langue des signes. A la Clinique Jérôme Bosch, un listing des langues parlées par les professionnels est disponible, mais il semble que le nombre d’interprètes soit insuffisant. La question générale de l’accessibilité d’interprètes en langues étrangères et en langue des signes est donc soulevée :

*« Vis-à-vis des entretiens en langue étrangère, parfois c’est compliqué, nous avons une liste de traducteurs mais il faut que tout le monde soit disponible en même temps »*

La formation incendie dispensée aux professionnels ne semble pas être répétée annuellement, avec certains professionnels présents depuis 3 ans qui ne l’ont toujours pas eue.

L’état des bâtiments anciens des Centres Médico-Psychologiques et de l’Espace Alan Turing semble problématique, en particulier en ce qui concerne l’isolation et le chauffage. Des efforts en matière de décoration semblent également attendus. Des critiques ont été formulées concernant le CMP Georges Van Belleghem. L’organisation des lieux ne permet pas d’assurer la confidentialité pour les usagers et une sécurité totale du personnel. L’agencement des bureaux au sein du CMP Maison Antonin Artaud pourrait également être à revoir car il peut être non-sécurisant pour les professionnels. Si le CMP Maison Antonin Artaud semble être décrit comme un lieu de travail plus agréable que le CMP Georges Van Belleghem, un nombre insuffisant de bureaux et ordinateurs y a été constaté.

*« Il fait super chaud en été et super froid en hiver »*

*« Ce n’est pas adapté au climat »*

*« Certains collègues sont contraints d’apporter leur propre chauffage portatif au travail l’hiver »*

*« Il faisait tellement chaud cet été que nous avons fait des entretiens dehors »*

*« Les CMP manquent de vie et sont trop anciens »*

* *Ce sont de beaux bâtiments vieillissants »*
* *A l’intérieur ils manquent de couleurs »*
* *Dans certains bureaux il n’y a pas assez d’isolation phonique »*

Certains usagers semblent cependant tempérer ces remarques.

*« J’aime le coin jardin, j’ai fait ma séance avec la psychologue dehors, c’est un endroit serein »*

*« Le CMP est agréable et reposant je me sens mieux ici que chez moi »*

* *Quand on vient au CMP, on a d'autres sujets de préoccupation que l'état des bâtiments, ce qui compte pour moi, c'est les compétences des professionnels, et le bon niveau des soins»*

D’importants problèmes de parasites sont constatés dans les appartements d’Habicité. Par ailleurs, certains logements en familles d’accueil thérapeutique ont été décrits comme strictes, étant fermés à clé et disposant de parcs et de terrasses fermés.

Au niveau de la Clinique Jérôme Bosch de manière plus spécifique, les chambres sont bien dimensionnées, et disposent de toutes les commodités requises pour le respect de l’intimité et de l’autonomie des usagers. Les espaces personnels sont satisfaisants, tant par leur dimension que par leurs équipements : coffre et placard personnel, salle de bain indépendante et bien équipée dans chaque chambre. Tous les critères sont remplis quant au respect de l’hygiène des douches et sanitaires. Une artothèque offre la possibilité aux usagers d’emprunter une œuvre pour personnaliser leur chambre. Les usagers disposent durant leur séjour de leurs vêtements personnels, et n’ont donc pas besoin de se résoudre à utiliser un pyjama. Ils conservent et utilisent sans restriction leur portable.

*« On est en paix ici »*

*« Les locaux de la clinique sont agréables et bien pensés »*

Un point très positif est celui de l’existence de deux chambres destinées à des membres accompagnants de la famille.

Les horaires des activités, l’heure du lever et la durée des repas ne sont pas imposés, chacun peut disposer de son temps comme il le souhaite. Leurs déplacements sont libres dans la Clinique Jérôme Bosch. L’unité ouvre à 8h et ferme à 18h30, mais il y a toujours un agent présent pour ouvrir. L’animatrice assure un service remarquable, en proposant des activités (arts plastiques, lectures, jeux, etc..) mais sans contrainte, à ceux qui le veulent, et quand ils le veulent. Le lieu d’activités est ouvert et offre une gamme assez large d’ouvrages sur le thème de la peinture. Les travaux des usagers font l’objet d’une réelle valorisation.

Il n’y a aucune restriction dans l’intercommunication des usagers. Les rapports sexuels entre usagers ne sont pas interdits.

*« Ils ont déjà ce qu’il faut en général mais c’est vrai qu’il n’y a pas de distributeurs de préservatifs à disposition »*

Les usagers ont la possibilité d’utiliser un frigo sur demande à la Clinique Jérôme Bosch et de se faire livrer des repas.

Chaque usager dispose du badge nécessaire à l’ouverture de la totalité des portes.

Les possibilités de sortie sont nécessairement limitées dans une unité destinée à recevoir des personnes en phase critique. Mais des activités sont proposées le weekend sur la Clinique Jérôme Bosch ainsi que des informations régulières sur des activités extérieures pouvant intéresser les usagers.

La présence d’une coach sportive pour animer ou proposer des activités physiques est notée. A l’inverse, l’exiguïté de la salle dédiée à l’activité sportive a été constatée, bien que par ailleurs dotée d’un matériel de qualité. Un équipement de pointe en balnéothérapie est présent dans les locaux, mais est fermé depuis plusieurs mois par manque de personnel. En effet, un psychomotricien doit être présent pour encadrer son utilisation selon l’équipe. Un autre professionnel ne pourrait-il pas assumer cette fonction ?

Des infiltrations liées à un défaut d’étanchéité du toit terrasse végétalisé ont été constatées sur les murs dans la clinique, et l’isolation thermique du bâtiment semble moyenne. Des problèmes d’humidité et de fuites d’eau, de chauffage et de climatisation, notamment au niveau du sol, qui s’abime rapidement, ont été décrits et observés dans certaines pièces.

*« Il fait chaud en été et froid en hiver »*

*« C’est vrai que l’hiver certaines chambres sont froides quand les usagers y entrent »*

L’éclairage est automatique dans les bureaux de la clinique et s’éteint très rapidement s’il ne détecte pas de mouvement, ce qui gène la conduite d’entretiens.

Il existe un décalage entre les espaces d’activité et le vaste hall d’accueil central, certes très lumineux, mais qui paraît presque démesuré, surtout lorsque les usagers sont peu nombreux. Ils y déambulent alors souvent, apparemment sans bien savoir quoi faire.

*« Je sais ce que c’est l’ennui »*

*« Les locaux de la clinique semblent froids, impersonnels et tristes »*

Le patio assez triste et peu mis en valeur, notamment du fait de l’absence de plantations. Plusieurs usagers ont fait ressortir que l’espace extérieur proposé dans la clinique pourrait être mieux aménagé, avec des fleurs en particulier. Des mégots sont incrustés dans les claies en bois. L’agencement du coin fumeur face à la baie vitrée de l’espace de vie en commun génère une odeur de tabac dans l’unité.

Malgré une volonté nette d’adopter un modèle de soins non institutionnel au sein de la Clinique Jérôme Bosch, certains points ont cependant posé question, notamment le fait que le personnel soignant porte des blouses, dont l’utilité peut être discutée et qui renforce l’aspect médical de la structure. Un badge semblerait suffisant à leur identification par les usagers. Les toilettes du personnel et des usagers sont séparées. Le personnel possède des clefs spéciales pour ses propres toilettes.

*« Les patients n’aiment pas les blouses mais certains parmi le personnel ne souhaitent pas les enlever car ils estiment que cela cadre avec leur role par exemple pour les infirmiers quand ils font des prises de sang »*

*« Certains membres du staff demandent à garder les toilettes pour eux »*

*« Il s’agit d’une demande du personnel, mais la psychiatre du service, elle, utilise toujours les toilettes des usagers dans la pièce commune »*

Du fait de la perte par des usagers de leurs cartes d’accès, il arrive régulièrement que ceux-ci se voient contraints de demander à des membres du personnel d’ouvrir leurs chambres pour eux sur plusieurs jours.

Une réserve de vêtements a été mise à disposition des usagers qui pourraient en avoir besoin, mais elle ne semble pas suffisante. A deux occasions le service a manqué de vêtements à prêter aux usagers. Il arrive que des professionnels fassent don de vêtements dont ils n’ont plus l’utilité.

*« Il y a un recyclage de vêtements inutilisés »*

L’accès à la Wifi dans la clinique est régulièrement en panne, ce qui compromet la possibilité pour les usagers d’entrer en contact avec leurs proches, et de bénéficier d’un lien avec le monde extérieur, d’autant plus qu’aucun journal ou périodique n’est mis à la disposition dans les parties communes. Les usagers peuvent, sur demande, utiliser des ordinateurs issus des bureaux de l’unité pour se connecter à l’Internet, mais il n’y a pas d’ordinateur disponible de façon constante.

Le poste téléphonique fixe mis à disposition des usagers est installé au milieu de l’espace collectif, ce qui nuit au respect de l’intimité lors des appels.

Les usagers ne peuvent pas ouvrir et fermer eux-mêmes les fenêtres de leur chambre et doivent demander aux soignants, les poignées ont en effet été enlevées pour des raisons de sécurité. Un système d’ouverture sans poignées pourrait permettre de redonner plus d’autonomie aux usagers sur ce point.

Certains usagers ont également souligné qu’ils souhaiteraient avoir un accès direct à des boissons, frigidaire ou distributeur, afin de ne pas avoir à solliciter le personnel, car la structure leur remet actuellement des bouteilles d’eau sur demande.

*« Je conserve un souvenir moyen de la qualité et variété des repas »*

*« La nourriture ça dépend, certains aiment, d’autres pas du tout »*

*« J’entends parfois certains membres du personnel ou les agents de sécurité qui ne sont pas formés tutoyer les patients et leur refuser l’accès à de la nourriture hors des heures de repas. J’ai entendu “ah non pas de chocolat pour toi tu viens de manger”. Il faudrait former tout le monde pour qu’ils soient sensibilisés à ces questions »*

Il apparait, sur un autre plan, que les usagers ont apprécié les services proposés par Frontières, notamment à travers le dispositif Sagacité, visant à les aider à graduellement reprendre des activités proposées au sein de la communauté. Les professionnels de différents services ont souligné la disponibilité de Frontières, le fait qu’un suivi pouvait être rapidement organisé dans les cas où ils l’estimeraient nécessaire pour l’usager.

Des remarques ont cependant pu être faites sur les restrictions budgétaires qui auraient tendance à voir Frontières limiter les activités offertes.

Les professionnels d’Habicité et les médiateurs de santé pairs proposent, par ailleurs, d’accompagner les usagers à leurs activités. Des difficultés ont été décrites néanmoins par ces professionnels, qui face à un grand isolement social ou un *« manque de motivation »* de la part de l’usager peuvent se sentir sans ressources.

**Thème 2 : Droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (Article 25 de la CDPH).**

|  |
| --- |
|  |

**Cotation des critères et normes du thème 2.**

L’équipe pluridisciplinaire accompagne les usagers qui n’ont pas de droits ouverts dans leurs démarches, ce qui garantit leur prise en soin. Un changement de professionnel référent sur demande de l’usager ou du professionnel est possible.

Le tutorat et les formations obligatoires à l’arrivée sont très appréciés. La formation OMEGA est réalisée très rapidement et est dirigée vers l’ensemble du personnel. Les demandes supplémentaires en matière de formation sont souvent satisfaites, dans la mesure des moyens affectés.

Aucune restriction directe n’est opposée à l’accès aux soins. Il existe un libre-choix du praticien et ces derniers répondent très vite à toute demande de consultation. Ainsi, un maximum de 24h sépare une demande de consultation au SIIC du premier entretien permettant de déterminer l’urgence de celle-ci et de mettre en œuvre le cas échéant un suivi immédiat. Toujours concernant le SIIC, la décision de suivre des usagers bénéficiant jusqu’alors des services du SMPP est prise en fonction de critères larges, ce qui permet un accès facilité aux services et une relative flexibilité dans la prise en charge.

De façon générale, la coordination entre les différents services est décrite comme optimale.

*« Notre priorité c’est l’accès aux soins. Une fois une évaluation effectuée dans les 48h suivant la présentation d’une demande, un suivi par l’équipe du SMPP est organisée. Au cas par cas, après une hiérarchisation des besoins, le suivi régulier est organisé au plus tard un mois suivant cette évaluation initiale ».*

Cependant, un rythme parfois trop soutenu semble attendu des professionnels et des médiateurs de santé pairs, ce qui peut conduire à l’épuisement du personnel, entacher la qualité du suivi et a fortiori l’accès aux soins des usagers.

*« Ici c’est toujours en mouvement »*

*« Ça va très vite »*

*« A vouloir faire beaucoup, on perd en qualité »*

*« Je suis d’accord quant à faire autrement si le suivi reste de qualité. J’ai le sentiment que les besoins augmentent, mais que les services offerts restent constants. »*

*« C’est difficile, quand je traverse des périodes compliquées. Je ne sens pas que je suis vraiment soutenu, les rendez-vous sont trop espacés ».*

*« Chez moi, je ne voudrai pas recevoir des services. Il y a beaucoup de désordre, c’est gênant, je n’ai pas voulu en parler. Il y a beaucoup de choses à dire et peu de temps pour le faire ».*

D’aucuns ont pu noter une certaine difficulté pour obtenir des rendez-vous suivis avec des professionnels formant l’équipe de soin et avec lesquels ils auraient un contact privilégié, en raison de plannings chargés. Sur ce point cependant, des professionnels se sont exprimés :

*« Si un usager exprime le besoin de rencontrer prioritairement un professionnel, dans la mesure du possible, il sera fait en sorte d’accéder à sa demande, selon les disponibilités. Pour les mineurs particulièrement, un référent est choisi ».*

A la clinique Jérôme Bosh, a été constatée la présence régulière d’un interne de médecine générale, qui assure les consultations somatiques d’entrée, et une surveillance durant l’hospitalisation. Les liens avec les services et les praticiens libéraux pour le suivi à la sortie sont bien établis. De plus, des contacts avec des associations accompagnant des personnes désireuses d’arrêter de fumer ou d’adictologues ont été donnés aux usagers, et les services se montrent arrangeants pour accompagner les usagers à des consultations médicales à l’extérieur.

Le caractère des équipes est très pluridisciplinaire, et chacun tient dans celles-ci un rôle spécifique. A titre d’exemple, au SIIC exercent des infirmiers, psychologues, médecins, éducateurs, psychomotriciens, ergothérapeutes, animateurs sportifs, cadres de santé ainsi que des intervenants extérieurs.

*« Le psychiatre joue avant tout un rôle de prescripteur. Une grande collaboration est établie avec les autres professionnels : psychologues, psychomotriciens, Médiateurs de Santé Pairs… »*

Une communication constante entre les différentes catégories de professionnels existe, ce qui donne le sentiment d’une approche très globale de la situation des usagers.

*« [En AFTAH] une psychologue systémicienne passe régulièrement, elle a une place à part ».*

Chez Habicité, une synthèse est réalisée chaque semaine en équipe pour aborder principalement les personnes étant dans des situations à risque mais aussi, par ordre alphabétique, l’ensemble des autres usagers. De façon plus globale, ce sentiment est confirmé par la teneur et la densité des échanges sur chaque cas dans le tour téléphonique.

*« J’aurai une visite quotidienne à mon domicile, c’est super »*

*« On peut joindre le CMP à tout moment, y compris la nuit, on ne reste jamais sans réponse »*

*« Il y a toujours quelqu’un qui répond au téléphone »*

Cependant, certaines réserves en lien avec l’organisation du travail au sein des équipes ont été soulignées. Elles évoquaient une communication parfois compliquée de par la grande mobilité de celles-ci ou encore une trop grande diversité de tâches demandées aux professionnels, qui peuvent aboutir à les éloigner des missions classiquement attachées à leur profession.

*« Le rôle des aides-soignantes dans notre service est encore peu circonscrit ».*

Le personnel est réactif en matière d’ajustement du traitement. Les usagers qui le souhaitent peuvent être accompagnés à l’arrêt de traitement.

*« Le traitement tâche d’être dynamique et non statique ».*

Selon l’équipe soignante les usagers sont informés des effets secondaires du traitement, il existe même une application (réseau PIC) qui permet de fournir une liste descriptive des traitements aux usagers, ce qui peut être un bon complément à une discussion avec les médecins prescripteurs. Malgré tout, *« ils ne connaissent pas tout le temps leur traitement ».* Un usager interrogé affirme dans ce sens ne jamais avoir été informée des effets secondaires liés à son traitement.

D’autres en revanche disent avoir été clairement informés de la nature et des effets des médicaments leur ayant été prescrits.

*« Sur les soins et l’accompagnement ils font les choses avec douceur »*

*« Je suis très satisfaite des effets de mon traitement »*

Entre ces deux situations, des usagers ont parfois connaissance de leur traitement sans pour autant posséder *« assez d’information sur les effets secondaires ».* Avec le traitement *« j’ai l’impression d’être dans une autre conscience pas comme les autres ».*

Au sujet de l’information liée aux différentes options possibles, certains usagers s’intéressent par eux-mêmes et posent des questions, d’autres *« ne sont pas vraiment »* informés. Les professionnels, formés à envisager les méthodes non-médicamenteuses dans le cadre de la prise en soin, ne considèrent généralement pas le médicament comme le centre des services offerts aux usagers. Des méthodes alternatives aux traitements sont ainsi selon les situations proposées comme l’aquarelax, les traitements à base de plantes, la sophrologie, un travail avec un psychomotricien… Cependant, les alternatives aux traitements ne sont pas systématiquement proposées.

*« Le traitement est considéré comme une aide, pas comme la solution miracle ».*

*« Il est admis par l’équipe que la prise en charge ne doit pas être entièrement médicalisée/ qu’il est nécessaire d’avoir des interventions en parallèle au traitement, différentes ».*

*« On sait ce qui correspond à une personne, on ne lui proposera des alternatives que si on le ressent nécessaire ».*

Un déficit est constaté au sujet des formations proposées aux familles thérapeutiques d’accueil qui ne bénéficient ni de la formation OMEGA, ni de formations sur le thème des médicaments ou du risque suicidaire. Les médiateurs de santé pairs considèreraient dans ce sens intéressant qu’ils puissent avoir l’occasion de s’entretenir systématiquement avec elles à la fin du séjour d’un usager. Jusqu’à présent, seul un entretien est prévu avec ce dernier. Les usagers hébergés dans des familles d’accueil participent en principe à la préparation de leur pilulier, même si parfois la famille le fait seule, l’usager n’étant pas considéré apte.

*« Je rends les cachets à la fin du séjour mais j’en garde un peu »*

De plus, doit être soulignée la place importante que tiennent les familles dans le rétablissement des usagers, dans le cadre d’une prise en charge en ambulatoire. Or, les professionnels déplorent qu’aucun atelier de rencontre et d’éducation ne soit organisé avec celles-ci, alors même qu’un tel service pourrait selon eux être complémentaire au soutien proposé par l’UNAFAM.

Plus généralement, un manque d’accès aux formations a pu être ressenti et reconnu, notamment de par la difficulté d’obtenir des infomations concernant celles-ci. Deux médiateurs de santé pairs ont ainsi appris, lors de notre entretien, l’existence de formations portant sur des stratégies « motivationnelles », alors même qu’ils exprimaient le ressenti d’être trop livrés à eux-mêmes sur ce point dans leur travail.

*« Depuis trois ans, les professionnels sont formés aux entretiens motivationnels, 50% des professionnels sont actuellement formés ».*

*« Nous ne pouvons pas faire autant de formation que nous le voudrions, sinon nous passerions nos journées en formation…et nous n’avons de toute façon pas le budget suffisant ».*

Les usagers qui sont suivis depuis longtemps en psychiatrie peuvent avoir le sentiment de ne plus être écoutés.

* *Ce qui m'a gêné, c'est d'être reçue par 5 personnes différentes les premières fois et d'être obligée de redire les mêmes choses. Du coup, j'ai vite arrêté d'appeler pour ne pas parler à des gens que je ne connaissais pas »*

*« Pourquoi ils refusent de discuter avec moi quand je dis que ça ne va pas ? »*

*« Je voudrais mettre des mots sur « ce qui ne va pas » mais je n’arrive pas »*

*« Je suis traité comme un handicapé »*

*« Ma vie privée n’est pas respectée, ils me posent beaucoup des questions mais on m’aide pas tant que ça »*

* *J'ai été gênée aussi la présence de stagiaires que j'ai accepté par politesse et que j'ai regretté d’accepter »*

Concernant le plan individuel de rétablissement, usagers et personnel ne semblent pas toujours informés à ce sujet. La notion de réhabilitation psychosociale reste une notion imprécise, voire inconnue, même si ce qui est dit par le personnel prouve qu’il y concourt sans mettre le nom dessus. Les Droits des usagers selon la Convention relative aux droits des personnes handicapées ne sont également pas connus de manière précise, mais des dispositions sont de facto prises en compte. Il n’existe pas de réelle formation sur le sujet. La notion de *directives anticipées* n’est pas vraiment connue des usagers, tout comme le terme de *plan de rétablissement*, bien que certains usagers aient rempli un *plan de crise* ou établissent dans certains cas des *plans de bien-être*.

*« On a dû m’en parler le premier jour [des directives anticipées]. On n’en a en revanche jamais reparlé depuis. Je me suis dit que ce n’était pas nécessaire pour moi, je n’en voyais pas vraiment le but ».*

Informellement, un *projet de vie* est cependant élaboré avec l’usager. De plus, un *projet/programme de soins* est établi avant chaque sortie, requérant notamment un partenariat avec les professionnels libéraux. A la Clinique Jérôme Bosch, des *plans de crise* ne sont pas réalisés sauf éventuellement en vue de la sortie, mais un projet de soins est lancé avant chaque sortie de la clinique. Il ne semble pas y avoir de formation sur les droits des usagers hormis une information donnée par les cadres au niveau du droit français et non des normes internationales.

La mise en place de tels outils de manière systématisée pourrait être envisagée. Concernant les *plans de rétablissement*, le chef de pôle souligne que le secteur travaille depuis un an à développer la compréhension et le recours à ceux-ci.

*« Je ne connais pas le rétablissement, je ne sais pas, de quoi s’agit-il ? »*

*« Mes besoins sont pris en compte à moitié »*

*« Il n’y a pas un vrai programme de réhabilitation psychosociale »*

*« Il n’y a pas de présentation orale des informations sur le rétablissement »*

*« On souhaiterait la mise en place d’une “université du rétablissement” afin que cette idée soit mieux expliquée. Actuellement, il n’y a pas d’information orale sur ce thème, peu, voire pas de véritable connaissance de la notion, ainsi que sur la possibilité de recourir à celle-ci. Peu de connaissance également sur la personne de confiance, et peu de personnes capables de comprendre et de remplir des fiches de propositions. »*

Une majorité des professionnels est formée au projet Baromètre (90%). Celui-ci apparait intéressant dans la perspective du rétablissement des usagers. Il est cependant peu utilisé, en raison principalement d’une trop grande complexité, comme du fait qu’il peut sembler non adapté au logement des usagers ne disposant pas toujours d’un ordinateur ou d’une connexion internet appropriée ».

*« L’idée est de créer une occasion pour échanger, prioriser, pour partir des besoins de l’usager, qui est toujours au centre »*

*« Même si j’étais très enthousiaste au départ, il est difficile à aborder et à mettre en place notamment en raison d’un accès compliqué à l’outil »*

*« Baromètre est très peu utilisé en intra car il nécessite pour le patient d’être stable »*

*« Baromètre n’est pas évident pour les patients, c’est un peu long et difficile pour eux »*

*« Baromètre ça marche bien avec la question des entretiens motivationnels, je suis un des seuls à être formé et à l’utiliser »*

*« Très bon outil mais pas pour tout le monde. Je le comprends mais je n’ai pas encore ce réflexe ».*

*« Complexe, rébarbatif, trop systématique, il ne donne pas envie d’être utilisé »*

*« Pour l’utiliser de façon humaine, il faut bien le* *maitriser ».*

Certains usagers ou professionnels ne perçoivent pas/plus l’utilité de cet outil, notamment parce que ce dernier est utilisé de façon trop systématique.

*« Je n’y pense pas par la suite, je ne sens pas que ça me vienne réellement en aide »*

*« De toute façon, cela ne change rien au fait que je ne me sente pas compétent »*

*« Il permet de rendre compte des difficultés, mais son utilisation devrait être privilégiée au cas par cas et il faudrait attendre dans cet objectif que la personne soit en capacité de se poser des questions. Sinon, il y a une perte de sens, et il est difficile de travailler dans ce cadre ».*

Il semble que les équipes de soin s’appuient beaucoup sur le réseau des usagers. Le SIIC déclare ainsi qu’en cas de difficultés rencontrées dans la relation avec l’usager, la personne de confiance, la famille ou les amis peuvent être d’une grande aide. Il est cependant précisé qu’aux proches n’est jamais donnée la primeur. Ainsi, aucune intervention n’est envisageable sur demande de ces derniers sans que l’usager lui-même ne soit au courant, afin de ne pas rompre l’alliance thérapeutique. Habicité affirme qu’est ressentie une réelle différence entre les usagers ayant ou non une famille. Un usager dans ce sens nous a confié un sentiment de solitude :

*« Je n’ai personne de proche. Je suis bien allée au GEM de Lille « La belle journée » mais c’est trop loin, je travaille ».*

Enfin, des plans institutionnels sont mis en œuvre dans le cas où un usager n’est pas satisfait. Ce dernier peut s’en référer aux représentants élus des usagers. Cependant, il semble que, dans les faits, peu de remarques sont émises par ces derniers. Un usager avoue dans ce sens être peu informé sur l’existance de tels représentants, même s’il admet que des affiches expliquant leur rôle sont présentes sur les murs.

En AFTAH, un recueil systématique des impressions de l’usager sur son séjour est mené par les Médiateurs de Santé Pairs, au plus tard 15 jours après la sortie de ce dernier. Les retours, négatifs comme positifs, sont remis par les Médiateurs aux représentants des usagers et au chef de pôle.

**Thème 3 : Reconnaissance de la personnalité juridique et droit à la liberté et à la sûreté de la personne (Articles 12 et 14 de la CDPH).**

|  |
| --- |
|  |

**Cotation des critères et normes du thème 3.**

Les préférences des usagers concernant le lieu de suivi sont prises en compte et dans la mesure du possible respectées. Ainsi même si la priorité du secteur est de *« laisser les usagers dans leur logement »* afin de les *« respecter leur environnement, leur espace »*, ce qui semble concorder avec les préférences des usagers dans la plupart des cas, des usagers refusant des RV à domicile pourront demander à être suivis en structure. De même, en AFTAH, si une famille ou un usager exprime des difficultés, un changement peut être organisé.

Une logique systémique a été adoptée par les équipes. Un usager en effet ne peut aller mieux si son environnement ne se porte pas bien. A titre d’exemple, des échanges sont prévus entre les Médiateurs de Santé Pairs et les curateurs. De même, les médecins du SIIC tâchent de rencontrer les familles afin de leur proposer un soutien par l’association UNAFAM ou des ateliers mieux-être si le besoin s’en fait sentir.

Des aides sont fournies par les équipes (Habicité, SMPP…) pour permettre aux personnes de vivre au sein de leur communauté notamment en les accompagnants dans les tâches de leur vie quotidienne (faire les courses…) ou en bus ou taxi selon les cas à leurs activités.

*« On s’est longtemps battu contre cette représentation du « d’abord soignez-vous » et ensuite on verra ce que l’on peut faire pour vous ».*

Des dysfonctionnements ont cependant été notés, les usagers ne percevant plus de limite dans les services qu’ils peuvent demander aux équipes. Cela pourrait paradoxalement nuire à leur autonomie.

*« J’ai le sentiment qu’il perçoit nos RV comme des visites de courtoisie ».*

*« Ils ont besoin d’un coup de pouce à un moment donné de leur vie, mais on devrait plus rapidement arrêter le suivi lorsqu’il n’est plus nécessaire ».*

*« Il faut que cela ne devienne pas comme trop souvent « Allo Habicité, vous pouvez m’accompagner parce que j’ai envie de sortir ». Le problème c’est que les usagers menacent de passer à l’acte, parce qu’on ne leur a pas appris à dire non ».*

*« Ils jouent parfois l’exclusivité, parce que nous sommes disponibles de 8h du matin à 8h du soir. Cela peut être à la limite du harcèlement et on ne peut pas dire non ».*

*« Ils ont peur de l’autonomie ».*

*« Une des personnes suivies a fait une crise d’angoisse et il a été nécessaire d’appeler le SAMU parce qu’on lui avait demandé de faire du café le matin »*

*« Ils savent faire mais ne veulent plus. »*

*« Le logement associatif devrait être véritablement un tremplin de courte durée ».*

*« On crée une relation qui doit toujours avoir une fin »*

Les préférences des usagers concernant le suivi semblent importantes pour les équipes. Des projets sont ainsi déterminés avec les usagers –sans que cela fasse partie d’un *plan de rétablissement* stricto sensu- en plusieurs fois, afin qu’ils soient l’aboutissement d’une véritable réflexion d’un usager ayant eu le temps nécessaire pour se projeter à long terme. Les visites sont prévues à des horaires qui arrangent dans la mesure du possible les personnes et ces dernières désignent si elles n’en ont pas un médecin traitant avec lequel les équipes communiqueront.

*« Il est privilégié des femmes dans l’équipe si une femme suivie a été victime de violences sexuelles par le passé et en exprime le besoin ».*

*« Lors de la première rencontre les objectifs sont fixés, parce que c’est ça que les usagers attendent ».*

*« Les décisions sont prises de façon humaine, des aménagements à la règle peuvent être prévus avec l’aval du cadre »*

*« On essaye de les rendre acteurs du rétablissement »*

Le sentiment de manquer de temps pour s’entretenir avec les professionnels, exprimé par les usagers, peut cependant rendre difficile, dans certains cas, le recueil et le respect des préférences des personnes concernant leur suivi.

*« Je n’ai pas le temps d’exprimer mes besoins. »*

De façon générale, l’admission et le suivi semblent conditionnées au consentement de l’usager. Par principe, personne ne sera admis sur simple demande de la famille, sans qu’elle ait pu être informée et que son consentement ne soit recueilli. De plus, plusieurs professionnels précisent que le suivi prend fin ou donne lieu à une autre prise en charge *« si on ne ressent plus d’engouement de la part des usagers ».* Dans ce sens, des relais efficaces sont organisés entre les services.

Cependant, dans certains cas, le consentement, bien que recherché, n’ira pas jusqu’à être obtenu pour donner lieu à une prise en charge. Ainsi, les personnes pour lesquelles un suivi est nécessaire et qui n’accepteraient pas le soutien du SIIC, seront admises à la clinique « *après avoir recherché le plus possible leur consentement par le biais d’une négociation ».* Un usager a aussi évoqué le fait qu’il ne se sentait pas acteur, peut-être du fait d’un manque d’informations quant à sa liberté d’exprimer ses préférences ou ses interrogations.

*« J’ai l’impression que je n’ai pas trop le choix »*

*« Si j’ai bien compris ça fait partie des parcours de soin, ils* [les psychiatres] *ont une position hiérarchique. Si j’y suis obligé j’y vais*[aux RV]*»*

L’information et le recueil du consentement aux traitements semble fonctionnel, même s’il n’y a pas d’éducation thérapeutique formellement organisée. Cela passe notamment via le réseau PIC, qui fournit des informations concernant les traitements à l’usager et peut ensuite donner lieu si besoin à une discussion. Le refus exprimé par un usager relatif à son traitement donne ainsi au SIIC lieu à une discussion avec le médecin et l’infirmier.

*« Le seul cas où ces droits ne sont pas respectés est la forte agitation rendant nécessaire une injection.»*

*« Qu’importe le prescripteur, je sais que je reste libre »*

Des réserves peuvent être exprimées concernant l’information donnée aux usagers sur les alternatives aux traitements qui pourraient être plus systématiques, seuls en bénéficient actuellement les usagers pour lesquels les équipes ressentent un besoin. De plus, les diagnostics ne sont pas toujours donnés aux usagers.

*« Nous n’avons pas à donner une information complète aux usagers, mais une information proportionnée et appropriée. Nous évaluons au cas le respect de ces conditions ».*

Plus généralement, les Médiateurs de Santé Pairs ressentent que les usagers se confient avec beaucoup plus de facilité à eux. Ces derniers font, par la suite, une synthèse de ce qui aura été dit avec le médecin. Les emplois du temps sont souples par ailleurs, afin le plus possible de correspondre aux attentes de l’usager, ne pas l’empêcher de réaliser ses autres occupations.

Des usagers ont cependant pu critiquer le sentiment d’une discussion n’allant que dans un sens, le manque d’attention portée par certains professionnels à leurs paroles, parfois par manque de temps, ainsi que des remarques « déplacées ».

*« J’ai l’impression d’être répréhendé en permanence. Elle est pressée ».*

*« Et là elle m’a dit, « il faudrait vous bouger un peu ! ».*

*« Il ne fait que prescrire ».*

*« Il me pose des questions qui ressemblent à un protocole (« avez-vous des idées noires »). J’ai le sentiment qu’il remplit une fiche de renseignement, c’est froid ».*

*« L’attitude des psychiatres m’a conforté dans l’impression que j’avais déjà les concernant. Avec les psychologues c’est plus facile ».*

Il pourrait peut-être être envisagé de donner plus d’informations aux usagers concernant le rôle de chacun des intervenants, le fait que les psychiatres au G21 collaborent avec de nombreux autres professionnels et ont donc, pour principale mission, de prescrire les traitements.

En matière d’accompagnement, les aidants et la personne de confiance peuvent participer aux entretiens avec l’accord des usagers et sont bien acceptés et accueillis par les professionnels. Les médiateurs de santé pairs rencontrent par ailleurs les curateurs s’ils existent. Les usagers se sentent écoutés dans leurs demandes.

*« Le choix de la personne est prioritaire »*

*« En ambulatoire, la personne de confiance joue un rôle très important ».*

*« Refuser les soins complètement c’est rare. On est souple, on essaie de comprendre un refus »*

*« Il faut gérer le temps d’action en fonction des besoins des patients, à l’entrée les patients doivent se sentir à l’aise »*

*« Les médecins choisissent mais écoutent ce que je propose et appliquent ce que je souhaite »*

Un bémol a été évoqué par un usager qui n’a pas reçu l’aide dont il pouvait avoir besoin dans le cadre de la désignation d’une personne de confiance. Les services ont cependant souligné qu’ils encourageaient vivement les usagers à désigner une telle personne.

*« Je crois bien qu’on m’a fait signer quelque chose le premier jour, mais de toute façon je n’avais personne autour de moi que j’aurais pu désigner ».*

ll y a une grande écoute et une forte réactivité des services aux demandes des usagers émises notamment via le forum trimestriel des usagers. Les feuilles de propositions/doléances sont remontées par les médiatrices, mais les informations ne sont pas toujours bien relayées.

Un livret d’accueil très complet est remis à l’accueil de la Clinique Jérôme Bosch et de nombreux documents d’information sont affichés dans des lieux accessibles. Il semble cependant que trop peu d’informations soient données sous forme orale. En cas de soins sous contrainte, une explication sur les droits de l’usager est *« parfois »* dispensée par l’équipe soignante, mais, dans certains cas, l’information n’est donnée que sous forme écrite. La mise en place d’une session d’information orale à ce sujet pourrait être systématisée.

La confidentialité semble assurée à la Clinique Jérôme Bosch, aucun dossier médical ne “traîne” dans les couloirs.

La prise de decision par les familles d’accueil questionne sur certaines thematiques : prescription médicale et gestion du traitement des usagers, heures de sorties des usagers, visites par les membres de la famille des usagers. Le plan de crise peut être abordé avec la famille d’accueil quand il est disponible, mais il ne l’est pas systématiquement.

*« Il est difficile de faire comprendre aux familles la philosophie du G21 »*

La réévaluation de la désignation de la personne de confiance semble peu régulière.

Le personnel initie parfois une mesure de protection judiciaire même si la personne s’oppose à cette solution.

Les alternatives contractuelles type MASP sont très peu disponibles donc pas utilisées.

Les réclamations des usagers les plus fréquentes concernent le retard des praticiens, la fréquence trop faible des RV, et le manque de respect de l’anonymat lors des attentes de consultations.

« *C’est itératif. Et ça ne change pas beaucoup. »*

Il n’est pas systématiquement précisé aux usagers qu’ils ont le droit de consulter leur dossier médical, cela ne se fait qu’au cas par cas. Certains professionnels ne savent pas qu’il est possible pour les usagers d’ajouter des informations à leur dossier. Pour eux, l’informatisation des dossiers médicaux rend impossible l’exercice de ce droit. Pourtant, cela fait partie intégrante des droits dont disposent les personnes prises en soin. Il existe donc un décalage entre l’information écrite et affichée (car cette possibilité est clairement affichée, tout comme la Charte du rétablissement) et la connaissance réelle des droits, des concepts, par certains usagers et membres du personnel.

Enfin, il existe des limites concernant ce thème inhérentes au contexte national. Certains usagers font en effet l’objet d’une mesure de protection judiciaire (curatelle, tutelle). De telles mesures peuvent parfois constituer un frein à leur autonomie et leurs projets de rétablissement (rénovation du logement, accès à la nourriture, etc.).

**Thème 4 : Droit de ne pas être soumis à la torture ou à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ni à l'exploitation, la violence ou la maltraitance (Articles 15 et 16 de la CDPH).**

|  |
| --- |
|  |

**Cotation des critères et normes du thème 4.**

Le sentiment de liberté dont ils jouissent est souvent évoqué par les usagers. Un lien soignant–usager de qualité est également régulièrement constaté. Les usagers ont très largement souligné que les relations avec le personnel étaient positives et basées sur la confiance. Les usagers rencontrés s’accordent sur la *« compréhension, l’extrême patience »* des personnels à leur égard, même en cas de comportements *« très pénibles ».*

*« Avec le peu qu’ils ont, ils donnent tout ce qu’ils peuvent »*

*« C’est le meilleur endroit pour se faire soigner, si j’avais su que ça se faisait ici je serais venue plus jeune, j’aurais déménagé dès le début de ma maladie pour venir sur ce secteur, je le dis à tout le monde »*

*« Vous vous rendez compte, ici il n’y a pas d’isolement et de contention ! »*

Les témoignages des équipes du G21 interrogées vont dans le même sens :

*« Lorsqu’un usager se montre véhément, le personnel fait son possible pour se rappeler que cette personne est en souffrance, qu’il ne s’agit pas directement de sa personnalité, et tente de mettre en œuvre des techniques d’apaisement ».*

*« Nous recherchons à parler d’égale à égale avec les usagers, ce qui peut prendre du temps. Nous essayons d’encourager la parole avec les médecins et les infirmiers ».*

*« On s’efforce dès le début de la relation de traiter avec dignité et respect les usagers ».*

En revanche, des retours ont été faits de la part d’usagers au sujet d’une famille d’accueil imposant des règles très strictes. Certains ont pu ainsi être cantonnés dans leur chambre. Des entretiens en fin de séjour organisés avec des médiateurs de santé pairs visent à diminuer l’occurrence de telles situations.

Les incidents concernant des abus verbaux, physiques, sexuels ou psychologiques (critère 4.1.2.) sont repris rapidement par le cadre du service, puis font systématiquement l’objet d’un débriefing et d’une réflexion avec l’équipe.

Il y a une bonne traçabilité de l’état de santé des usagers dans les dossiers, et les informations sont partagées par l’ensemble des personnels dans le cadre du tour téléphonique quotidien et de fiches de suivi très complètes. Des fiches d’événements indésirables peuvent être remplies et des sanctions peuvent être prises à l’encontre des familles maltraitantes après que les retours par les usagers ont été transmis au chef de pôle.

Au sein de la Clinique Jérôme Bosch, tout est fait pour éviter la violence et la maltraitance, fût-elle en protection d’autres usagers : la formation est généralisée sur OMEGA pour la maîtrise du processus de désescalade, et il existe une grande vigilance vis-à-vis des personnes dont l’évolution comportementale est imprévisible. Ainsi, l’accompagnement permanent des personnes ayant eu un comportement dangereux par un agent de sécurité est mis en place. Cela étonne de prime abord, mais est présenté comme un facteur d’apaisement, évitant pour le personnel de recourir à la contention. D’autres stratégies de désescalade sont mises en place, notamment à travers la négociation.

Il ne semble pas exister de protocole de désescalade établi avec les usagers mais les professionnels réfléchissent avec eux à détecter les déclencheurs de chacun et à penser aux moyens de les apaiser le cas échéant. L’établissement de *plans de crise* ou de *plans de prévention partagée* est de plus en plus systématique.

*« On m’a aidé informellement à déterminer quels événements extérieurs déclenchaient une période difficile pour moi. Un psychologue m’a fait remarquer que je commence à aller mal lorsque je me sens rejeté ».*

On constate l’absence de chambres d’isolement. Des contentions, uniquement physiques, sont réalisées a de rares occasions, une cette année, deux l’an passé. Cela a pu avoir lieu notamment lors du trajet menant les usagers à la clinique, dans l’ambulance, même si des techniques de désescalade avaient essayé d’être mises en œuvre.

*« On a pas le droit d’enfermer les patients, c’est interdit et ce n’est jamais arrivé »*

*« Parfois les contentions mécaniques sont moins invasives par ce qu’elles n’induisent pas de rapprochement physique et de toucher »*

La sismothérapie n’est pas pratiquée à l’EPSM, mais au sein du CHU, il ne semble pas y avoir de problème quant au recueil du consentement des usagers à ce sujet, et il existe peu de prescriptions.

*« Certains internes en médecine arrivent et veulent tester leurs nouvelles idées de traitement, ils demandent toujours le consentement aux patients mais ce sont des médecins charismatiques et des fois, ça sonne un peu comme de la manipulation »*

Les usagers sont informés de leur droit à former des recours et des associations d’usagers existantes mais peu d’informations ont pu être recueillies sur la réalité des aides juridiques à disposition pour former d’éventuels recours. La philosophie de travail unique du G21 peut parfois l’isoler vis-à-vis des autres secteurs de l’EPSM.

« *On ne travaille pas de la même façon dans les autres services, c’est difficile de revenir en arrière.* »

*« Mentalement et moralement ça peut être dur »*

*« Il y a une impossibilité de s’intégrer, d’adhérer dans les autres secteurs après une expérience au G21»*

*« On n’en prend plein la tête, mais je préfère cette façon de travailler »*

Il semble, de façon générale, que les membres des équipes peuvent ressentir un certain épuisement, de par le rythme soutenu qui leur est imposé et les hautes attentes qu’ils doivent prendre en compte, ainsi qu’un sentiment d’insécurité parfois lorsqu’ils se rendent à domicile, ce qui ne sont pas des conditions privilégiant une discussion apaisée avec l’usager. Des épisodes de maltraitance verbale n’ont cependant pas été recensés.

Une procédure peut être mise en place lorsqu’un professionnel ne se sent pas d’aller seul chez un usager, mais elle est reconnue comme peu pratique. Les professionnels lui préfèrent des stratégies de prévention plus informelles : la visite peut être faite à deux, par des hommes si besoin, à des horaires précis. Si un usager ne se montre pas réceptif *« Je le préviens que je m’en vais, qu’on repassera par la suite pour évaluer sa situation ».*

**Thème 5 : Droit à l’autonomie de vie et à l’inclusion dans la société (Article 19 de la CDPH).**

|  |
| --- |
|  |

**Cotation des critères et normes du thème 5.**

Au niveau de l’unité clinique, le travail de liaison et la mission *« sociale »* sont assurés par l’éducateur : recueil des souhaits, démarches administratives auprès des organismes (MDPH par exemple), des bailleurs et entreprises. Cette option serait guidée par le souci de ne pas *« refermer »* ce volet de l’activité sur le seul secteur - il n’y a qu’une assistante sociale pour le pôle - et de personnaliser les démarches, tout en gardant un véritable lien avec l’équipe de soins, l’information sur les usagers étant bien partagée.

La filière travail pour les usagers est ainsi renforcée par un(e) ergothérapeute et un(e) psychologue du travail proposant des bilans de compétence. Des médiateurs de santé pairs peuvent aussi accompagner les usagers pour des entretiens, notamment à Cap Emploi.

* *L’autonomie est notre objectif professionnel »*

La Clinique Jérôme Bosch possède de bonnes pratiques dans l’accompagnement physique d’usagers à l’extérieur, selon leurs besoins. Par exemple, même hospitalisée, une personne a pu être accompagnée chez elle afin de continuer à s’occuper de ses animaux. L’accès au vote est également assuré en accompagnant les usagers à l’extérieur, et en facilitant leur accès au mécanisme de la procuration pour ceux qui le souhaitent.

L’accès aux différentes confessions religieuses est assuré sur demande et des permanences sont organisées sur l’EPSM.

Les professionnels sont acteurs d’une forte sensibilisation des usagers à pratiquer des activités et une aide leur est apportée pour trouver ce qui leur plait. Il semble que certaines associations sont invitées à se déplacer sur la structure pour que les professionnels puissent être au fait des activités et services que proposent chacune d’elles dans la communauté.

Les réseaux avec les différents acteurs sont particulièrement bien développés permettant de donner accès aux usagers à une gamme très importante d’activités. Des rencontres formelles et informelles avec les partenaires sont organisées sans périodicité, les prises de contact se font toujours avec l’usager et avec son accord. Un appel aux médiateurs de santé pairs peut par exemple être réalisé après discussion en réunion, parfois directement même s’il faut une prescription médicale. La mise en relation des usagers se fait par exemple avec des associations, des GEM et un café citoyen à proximité du CMP Maison Antonin Artaud. Frontières est citée comme une entité très appréciée.

*« Frontières est géniale - elle répond totalement à ma demande. Je suis libre de me rendre aux activités. Ils nous disent de venir aux activités et cela nous fait du bien »*

La prise de contact de la famille est également réalisée avec accord de l’usager.

Le secteur propose une disponibilité très importante pour les familles et facilite la mise en contact avec l’UNAFAM.

Les formations réalisées par les experts d’expérience sont décrites comme fondamentales pour le personnel et pourraient être systématisées.

* *Cela a complètement changé ma façon de voir les choses. »*
* *Ça a été la formation la plus utile que j’ai pu recevoir. »*

Dans le contexte de prise en charge rapide, une attention particulière peut être dédiée à ne pas désinvestir les prises en charge longues et compliquées.

*« Il y a d’autres personnes qui sont mieux soignées que moi »*

Les relais locaux et communaux apparaissent nombreux et solides, l’implantation locale est forte.

* *La particularité de ce service* [Habicité] *est précisément de faire appel à des prestataires extérieurs »*
* *Dans le cadre d’Habicité, la coopération est importante avec les mairies, les bailleurs, pour combler un véritable manque, le fait qu’il n’y ait pas de filière particulière de retour au logement pour les personnes ayant des troubles »*

Néanmoins, parfois il semble que c’est « le secteur qui fait tout » : logement, emploi, soutien social, et cela au prix d’un investissement très exigeant en termes de temps de travail et de disponibilité collective mais aussi individuelle pour tous : n’y a-t-il pas là un risque potentiel de « surcharge » pour les personnels ? Et un facteur possible de fragilité pour les réseaux ?

Les rencontres avec certains partenaires apparaissent parfois difficiles à organiser/planifier. Le rôle de l’Association Intercommunale est très important, nous regretteons de n’avoir pu échanger avec un de ses membres. Les réunions de synthèse semblent difficiles à organiser avec les partenaires.

*« Il y a des partenaires un peu mous »*

*« Un supplément d’outils facilitateurs de communication (tablettes, téléphones portables, etc..) serait appréciable. »*

Il semble également ne pas exister de solution médiane entre le maintien à domicile et l’hospitalisation comme par exemple des maisons de répits.

**Conclusions et recommandations**

*« On est très gâtés sur le secteur »*

*« On s’est longtemps battu contre cette représentation du “d’abord soignez-vous et ensuite on verra ce que l’on peut faire pour vous” »*

L’équipe d’observation a pu constater une philosophie du soin centrée sur le droit des usagers unique dans le secteur G21, soulignée par de nombreux retours positifs de la part d’usagers. Il peut s’agir d’un modèle de bonnes pratiques visant à inspirer d’autres secteurs de par son approche.

Le programme QualityRights a permis de mettre en évidence plusieurs pistes de réflexion que nous énoncerons ci-dessous sous forme de recommandations. Il est important de rappeler ici que ces recommandations font écho aux résultats des indicateurs observés, et que ces indicateurs sont eux-même tirés des Droits inscrits dans la Convention des Nations Unies Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH), ratifiée par la France en 2010.

Ces recommandations ne sont pas hiérarchisées.

Enfin, le programme QualityRights propose des modules de formation sur des thématiques ciblées (alternatives à l’isolement et à la contention ; développement des plans de rétablissement individualisés ; formation sur les Droits en santé mentale), en lien avec la CDPH et les critères observés.

Les recommandations formulées ci après peuvent être accompagnées par la mise en place de modules de formation choisis.

|  |
| --- |
| ***L’équipe d’observation tient à remercier l’ensemble des usagers rencontrés pour leur participation et leurs témoignages.***  ***Nous remercions également les familles et aidants rencontrés, les professionnels pour leur disponibilité et la Direction du secteur G21 pour avoir permis et facilité ce travail.*** |

|  |
| --- |
| **Recommandation 1 :** Systématiser la formation des professionnels sur les notions de rétablissement et d'accompagnement à la prise de décision.  **Recommandation 2 :** Systématiser le développement, l’utilisation et l’actualisation régulière de plans de rétablissement et de l’outil Baromètre, en assurant le rôle central de l’usager dans ce processus et en garantissant son accompagnement par des professionnels préalablement formés à cet outil.  **Recommandation 3 :** Systématiser le développement, l’utilisation et l’actualisation régulière des directives anticipées et des plans de crise et assurer la formation des professionnels à ces outils.  **Recommandation 4 :** Systématiser une information orale à l’usager sur ses droits, les contacts des représentants des usagers et les soins, y compris les traitements, leurs conséquences somatiques et les alternatives envisageables à ces derniers.  **Recommandation 5 :** Systématiser les interventions des experts d’expérience, l’information et la sensibilisation de l’ensemble du personnel à leurs missions.  **Recommandation 6 :** Développer la formation sur les droits des personnes en situation de handicap psychosocial, intellectuel ou cognitif sur les standards internationaux tels que la CDPH, à destination des usagers, des aidants et des professionnels.  **Recommandation 7 :** Améliorer le chauffage et la climatisation dans les locaux des CMP.  **Recommandation 8 :** S'assurer d'une possibilité d'utilisation effective des équipements par les usagers de la Clinique Jérôme Bosch (Badges d'accès aux chambres, wifi, balnéothérapie).  **Recommandation 9 :** Aménager un lieu de confort et d'expression au sein de la Clinique Jérôme Bosch utilisable par les usagers et les professionnels. Un tel espace pourrait fournir plusieurs formes de stimulation sensorielle: lumières tamisées, coussins, couvertures, musique, etc.  **Recommandation 10 :** Améliorer la formation des familles d’accueil et des autres partenaires (SAMU, aidants, etc.) et l’échange sur les questions de rétablissement, d’accompagnement à la prise de décision et à la gestion des crises. |

***Annexe 1. Planning des jours de visite***

***Annexe 2. Instructions aux enquêteurs***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Programme QualityRights de l'OMS**  **pour l'évaluation de la qualité**  **et du respect des droits**  *Evaluer et améliorer la qualité et les droits de l’homme*  *dans des structures de santé mentale et de soins sociaux.* |
|  |

**Instructions à l’enquêteur :**

Lire l’introduction et le but de la visite et de l’entretien à la personne interrogée. Si vous avez le sentiment que la personne ne comprend pas pleinement tous les termes, expliquez le sens de la démarche et ses implications de la manière la plus simple et compréhensible possible. Assurez-vous que la personne donne réellement son « consentement éclairé » à être interrogée. Si vous considérez que cette personne n’est pas en mesure de signer le formulaire de consentement parce qu’elle n’en comprend pas le contenu, même après avoir soigneusement expliqué l’objectif, cette personne ne devrait pas être interrogée.

**Présentation et objectifs de la visite et de l’entretien**

Je suis [Nom de l’évaluateur et profession ou formation/qualification si approprié].

Je travaille comme membre d’une équipe, qui inclut [Noms des autres membres de l’équipe d’évaluation et professions ou formations/qualifications si approprié].

L’objectif des entretiens que je mène est de recueillir des informations et les points de vue des professionnels, des usagers des services et des membres des familles (ou amis ou aidants) sur cet établissement.

Si vous acceptez d’être interrogé(e), je vous poserai des questions sur l’établissement en lui-même, sur les soins et traitements proposés et sur les droits des personnes dans l’établissement.

Je suis un « évaluateur indépendant », ce qui signifie que je n’ai aucun lien ou obligation envers une personne ou une organisation. Je mène mon travail de manière indépendante et je ne suis sujet à aucune pression extérieure sur ma manière de travailler, et je ne serai pas influencé pour faire des déclarations inexactes ou dissimuler des informations sur mes résultats ou mon rapport. Etre un « évaluateur indépendant » signifie également que personne, en dehors de moi ou de l’équipe avec laquelle je travaille, ne saura ce que vous m’avez dit. Quand nous communiquerons les résultats du rapport final, nous assurerons une totale confidentialité dans le rapport.

Afin de s’assurer que votre identité ne soit pas divulguée, votre nom ne sera pas inscrit sur mon questionnaire d’entretien et n’apparaîtra pas dans le rapport final. Si vous m’informez d’un événement particulier ou d’un problème qui permettrait de vous identifier facilement et avec lequel vous préféreriez ne pas être lié(e), merci de me l’indiquer, et nous ferons notre maximum pour que votre anonymat soit préservé.

Tous les membres de mon équipe ont signé avec l’hôpital CNP St Martin un engagement de confidentialité.

Je vous poserai des questions venant d’un document préparé par l’Organisation Mondiale de la Santé pour évaluer et améliorer la qualité et le respect des droits de la personne dans les établissements de santé mentale et d’aide sociale. Vous n’êtes pas obligé(e) de poursuivre cet entretien avec moi, et vous pouvez refuser de participer si vous le souhaitez. Votre décision de ne pas participer restera confidentielle.

Vous ne serez pas pénalisé(e), sanctionné(e) et il n’y aura pas de répercussions négatives

si vous refusez de participer à cet entretien.

Si vous acceptez de répondre à ces questions, vous pouvez arrêter l’entretien à n’importe quel moment, et votre décision restera confidentielle. A nouveau, vous ne serez pas pénalisé(e), sanctionné(e) et il n’y aura pas de répercussions négatives si vous refusez de finir l’entretien. Certaines questions peuvent être délicates ; si vous ne souhaitez pas y répondre, nous passerons à la question suivante. Nous nous efforcerons néanmoins d’utiliser ces informations pour favoriser des changements positifs.

L’équipe avec laquelle je travaille et moi-même espérons que les informations recueillies grâce à vous et aux autres personnes interrogées, ainsi que grâce aux visites et à l’évaluation de l’établissement permettrons, d’identifier les domaines à améliorer. Même si nous espérons que cette évaluation amènera des améliorations, nous ne pouvons vous garantir que ce qui vous pose problème changera. Nous nous efforcerons néanmoins d’utiliser ces informations pour favoriser des changements positifs qui s’avéreraient nécessaires.

La durée de l’entretien sera d’1h à 1h30.

***Annexe 3. Formulaire de consentement***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Programme QualityRights de l'OMS**  **pour l'évaluation de la qualité**  **et du respect des droits**  *Evaluer et améliorer la qualité et les droits de l’homme*  *dans des structures de santé mentale et de soins sociaux.* |
|  |

|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A L’ENTRETIEN**  J’accepte de participer à cet entretien, dont l’objectif est de recueillir les opinions des usagers des services, des membres des familles (ou amis ou aidants) et des professionnels, et des informations au sujet :   * de l’établissement en lui-même, * des soins et traitements proposés * et sur le respect des droits des personnes dans l’établissement.   Je suis informé(e) que je participe librement à cet entretien, sans être forcé(e) d’aucune manière à le faire, et que j’ai le droit de refuser de participer. Si je décide de ne pas participer, cela restera confidentiel. Je ne serai pas pénalisé(e) ou sanctionné(e) et cela n’aura pas de conséquences si je refuse de participer.  Je sais que je peux interrompre l’entretien à n’importe quel moment si je ne souhaite pas continuer, que cela restera confidentiel. Je ne serai pas pénalisé(e) ou sanctionné(e) et cela n’aura pas de conséquences si je mets un terme à l’entretien.  Je suis informé(e) que toutes les données récoltées demeureront anonymes.  Je suis informé(e) que ce formulaire de consentement ne sera pas relié au questionnaire d’entretien et que mes réponses resteront confidentielles.  L’objectif de cet entretien m’a été expliqué, et je comprends les termes de ce formulaire.  Nom (en majuscules) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature du participant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***Annexe 4. Détail des items d’observation et d’analyse de documents***



Le programme QualityRights de l’OMS propose aux pays des informations pratiques et des outils pour évaluer et améliorer la qualité et le respect des droits de la personne dans les établissements de santé mentale et d’aide sociale. Ce programme est basé sur la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées des Nations Unies.

Il propose des repères pratiques sur :

• les droits de la personne et les normes de qualité qui doivent être respectés, protégés et atteints dans les établissements de santé mentale et d’aide sociale, tant en ambulatoire qu’en service d’hospitalisation ;

• la préparation et la conduite d’une évaluation globale des établissements ; et

• l’écriture de rapports et de recommandations basés sur cette évaluation.

Ce programme est conçu pour être utilisé dans les pays à bas, moyens et hauts revenus. Il peut être utilisé par de nombreux acteurs, dont des comités d’évaluation dédiés, des organisations non-gouvernementales, des organisations nationales des Droits de l’Homme, des commissions nationales de santé ou de santé mentale, des organismes de certification des services de santé, des structures nationales instaurées par des traités internationaux pour veiller à l’implémentation des normes des droits de la personne ou d’autres organisations intéressées par la promotion des droits des personnes handicapées.

Le programme QualityRights de l’OMS est une ressource essentielle, non seulement pour mettre un terme aux négligences et abus passés, mais aussi pour assurer des services de haute qualité dans le futur.

**Contact** : Simon Vasseur-Bacle, *Chargé de mission au CCOMS, Coordination du programme pour la France et les pays francophones.*

@ : [svasseurbacle@epsm-lm.fr](mailto:svasseurbacle@epsm-lm.fr)

Tél : +33 (0) 3 20 43 71 00

211, rue Roger Salengro, 59260 Hellemmes, France

1. Une directive anticipée est un document écrit dans lequel une personne peut spécifier à l’avance les choix pour son suivi, ses soins et objectifs de rétablissement dans l’éventualité où elle ne serait pas en mesure de communiquer ses choix à un moment donné dans le futur. Les directives anticipées peuvent aussi contenir les soins et objectifs de rétablissement qu’une personne ne souhaite pas, et permet ainsi de s’assurer que les personnes ne reçoivent pas de soin contre leur volonté. [↑](#footnote-ref-1)