



**Unité pour
malades difficiles**

de Bron

(Rhône)

du 10 au 14 décembre 2012

Contrôleurs :

- Betty Brahmy, chef de mission ;
- Michel Clémot ;
- Grégoire Korganow ;
- Dominique Legrand ;
- Alain Marcault-Derouard.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite inopinée de l'unité pour malades difficiles (UMD) de Bron (Rhône) du 10 au 14 décembre 2012.

1 CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'UMD de Bron, située au sein du centre hospitalier du Vinatier, 95 boulevard Pinel à Bron, (Rhône) le lundi 10 décembre à 15h. Ils ont quitté l'établissement le vendredi 14 décembre à 13h.

Dès leur arrivée, ils sont entrés à l'UMD après le contrôle de leur identité et de leur mission par les agents de sûreté puis ont été accueillis par une des deux secrétaires et un des cadres de santé du service.

Une réunion de début de visite permettant de présenter la mission des contrôleurs et le fonctionnement du service a pu être organisée le lundi 14 septembre à 15h30 avec :

- le praticien hospitalier responsable de l'UMD ;
- le directeur des affaires financières du centre hospitalier, en tant qu'administrateur de garde ;
- le cadre supérieur du pôle UMD-Unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) ;
- un des praticiens hospitaliers du service ;
- un des deux cadres de santé de l'UMD.

La réunion de la commission médicale de l'établissement (CME) ayant lieu au même moment, le psychiatre responsable du pôle USIP-UMD a rejoint la réunion un peu plus tard.

La direction du centre hospitalier a fourni à chaque contrôleur une clé permettant la libre circulation dans l'ensemble des locaux ainsi qu'un dispositif d'appel d'urgence (DAU). Deux bureaux situés dans la zone administrative du service ont été mis à la disposition des contrôleurs.

L'ensemble des documents demandés a été remis aux contrôleurs.

L'affichette annonçant leur visite a été diffusée dans les services de soins.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitent et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des personnels de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Le directeur de cabinet du préfet du Rhône, le directeur de l'agence régionale de santé de Rhône-Alpes, ainsi que le président et le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Lyon ont été informés de cette visite ; l'un des premiers vice-présidents en charge du contentieux des hospitalisations d'office a été contacté par téléphone.

Une réunion de restitution a eu lieu le jeudi 13 décembre à 16h.

Les contrôleurs ont rencontré :

- le directeur du centre hospitalier ;
- le président de la CME ;
- le psychiatre responsable du pôle USIP-UMD ;
- les membres de la commission du suivi médical ;
- le juge des libertés et de la détention ayant assuré l'audience dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011 ;
- un avocat, animateur de la commission « droit et santé » ;
- le médecin responsable du département d'information médicale ;
- le responsable du bureau des entrées ;
- la responsable de la direction des achats et de la logistique ;
- les aumôniers.

Un rapport de constat a été adressé au chef d'établissement le 8 avril 2013. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier daté du 23 mai 2013. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

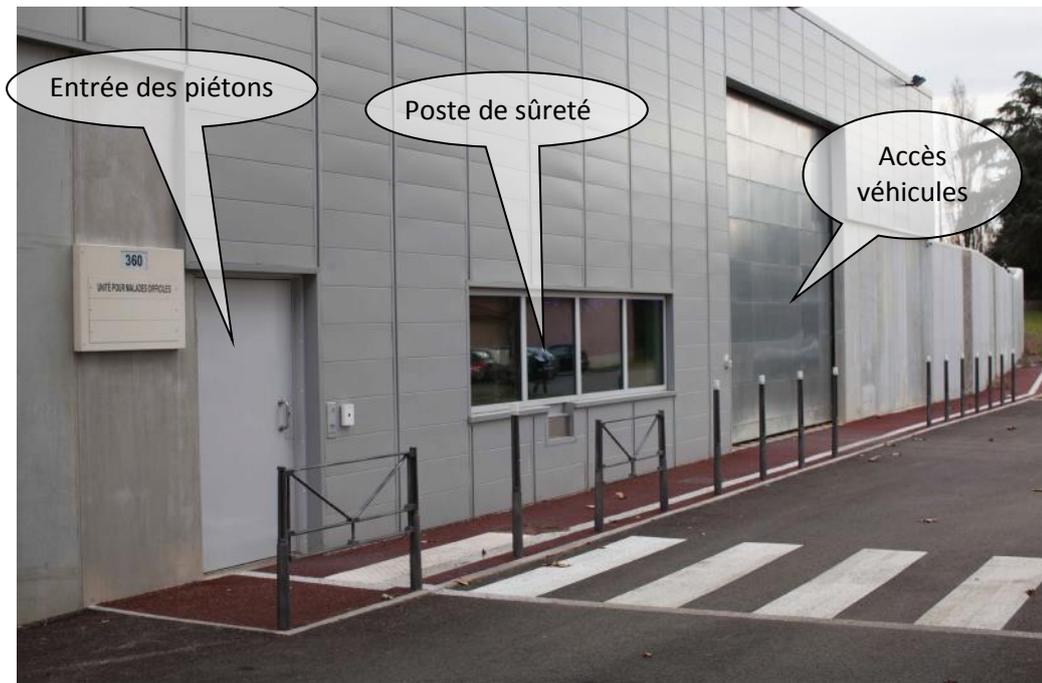
2 PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT

2.1 L'implantation

En 1868 le Conseil Général du Rhône achète le domaine du Mas des Tours à Bron, un terrain de 37 hectares pour y construire un asile de 600 lits au lieu des 1 200 prévus au départ. Le terrain est situé à 4 km au sud-est de la ville de Lyon, sur la commune de Bron à l'époque essentiellement rurale. En 1937, « L'hôpital Psychiatrique Départemental du Vinatier » remplace « L'Asile départemental d'Aliénés. En 1973 sont mises en place la mixité et la sectorisation. Le département du Rhône est alors divisé en dix-huit secteurs pour les adultes et six intersecteurs pour les enfants et les adolescents.

En 1987 « L'hôpital psychiatrique départemental du Vinatier » devient le « Centre Hospitalier Spécialisé Le Vinatier », puis en 1997, le « Centre Hospitalier Le Vinatier ».

L'UMD est située sur l'emprise du centre hospitalier du Vinatier qui constitue un rectangle. Elle est implantée à un des angles de celui-ci. Elle porte le numéro 360 sur le plan de l'hôpital mais n'est pas signalisée dans l'établissement.



Entrée de l'UMD

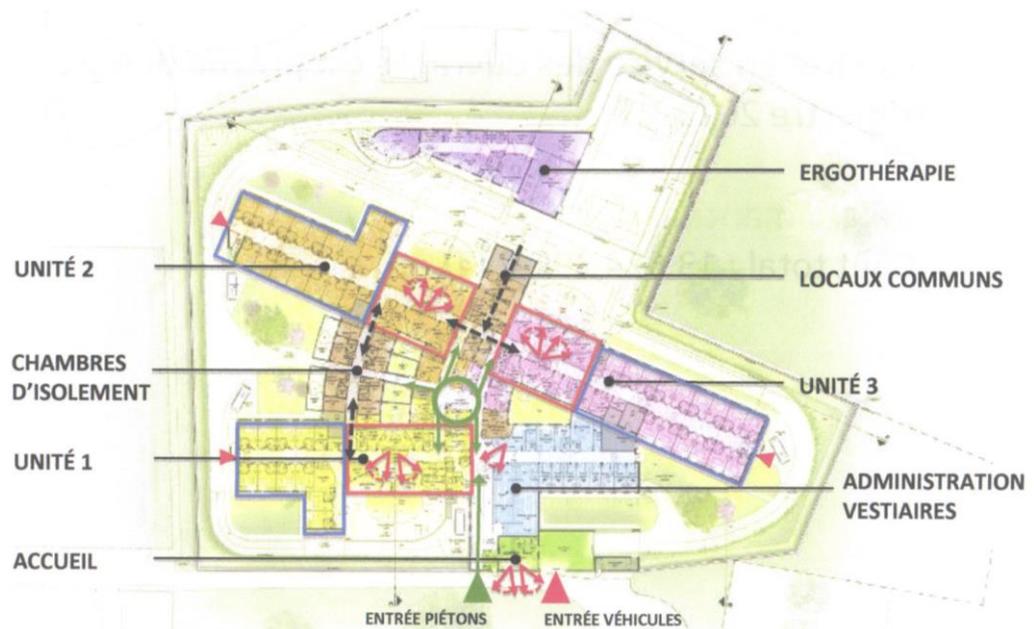
De la gare SNCF de Lyon-Perrache, on y accède en trente minutes par la ligne n°2 du tramway en descendant à l'arrêt « Essarts-Iris ». De là, un portillon réservé aux piétons permet de rejoindre l'UMD, située à 450 m, en empruntant un petit chemin puis une route goudronnée.

Les personnels et les visiteurs disposent d'un parking devant l'entrée du service.

L'UMD a une compétence interrégionale (Rhône-Alpes, Auvergne et Franche-Comté) et nationale. A ce titre, les responsables souhaitent que l'UMD porte le nom d'« UMD de Bron », du nom de la commune où est implanté le centre hospitalier et non d'« UMD du Vinatier ».

Elle est aménagée sur un terrain de 4 000 m² entouré d'une enceinte sécurisée et comporte deux bâtiments :

- l'un abrite les locaux administratifs, les trois unités d'hébergement et quatre chambres d'isolement ;
- le second où sont installées les activités d'ergothérapie.



L'unité pour malades difficiles a une capacité de quarante lits mixtes répartis en trois unités. Elle a été progressivement mise en œuvre en 2011-2012 en trois étapes :

- l'unité 1, appelée « accalmie », comprenant dix lits et quatre chambres d'isolement a ouvert le 5 décembre 2011 ;
- l'unité 2, appelée « équilibre », comportant quinze lits a été mise en service le 5 mars 2012 ;
- l'unité 3, appelée « quiétude », comportant également quinze lits est fonctionnelle depuis le 14 septembre 2012.

L'UMD de Bron ne fait pas partie du programme de création des UMD prévues dans le plan de relance qui a permis la création en 2011 des UMD d'Albi (Tarn), de Châlons-en-Champagne (Marne), d'Eygurande (Corrèze) et de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime).

Depuis 2011, le centre hospitalier est organisé en dix pôles. L'UMD constitue avec l'USIP un des cinq « pôles transversaux ». Le responsable du pôle est le psychiatre responsable de l'USIP.

Le jour de l'arrivée des contrôleurs, trente-trois patients étaient hospitalisés dont cinq femmes et un mineur de 17 ans.

2.2 Les personnels

Le **personnel médical** de l'UMD comprend :

- deux praticiens hospitaliers temps plein dont le médecin responsable du pôle USIP-UMD et le médecin responsable de l'unité ;
- deux praticiens hospitaliers à temps partiel assurant chacun six demi-journées ;
- un interne ;
- un médecin somaticien assurant 0,5 ETP ;
- deux praticiens en odontologie présents au total une demi-journée par semaine.

En plus de sa mission de soins, chaque praticien hospitalier (à l'exception du responsable du service) est responsable d'une mission transversale : « prévention et gestion de la violence », « pôle d'activités », « recherche et bibliographie ».

Un praticien senior est présent du lundi au vendredi de 9h à 17h30.

Pour le pôle USIP-UMD, un psychiatre assure une permanence tous les jours jusqu'à 18h30 ainsi que le samedi de 9h à 13h. Le tableau de permanence est affiché dans les trois unités ainsi qu'au poste de garde, à l'entrée.

A partir de 18h30, c'est l'interne de garde de l'hôpital et un praticien hospitalier d'astreinte à domicile qui assurent les urgences.

Le **personnel soignant** de jour de l'UMD est indiqué en équivalents temps plein (ETP) dans le tableau suivant :

JOUR	Unité 1	Unité 2	Unité 3	total
Cadres de santé	0,5 ETP	0,5ETP +0,5 à l'ergothérapie	0,5ETP	2
Infirmiers	8 hommes 5 femmes 1 poste vacant	8 hommes 4 femmes	5 hommes 7 femmes	38 ETP 1 poste vacant
Aides soignants	6 hommes 1 femme	4 hommes 4 femmes	7 hommes 1 femme	23 ETP
Agents des services hospitaliers (ASH)	4	4	4	12
Total	24	25	24	

Selon les indications fournies aux contrôleurs, il faut cinq agents, dont au minimum deux infirmiers, le matin et l'après-midi à l'unité 1 et quatre, dont deux infirmiers à l'unité 2 et à l'unité 3 le matin et l'après-midi.

Les ASH sont mutualisés sur l'ensemble de la structure. Pour assurer leurs missions, il est nécessaire que trois ASH soient présents le matin et l'après-midi.

Le **personnel soignant de nuit** de l'UMD est indiqué dans le tableau suivant :

NUIT	Unité 1	Unité 2	Unité 3	total
Infirmiers	4 hommes 1 femme	2 hommes 1 femme	3 hommes	11 ETP
Aides soignants	0	2 hommes 1 femme	1 homme 1 femme	5 ETP
Total	5	6	24	

Il n'y a pas de poste de cadre de nuit jusqu'au 31 décembre 2012.

Les horaires des personnels sont les suivants : 6h30-14h30, 14h-22h et 21h45-6h45.

Le cycle de travail est prévu sur six semaines avec quatre jours de travail et deux jours de repos. Les agents travaillent un weekend sur deux.

Ils perçoivent une « indemnité forfaitaire de risque » attribuée par le décret n° 92-6 du 2 janvier 1992, modifié par le décret n° 2010-905 du 2 août 2010 dont le montant a été fixé par un arrêté du 21 décembre 2000, jamais modifié, à 1 540,79 Francs, soit 234,89 euros brut par mois.

Par ailleurs l'équipe comporte des personnels intervenant dans l'ensemble de la structure :

- le cadre de santé assistant du chef de pôle présent à mi-temps à l'UMD et à mi-temps à l'USIP ;
- un psychologue ;
- deux ergothérapeutes ;
- un psychomotricien ;
- un éducateur sportif ;
- 0,5 ETP d'assistante sociale ;
- deux secrétaires dont une assure le secrétariat de la commission du suivi médical ;
- un psychologue assurant un groupe d'analyse des pratiques à raison de 0,10 ETP ;
- une assistante dentaire du service d'odontologie du Vinatier présente deux demi-journées par semaine en même temps que les praticiens de cette spécialité ;
- quatre agents de sûreté assurent l'accueil à l'entrée de l'UMD.

2.3 L'activité

Depuis l'ouverture du service, quarante-et-un patients ont été admis.

106 demandes provenant de cinquante-cinq établissements de santé¹ n'ont pas eu de suite favorable :

- quatre demandes devaient être réévaluées sur le plan clinique ;
- les autres patients ont été admis dans les autres UMD.

Huit sont sortis. Les dates des sorties et les durées de séjour sont détaillées dans le tableau suivant :

Sexe du patient	Date de naissance	Etablissement d'origine	Date d'entrée à l'UMD	Date de sortie	Durée du séjour
masculin	23 janvier 1971	CH Montbrison (42)	26 décembre 2011	16 juillet 2012	201 jours

¹ La majorité des demandes (quarante-six) provenaient d'hôpitaux de la région, vingt-deux, de l'Ile-de-France, trois des départements d'Outre-mer, trois d'autres UMD, les autres émanaient d'établissements de santé répartis sur l'ensemble du territoire.

masculin	6 février 1974	CH Le Vinatier	15 décembre 2011	17 juillet 2012	213 jours
masculin	11 décembre 1969	CH Alpes Isère (38)	29 décembre 2011	18 juillet 2012	200 jours
masculin	3 mars 1980	CH Le Vinatier	13 mars 2012	12 octobre 2012	213 jours
masculin	23 novembre 1988	CP Ain (01)	22 mars 2012	9 novembre 2012	173 jours
masculin	18 juillet 1979	CHU Saint-Etienne (42)	2 mars 2012	13 novembre 2012	197 jours
masculin	14 mai 1975	CH région Annecy (74)	27 décembre 2011	16 novembre 2012	323 jours
masculin	21 avril 1967	Centre Psychothérapique Nord Dauphiné (38)	27 septembre 2012	Décédé le 3 décembre 2012	67 jours

3 HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

3.1 Les modalités d'admission des patients

3.1.1 Une première phase marquée par la progressivité des accueils

L'UMD a ouvert ses portes le 5 décembre 2012 et a accueilli les patients de manière progressive au fur et à mesure de l'ouverture des trois unités qui la composent :

- ouverture de l'unité 1 (10 lits), le 12 décembre 2011 ; sept patients présents fin décembre ;
- ouverture de l'unité 2 (quinze lits) le 12 mars 2012 ; dix-huit patients supplémentaires accueillis à la fin du mois de juillet ;
- ouverture de l'unité 3 (quinze lits) le 10 septembre 2012 ; trente-trois patients présents, au total, au moment du contrôle.

A cette date – mi-décembre 2012 – neuf dossiers étaient en attente, dans la perspective d'accueils échelonnés, permettant d'atteindre, fin janvier ou courant février 2013, un taux d'occupation complet.

La volonté de conserver aux accueils un caractère progressif est à l'origine de nombreux refus opposés aux demandes d'admission : 106 candidatures, adressées à compter d'octobre 2011, n'ont pas abouti ; plus de la moitié en raison d'une admission dans une autre UMD, près d'un tiers en raison d'une « impossibilité d'accueil » (y compris pour des demandes formulées entre septembre et novembre 2012, alors même que l'établissement n'est rempli qu'aux trois-quarts de ses capacités ; un dixième environ des demandes, a fait l'objet d'une suspension ou d'une annulation (amélioration de l'état du patient) et, dans la même proportion, l'indication d'un accueil en UMD est apparue discutable.

Au jour du contrôle, les modalités d'admission apparaissaient clairement établies et se déroulaient comme indiqué ci-dessous.

3.1.2 La procédure habituelle d'admission

La demande d'admission émane du médecin qui suit le patient ; elle se manifeste le plus souvent, dans un premier temps, par voie téléphonique ou par courriel. Ce premier contact, de médecin à médecin, permet de poser les conditions de base d'un accueil éventuel : le patient, ou la patiente, doit être âgé(e) de plus de seize ans, faire l'objet d'une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) et présenter un état dangereux majeur, dépassant les capacités de soins de la structure d'accueil.

Il est indiqué que des échanges informels ont souvent lieu à ce stade, l'UMD pouvant tenir un rôle de conseil et d'appui auprès de l'unité d'origine. Il arrive que les deux équipes se rencontrent, pour mieux analyser la demande.

Le service demandeur, s'il est situé dans la région et persiste dans sa demande, est invité à remplir un **dossier de pré-admission**, que l'UMD lui adresse par voie informatique².

Ce dossier comporte :

- un « volet médical » : mode et date d'hospitalisation, date de la dernière audience JLD, coordonnées du médecin référent de l'unité d'origine, diagnostic CIM 10³, traitements somatiques et psychiatriques en cours, parcours psychiatrique avec indication précise des antécédents d'admission en USIP ou en UMD, antécédents somatiques notables et pathologies somatiques actuelles ;
- un « volet administratif » : identité complète et domicile, situation personnelle, familiale et socioprofessionnelle, couverture sociale, coordonnées de la famille et, pour les mineurs, titulaires de l'autorité parentale, existence d'une mesure de protection et coordonnées des mandataires judiciaires, personne de confiance, antécédents psychiatriques et notamment séjours en UMD supérieur à un an durant les dix dernières années, situation pénale (prévenu ou condamné, autorisations de visite, courrier et téléphone, date de fin de peine).

Réunion collégiale dite « réunion des admissions ». A réception du dossier de pré-admission, les quatre médecins de l'unité examinent ensemble la demande, dans un délai maximum de deux semaines. Les motifs de refus catégoriques sont assez rares et tiennent en général à des raisons administratives (mineur de moins de seize ans, patient admis sur demande d'un tiers). La question de la dangerosité fait en général débat ; la situation ne s'apprécie pas seulement au regard de l'état du patient candidat mais aussi au regard du nombre et de l'état des malades présents à l'UMD au moment de la demande : un nombre important de patients à la fois très violents et lourdement déficitaires – nécessitant un « nursing » de chaque instant – peut constituer un motif de refus ou de report ; il en va – ou il en ira – de même si l'UMD accueille déjà un nombre important de patients particulièrement dangereux, susceptibles de monopoliser durablement des lits.

L'origine géographique constitue également un critère : l'UMD se revendique clairement « UMD de Bron », par opposition à UMD « du Vinatier », exprimant ainsi une volonté de ne pas accueillir exclusivement des patients provenant du CHV, et notamment de l'UHSA. Une

² Si le demandeur est situé hors région, la demande est d'abord examinée par les médecins de l'unité, l'envoi du dossier de pré-admission n'étant adressé qu'en cas d'avis favorable.

³ Dixième révision de la classification internationale des maladies mentales.

priorité est cependant accordée aux patients domiciliés dans la région Rhône-Alpes ainsi qu'aux demandes provenant des régions limitrophes, Auvergne et Franche-Comté. L'UMD tient cependant à pouvoir réserver une suite favorable à des demandes émanant de la France entière lorsque l'indication paraît utile (recourir à la sismothérapie pour laquelle l'établissement est compétent, accueillir une femme alors que la majorité des UMD ne dispose pas de cette habilitation, accueillir un patient domicilié dans un département d'outre-mer dépourvu de telles structures ou, parfois, soulager une équipe d'accueil, y compris d'une autre UMD).

Lorsque l'équipe médicale émet un avis défavorable, elle s'en explique auprès de l'équipe qui sollicite l'admission. Lorsqu'elle émet un avis favorable, l'accord de principe est signé du médecin responsable de l'unité avant d'être transmis à la direction administrative, appelée à confirmer cet accord, sous réserve des places disponibles.

Le double accord, médico-administratif, est adressé par le bureau des entrées à l'ARS du Rhône qui, entrant en contact avec la préfecture et l'établissement d'origine, enclenche le processus administratif de transfert. Parallèlement, le secrétariat de l'UMD invite l'équipe d'origine à fournir des documents complémentaires pour constituer un dossier d'admission.

Le dossier d'admission complète le précédent, notamment par la fourniture de documents d'ordre administratif (pièce d'identité, carte de sécurité sociale), judiciaire (jugement de mise sous protection judiciaire, permis de visite, fiche de présence à l'établissement pénitentiaire, dernière décision du JLD), médical (examens biologiques, fiche de liaison infirmière, expertises).

Le double arrêté et l'engagement de reprise. La préfecture d'origine s'engage, par écrit, à réadmettre le patient lorsque son état ne nécessitera plus son séjour en UMD et prend un arrêté autorisant le transfert à l'UMD de Bron ; parallèlement, le préfet du Rhône prend l'arrêté « portant admission à l'UMD par transfert d'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en hospitalisation complète ». A ces décisions sont en principe joints l'arrêté initial d'hospitalisation et le certificat médical à l'origine de celle-ci, les derniers arrêtés et certificats médicaux circonstanciés, le certificat médical de dangerosité circonstancié et récent et la dernière décision du JLD.

La date de **l'accueil effectif** se négocie téléphoniquement entre les deux unités⁴. Il ne se concrétisera que lorsque l'UMD d'accueil aura reçu l'arrêté d'admission ; en pratique, le document lui est adressé directement par l'ARS du Rhône, par voie électronique. L'UMD d'accueil désigne un médecin référent. L'unité d'origine est en charge du transport ; il se fait par ambulance, avec accompagnement par deux soignants.

La situation des trente-trois patients présents au premier jour du contrôle était la suivante :

Au plan juridique :

- un patient était admis au titre de l'article D 398 du code de procédure pénale (condamné et détenu) ;

⁴ Elles dépendent à la fois de la place disponible dans l'unité d'accueil et des possibilités logistiques de l'unité d'origine notamment en termes de transport.

- cinq étaient admis au titre de l'article 706-135 du même code (personne ayant bénéficié d'une décision d'irresponsabilité pénale) ;
- les vingt-sept autres relevaient d'une décision d'ASPDRE classique ;
- huit bénéficiaient d'une mesure de tutelle ;
- sept, d'une mesure de curatelle renforcée ;
- trois, d'une mesure de curatelle simple.

Au plan géographique :

- vingt-cinq provenaient de la région Rhône-Alpes, dont dix-sept du département du Rhône, parmi lesquels dix du CHV ;
- quatre provenaient de départements situés dans des régions limitrophes (Vaucluse et Cantal) ; les autres provenaient du sud-ouest et, pour l'un d'eux, de Martinique.

Onze des trente-trois patients provenaient d'une UHSA ou d'une USIP, parmi lesquels trois, initialement hospitalisés dans un autre établissement, avaient transité par l'USIP du CHV.

Cinq patients provenaient d'une autre UMD (trois de celle de Montfavet (Vaucluse) et deux de celle de Cadillac (Gironde)⁵.

Le jour de l'arrivée des contrôleurs, dix patients figuraient sur la **liste d'attente** pour une admission :

- une femme admise, dans un service du Vinatier, devait faire l'objet d'une réévaluation clinique début 2013 avant la décision d'admission ;
- un provenait du CHS de la Savoie ;
- un était soigné dans un service de Saint-Cyr-au-Mont d'Or (Rhône) ;
- un était accueilli dans un service du centre hospitalier Saint-Jean de Dieu de Lyon (Rhône) ;
- un était admis dans un secteur du centre hospitalier de Sainte-Gemme sur Loire (Maine-et-Loire) ;
- cinq, dont deux femmes, étaient hospitalisés dans des services du Vinatier, dont un à l'USIP.

3.2 Les modalités d'arrivée du patient

L'arrivée s'effectue par l'arrière du bâtiment. L'ambulance accède à proximité immédiate de la zone des chambres d'isolement où on pénètre par une porte dont l'accès est commandé depuis le poste de sûreté.

Dans la mesure du possible, **l'accueil** est réalisé par le médecin référent ; le cadre de santé est présent ainsi que deux infirmiers au moins. Le patient est immédiatement conduit dans la chambre d'isolement et invité à revêtir le pyjama de l'UMD. Le matériel de contention est préparé mais son utilisation n'est pas systématique. En pratique le patient n'est pas en

⁵ Il s'agit de patients admis de longue date dans l'UMD d'origine.

état de crise aiguë mais sa dangerosité n'en est pas moins présente. S'il a été contenu durant le transport, le patient sera sanglé. Ses effets personnels sont remis à un aide-soignant, qui en dresse l'inventaire détaillé dans le bureau d'entretien avoisinant la chambre, en présence des infirmiers de l'unité d'origine. Ces derniers effectuent oralement la transmission des informations utiles à l'équipe d'accueil puis, souvent, sont conviés à visiter les lieux. Afin de parfaire le contact, de fournir les explications utiles et de débiter l'observation, le médecin référent et un, voire deux infirmiers, rencontrent à nouveau le patient au cours de la même journée. Une surveillance étroite est ensuite établie, pendant les deux jours au moins que dure l'isolement ; elle s'effectue toutes les heures, permettant d'observer le comportement du malade et de déterminer la suite de la prise en charge.

Le 12 décembre à 10h15, les contrôleurs ont assisté à l'arrivée d'un patient au moment où il rejoignait la chambre d'isolement. Il était en tenue civile. Le médecin référent était présent ainsi que trois soignants de l'UMD ; un entretien médical a eu lieu dans la chambre, en présence d'un infirmier. L'inventaire s'est fait ainsi qu'il a été dit ci-dessus, en présence de deux infirmiers de l'unité d'origine.

Les contrôleurs ont pu rencontrer brièvement le patient en fin de matinée, en présence du cadre de santé, qui s'est présenté et lui a remis le livret d'accueil. Le patient était en pyjama, debout dans la chambre. Il a dit n'avoir été sanglé ni durant le voyage ni à l'arrivée. Il se savait en UMD, c'est-à-dire dans un établissement où la prise en charge est plus sécuritaire ; il a dit son accord pour un tel transfert.

3.3 Les informations données aux malades arrivants et les possibilités de recours

3.3.1 Les documents informatifs élaborés par l'établissement

A leur arrivée, si leur état le permet, les patients se voient théoriquement remettre un livret d'accueil, augmenté d'une « fiche d'information du patient » spécifique à l'UMD et d'un dépliant présentant l'unité.

L'UMD fait aussi l'objet d'un protocole de fonctionnement comportant un règlement intérieur spécifique ainsi que diverses annexes règlementant notamment les visites et l'argent de poche. Ces documents ne sont remis aux patients qu'à leur demande, c'est pourquoi seuls les premiers cités seront ici examinés (les visites, l'argent de poche, la gestion du tabac et plus généralement les conditions de vie font l'objet de développements ultérieurs.

Le **livret d'accueil**, édité en mai 2012, est le même pour tout l'hôpital du Vinatier. Il comporte notamment :

- des renseignements relatifs à l'organisation et au fonctionnement général de la psychiatrie (sectorisation, organisation en pôles, services extra hospitaliers et hospitaliers, personnels...) ;
- une présentation détaillée des modalités régissant les différents types d'admission (notamment, pour les hospitalisations sans consentement, un descriptif de la procédure applicable et des pièces exigées) ;
- des indications relatives aux formalités administratives d'admission (enregistrement, inventaire, frais de séjour...) ;
- les différentes activités et les partenaires (maison des usagers, bibliothèque, centre culturel...) ;

- les règles régissant la vie quotidienne (visites, courrier, téléphone, accès aux cultes, interdictions...);
- des informations relatives à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (rôle, composition, coordonnées);
- le droit à l'information : il est mentionné « durant votre hospitalisation, vous êtes informés par l'équipe médicale des traitements qui vous sont prescrits et de l'évolution de votre état de santé » ; une mention spéciale précise que le responsable légal est également informé de l'état de santé des mineurs et des majeurs protégés ;
- le droit au consentement : il est indiqué que le patient en hospitalisation libre peut refuser les soins proposés après avoir été préalablement informé des risques auxquels ce refus l'expose pour sa santé ;
- le droit au respect de la vie privée : sont mentionnés le droit à l'image et le caractère confidentiel de l'hospitalisation (cf. 3.7).

La situation du patient en ASPDRE est plus précisément exposée en deux endroits du livret d'accueil (aux chapitres « votre séjour » et « vos droits et obligations », ce qui n'en facilite ni la lecture ni la compréhension) ; au total, les informations transmises sont les suivantes :

- descriptif précis des conditions et du processus d'admission : certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement ou, en cas d'urgence, de tout médecin ; arrêté préfectoral ou, en cas d'urgence, arrêté provisoire du maire ; période initiale d'observation et de soins en hospitalisation complète, certificats des vingt-quatrièmes et soixante-douzièmes heures, puis des cinquième-huitième jour ;
- rôle du JLD ; il est clairement indiqué :
 - d'une part que l'hospitalisation ne peut se poursuivre au-delà du quinzième jour suivant l'admission ou la modification de la prise en charge aboutissant à une hospitalisation complète, puis au-delà des six mois suivant chaque décision judiciaire ;
 - d'autre part que le patient est entendu, le cas échéant assisté d'un avocat choisi par lui ou, à défaut, commis d'office, ou représenté par lui ;
 - possible restriction à l'exercice des libertés individuelles ; le livret n'en précise toutefois pas les conditions ni la nature ;
 - liste des organismes auprès de qui une réclamation, ou un recours, peuvent être déposés ainsi que celle des autorités auxquelles le patient ou ses proches peuvent s'adresser ; mention est faite, pour chacun des organismes et autorités, de leur adresse ; s'agissant du recours, le livret distingue la contestation du bien-fondé de la décision dont il est dit qu'elle était portée devant le JLD ou « le procureur de la République » (ce dernier, en droit, ne figure pas au nombre des personnes devant qui un recours peut être déposé) de celle portant sur sa régularité dont il est indiqué qu'elle devait être portée devant le tribunal administratif.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « le procureur ne figure effectivement pas en droit au nombre des personnes devant qui un recours peut être déposé au titre de la privation de liberté. Son maintien dans la rédaction du livret relève du principe général du droit offert à tout citoyen de saisir le procureur de la République de tout préjudice dont il s'estime victime, sachant que le procureur dispose par ailleurs d'un droit de visite et de saisine du JLD ».

Il n'est pas fait mention du recueil des observations du patient, prévu par l'article L3211-3 du code de la santé publique⁶.

Une **fiche d'information spécifique au patient de l'UMD** a été élaborée par l'équipe de l'unité.

Faisant référence expresse aux textes législatifs et réglementaires fondant l'intervention en UMD⁷, la fiche renvoie au livret d'accueil et reprend, sur une page, la liste des autorités avec lesquelles le patient peut communiquer ou qu'il peut saisir ainsi que la liste de ses droits essentiels (prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix, émettre ou recevoir des courriers, exercer son droit de vote, se livrer aux pratiques religieuses et philosophiques de son choix, désigner une personne de confiance, consulter le règlement intérieur).

Le JLD n'y est mentionné qu'au titre des personnes avec qui le patient peut communiquer ; il n'est pas fait mention de la possibilité, pour le patient, de déposer à tout moment un recours contre la décision d'hospitalisation (art L3211-12 du code de la santé publique (CSP) ni de l'intervention systématique du JLD au titre des articles L3211-12-1⁸ et L3213-5⁹ du CSP.

Il n'est pas fait mention du régime procédural renforcé applicable aux patients de l'UMD, exigeant notamment que le JLD dispose de l'avis motivé d'un collège de professionnels de santé.

Il n'est pas non plus fait mention du recueil des observations du patient au sens de l'article L3211-3 du CSP évoqué ci-dessus.

Il n'est pas spécialement mentionné que la situation des patients admis sur le fondement de l'article D 398 du CPP demeurerait régie par l'administration pénitentiaire concernant le droit de visite, l'accès au téléphone et la correspondance.

⁶ L'article L3211-3 du code de la santé publique prévoit, en son alinéa 2 : « avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L3212-4, L3212-7, L3213-1 et L3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L3211-12-5, L3212-4, L3213-1 et L3213-3, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à son état ».

⁷ Arrêté du 14 octobre 1986, loi du 5 juillet 2011, loi du 4 mars 2002, circulaire DGS-DG 95-22 relative aux droits des patients hospitalisés.

⁸ Cet article, introduit par la loi du 5 juillet 2011¹, introduit un contrôle de plein droit avant l'expiration du quinzième jour à compter de l'hospitalisation complète, puis à l'issue de chaque période de six mois à compter de la précédente décision judiciaire.

⁹ Cet article, issu de la loi du 5 juillet 2011¹, introduit un cas de contrôle de plein droit du JLD en cas de refus du représentant de l'Etat d'ordonner mainlevée alors qu'un psychiatre atteste par certificat médical que les conditions ayant justifié l'hospitalisation ne sont plus remplies.

Le verso de la fiche, intitulé « organisation des services », présente les principales dispositions du règlement intérieur de l'unité. Il est mentionné :

- au chapitre admission, l'existence d'un temps d'observation d'au moins 48h en chambre d'isolement ;
- au chapitre dispositions communes aux trois unités :
 - l'hébergement en chambre individuelle sécurisée ;
 - les horaires d'accès à la « zone jour communautaire » et les horaires des repas ;
 - la possibilité de « temps d'apaisement » en chambre, durant la journée ;
 - l'existence de protocoles thérapeutiques définissant les modalités possibles de visites, d'accès au téléphone et aux effets personnels ;
- au chapitre dispositions spécifiques à chacune des unités :
 - unité 1 : temps de soins intensifs de trois semaines au moins, avec « offre d'un cadre contenant et sécurisant basé sur une prise en charge médico-infirmière », sans accès aux activités ;
 - unité 2 : programme de soins individualisés et médiatisés, intégrant des activités d'ergothérapie et sportives, de psychomotricité et possibilité d'accès aux activités culturelles sur autorisation médicale ;
 - unité 3 : poursuite du programme de soins individualisés et médiatisés, programme de préparation à la sortie avec possibilité de sorties courtes accompagnées ; sortie soumise à l'avis de la commission du suivi médical.

Le **dépliant** intitulé « unité pour malades difficiles, UMD » présente:

- le dispositif national des UMD et les caractéristiques des patients accueillis ;
- l'UMD du CH (nombre de lits, mixité, progressivité des soins) ;
- le dispositif de contrôle :
 - la commission du suivi médical (CSM) : outre sa composition, il est indiqué qu'elle formule un avis sur le maintien ou la sortie des patients et qu'elle étudie mensuellement leur situation ;
 - le JLD : il est indiqué : « il se prononce, à échéance régulière, sur le maintien de la mesure d'hospitalisation du patient ».

3.3.2 Les arrêtés préfectoraux

Les arrêtés préfectoraux de placement ou de maintien en hospitalisation sous contrainte font expressément référence à la possibilité pour le patient, d'exercer un recours devant le JLD ou le tribunal administratif ainsi que de la possibilité de saisir la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Les modalités sont précisées ainsi que les adresses des destinataires.

Les arrêtés sont théoriquement adressés au patient par deux voies : l'ARS et le bureau des entrées.

L'ARS adresse au patient un courrier nominatif, sous pli fermé portant la mention « confidentiel ». Selon certains renseignements, ce courrier serait remis tel quel au patient et nul ne serait en mesure de savoir ce qu'il en advient. Selon d'autres sources, le courrier – aisément identifiable puisqu'un tampon apposé sur l'enveloppe porte mention de l'expéditeur – est ouvert, l'arrêté et la lettre d'accompagnement sont remis, ou à tout le moins proposés, au patient par le cadre de santé ; si le patient refuse, l'arrêté est classé au dossier de l'unité. En pratique, les conditions de la remise soient déterminées par l'état et le profil du patient : selon les cas, le cadre de santé remettra le courrier sous enveloppe fermée ou il l'ouvrira et accompagnera la remise de plus amples explications.

Aucun accusé de réception (AR) n'est joint au courrier de l'ARS.

Le bureau des entrées adresse par ailleurs un exemplaire de l'arrêté préfectoral au secrétariat de l'unité en vue de sa remise au patient ; la décision est jointe à une liasse comportant :

- un accusé de réception à faire dater et signer par le patient ou, à défaut, par deux membres de l'équipe soignante de l'unité ;
- un document intitulé « soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, bulletin d'entrée », informant le patient du principe de son admission en hospitalisation complète ;
- une double feuille informant le patient de ses droits ainsi que des possibilités de réclamation et recours, ainsi présentés :
 - « en cas de désaccord vous pouvez (vous-même, vos parents ou toute personne susceptible d'agir dans votre intérêt) » :
 - adresser une réclamation à la CDSP, à la CRUQPEC ou au Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ;
 - former recours auprès du JLD ou du procureur de la République¹⁰ en cas de contestation du bien-fondé de la décision ou, en cas de contestation de la régularité de la procédure employée, auprès du tribunal administratif de Lyon dans les deux mois ;
 - « dans tous les cas vous disposez des droits suivants¹¹ » :
 - communiquer avec les autorités (préfet, président du TGI, procureur de la République, maire de la commune, directeur de l'ARS, JLD) ;
 - saisir la CDSP ou la CRUQPEC ;
 - prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat ;
 - saisir le CGLPL ;

¹⁰ Ainsi qu'il a déjà été dit, la loi ne prévoit pas que le recours puisse être formé devant le procureur de la République.

¹¹ Il est précisé que, à l'exception des trois derniers mentionnés, ces droits peuvent être exercés, à la demande du patient, par sa famille ou par une personne agissant dans son intérêt.

- consulter le règlement intérieur ;
- émettre et recevoir des courriers ;
- exercer son droit de vote ;
- se livrer à des activités religieuses ou philosophiques de son choix.

3.3.3 La mise en œuvre des informations et la concrétisation des droits

Le livret d'accueil est effectivement remis aux patients à l'admission ou dans les jours qui suivent. Il semble que les deux autres documents – fiche d'information et dépliant spécifique à l'UMD – ne le soient pas systématiquement (cf.3.2).

Le recueil des observations des patients. Ainsi qu'il a été indiqué plus haut, aucun document ne fait état de la nécessité, pour le médecin, de recueillir les observations des patients au sens de l'article L3211-3 du code de la santé publique.

Invités à s'exprimer à ce sujet, les médecins font valoir que l'avis du patient s'exprime essentiellement au cours du dialogue qui s'instaure avec lui à propos des traitements et du cadre de la prise en charge ; les jeunes médecins le font valoir comme une évidence : « on a été formé à s'expliquer ; on écoute ». Lorsqu'elles apparaissent essentielles (contestation de la maladie ou du cadre de soins, refus d'un traitement), ces observations sont consignées dans le dossier médical du patient.

En revanche, aucune disposition n'est prise pour recueillir les observations du patient « avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge ».

La personne de confiance. Lorsqu'elle a été préalablement désignée, le nom de la personne de confiance est mentionné dans le dossier de pré-admission ; en pratique toutefois, il n'y est pas fait appel et la notion même est mal connue. Au gré des échanges avec les médecins, il apparaît qu'elle est davantage perçue comme un membre de l'entourage susceptible de manifester de l'intérêt au patient et de l'aider, notamment dans l'acceptation de la prise en charge.

Plus amplement informé quant au rôle dévolu à cette personne par la loi du 4 mars 2002 (possibilité d'assister aux entretiens médicaux pour aider le patient à prendre ses décisions, consultation de la personne lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté), il est avancé que l'institution semble, de fait, peu adaptée à des patients très malades et souvent très marginalisés. Les médecins se déclarent toutefois prêts à réfléchir plus amplement à la mise en œuvre de cette exigence légale.

Les notifications des décisions administratives. Le 12 décembre, les contrôleurs ont pu assister à la notification d'un arrêté préfectoral d'admission à l'UMD concernant un patient admis l'avant-veille. La décision avait été adressée personnellement au patient par l'ARS. Outre l'arrêté daté du 26 novembre 2012, l'enveloppe contenait un courrier d'accompagnement à la même date et un certificat médical mensuel du 12 novembre 2012.

Le patient était en chambre d'isolement ; allongé sur son lit, il paraissait très tendu ; le cadre de santé lui a proposé le courrier, sorti de son enveloppe, en indiquant qu'il s'agissait de l'arrêté d'admission ; l'intéressé a refusé ; le cadre n'a pas insisté et a classé les documents au dossier, indiquant au contrôleur que le patient n'était pas en état et qu'il ferait une nouvelle tentative ultérieurement.

Le bureau des admissions a fait savoir au contrôleur que la liasse destinée à la notification de l'arrêté concernant ce même patient avait été adressée au secrétariat de l'UMD le 10 décembre. Le 13, le secrétariat a indiqué ne l'avoir pas reçue, et n'avoir jamais été destinataire de ce type de documents en provenance du bureau des admissions.

Le bureau des admissions quant à lui, dit enregistrer un retour d'accusé réception à hauteur de 30%, pour l'ensemble du CHV.

Les renseignements transmis par le secrétariat de l'unité à propos des patients hospitalisés à l'unité 3 (c'est-à-dire ayant franchi le cap des soins intensifs) montrent les résultats suivants :

Patient	Date arrêté de transfert à l'UMD	Arrêté de l'ARS d'admission en UMD	Autorité L'origine de la transmission de la décision
A	15/12/2011 admis le 19/12	Remis en main propre au patient dès réception par le cadre de santé (CDS). Pas d'AR signé ni conservé dans le dossier.	ARS
B	12/10/2012 admise le 16/10	Remis en main propre au patient dès réception par le CDS. Pas d'AR signé ni conservé dans le dossier	ARS
C	27/03/2012 admis le 05/04	Remis en main propre au patient dès réception par le CDS. Pas d'AR signé ni conservé dans le dossier	ARS
D	25/09/2012 admis le 12/10	AR signé par le patient le 22/10/12	Bureau des entrées (BE) St Egrève
E	15/03/2012 admis le 21/03	Remis en main propre au patient dès réception par le CDS. Pas d'AR signé ni conservé dans le dossier	ARS
F	13/03/2012 admis le 15/03	Remis en main propre au patient dès réception par le CDS. Pas d'AR signé ni conservé dans le dossier	ARS
G	13/03/2012 admis le 14/03	Remis en main propre au patient dès réception par le CDS. Pas d'AR signé ni conservé dans le dossier	ARS
H	10/04/2012 admis le 12/04	Remis en main propre au patient dès réception par le CDS. Pas d'AR signé ni conservé dans le dossier	ARS
I	22/03/2012 admis le 04/04	Remis en main propre au patient dès réception par le CDS. Pas d'AR signé ni conservé dans le dossier	ARS
J	12/12/2011 admis le 13/12	Remis en main propre au patient dès réception par le CDS. Pas d'AR signé ni conservé dans le dossier	ARS
K	04/09/2012 admis le 17/09	Remis en main propre au patient dès réception par le CDS. Pas d'AR signé ni conservé dans le dossier	ARS
L	20/12/2011 admis le 21/12	Remis en main propre au patient dès réception par le CDS. Pas d'AR signé ni conservé dans le dossier	ARS

A l'occasion de la transmission de ces informations, il a été expressément précisé : « dans le cadre des prochaines admissions, une notification avec AR des arrêtés d'admission à l'UMD de l'ARS sera mise en place, sur le modèle des notifications faites pour les « arrêtés¹² » des audiences JLD ».

Au total, on observe que, sur douze patients, la preuve de la notification de l'arrêté n'est rapportée que pour un seul qui semble ne rien devoir à l'intervention du bureau des admissions.

Les médecins disent ne pas hésiter à parler au patient de ses droits mais estiment être mal placés pour délivrer une information juridique précise et purement objective, susceptible d'encourager des recours alors même qu'ils estiment justifiée l'hospitalisation complète en UMD.

Il est indiqué qu'en pratique, depuis l'ouverture, aucun recours n'a été formé contre les décisions préfectorales.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « la notification avec accusé-réception des arrêtés ARS d'admission à l'UMD n'est pas encore opérationnelle. L'information du patient est toutefois systématiquement effectuée par remise d'un bulletin d'entrée signé du directeur accompagné d'une notification de la décision d'ASPDRE et d'une information au patient sur ses voies de recours, signée par lui ou contresignée par deux agents s'il n'est pas en situation de recevoir cette information et retournée au Bureau des Entrées pour présentation au JLD en cas de demande (compétence du JLD sur ce point depuis le 1^{er} janvier 2013) ».

3.4 La mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011

3.4.1 Les conditions générales de la mise en œuvre

Dès avant la promulgation de la loi, des rencontres ont eu lieu entre les magistrats, le barreau de Lyon, les services préfectoraux et les trois établissements du département accueillant des patients hospitalisés sans leur consentement. Ces réunions se sont manifestement déroulées dans un esprit d'ouverture permettant à chacun de mieux connaître les missions de ses partenaires et d'en mieux mesurer les difficultés. Tous ont convenu de la nécessité d'abandonner une part de prérogatives et/ou de revendications pour œuvrer autour d'une cause commune : l'intérêt du patient. Un consensus s'est rapidement dégagé en faveur de la tenue d'audiences à l'hôpital ; les premières ont été assurées par les vice-présidents en charge des services civil et pénal.

Satisfait d'une solution qui prenait en compte non seulement l'intérêt des patients mais aussi ses difficultés d'organisation, le CH du Vinatier a aménagé des locaux spécifiques et recruté un agent de catégorie B spécialement chargé du suivi de ces dossiers ; l'établissement s'attache à faciliter la venue des magistrats et des avocats, mettant à l'occasion un véhicule à disposition des premiers, favorisant l'accès des unités aux avocats, autorisant à tous l'accès au service de restauration de l'hôpital.

Le barreau a organisé une permanence quotidienne d'abord confiée à un, puis en raison de l'importance du contentieux, à deux avocats ; une centaine au total s'est portée volontaire ; le barreau leur impose de suivre une « formation », dispensée notamment sous

¹² Il faut comprendre « ordonnances ».

forme de rencontres avec des médecins, des avocats confirmés et des magistrats. Au moment de la rédaction du présent rapport, l'avocat responsable de la commission santé n'avait pas recueilli d'observations particulières de la part de ses confrères.

Les partenaires institutionnels contactés par les contrôleurs ont tous dit la richesse des échanges qui se poursuivaient au moment du contrôle au rythme d'une réunion tous les deux mois, rassemblant un JLD, un avocat « référent » en cette matière et des médecins des établissements du ressort. Il n'est pas établi de compte-rendu écrit ; les autres médecins de l'hôpital sont, en principe, informés des sujets abordés lors du collège médical de l'établissement. En pratique, au CHV, le corps médical est représenté par le président de la CME.

Selon les renseignements recueillis, les réunions permettent de comparer les approches respectives et d'aborder les difficultés rencontrées. La dernière a porté sur la visio-conférence. La désignation d'un JLD pour siéger trois semaines en cour d'assises avait en effet conduit ces derniers, par ailleurs en charge de l'ensemble des comparutions immédiates au TGI, à renoncer à se déplacer au CH du Vinatier durant cette période ; la crainte s'est exprimée qu'il ne s'agisse d'une entorse durable à l'accord antérieur. Les magistrats ont démenti, renouvelant leur attachement aux audiences tenues en milieu hospitalier. Les audiences suivantes, prévues les 24 et 31 décembre 2012, étaient d'ores et déjà programmées pour être tenues par le juge à l'hôpital.

Il était prévu d'aborder au cours d'une prochaine réunion l'extension des pouvoirs du juge des libertés et de la détention qui, à compter de janvier 2013, apprécie la régularité des actes administratifs à l'origine de la mesure. Les patients de l'UMD étant admis en hospitalisation psychiatrique sur décision du représentant de l'Etat, les requêtes émanent des services de la préfecture du Rhône. **A ce propos, les magistrats contactés ont évoqué la faiblesse des dossiers présentés – souvent incomplets – et le caractère discutable de la motivation des arrêtés. Il est précisé que, au vu des enjeux, le greffe s'est longtemps considéré dans l'obligation morale de solliciter auprès de l'hôpital les pièces manquantes de sorte que c'est assez rarement que des magistrats auraient rejeté la requête sur ce fondement : le taux de mainlevée est inférieur à 5 %, pour l'ensemble des établissements du ressort. Il a également été indiqué que la preuve de la notification des décisions administratives au patient ainsi que l'étendue des informations transmises et le recueil de ses observations avant tout projet de décision prononçant le maintien des soins (ou définissant la forme de la prise en charge), risquaient d'être source de débats.**

En pratique, quatre JLD sont en charge du contentieux, qui représente plus de 2 500 affaires par an. Ils se déplacent, quatre fois par semaine, dans les trois établissements du ressort, selon un roulement qui impose à deux d'entre eux une permanence hebdomadaire.

Les audiences se tiennent le plus souvent en chambre du conseil, « afin de préserver l'intimité du patient et le secret médical¹³ ».

3.4.2 L'intervention du juge des libertés et de la détention

Ainsi qu'il a été dit plus haut, la situation des patients admis à l'UMD a généralement déjà fait l'objet d'un premier examen par le JLD du ressort de l'établissement d'origine et,

¹³ Mention apposée sur plusieurs ordonnances JLD consultées par les contrôleurs.

autant que faire se peut, la date d'admission est convenue de sorte que la prochaine audience ne soit pas à organiser avant plusieurs semaines.

Le recueil des pièces nécessaires. Le bureau des entrées de l'hôpital s'est doté d'un agenda permettant de s'assurer que l'ensemble des certificats médicaux, avis conjoint et avis du collège des professionnels de santé était établi dans les délais fixés par la loi ; depuis novembre 2012, le logiciel prend en compte ces données et émet une alerte à la date butoir ; le secrétariat de l'UMD tient parallèlement son propre échéancier.

Une permanence est établie au niveau de l'hôpital, permettant de solliciter l'avis du collège des professionnels de santé à propos du maintien en hospitalisation complète et sous contrainte et de l'existence éventuelle d'un motif d'ordre médical faisant obstacle à l'audition par le juge, notamment en cas d'utilisation des moyens de télécommunication audiovisuelle.

L'avis du collège présentant un caractère obligatoire en ce qui concerne les patients de l'UMD, le bureau des entrées avise l'unité de la date butoir avant laquelle il doit se prononcer, à charge pour l'UMD de proposer une date de réunion effective ; chaque membre du collège est ensuite convoqué individuellement par le bureau des entrées. Le collège se réunit au sein de l'unité ; son avis est envoyé par télécopie au bureau des entrées ainsi qu'à l'ARS, avec qui l'unité entretient des rapports privilégiés et directs.

La composition et les modalités de fonctionnement du collège seront développés *infra* (cf.3.9).

Les convocations. Le rôle officiellement établi par le tribunal est adressé au bureau des entrées en même temps que les convocations, deux ou trois jours avant l'audience. En pratique, il a été convenu avec l'ensemble des partenaires que les patients « à risques » seraient appelés en début de matinée et d'après midi ; ceux de l'UMD sont en principe appelés à 14h¹⁴.

Dès réception, le bureau des entrées adresse les convocations au secrétariat de l'UMD par télécopie ; celui-ci avise le cadre de santé, qui, en principe, prévient les patients selon des modalités qu'il détermine, en fonction de l'état et du profil de ceux-ci, puis il organise leur transport.

Le protocole mis en place pour les audiences ne permet pas de s'assurer des conditions dans lesquelles les patients sont effectivement avisés de la date d'audience.

Il a été indiqué que le principe était bien convenu, d'aviser tous les patients de la date d'audience, dès réception de la convocation. Il n'a pas été exclu qu'à titre exceptionnel toutefois, l'état d'un patient ait pu empêcher de lui délivrer cette information, notamment si son audition avait fait l'objet d'une contre-indication médicale.

A la veille de l'audience, le bureau des entrées renvoie à la fois au « bureau de coordination » (permanence infirmière) et au greffe du tribunal, le rôle précisant, pour chaque patient, le nom du service, le numéro de chambre de l'intéressé et une indication actualisée de son état. Les avocats, qui consultent les dossiers au tribunal la veille de l'audience, savent ainsi où et dans quelles conditions ils pourront rencontrer leur client.

¹⁴ Pour éviter toute attente et croisements, sources de difficultés, les patients de l'UHSA sont appelés en premier lieu, à 9h ; la suite de la matinée est consacrée aux patients « ordinaires » ; l'audience reprend à 14h avec les patients de l'UMD et ceux de l'USIP.

Le matin de l'audience, **les avocats** peuvent se rendre directement dans l'unité concernée, à partir de 8h. En principe la rencontre a lieu dans le salon des familles et peut se dérouler en toute confidentialité ; il arrive aussi que l'avocat, alerté par le cadre de santé sur l'état de dangerosité du patient, préfère qu'un soignant reste à proximité.

Le transport. Les patients de l'UMD sont transportés par ambulance jusqu'aux locaux administratifs abritant la salle d'audience ; ils arrivent par l'arrière du bâtiment, à l'abri des regards. Ils sont toujours accompagnés par deux soignants et ne sont jamais entravés ni contenus physiquement.

Les locaux judiciaires au sein de l'hôpital. A l'entrée de l'hôpital, devant les bâtiments administratifs, un panneau signalétique indique : « locaux judiciaires ». L'indication est reproduite à l'intérieur du bâtiment concerné, en sus d'une flèche indiquant « salle d'audience ». La salle est située en sous-sol par rapport à l'arrivée du public et en rez-de-jardin pour les patients, qui, comme il a déjà été dit, arrivent par l'arrière du bâtiment.

Un couloir dessert successivement :

- une cuisine-salle de détente : accessible aux personnels, la salle est équipée d'un réfrigérateur, d'un four à micro-ondes et d'une cafetière ; elle permet d'offrir un verre d'eau ou un café à celui – patient, avocat, accompagnateur – qui en manifeste le besoin ;
- une salle d'attente : légèrement inférieure à 20 m², la salle est munie de deux rangées de chaises fixes se faisant face ; dix sièges sont séparés par de petites tablettes ; des revues apportées par le personnel ont été déposées sur deux tables basses, non fixées, placées au milieu de la salle ; la pièce est éclairée par des fenêtres situées en hauteur, ouvrantes et barreaudées ; les contrôleurs ont pu observer que certains patients y attendaient, seuls ; il a été indiqué que, dans un tel cas, le chauffeur se trouvait toujours à portée de voix, dans le couloir ou la salle de détente ;
- un bureau d'entretien : cette pièce, réservée aux avocats, mesure 15 m² ; elle est équipée d'un bureau fixé au sol, d'un fauteuil et de trois chaises, non fixés ; elle est également munie d'un téléphone et d'un dispositif d'appel d'urgence, sous forme d'un bouton poussoir fixé au bureau ; comme la précédente, la pièce est éclairée par des fenêtres en hauteur, ouvrantes et barreaudées ;
- la salle d'audience est située au bout du couloir ; sa surface est de 33 m² ; elle est éclairée par des fenêtres barreaudées, situées en hauteur ; elle est meublée d'un grand « bureau », constitué de tables rapprochées, de sorte que le patient qui comparaît est assis à 1,60 m du juge, face à lui ; à droite du juge, une place est réservée au greffier qui dispose d'un ordinateur et d'une imprimante installés à demeure ; de chaque côté du bureau, une place est réservée d'une part au procureur de la République¹⁵, d'autre part au « représentant » de l'hôpital (dont le rôle sera développé plus loin) ; au jour du contrôle, la personne chargée de « représenter » l'hôpital n'avait pas reçu délégation expresse pour ce faire ; bien que les audiences se déroulent en principe en présence des personnes, il a été décidé d'équiper la salle d'un système de visioconférences pour les cas d'urgence :

¹⁵ Selon les renseignements recueillis, le procureur de la République ne se déplace jamais à l'audience.

un écran de 1 m de diagonale est fixé au mur, face à la place réservée au patient ; un microphone discret est placé au milieu du bureau ; la salle est par ailleurs équipée d'un télécopieur et d'un photocopieur ; neuf sièges permettent d'accueillir un public restreint ; il est indiqué qu'en pratique, le public est exclusivement constitué des accompagnants, de stagiaires de l'hôpital et, surtout au début de la mise en œuvre de la loi, de quelques personnels hospitaliers désireux d'observer le déroulement de la procédure ; un bouton d'appel d'urgence est placé entre le juge et le greffier ; une porte située derrière le bureau permet théoriquement, en cas de danger, de s'échapper vers la salle des archives ¹⁶ ;

- à l'autre extrémité du couloir, une porte donne accès à des toilettes aisément accessibles.
- L'ensemble des locaux judiciaires a été rénové et adapté durant l'été 2011 ; les peintures, ainsi que le sol, recouvert de linoléum, sont gris clair, ton sur ton ; l'ensemble est en parfait état.

L'audience. Bien qu'elle ne soit pas représentative puisqu'elle s'est déroulée par visioconférence, les contrôleurs ont assisté à une partie d'audience concernant deux patients de l'UMD. Il s'agissait pour l'un d'eux, d'un contrôle à six mois, et pour l'autre, d'une demande de mainlevée émanant du patient. Aucun des deux n'a comparu, les médecins ayant estimé que leur état faisait obstacle à l'audition par visioconférence. Chaque patient était représenté par un avocat qui a déclaré avoir pu s'entretenir avec son client au sein de l'unité avant l'audience. Le « représentant » de l'hôpital est allé chercher le tuteur, préposé de l'hôpital dont les bureaux sont situés à proximité immédiate. Le juge a évoqué les pièces du dossier et, pour l'un d'eux, observé qu'un certificat médical faisait défaut ; le « représentant » de l'hôpital l'a immédiatement envoyé au juge par télécopie et remis à l'avocat ; celui-ci a souligné le caractère tardif de la transmission sans en tirer plus ample conséquence. Le tuteur a émis un avis ; les avocats ont plaidé. La décision a été mise en délibéré, le juge indiquant qu'il souhaitait motiver avant d'adresser son ordonnance par télécopie dans le courant de l'après-midi.

Conformément à l'article 3211-12-2 du CSP, un « procès-verbal des opérations techniques » a été dressé par le « représentant » de l'hôpital à l'issue de l'audience, attestant que le bon fonctionnement du matériel a été vérifié et que la liaison n'a pas été perturbée par un incident technique.

Lorsque la visioconférence est utilisée en présence du patient, l'adjoint au cadre vérifie avant l'audience que figure au dossier un avis attestant qu'il n'y a pas d'opposition médicale à l'utilisation du système ; il s'entretient personnellement avec le patient avant d'attester par écrit que celui-ci n'émet personnellement aucune objection à l'utilisation de ce système.

Plus généralement, l'adjoint joue un rôle facilitateur pendant l'audience, vérifiant les pièces à la demande du juge ou de l'avocat, communiquant les documents manquants¹⁷...

¹⁶ Il avait été envisagé que les personnes susceptibles d'être agressées, notamment le juge et son greffier, puissent quitter la salle par l'arrière et claquer la porte derrière eux, sans possibilité, pour les personnes restant dans la salle, de la rouvrir ; il a aussi été indiqué aux contrôleurs que l'administration pénitentiaire s'y était opposée, de crainte qu'un tel dispositif ne facilite l'évasion d'un patient-détenu ; au jour de la visite, la penne était sorti, en position bloquée.

¹⁷ Lorsque la requête émane du directeur de l'établissement, l'adjoint au cadre le représente et prend la parole pour présenter ses arguments.

Les contrôleurs ont pu constater qu'au plan technique le système fonctionnait de manière acceptable : aucun incident, de type coupure d'image ou de son, n'a été à déplorer ; l'image est cependant légèrement floue, ne permettant pas de distinguer clairement les traits du visage de son interlocuteur, *a fortiori* ses expressions ; le son est transmis en très léger décalé. Les JLD rencontrés ont exprimé que ce mode de relation constituait un obstacle à la relation et, sous réserve de leurs propres conditions de travail, n'envisagent pas d'en faire un outil habituel avec ce type de public.

La comparution à l'audience. Les JLD évaluent entre un quart et un tiers la proportion des contre-indications à l'audition, tous établissements confondus. Lors de l'audience du 11 décembre 2012 qui concernait quatorze patients, six ont fait l'objet d'une contre-indication médicale à la visioconférence, dont les deux patients de l'UMD. D'une manière générale, la proportion de comparants de l'UMD est de l'ordre de moitié (Cf. § 3.4.3 ci-dessous).

3.4.3 La notification de l'ordonnance du JLD

Lorsque l'audience se déroule en face à face, ce qui est le cas de la moitié environ des patients de l'UMD¹⁸, les juges rendent leur décision sur le siège et la notifient immédiatement au patient qui accuse réception d'une copie.

Dans le cas contraire, la décision est envoyée par télécopie au bureau des entrées, en général l'après-midi même de l'audience ; ce bureau les transmet aussitôt à l'unité concernée, où le cadre de santé se charge de la notifier au patient dès que son état le permet.

Les ordonnances comportent, dans leur dispositif, une information quant aux modalités et délais d'appel¹⁹.

En pratique, les deux décisions concernant les patients dont la situation a été examinée à l'audience à laquelle les contrôleurs ont assisté sont effectivement parvenues au secrétariat de l'UMD l'après-midi même de l'audience. Elles ont été notifiées le lendemain par un cadre de santé, en présence des contrôleurs.

Au premier patient (contrôle à six mois), décrit comme très délirant, le cadre de santé a indiqué qu'il était venu lui remettre la décision du juge, proposant « voulez-vous la lire ou que je vous la lise ? » ; l'intéressé a répondu par la négative ; le cadre a rempli l'imprimé de notification indiquant que le patient n'était pas en état de signer et que l'ordonnance lui était remise ; en réalité, le cadre a conservé l'ordonnance en vue de son classement au dossier du patient ; il a précisé « vous êtes maintenu, nous en reparlerons plus tard ». Le patient a fait allusion à l'avocat rencontré la veille, avant de tenir des propos incompréhensibles.

Au deuxième patient, le cadre a pareillement indiqué qu'il venait lui donner « la réponse du JLD qu'il avait sollicité pour sortir ». Après s'être dans un premier temps interrogé – « c'est quoi JLD ? » – le patient a accepté que le cadre lui lise la décision. A l'énoncé du dispositif – un refus de mainlevée – le patient a demandé : « comment je peux faire pour contrer ça ? » ; il lui a été répondu qu'il pouvait faire un recours et qu'une aide pourrait lui être apportée en ce sens ; le cadre a remis la décision au patient, qui a daté et signé un accusé de réception. Le contrôleur a pu poursuivre l'entretien seul avec le patient qui s'est ainsi exprimé : « quelqu'un

¹⁸ Sur les vingt-trois patients dont la situation a été examinée en 2012, douze ont été entendus.

¹⁹ Il est indiqué : « Rappelons qu'appel peut être interjeté dans un délai de 10 jours à compter de la notification, par déclaration motivée transmise par tout moyen au greffe de la cour d'appel ».

est venu hier matin et m'a dit 'maître X, avocat', elle m'a pas dit de date d'audience, moi je voulais y aller mais elle a dit 'c'est pas possible, le juge peut pas se déplacer, ce sera une visio', avant de conclure : « moi j'aurais voulu voir le juge, comprendre pourquoi je suis là ». Le patient a ensuite tenu des propos irrationnels.

Il n'a pas été possible de démontrer que ce patient avait été effectivement informé de la date d'audience avant l'arrivée de son avocat.

Les renseignements transmis par le secrétariat de l'UMD à propos de la notification de l'ordonnance aux douze patients plus haut évoqués sont traduits dans le tableau ci-dessous. Dans la mesure où la question de la notification de la décision administrative devient désormais déterminante, les mentions concernant la preuve de cette notification ont été volontairement maintenues :

Patient	Date arrêté transfert à l'UMD	Notification Arrêté préfectoral	Dates de la Décision JLD et de l'AR
A	15/12/2011 admis le 19/12/11	Pas d'AR au dossier	Audience le 09/10/2012. Patient présent. Ordonnance remise en main propre au patient.
B	12/10/2012 admise le 16/10/12	Pas d'AR au dossier	Collège le 02/01. Attente convocation du JLD audience prévue courant janvier.
C	27/03/2012 admis le 05/04/12	Pas d'AR au dossier	Audience le 28/09/2012. Patient présent. Ordonnance remise en main propre au patient.
D	25/09/2012 admis le 12/10/12	AR signé par le patient le 22/10/12	Audience le 24/12/2012. Patient non présent. Notification signée par le patient le 26/12/12.
E	15/03/2012 admis le 21/03/12	Pas d'AR au dossier	Audience le 11/09/2012. Patient non présent. Notification signée par le médecin + 1 IDE.
F	13/03/2012 admis le 15/03/12	Pas d'AR au dossier	Audience le 18/09/2012. Patient présent. Ordonnance remise en main propre au patient.
G	13/03/2012 admis le 14/03/12	Pas d'AR au dossier	Audience du 11/12/2012. Patient non présent. Notification signée par le cadre de santé.
H	10/04/2012 admis le 12/04/12	Pas d'AR au dossier	Audience le 14/08/2012. Patient non présent. Notification signée par le médecin + 1 IDE.
I	22/03/2012 admis le 04/04/12	Pas d'AR au dossier	Audience le 24/07/2012. Patient présent. Ordonnance remise en main propre au patient. Collège le 08/01. Attente convocation du JLD Prochaine audience prévue courant janvier.
J	12/12/2011 admis le 13/12/11	Pas d'AR au dossier	Audience du 27/11/2012. Patient présent. Notification signée par le patient le 30/11/2012
K	04/09/2012 admis le 17/09/12	Pas d'AR au dossier	Audience du 23/10/2012. Patient non présent. Notification signée par le patient le 25/10/12
L	20/12/2011 admis le 21/12/11	Pas d'AR au dossier	Audience le 07/12/2012. Patient non présent. Notification signée par le patient le 10/12/12.

Au total, on observe que, sur onze patients convoqués par le JLD, cinq ont comparu à l'audience et se sont vus notifier la décision sur place.

Parmi les six patients n'ayant pas comparu, trois ont signé personnellement l'accusé de réception dans un délai maximum de trois jours. Pour trois autres, l'accusé de réception a été signé soit par le médecin et un infirmier, soit par le cadre de santé. Les renseignements transmis ne font pas état de la date.

En pratique, tous les patients hospitalisés au moment du contrôle ont été maintenus à l'UMD par le JLD ; quatre ont fait appel ; la décision a été confirmée.

3.4.4 Le positionnement de l'UMD quant à l'intervention du JLD.

Il est remarquable, par comparaison avec nombre d'autres établissements visités, qu'aucun médecin ou soignant n'ait spontanément évoqué les difficultés provoquées par l'intervention du JLD.

Interrogés sur ce point par les contrôleurs, médecins et cadres ont salué le fait que les audiences se tiennent à l'hôpital et préservent ainsi relativement leurs conditions de travail. Ils disent toutefois leur difficulté à anticiper sur le rôle du JLD, tant le domaine leur semble complexe et tant il leur semble illusoire de présenter le juge comme « garant des libertés individuelles » à des malades délirants. Ils ont confirmé que l'annonce d'une audience, ainsi que celle de son résultat, étaient source d'angoisse. Tout en constatant que le rapport inconvénients/bénéfices penchait nettement en faveur des premiers, le responsable de l'unité estime essentiel que le droit s'applique de manière égale en tous lieux ; il conclut : « ça reste un problème, mais on fait avec ».

3.5 Les registres

Les registres de la loi se trouvent au bureau des entrées où sont également classés les dossiers administratifs de l'ensemble des patients du CHV.

Selon le mode d'admission, les patients hospitalisés sous contrainte sont inscrits dans l'un ou l'autre des deux types de registres simultanément utilisés, dénommés, l'un « HO » et l'autre « SPDT ». Aucun signe distinctif ne permet d'isoler les patients de l'UMD²⁰.

Si les registres en cours étaient aisément accessibles au moment du contrôle, les registres immédiatement antérieurs et ceux relatifs aux dernières années (2009 à 2012) étaient épars, sur un bureau ou dans une armoire, non classés. Comme les constats ci-dessous le démontrent, **la tenue individuelle des registres apparaît aléatoire : inscriptions tardives²¹, absence des décisions prononçant l'admission en soins psychiatriques, absence du dispositif des décisions des JLD, absence des avis et certificats médicaux**, absence de renvoi permettant de reconstituer les hospitalisations antérieures.

Le dernier registre « HO » a été ouvert le 18 août 2012 ; il comporte 100 doubles pages ; au 12 décembre 2012, cinquante-neuf patients y étaient inscrits.

Les contrôleurs y ont cherché trace des derniers patients admis à l'UMD :

²⁰ Contrairement aux dossiers administratifs, classés par couleur selon le type d'hospitalisation.

²¹ L'article L3212-11 du code de la santé publique enjoint une inscription dans les 24 heures de l'admission.

- M. T, présent à l'UMD depuis le 5 décembre 2012 en provenance d'une autre UMD, ne figurait pas sur ce registre ;

- M S, venant du centre hospitalier d'un autre département et présent à l'UMD depuis le 28 novembre, n'y figurait pas davantage ;

- M. A, présent à l'UMD depuis le 28 novembre 2012 en provenance de l'UHSA du Vinatier, est inscrit au registre à la date du 21 septembre 2012 (date de son admission à l'UHSA) ; sont portés les certificats médicaux initial, de vingt-quatre heures, soixante-douze heures et huitaine, à l'exclusion de tout autre document (les arrêtés préfectoraux du 20 septembre 2012 portant ASPRE et admission à l'UHSA et celui du 19 novembre 2012 portant transfert à l'UMD figurent au dossier administratif, de même qu'une ordonnance du JLD en date du 5 octobre 2012) ;

- M. AN, mineur, présent à l'UMD depuis le 15 novembre 2012 et venant de l'USIP d'un autre département, ne figure pas au registre ; (outre les arrêtés d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat d'un autre département, les certificats médicaux relatifs à cette hospitalisation et les décisions préfectorales de maintien, le dossier administratif comporte un arrêté préfectoral de la préfecture du Rhône du 30 octobre 2012 portant admission par transfert à l'UMD, un certificat médical « de situation » du 15 novembre 2012 concluant à la nécessité de maintenir l'hospitalisation complète et un certificat médical du 28 novembre 2012 motivant le maintien à l'UMD) ;

- M. P, admis à l'UMD le 25 octobre 2012 en provenance de l'USIP du Vinatier, est inscrit au 15 août (date de son admission au CHV) ; le registre mentionne son identité ; la consultation du dossier informatique montre que l'intéressé a déjà fait l'objet d'une hospitalisation au CHV du 17 novembre 2010 au 11 mars 2011 ; la consultation du registre relatif à cette période confirme une hospitalisation à cette date (figurent à ce registre, l'arrêté municipal du 17 novembre 2010, un arrêté préfectoral du 23 novembre 2010, un certificat de 24 heures et un de quinzaine, un certificat médical demandant mainlevée, du 10 mars 2011, à l'exclusion de toute autre mention) ;

- M. P, admis à l'UMD le 25 septembre 2012 en provenance d'une autre UMD, ne figure pas sur le registre couvrant cette période ; la consultation du dossier informatique fait état de précédents séjours à compter du 23 septembre 2003 (date de fin non indiquée), puis du 28 janvier au 14 juin 2010, puis depuis le 28 juin 2012 ; il n'a été trouvé trace de l'intéressé dans aucun des registres ouverts en janvier 2010 et en juin 2012 ; aucune mention, notamment sur le dernier registre, ne fait renvoi vers un registre antérieur.

La consultation de quelques registres antérieurs montre que le manque de rigueur dans la tenue n'est pas récent :

- M. AH, admis à l'UMD le 4 mai 2012, est inscrit au registre à la date du 12 mai ; le registre porte trace de l'arrêté municipal du 29 avril 2012 portant hospitalisation, des deux arrêtés préfectoraux portant transfert et admission en date des 30 avril et 3 mai 2012, du certificat médical initial, de vingt-quatre heures, de soixante-douze heures et huitaine, et d'une ordonnance du JLD en date du 11 mai 2012 portant maintien (au dossier administratif figure une ordonnance JLD du 9 novembre 2012, notifiée au patient qui a porté la date du « 13/04 ») ;

- M. Z, admis à l'UMD le 2 mai 2012, est inscrit à cette date au registre *ad hoc* ; outre mention de l'identité du patient, on trouve un arrêté préfectoral du 2 août 2009 portant admission (antérieure) en HO, copie de deux arrêtés préfectoraux des 20 et 24 avril 2012 ordonnant transfert et portant admission à l'UMD, le certificat médical à l'origine de l'hospitalisation d'office ordonnée en 2009, à l'exclusion de tout autre document ;

- M. C, admis à l'UMD le 15 mars 2012 en provenance de l'USIP du Vinatier, est inscrit au registre couvrant la période du 30 septembre 2011 au 1^{er} mars 2012, avec mention des éléments suivants : identité, date d'hospitalisation, et, collé dans la colonne « certificat médical exigé lors de l'hospitalisation », copie de l'arrêté préfectoral du 7 février 2012 portant admission par transfert à l'UMD, depuis le CH d'un autre département ;

- M. CH, admis à l'UMD depuis le 15 mars 2012, ne figure pas au registre ouvert à cette période ; la consultation du dossier informatique indique qu'il est présent au CHV depuis le 24 décembre 2009 ; il est effectivement porté au registre ouvert à cette période ; outre son identité, le registre comporte une demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers, datée du 24 décembre 2009, deux certificats médicaux de la même date, les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine, à l'exclusion de toute autre document ou mention ;

- M. B, admis à l'UMD le 19 décembre 2011, est porté au registre à la date du 29 avril 2011, date de son admission au CHV ; il est fait mention de son identité, d'un arrêté préfectoral (Saône-et-Loire) du 28 avril 2011 portant hospitalisation sans consentement et transfert en UHSA d'une personne détenue, d'un certificat médical du même jour, d'un arrêté préfectoral (Rhône) du même jour, de deux certificats médicaux de vingt-quatre heures et quinzaine, à l'exclusion de tout autre document.

La direction a dit avoir été informée des difficultés dans la tenue des registres à l'occasion d'un contrôle de l'UHSA, effectué courant avril 2012 ; le présent constat montre qu'aucune disposition n'a été prise pour y remédier. Le poste est confié à deux « ouvriers professionnels » : l'un exerce à temps complet, il est absent depuis septembre 2012 ; l'autre exerce à mi-temps et assure par ailleurs le rôle de chauffeur lors des audiences JLD. Au bureau des entrées, il est indiqué que la tenue des registres de la loi apparaît comme une exigence purement formelle, d'autant plus désuète que l'ensemble des renseignements exigés fait par ailleurs l'objet d'une saisie informatique.

Chacun des deux registres en cours portait, en première page, mention d'une visite de la CDSP le 17 octobre 2012 ; sur le registre des admissions à la demande d'un tiers il était inscrit « manque mention de la profession dans les demandes manuscrites ». Aucune mention ne figurait au précédent registre concernant les admissions à la demande du représentant de l'Etat ; le précédent portait mention d'une visite de la CDSP le 16 novembre 2011, sans signature. Il a été indiqué que le procureur de la République venait « régulièrement » et qu'il était à l'origine de la répartition des patients admis sans consentement en deux registres.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « la tenue individuelle des registres n'était effectivement pas exhaustive au moment du contrôle du fait de l'absence longue d'un des deux agents chargés de cette tâche. Cette situation a été corrigée au retour de l'agent ».

3.6 L'information donnée aux familles

Les familles sont avisées du transfert par l'établissement d'origine ; leurs coordonnées figurent au dossier d'admission. L'UMD ne prend pas, ou rarement, l'initiative des contacts. En pratique, il est indiqué que la famille proche appelle en général dans les jours qui suivent l'admission. Le cadre de la prise en charge leur est exposé, notamment l'absence de visites durant les trois premières semaines, à l'exclusion de détails sur la pathologie du patient ; il leur est précisé qu'ils peuvent, durant cette période, obtenir des nouvelles auprès de l'équipe ; s'ils en font la demande, ils seront reçus rapidement par le médecin référent ; dans le cas contraire, la première rencontre avec le médecin et un infirmier aura lieu ultérieurement (Cf. § 3.13.2).

Il est indiqué qu'un quart environ des patients n'a aucun contact avec sa famille, par suite de décès ou de la marginalisation importante et durable du patient.

3.7 Le rôle des mandataires judiciaires

Parmi les trente-trois patients hospitalisés au moment du contrôle, huit bénéficiaient d'une mesure de tutelle, sept d'une mesure de curatelle renforcée et trois d'une mesure de curatelle simple, ce qui porte à plus de la moitié les personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique.

En droit, leur rôle concerne à la fois la personne et les biens du majeur protégé que le mandataire doit informer de ses droits.

En pratique, les contacts ont lieu exclusivement par l'intermédiaire de l'assistante sociale du service, pour des questions d'ordre financier. Les mandataires extérieurs à l'hôpital ne reçoivent, de l'hôpital, aucune information spécifique sur le statut et les droits du patient qu'ils sont supposés assister ou représenter. Ils ne viennent pas à l'UMD où il est considéré que les patients sont dans une phase où le soutien à la personne serait d'une efficacité toute relative. De leur côté, les mandataires ne se manifestent pas spontanément, ni pour rendre visite à leur protégé, ni pour vérifier que ce dernier a compris l'étendue de ses droits.

Lorsqu'il est connu²², le mandataire est informé par le JLD de la date d'audience ; à l'exception du mandataire de l'hôpital, « il ne se déplace pratiquement jamais ».

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « l'établissement n'a effectivement pas mis en œuvre à destination des mandataires judiciaires des mesures d'information spécifiques sur le statut et les droits des patients accueillis à l'UMD, la formation qualifiante de ces professionnels incluant ces aspects et en l'absence de toute disposition légale ou réglementaire le prévoyant. Les mandataires peuvent toutefois consulter les droits des patients sur le site internet de l'établissement et de procurer auprès du bureau des admissions des livrets d'accueil des patients. Les contrôleurs ont enfin relevé que les mandataires judiciaires sont avisés par le JLD des dates d'audience lorsqu'ils sont connus et peuvent venir y présenter leurs observations ».

²² Les JLD indiquent ne pas faire de recherches au répertoire civil, où sont centralisées les informations à ce sujet : d'une part les délais pour statuer ne le permettent pas (en tous cas pour la première audience) d'autre part le répertoire ne serait pas à jour.

3.8 La confidentialité de l'hospitalisation

Le livret d'accueil consacre un paragraphe au principe selon lequel aucun renseignement n'est transmis à aucune personne sans l'accord de l'intéressé.

L'UMD s'estime moins exposée que le reste de l'hôpital : les interlocuteurs sont peu nombreux et connus du service. Les visites n'ont lieu que sur rendez-vous, après une première rencontre avec le médecin ; l'identité des personnes est vérifiée à l'accueil par l'équipe « de sûreté » qui contrôle l'accès aux locaux durant les heures ouvrables. S'agissant du téléphone, lorsqu'une personne appelle pour la première fois, le secrétariat vérifie au dossier ou auprès du patient qu'elle est bien connue de lui, avant de la rappeler. Par la suite les contacts ne posent pas de difficultés : « on les connaît, on reconnaît leur voix ; au pire on vérifie au dossier et en pratique, les informations correspondent, on a jamais été confronté à une difficulté de cette nature ».

3.9 L'accès du patient au dossier médical

L'UMD ayant été mise en service depuis peu, aucune demande d'accès au dossier médical n'a été enregistrée.

Une information relative à la procédure à suivre est disponible sur le site internet de l'hôpital. Elle indique qu'une demande écrite (courrier, messagerie ou internet) doit être adressée au directeur du centre hospitalier du Vinatier ou au médecin responsable de l'information médicale. Il y est mentionné également que le délai de communication des informations est au plus tôt de 48 heures et au plus tard de huit jours pour un dossier de moins de cinq ans ou de deux mois pour des informations ayant une date supérieure à cinq ans. Des formulaires de demande de communication de dossier médical ou d'informations médicales de la part d'un ayant droit sont accessibles sur le site internet de l'hôpital.

Les demandes concernant les autres services de l'hôpital aboutissent (86 %) dans un délai moyen de vingt-cinq jours, pour les demandes de dossiers de moins de cinq ans, et dans un délai de trente jours pour les dossiers de plus de cinq ans. En 2011, le nombre de demandes reçues a été de 183.

3.10 Le recueil des observations des patients

Ainsi qu'il a été dit plus haut, ni le livret d'accueil général ni les documents spécialement élaborés pour l'UMD ne font référence aux informations transmises au patient et au recueil de ses observations, prévus par l'article L3211-3 du CSP avant tout projet de décision relative au maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge.

Les échanges à ce sujet montrent que la notion de recueil d'informations est comprise comme concernant les traitements et le cadre de la prise en charge au sein de l'unité ; ces aspects constituent manifestement la priorité des médecins ; ils s'estiment mal placés pour recueillir des observations à propos d'un projet de décision d'ordre juridique qui ne leur appartient pas, même s'ils émettent un avis.

Ils font valoir que l'intérêt bien compris de tous est de limiter la durée des séjours en UMD, ajoutant que, dès lors que le maintien est indiqué, il n'y a pas lieu à modification notable dans la prise en charge. Ils précisent aussi qu'un nombre important de patients est tout à fait d'accord avec le cadre proposé.

3.11 Le collège des professionnels de santé

L'avis du collège, s'agissant de patients de l'UMD, est obligatoire avant toute décision du JLD et avant toute décision de mainlevée. Il donne un avis, d'une part, quant à la nécessité de poursuivre l'hospitalisation à temps complet, d'autre part, quant à l'existence d'un obstacle d'ordre médical à l'audition du patient par le juge, le cas échéant par l'utilisation de moyens de communication audiovisuelle.

Le collège comporte un médecin et une infirmière participant à la prise en charge du patient ainsi qu'un médecin du CHV n'y participant pas. Ce dernier est désigné selon une permanence quotidienne qui, établie par le bureau des entrées pour l'année, implique tous les médecins, du chef de pôle à l'assistant.

Le médecin de permanence est convoqué par le bureau des entrées à une date arrêtée par l'UMD en fonction de la date d'audience. La rencontre a lieu dans les locaux de l'UMD. Le médecin qui suit le patient expose la situation ; le soignant complète s'il y a lieu. Le patient n'est pas rencontré par le médecin extérieur. Il est indiqué que, compte tenu des pathologies et des profils des patients accueillis, la question de la nécessité du maintien en hospitalisation complète et sous contrainte ne fait pas débat, d'autant que la commission de suivi médicale (CSM) s'est déjà prononcée en faveur d'une telle mesure.

La question d'un éventuel obstacle à l'audition en revanche est, parfois, discutée. Aucun médecin ne met en avant une opposition de principe, quelles que soient les modalités envisagées (face à face ou visioconférence). Il est envisagé de mettre le sujet à l'ordre du jour d'une prochaine réunion pour tenter d'harmoniser, entre médecins de l'UMD au moins, les critères susceptibles de constituer un obstacle.

Le secrétaire de séance – en général le médecin référent – rédige sur place le compte-rendu de la délibération ; les avis sont émis sous forme de croix cochée pour chacun des items (favorable ou défavorable à la poursuite de l'hospitalisation à temps complet ; motif médical faisant obstacle à l'audition, et à l'utilisation de la visioconférence). Seule l'existence d'un obstacle donne lieu à motivation. La motivation est indiquée de manière claire et succincte : à titre d'exemples représentatifs, les mentions suivantes ont été relevées par les contrôleurs : « état délirant chronique entachant tous les domaines de la réalité, imprévisibilité » ou « patient très dissocié, imprévisible, énigmatique, risque important de violence ».

La loi prévoit que l'un des membres du collège puisse mentionner son désaccord sur l'un des points examinés ; l'imprimé utilisé mentionne cette possibilité qui, en pratique, n'a jamais été utilisée.

La délibération est adressée parallèlement au bureau des entrées et à l'ARS, en vue de sa communication au JLD.

Les avocats en prennent connaissance au tribunal, en général la veille de l'audience.

3.12 La communication avec l'extérieur

3.12.1 Le courrier

Il est fourni, à la demande du patient, sur prescription médicale, un stylo, du papier et une enveloppe afin qu'il puisse écrire un courrier. Il peut le rédiger dans la salle d'activités avec un infirmier ou seul, dans la salle à manger. Le contenu du courrier à la famille peut « être repris en entretien pour voir ce qu'il attend quand il écrit des propos inquiétants, en

relation avec des éléments criminologiques ». Si le patient tient à faire partir la lettre, il peut être décidé en équipe d'avertir le destinataire du contenu de la missive qu'il va recevoir.

Le patient ferme son enveloppe et la remet à un soignant. Elle est alors placée dans un casier de « courrier départ ». La secrétaire de l'UMD passe chaque matin, vers 10h, pour déposer le courrier arrivé et prendre celui au départ. Le timbre est généralement fourni par l'établissement.

Lorsqu'une lettre adressée à un patient arrive, un soignant la remet à son destinataire. Ce dernier l'ouvre en présence du professionnel, uniquement pour s'assurer qu'aucun objet dangereux n'y a été glissé. Le courrier n'est pas soumis au soignant.

Lorsque l'enveloppe fait référence à un organisme particulier (administration par exemple), l'assistante sociale est saisie.

Lorsqu'un colis est reçu, le personnel l'ouvre en présence du patient soignant et un inventaire est dressé par un des personnels soignants.

3.12.2 Les visites

Les visites sont autorisées par le psychiatre référent du patient.

Durant les trois premières semaines de séjour à l'unité 1, les visites sont interdites.

Lors de la première demande de visite, la famille est systématiquement reçue en entretien par le psychiatre référent du patient dans son bureau dans la zone administrative. Il lui explique les modalités de la visite, les conditions d'entrée dans l'unité : passage sous le portique de détection des métaux, horaires des visites...

Il remet à la famille une « fiche d'information aux visiteurs » qui détaille les dispositions générales des visites, les horaires, les effets personnels et produits alimentaires que la famille peut apporter.

Il existe un document intitulé « demande d'autorisation pour visite patient » qui sera rempli par le médecin. Il indique le nom et le prénom du patient, l'identité de deux visiteurs au maximum par visite²³. Les personnes doivent prendre un rendez-vous auprès de l'équipe soignante afin d'organiser la date, l'heure et la durée de la visite.

Le document précise les numéros de téléphone de chacune des trois unités.

Il est daté et signé par le médecin concerné.

L'original est remis à la famille ; une photocopie est laissée au secrétariat et une seconde donnée aux infirmiers de l'unité où est hébergé le patient.

Si les parents habitent dans le département du Rhône, la visite aura lieu dans un second temps. Dans le cas où la famille se déplace de plus loin, la rencontre avec le psychiatre et avec le patient se fait le même jour.

Ce dispositif d'entretien systématique permet au psychiatre référent de connaître chaque personne proche du patient puisque si des personnes différentes des deux premières veulent venir en visite, elles devront elles aussi rencontrer le praticien.

²³ Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis à l'UMD.

Dès lors, les personnes rencontrées par les médecins pourront obtenir régulièrement par téléphone des nouvelles de leur proche.

Les horaires des visites ont été déterminés du lundi au vendredi de 14h30 à 17h30 et le samedi matin de 9h30 à 11h30 afin qu'un psychiatre de l'unité soit toujours présent.

En règle générale, les visites sont autorisées tous les quinze jours, durant au maximum une heure. Selon les indications recueillies, il arrive fréquemment que les patients demandent à écourter le temps de la rencontre. Des exceptions sont aménagées : à titre d'exemple, la famille d'un patient, originaire de Nice (Alpes-Maritimes) vient une heure deux jours de suite.

Elles se déroulent dans les salons dédiés aux visites situés dans les unités 2 et 3. Ces locaux sont identiques dans les deux unités. Chacun est muni de deux accès : l'un permet d'accéder à la pièce directement en provenance du hall central sans pénétrer dans les unités, tandis que le second est situé au sein de l'unité. La pièce, d'une surface de 20 m², est équipée d'une table de 1,20 m sur 0,80 m, d'une table basse, d'un fauteuil beige, d'un canapé à trois places gris, d'une horloge murale numérique et d'un tableau d'affichage vitré dépourvu de toute information. La pièce est éclairée par trois néons et la lumière provenant d'une fenêtre de 0,80 m sur 0,70 m qui ne s'ouvre pas, donnant sur la cour réservée au personnel. Aucune décoration n'orne les murs.

Un bouton d'appel est situé sous la fenêtre et un second près de la porte d'entrée, côté unité.

Selon les informations recueillies, un paravent en bois resté sur place, servait à séparer le soignant des visiteurs. Aujourd'hui le soignant s'installe sur un tabouret dans le couloir devant la porte qui demeure ouverte.

La pièce est dotée d'un local sanitaire d'une surface de 4 m² comprenant un lavabo avec un distributeur d'essuie-mains et un WC sans abattant, muni d'une rampe, de papier hygiénique et d'une balayette.

3.12.3 Le téléphone

Durant leur hospitalisation, les patients ne conservent pas leur téléphone portable.

A l'unité 1, l'accès au téléphone n'est généralement pas autorisé puisque le patient est en observation (Cf. § 4.2). Le jour de la visite un seul des quatre patients avait le droit de téléphoner tous les mercredis à sa mère durant dix minutes.

Dans les unités 2 et 3, ils ont droit à un appel de dix minutes par semaine, un jour donné, à une heure donnée, passé à partir d'un poste de l'UMD.

3.12.4 L'informatique et l'accès à Internet

Les patients n'ont pas accès à internet et ne peuvent pas communiquer par courriel avec leurs proches.

A l'avenir, une possibilité devrait exister au cybercafé (Cf. § 4.1.4.2).

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « le cybercafé comprend un équipement informatique permettant l'accès à internet. Celui-ci sera essentiellement utilisé dans le cadre d'activités thérapeutiques (recherches sur un thème par exemple). En revanche, il n'est pas prévu l'utilisation de ces postes informatiques par les patients pour l'envoi de courriels personnels à leurs proches ».

3.12.5 Le droit de vote

Les contrôleurs ont pris connaissance la note diffusée à tous les services, lors de l'élection présidentielle de 2012, émanant du directeur du centre hospitalier et datée du 13 avril 2012. Il y est expliqué la procédure à suivre pour effectuer un vote par procuration, les cadres de santé étant chargés de recenser les demandes. Celles-ci étaient ensuite transmises par le secrétariat du bureau des entrées au commissariat de police, qui dépêche sur place un officier de police judiciaire pour établir les formalités administratives.

A l'UMD, aucun patient n'a pris part au vote.

3.13 Les permissions de sortie

Pour chaque demande de sortie programmée, le certificat de situation est rédigé cinq jours avant la date prévue.

Le cadre des sorties prévoit plusieurs situations :

- les **sorties sociales ou administratives** pour régler un problème de papier d'identité ou se rendre à une audience civile. Le patient sort, accompagné de l'assistante sociale et de deux soignants ; dix patients en ont bénéficié depuis un an ;
- les sorties pour se rendre à une **réunion de synthèse** dans le centre hospitalier d'origine : cinq patients ;
- les **sorties thérapeutiques** :
 - maintien du trousseau, achat de vêtements : quatre patients ;
 - promenades dans l'enceinte de l'hôpital : aucun patient ;
 - sortie à l'extérieur dans le cadre de la promotion de la réhabilitation : un patient est sorti avec deux soignants ;
- les sorties pour se rendre à un **examen médical** :
 - électro-convulsivothérapie dans l'enceinte du Vinatier : un patient (pas de certificat de situation) ;
 - examens d'imagerie ou autres dans les hôpitaux de Lyon avec certificat de situation ;
- les **sorties en urgence** pour une hospitalisation non programmée : deux soignants restent dans le service 24h/24. Ce cas s'est produit trois fois depuis l'ouverture de l'UMD.

Pour organiser ces sorties, les soignants disposent d'un véhicule propre à l'UMD (Renault Clio). Ils peuvent également, en s'adressant au pôle logistique de l'hôpital, utiliser un véhicule sanitaire léger avec un chauffeur ou une ambulance.

3.14 Les visites des autorités

Ainsi qu'il a été indiqué plus haut, les deux registres en cours, localement dénommés « HO » et « SPDT », portaient, en première page, mention d'une visite de la CDSP le 17 octobre 2012. Aucune trace d'aucune visite ne figurait au précédent registre concernant les admissions à la demande du représentant de l'Etat ; le précédent portait mention d'une visite de la CDSP le 16 novembre 2011, sans signature.

Le responsable du service des admissions a fait état de la venue « régulière » du procureur de la République et des remarques qu'il avait fait valoir, notamment à propos des inscriptions au registre de la loi (portant sur la distinction ASPDRE et ASPDT). Les registres examinés par les contrôleurs ne portaient pas trace de cette visite.

3.15 La commission départementale des soins psychiatriques

Le dernier rapport de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) adressé au Contrôleur général des lieux de privation de liberté est daté du 1^{er} juin 2012.

Il fait état de l'ouverture de l'unité pour malades difficiles de Bron.

Le document indique : « Elle est située au centre hospitalier du Vinatier. Cette unité a ouvert de façon progressive depuis décembre 2011 mois au cours duquel 10 lits ont été activés. L'ouverture de 15 lits supplémentaires est prévue en début d'année 2012 pour aboutir dans le premier semestre à une ouverture totale qui comptera 40 lits ».

Une visite de la CDSP a eu lieu au centre hospitalier du Vinatier le 16 novembre 2011, avant l'ouverture de l'UMD.

S'agissant du registre de la loi, le rapport de la CDSP indique : « pour l'instant les ordonnances du JLD ne figurent pas au registre de la loi de l'établissement, quand bien même l'article L3212-11 du CSP enjoint une telle transcription. [...] ».

3.16 Le traitement des plaintes et réclamations

La procédure de réclamations et de plaintes est disponible sur le site internet de l'hôpital mais peut également être demandée aux soignants. Y sont décrits :

- la réception d'une réclamation ou d'une plainte par la direction des affaires sociales et médico-sociales ;
- la vérification et la recherche d'informations complémentaires ;
- l'accusé de réception ;
- l'information du médecin chef de pôle et du médecin responsable du service ;
- la réponse apportée par l'unité ;
- la saisie éventuelle du médiateur médical ou non médical ;
- la saisie éventuelle de la commission de des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) ;
- la réponse au plaignant ;
- la clôture du dossier ;
- la communication à la CRUQPC.

Trois réclamations ont été adressées par des patients de l'UMD depuis l'ouverture de ce service, le délai de réponse moyen est de vingt jours.

3.16.1 La commission de des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

Cette commission se réunit quatre fois par an. En 2012, elle a été réunie le 25 janvier, le 6 avril, le 28 septembre et la dernière était programmée le 14 décembre.

L'analyse des plaintes et réclamations, des questionnaires de satisfaction, des demandes d'accès au dossier médical et la présentation du nouveau livret d'accueil ont été traitées en janvier ; la présentation du rapport d'activité du département « qualité », le suivi des réclamations et la composition de la CRUQPC ont été abordés en avril ; le suivi des réclamations, le rapport de visite de certification de la Haute autorité de santé, les recommandations de 2010 des CRUQPC des établissements de santé de la région Rhône-Alpes, les contentieux et les audiences du JLD dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011 ont fait l'objet de l'ordre du jour de la réunion de septembre.

3.16.2 Les évènements indésirables

Les évènements indésirables enregistrés à l'UMD étaient au nombre de vingt-neuf durant les six derniers mois : trois pour le mois de décembre 2012, six en novembre, sept en octobre, trois en septembre, sept en août et trois en juillet.

Ils concernent sept violences physiques, six dégradations de matériel, quatre problèmes techniques, trois dysfonctionnements des dispositifs d'appel d'urgence, trois blessures accidentelles, deux dysfonctionnements du circuit du médicament, deux incidents de manutention, un problème de sous-effectif et un décès.

3.16.3 Les enquêtes de satisfaction

Le service qualité suit la mise en œuvre des enquêtes de satisfaction. L'ouverture récente de l'UMD ne permet d'en tirer des enseignements significatifs.

En 2011, pour l'ensemble du centre hospitalier, le retour des questionnaires est faible. La satisfaction est de mise pour les conditions d'accueil (84 %), la qualité des soins (80 %). Pour la prise en charge de la douleur physique, elle est satisfaisante à hauteur de 59 %, à 76 % pour la prise en charge de la douleur psychique et à 79 % pour l'information relative à l'état de santé, les soins et les traitements. La qualité des repas est établie avec des enquêtes réalisées tous les quatre mois : 79 % de patients se disent satisfaits, une note de 8/10 est attribuée.

4 CONDITIONS MATÉRIELLES D'HOSPITALISATION

4.1 Éléments communs à toutes les unités

4.1.1 La restauration

Au moment de la visite des contrôleurs, la cuisine centrale du centre hospitalier était dans une période transitoire, avec la construction en cours d'une nouvelle cuisine - locaux et matériel neufs - et l'abandon imminent de l'ancienne, située dans un bâtiment vétuste. Le nouvel équipement devrait être mis en service en mars 2013.

Cette cuisine prépare 3 000 repas par jour sur cinq jours avec une organisation en liaison froide, 2 000 repas sont livrés quotidiennement ; l'effectif de salariés doit passer de cinquante à trente-sept avec un équipement plus performant et répondant aux dernières normes en vigueur.

Le logiciel « Orbis », installé dans tous les services, permet d'effectuer des commandes de plats différents du menu de base pour chaque patient, la veille jusqu'à minuit. Le logiciel présente la base et les « constants », c'est-à-dire les viandes et légumes disponibles ; il permet

également d'inscrire les aversions des patients. Un conseiller hôtelier de l'hôpital forme les agents à l'utilisation de cet outil.

Des menus individuels différents peuvent parfois générer des conflits entre patients et certaines unités de soins de l'hôpital ont fait le choix d'uniformiser les plats servis. A l'UMD, il a été indiqué aux contrôleurs que les soignants n'étaient pas informés de cette possibilité d'offrir un choix dans les plats du menu de base. Hormis les régimes prescrits par les médecins, aucun choix n'est donc offert aux patients de l'UMD.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « le principe de gestion des commandes de repas n'est pas celui du choix entre menu de base et constantes mais celui de l'aversion. Si un plat ou un aliment du menu de base a été déclaré en aversion pour le patient, le logiciel permet alors de proposer un autre plat parmi les constantes. Les personnels de l'UMD étant pour la plupart issus des autres services de l'hôpital ont connaissance de ces dispositions. Une vérification semble toutefois nécessaire compte tenu de ce qui a été déclaré aux contrôleurs ».

La livraison des repas est réalisée sept jours sur sept sur des socles rouleurs et mise en place dans les offices par les chauffeurs. Les mets sont conservés dans des armoires réfrigérées depuis leur livraison entre 9h et 9h30 jusqu'à la remise en température. Les plats sont présentés en barquettes individuelles. A titre d'exemple, le menu normal servi le 11 décembre 2012 pour le dîner, de 19h à 19h30, comprenait un potage de légumes verts, un soufflé au poisson avec une sauce crustacés, des carottes ciboulette, une crème de gruyère, une purée de pruneaux ou un « liégeois mangue-passion ».

Le mercredi 12 décembre 2012 ont été servis vers 12h30 : du chou-fleur vinaigrette, un sauté de dinde sauce moutarde avec des spaghettis, un yaourt aux fruits et une orange. Les patients peuvent bénéficier d'une portion supplémentaire.

Le petit déjeuner est pris vers 9h. Le pain est livré à 6h30 et des biscottes sont également disponibles. Le chocolat ou le café sont préparés sur place avec une machine. Sont également distribués : un carré de beurre, une dose de confiture et des corn-flakes. Du jus d'orange est parfois servi. Le sucre est délivré avec mesure.

Les patients prennent aussi un goûter, composé de café ou de chocolat, de deux carrés de chocolat, d'un biscuit au chocolat, de deux boudoirs ou de pain d'épices. La prise de poids étant un problème dans un service tel que l'UMD, il est envisagé de réduire la composition de ce goûter.

4.1.2 Les vêtements et le linge

La blanchisserie du centre hospitalier du Vinatier est installée dans un bâtiment un peu vétuste mais adapté, datant de 1967, couvrant une surface de 4 000 m².

Vingt-sept salariés y travaillent de 7h30 à 16h (sauf l'agent de maintenance présent de 7h à 15h30). Tout le linge du centre y est traité : linge hôtelier, linge de corps des patients fourni par le CHV et linge des patients. L'équipement, récent et en bon état dans l'ensemble, comporte un tunnel de lavage, trois machines aseptiques et une laveuse traditionnelle.

Le marquage des vêtements de travail de tout le personnel du centre est réalisé dans les locaux de la blanchisserie. Il est à noter que pour les personnels de l'UMD, comme pour ceux de l'USIP et de l'UHSA, le marquage est effectué à l'intérieur du vêtement de sorte que le nom de l'agent ne soit pas visible. Un passant est cousu sur la tunique et une poche est ajoutée pour le personnel de l'UMD, afin de fixer le dispositif d'appel d'urgence (DAU).

Ce service effectue également d'autres prestations de blanchisserie (10 % de l'activité) notamment pour les maisons d'accueil spécialisées (MAS), une unité de gendarmerie, la maison d'arrêt de Saint-Etienne, une clinique privée...

Au total trois tonnes de linge sont traitées chaque jour.

L'UMD et L'USIP sont livrées trois fois par semaine (le lundi, le mercredi et le vendredi) avec des armoires fermées. « Les autres services de l'établissement sont actuellement livrés quotidiennement mais en rolls munis de housse ? Le principe de la livraison en armoires sera étendu à l'ensemble des unités de soin qui emménageront dans les nouveaux locaux d'hospitalisation dès février 2014 ». Un responsable de la blanchisserie passe dans chaque service toutes les trois semaines pour vérifier le bon fonctionnement de cette prestation.

Les dotations de l'UMD en matière de pyjamas, serviettes, draps, taies et chaussettes ont été jugées suffisantes par les soignants.

Le linge personnel des patients est inventorié et étiqueté en présence du patient. Il a été indiqué aux contrôleurs que le délai était trop long pour le lavage des effets personnels de certains patients ne possédant pas beaucoup de vêtements. Il est donc nécessaire d'utiliser la laverie située dans le bâtiment des activités.

4.1.3 Les cultes

Le centre hospitalier du Vinatier dispose d'une aumônerie catholique composée de deux personnes rémunérées, l'une effectuant un mi-temps au Vinatier et un quart-temps à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, et l'autre un mi-temps au Vinatier. Quatre bénévoles collaborent à l'aumônerie et un prêtre vient tous les quinze jours pour la messe.

Les aumôniers catholiques servent d'intermédiaires avec le pasteur protestant, mais peu de demandes sont enregistrées.

Une permanence est assurée le lundi après-midi et le jeudi après-midi et les patients sont visités dans les services sur demande. Un temps de prière est programmé tous les lundis après-midi et une célébration a lieu le jeudi, de 15h à 15h45, à la chapelle.

Cet édifice, bien entretenu, qui date de l'origine de l'hôpital, présente une belle architecture classique et est propice au recueillement.

L'aumônerie dispose par ailleurs de locaux meublés, dans un bâtiment ancien non loin de la chapelle. On y trouve un bureau, une salle de réunion, un oratoire, une cuisine et des sanitaires. L'ensemble est propre et spacieux.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'aucune demande n'avait encore été formulée par les patients de l'UMD mais que la possibilité de visite existait évidemment.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « outre l'aumônerie catholique, le centre hospitalier Le Vinatier dispose d'une salle multi-cultes et tient une liste des différents cultes qui peuvent se rendre disponibles sur demande des patients (information contenue dans le livret d'accueil et sur le site internet de l'établissement) ».

4.1.4 Les activités

4.1.4.1 Le pôle d'activités

Le pôle d'activités occupe un bâtiment indépendant, situé derrière les cours des unités 2 et 3. Son architecture est adaptée aux besoins. Un couloir central dessert les différentes salles. Sur la partie gauche, on trouve le cybercafé, le salon de coiffure, la buanderie, trois wc et le local des agents du service hospitalier (ASH). Au fond, on accède à la salle de psychomotricité et à la salle de sports. Sur la partie droite, les locaux des ergothérapeutes disposent d'ouvertures sur une petite galerie grillagée accessible également depuis la salle de sports.

La buanderie (11 m²) est utilisée pour laver le linge des patients en cas de besoin, certains n'ayant pas assez de vêtements. Elle est équipée d'un plan de travail transversal blanc, d'un lave-linge, d'un séchoir, d'un évier profond pour laver le linge et d'un grand placard. Les soignants y viennent avec les patients.

Les activités pratiquées à l'UMD sont considérées comme des thérapies médiatisées. Les soignants ont précisé qu'il ne s'agissait nullement de temps « occupationnels » mais qu'elles constituaient de véritables séquences de soins.

L'effectif du personnel est complet depuis le mois d'octobre 2012. Il comprend : un éducateur sportif à temps plein, une psychomotricienne à temps plein, deux ergothérapeutes à plein temps et un mi-temps d'ergothérapeute en attente de nomination. Cette équipe est encadrée par un cadre de santé et un médecin référent.

Les activités se déroulent de 9h à 11h30 et de 14h30 à 17h, en petits groupes ou individuellement avec des séquences d'une demi-heure à une heure.

Un soignant de l'unité du patient accompagne nécessairement l'encadrant spécialisé.

L'unité 1 étant l'unité d'admission, les patients ne bénéficient pas de ces activités.

Les activités sont décidées dans le cadre du projet thérapeutique individuel par l'équipe soignante. Le personnel du pôle d'activités rencontre le patient ensuite pour déterminer, après évaluation, l'activité adaptée. Le médecin somaticien assure le suivi médical.

Il a été décidé de limiter la présence simultanée à huit patients pour cinq soignants au pôle d'activités. Tous les patients sont accompagnés par des soignants lors de leurs déplacements dans l'enceinte de l'UMD.

4.1.4.2 Les activités

Le sport

La majorité des patients de l'UMD sont pris en charge en activité sportive. Chaque patient des unités 2 et 3 bénéficie de deux séquences d'une demi-heure par semaine. Un soignant est présent avec le moniteur de sport. Les contrôleurs ont constaté que les soignants participaient activement à la prise en charge.

Les présences sont enregistrées dans un dossier interne du pôle d'activités.

Pour ces activités sportives, peuvent être utilisés :

- une salle de sport de 95 m², en parfait état et très claire, dont le sol est constitué d'un revêtement en plastique adapté imitant le parquet ; deux murs sont garnis de bois et peints en vert pâle ; huit appareils de musculation (vélos, stepper, haltères, rameur), des espaliers et un sac de boxe l'équipent en complément des panneaux de basket-

ball et des buts de football repliables, avec des marquages au sol. Une chaîne hifi permet de diffuser de la musique ;

- un terrain extérieur d'environ 200 m², garni d'un sol en matière synthétique imitant l'herbe, équipé de deux panneaux de basket-ball. Une autre partie de ce terrain est couverte de gazon naturel ; on y trouve quatre bancs en béton et une table de ping-pong. L'ensemble est entouré de grillages.

La psychomotricité

La psychomotricienne réalise des prises en charge individuelles et en groupes avec des objectifs de prise de conscience corporelle, de travail sur l'espace, le temps et la mémoire, ainsi que la pratique de la danse.

Elle dispose d'une salle très lumineuse, de forme quasi triangulaire de 49 m², équipée de miroirs et de rideaux. Une barre de danse, des matelas - blocs de mousse garnis de plastique coloré - des tatamis et un banc meublent la pièce. A chaque extrémité, se trouve un placard dont l'un est utilisé comme bureau.

L'ergothérapie

Différentes activités sont offertes : atelier d'écriture en groupe, modelage/poterie (individuel ou en groupe), médiation visuelle (peinture, pastel, crayons de couleur), collage. Trois autres activités sont en attente de mise en place : mosaïque, petite menuiserie et peinture sur soie.

Lors de la visite des contrôleurs, les deux ergothérapeutes ne prenaient en charge que dix à quinze patients par semaine, en raison de l'importance du temps consacré à la mise en place des nouvelles activités en devenir.

Les locaux utilisés par les ergothérapeutes comprennent :

- une première salle contigüe à la salle de sports d'une surface de 35 m², équipée d'un placard, de tables et de chaises, d'un four et d'un lavabo ;
- un bureau de 15 m² avec deux ordinateurs ;
- une salle de 28m² destinée notamment aux activités « bois » et « peinture sur soie », utilisée au moment de la visite comme local de stockage de matériels divers (jardinage, établis, espalier...).

Le salon de coiffure

D'une surface de 11 m², le salon est équipé d'un plan de travail avec évier. Un fauteuil doté d'un lave-tête, un tabouret, une chaise, une chauffeuse et un présentoir de revues constituent le mobilier. Du matériel de soins esthétiques et de coiffure y sont rangés. L'ensemble est propre et en bon état.

Ce salon est utilisé essentiellement durant le week-end par les soignants des unités. Toutefois durant la visite des contrôleurs, un soignant y est venu pour faire un shampoing et une coupe de cheveux à un patient.

Le cybercafé

Le local du cybercafé de forme semi-circulaire donne accès à une terrasse de 33 m², dont l'aménagement devra être effectué. Il couvre une surface de 42 m² et présente en son centre à gauche, un comptoir en inox à trois niveaux, derrière lequel un bloc service avec évier en inox et réfrigérateur est installé. Outre un distributeur d'eau réfrigérée, on trouve le mobilier suivant : une table ronde centrale de 1,50 m de diamètre, trois armoires noires avec des étagères spéciales pour le matériel informatique, deux ordinateurs, une chauffeuse d'angle et un petit canapé avec une table basse, trois chaises hautes en plastique blanc et métal, une table haute et onze chaises. Le mur intérieur est de couleur rouge et blanc ; les murs donnant sur la façade extérieure, les portes et fenêtres sont en bois. Il en résulte une ambiance moderne et chaleureuse des plus agréables.

Cet espace convivial devrait être mis en service au premier trimestre 2013, selon les informations recueillies. Il s'agit d'un projet de cafétéria avec une boutique et des ordinateurs à disposition, où les patients pourront aussi écouter de la musique et consulter des livres.

Un ou deux soignants prendront en charge l'animation et la gestion du lieu et le psychologue y viendra épisodiquement.

En l'absence d'association en mesure de gérer les aspects financiers de la cafétéria et du magasin, un projet de cartes prépayées est à l'étude avec le service comptable de l'hôpital.

Il serait souhaitable que la mise en service de ce lieu déjà bien installé et utile aux prises en charge des patients ne soit plus différée.

4.1.4.3 Les autres activités

Dans chaque unité une cuisine permet de réaliser des mets. Ainsi à l'unité 3, deux patients effectuent quatre séances de cuisine par semaine.

Des jeux et du matériel de dessin sont à disposition dans chaque unité et les soignants les utilisent avec les patients.

A l'unité 1, un temps de parole hebdomadaire d'une demi-heure est animé par le psychologue, un soignant et un psychiatre avec tous les patients.

Début janvier 2013, un projet de peinture sur vitres sera concrétisé par des soignants et des patients.

4.1.5 La sûreté

Un service de sûreté a été créé au sein de l'hôpital depuis environ douze ans. Placé sous l'autorité d'un responsable dépendant directement du directeur général, il est composé de dix-huit agents et fonctionne 24 heures sur 24, tous les jours.

Trois agents sont présents dans un local situé à l'entrée de l'hôpital. Ils surveillent l'ensemble de l'emprise (74 ha) et disposent à cet effet d'un véhicule 4x4 et d'un réseau de caméras de vidéosurveillance.

Ils interviennent également dans les unités « lorsque les soignants sont dépassés par la violence ». Les agents, formés aux sports de combat, reçoivent une formation adaptée à la spécificité de la psychiatrie et aux immobilisations. En 2011, le service de sûreté a mené 1 700 interventions dont 280 étaient liées à de fausses alertes.

En 2012, deux interventions ont été menées à l'UMD.

Le service assure également la liaison avec les forces de police.

Les agents de ce service sont équipés d'une tenue de couleur noire, avec tee-shirt, pantalon, veste, parka et chaussures. Ils ne sont pas armés et ne sont équipés d'aucun matériel spécifique (type bâton de défense).

Le poste de contrôle des entrées de l'UMD est tenu par un de ces agents entre 6h15 et 22h15, une relève s'effectuant à 14h15. Au sein du service, trois personnes sont dédiées à cette mission.

En cas de nécessité, une liaison radio peut être établie avec le poste de contrôle de chaque unité, un poste émetteur- récepteur y étant en place.

L'unité est placée sous vidéosurveillance. Les quarante-huit caméras, dont trois caméras dômes pilotables (orientables et munies d'un zoom), sont placées sur la périphérie du site, sur les voies de circulation intérieure, sur les accès et dans les cours. Aucune n'est disposée à l'intérieur des bâtiments.

Les images sont reportées sur des écrans du poste d'entrée, permettant soit d'obtenir une mosaïque, soit une image en plein écran. Un plan de l'UMD avec l'implantation des caméras peut être affiché sur un moniteur et un clic sur un figuratif permet d'accéder directement à l'image correspondante.

A la date de la visite, les images étaient enregistrées et conservées durant dix jours. Il était prévu de demander une extension pour porter ce délai à trente jours.

Dans les unités 2 et 3, seules les images des deux caméras de la cour sont reportées sur un écran installé dans le poste de contrôle.

L'unité 1, qui joue un rôle particulier de nuit (Cf. ci-dessous), dispose de deux écrans dédiés à la vidéosurveillance : l'un pour les images provenant des cours des trois unités, l'autre pour les images provenant des autres caméras. La fonction de pilotage des caméras dômes ne peut toutefois pas y être utilisée.

Les entrées et sortie sont contrôlées. A l'arrivée, chaque soignant perçoit une clé électronique programmée avec des autorisations correspondant à sa fonction et un dispositif d'appel d'urgence (DAU). Lorsque le DAU est en position horizontale, un avertissement retentit dans les 50 secondes (temps maximum), le déclenchement suit dans les 20 secondes en cas de non relèvement.

Des soignants ont émis des critiques sur ces clés qui obligent à refermer systématiquement derrière soit, sans qu'un automatisme ne le fasse.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « il a été fait le choix de ne pas rendre automatique la fermeture des portes après ouverture avec une clé électronique. Les personnels soignants ont souhaité conserver les mêmes gestes et réflexes dans l'ouverture et la fermeture des portes que dans tout autre service de soins, tant pour des questions de pratique professionnelle que de sécurité des patients et des professionnels. Ce système a démontré son efficacité et sa fiabilité depuis plus d'un an maintenant, l'électronique n'étant qu'une assistance à la vigilance humaine, qui reste le meilleur garant de la sécurité ».

Le dispositif d'appel d'urgence peut être activé soit par un bouton rouge, soit par l'arrachage d'un cordon, soit par la détection de la perte de verticalité (fonction utile en cas d'agression). Cette dernière fonction se déclenche fréquemment, selon les mouvements de celui qui le porte, mais peut être rapidement neutralisée avant que l'alerte ne soit effectivement diffusée. Des soignants ont indiqué que, malgré cet inconvénient, le DAU

constituait un outil de sûreté indispensable car ils savaient que l'appareil se déclencherait en cas de difficulté. L'un d'eux a cependant montré les limites du système : il a placé son DAU à plat et il a fallu attendre d'interminables instants avant qu'il ne commence à émettre un signal, lequel précédait le déclenchement de l'alarme ; il a fait observer que ces moments sont toujours trop longs.

Le mercredi 12 décembre 2012, les contrôleurs ont assisté à un déclenchement d'alarme alors qu'ils étaient à l'unité 3. Le lieu de l'incident était affiché sur l'écran de l'appareil de chacun : la salle de sport. Aussitôt, les soignants ont rejoint en courant la porte située au fond de la cour pour se diriger vers le lieu de l'intervention. Ceux de l'unité 2, voisine, faisaient de même. Ils se sont séparés en deux groupes pour pénétrer dans la salle de sport par deux côtés. L'action a été menée en force et avec une très grande rapidité. Fort heureusement, il s'agissait d'une fausse alerte.

Entre 22h15 et 6h15, le poste d'entrée de l'UMD n'est plus tenu par les agents du service de sûreté et il n'est plus possible d'entrer ni de sortir sans l'intervention de l'équipe en service pour l'ensemble du centre hospitalier.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « en dehors des horaires de présence de l'agent de sûreté, il est possible d'accéder à tout moment à l'UMD en faisant appel au service de sûreté posté à l'entrée de l'établissement. Des clés sont également détenues par le service de sécurité incendie ; cadre du bureau de coordination (assurant la régulation sur l'ensemble de l'établissement et en contact permanent avec l'équipe de l'UMD en cas par exemple d'intervention du SAMU la nuit), le technicien de garde et le directeur de garde afin de garantir un accès à l'UMD dans des conditions de rapidité et de sécurité adaptées à ce type de structure. Une procédure existe et décrit ces modalités d'entrée, notamment en cas d'intervention d'urgence. Les situations réelles vécues depuis l'ouverture ont permis d'en vérifier la bonne opérationnalité ».

La fonction de veille de la vidéosurveillance est alors tenue par un soignant de l'unité 1 qui compte un personnel supplémentaire durant la nuit, pour cette raison.

4.2 Le projet thérapeutique

Le projet de l'UMD de Bron s'inscrit à la fois dans la tradition des UMD existantes depuis longtemps et dans un souci de modernité.

Les éléments traditionnels, sur lesquels s'appuie notamment le projet, sont les suivants :

- les textes fondateurs des UMD : l'article 12 du décret du 14 mars 1986 et l'arrêté du 14 octobre 1986 ;
- la notion d'espace différencié entre le jour et la nuit ;
- un cadre de soins bien établi ;
- un environnement contenant et sécurisant ;
- des soins inscrits dans un parcours d'une durée au moins égale à six mois.

Le responsable du projet a mis en œuvre des éléments plus « modernes » :

- la mixité hommes /femmes ;
- la commission du suivi médical fonctionnant à proximité des patients ;
- la diminution de la durée moyenne de séjour ;

- la promotion de la notion de réhabilitation des patients ;
- la mise en place du programme de préparation à la sortie dès l'admission ;
- le travail de liaison avec les familles et les services ;
- l'intégration de l'UMD dans le paysage institutionnel psychiatrique.

La plupart des patients a une prescription d'un traitement neuroleptique d'action prolongée (NAP) d'emblée.

Chaque patient fait systématiquement l'objet de consignes spécifiques incluant non seulement les horaires en chambre et un traitement « si besoin » mais encore la mise en chambre d'isolement ou sous contention « si besoin ».

Les **traitements de substitution** aux opiacés sont prescrits dans l'UMD : le jour de la visite des contrôleurs, un patient de l'unité 3 prenait du Subutex® et un autre hébergé dans la même unité recevait de la méthadone.

Il est possible de faire bénéficier les patients de **l'électro-convulsivothérapie**²⁴ (ECT). Les séances ont lieu dans le service universitaire situé au sein du pôle Est à l'intérieur du centre hospitalier. Le psychiatre qui souhaite qu'un patient soit traité par ce moyen téléphone au service en précisant l'indication. Une réunion de synthèse est organisée. L'équipe en charge de l'ECT rencontre le patient à l'UMD. Ensuite, si l'indication est validée, le patient a une consultation d'anesthésie puis le secrétariat du service d'ECT fixe deux créneaux horaires par semaine à 9h afin que le patient n'attende pas.

Un patient, en provenance de l'UMD de Montfavet (Vaucluse), n'avait été transféré à Bron que parce qu'il avait été en rupture de traitement par ECT depuis 2007 et qu'il avait été hospitalisé en hospitalisation d'office en 2010 dans un service qui ne pratiquait pas ce type de traitement. En échec thérapeutique il a été transféré à l'UMD de Montfavet en décembre 2010 où l'ECT n'est pas non plus pratiquée.

Plusieurs réunions régulières sont prévues :

- réunion médicale tous les lundis de 9h à 10h ;
- réunion « flash » pour aborder la situation de chaque patient le lundi à partir de 10h à l'unité 1, puis à l'unité 2 et à l'unité 3 ;
- réunion pour discuter des éventuelles admissions le mardi tous les quinze jours en alternance avec une réunion des médecins avec l'encadrement (cadre supérieur et deux cadres de santé) ;
- le mercredi de 13h30 à 14h30, un temps d'analyse des pratiques²⁵ est proposé par une psychologue extérieure au service : chaque semaine, le personnel de chaque unité est concerné ainsi que le pôle d'activités ;
- réunion « flash » à l'unité 2 puis à l'unité 3 à partir de 10h jusqu'à 11h ;
- le jeudi de 13h30 à 14h30 a lieu une réunion institutionnelle de tous les personnels de l'UMD ;

²⁴ ECT ou sismothérapie ou « électrochocs ».

²⁵ Ce temps d'analyse des pratiques est budgété sur les moyens financiers du pôle USIP-UMD.

- bureau de pôle USIP-UMD tous les vendredis de 14h à 15h ;
- tous les deux mois, unité par unité, a lieu une réunion sur l'organisation du fonctionnement autour du patient : à titre d'exemple, le 3 décembre à l'unité 3 un point a été réalisé avec le cadre supérieur de santé, les deux cadre de santé et les infirmiers.

4.3 Le parcours du patient.

Le parcours du patient comportait initialement trois temps successifs pour lier l'évolution clinique et institutionnelle dans les différentes unités :

- à l'unité 1 : Il s'agit d'une période d'observation, d'évaluation diagnostique et de mise en place des stratégies thérapeutiques intensives individualisées d'au moins trois semaines tout en recherchant l'apaisement psychique et comportemental. Le cadre du séjour est strict :
 - pas de visites (sauf cas particulier) ;
 - pas d'accès à l'ergothérapie ni aux activités sportives ;
 - pas d'effets personnels ;
 - respect du cadre de soins et des temps collectifs.

A l'admission le patient passe systématiquement 48 heures en chambre d'isolement.

Des temps d'apaisement en chambre sont possibles durant la journée.

- à l'unité 2 : une période de stabilisation avec un programme de soins individualisé et médiatisé intégrant des activités d'ergothérapie et sportives ; la durée est indéterminée et liée à l'évolution clinique du patient. Le cadre de soins est progressivement élargi :
 - visites possibles sur autorisation médicale ;
 - téléphone sur autorisation médicale ;
 - vêtements et objets personnels sur autorisation médicale ;

Des temps d'apaisement en chambre sont possibles durant la journée.

- à l'unité 3 : une phase de poursuite du programme de soins individualisé et médiatisé avec mise en place d'un programme de préparation à la sortie, intégrant la possibilité de sorties courtes accompagnées. La durée du séjour est d'au moins un mois. Le cadre de soins est assoupli. Le lien est renforcé avec le service d'origine (temps de synthèse commune et visites dans le service).

Des temps d'apaisement en chambre sont possibles durant la journée.

L'évolution constante de la réflexion de l'équipe soignante sur le projet thérapeutique et le taux d'occupation des lits a modifié l'organisation initiale du séjour des patients.

L'unité 1 demeure dédiée à l'admission avec une période d'observation d'au moins trois semaines sans visites, appels téléphoniques ni courriers. Les unités 2 et 3 sont appelées à jouer sensiblement le même rôle en accueillant un patient de l'unité 1 en proposant la poursuite des soins ainsi qu'un travail de préparation à la sortie, et en l'hébergeant

définitivement jusqu'à sa sortie sans le changer d'équipe soignante. En tout état de cause « c'est la meilleure combinaison pour le patient qui est adoptée ».

Chaque patient admis à l'unité est suivi par le même praticien hospitalier, quelle que soit l'unité où il est hébergé, y compris les chambres d'isolement. Il existe une exception pour ceux qui sont pris en charge par l'interne du service qui change d'affectation tous les six mois.

La **préparation à la sortie** est organisée tout au long du séjour du patient. Le psychiatre envoie tous les trois mois, puis tous les semestres des courriers de liaison à son confrère à l'origine de la demande d'admission pour lui indiquer l'évolution du patient.

Dès que la sortie du patient est envisagée, l'équipe soignante du service d'origine est invitée à se rendre à Bron afin de rencontrer celle de l'UMD et faire le point de l'évolution du patient. A l'issue de la réunion de synthèse, une rencontre avec le patient a lieu.

Dans un second temps, afin de préparer le retour définitif du patient dans son service ou un autre service²⁶ de son hôpital d'origine, une sortie est organisée dans cet établissement afin que le patient retrouve les lieux où il va continuer sa prise en charge.

Il peut arriver exceptionnellement que la sortie se fasse directement de l'UMD ou par le biais d'une sortie en programme de soins dans le cadre de l'hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat.

4.4 Les locaux

4.4.1 L'entrée et les locaux administratifs

On pénètre dans l'UMD en montrant à l'extérieur son identité et la raison pour laquelle on s'y rend à un agent de sûreté. Celui-ci déclenche l'ouverture de la porte. On arrive alors dans un sas dans lequel se trouvent six casiers métalliques mesurant 0,48 m sur 0,30 m permettant aux visiteurs d'y déposer leurs sacs. Un système de code, permettant de les verrouiller, est hors d'usage. Dans ce sas les soignants doivent « initialiser » la clé remise par l'agent de sûreté (Cf. § 4.1.6)

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « 4 casiers métalliques sur 6 fonctionnent (nombre calé en amont avec les cadres de l'UMD, le nombre de visiteurs simultanément n'excédant pas 4 familles ou personnes, nombre suffisant donc). Il suffit d'appliquer la procédure de fonctionnement affichée sur les casiers.

Aucun dispositif n'est disponible pour initialiser des clés : les clés de l'UMD ne sont pas pourvues de clés mais de clavier à code ».

Deux voies conduisent dans le couloir menant vers l'entrée de l'UMD : l'un, réservé aux visiteurs des patients, oblige à passer sous le portique de détection des métaux ; le second est utilisé par l'ensemble des personnels. Une seconde porte doit être franchie pour sortir du sas.

Un dégagement mène aux vestiaires des hommes et à celui des femmes.

Le couloir, après avoir gravi neuf marches, conduit à un hall où se trouve le guichet d'accueil vitré du secrétariat de l'unité. Il existe une rampe d'accès pour les personnes à mobilité réduite. Dans ce hall sont installés quatre chaises, une table basse, une plante verte

²⁶ En effet il peut arriver que le choix soit fait de ne pas réhospitaliser le patient dans le même service s'il y a commis des actes agressifs, notamment contre un membre du personnel.

ainsi qu'un panneau indiquant « pôle Unité de soins intensifs en psychiatrie-Unité pour malades difficiles ». Pour chaque service, les noms du chef de pôle, du responsable de service sont indiqués. S'agissant de l'UMD, plusieurs noms de praticiens hospitaliers, du médecin généraliste, du cadre de santé assistant du pôle, des chirurgiens-dentistes, des secrétaires n'y figurent pas.

Le hall distribue à gauche l'accès vers les unités et à droite, celui vers les locaux administratifs.

Les locaux administratifs comportent :

- le secrétariat d'une surface de 28 m² avec un local pour les archives ;
- un office pour le personnel d'une surface de 11 m² ;
- un bureau pour le responsable de l'UMD, d'une surface de 17 m² ;
- une salle de réunion d'une surface de 29 m²;
- six bureaux d'une surface de 14 m², attribués aux psychiatres et au médecin généraliste;
- un bureau d'une surface de 14 m², pour l'assistante sociale
- un bureau pour le cadre supérieur de santé (assistant du chef de pôle), d'une surface de 14 m² ;
- un bureau pour le psychologue, d'une surface de 14 m² ;
- deux WC ;
- un local pour les ASH, d'une surface de 10 m².

4.4.2 Les unités

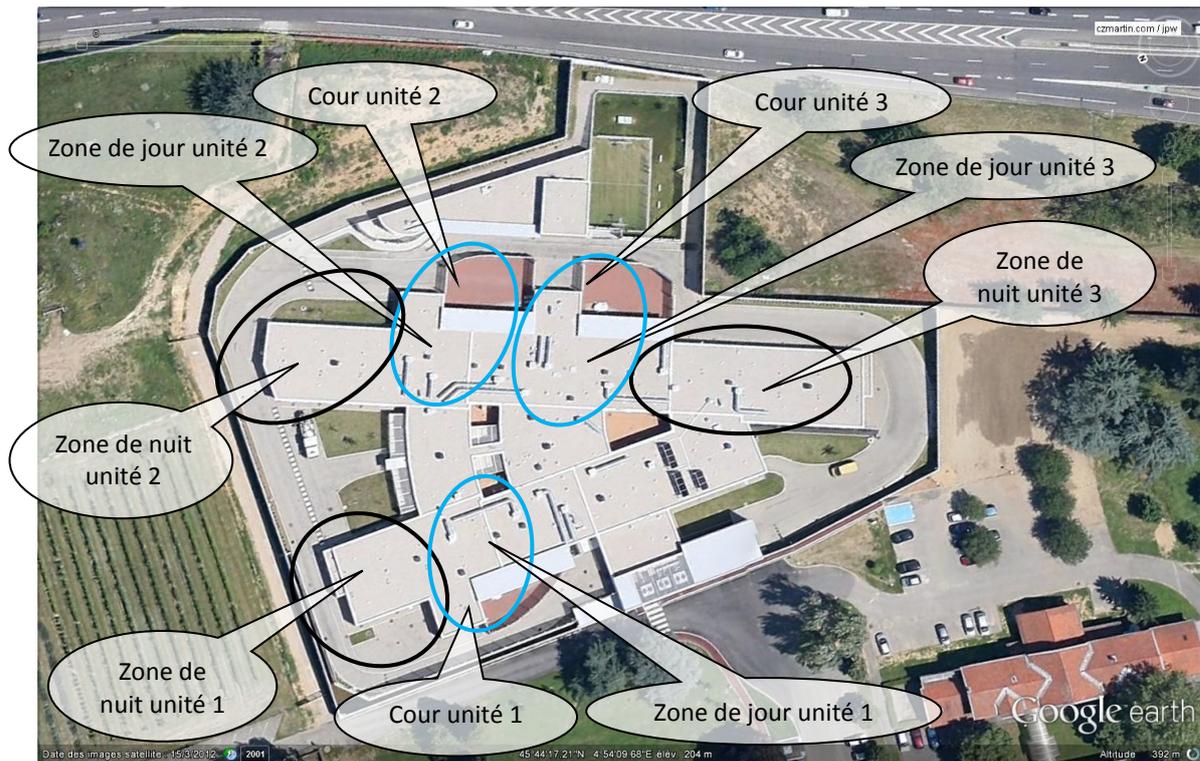
Chaque unité est conçue sur le même type, même si quelques différences ponctuelles apparaissent, notamment entre l'unité 1 et les deux autres.

Chacune, isolée des autres par des portes fermant à clé, dispose de deux espaces : l'un pour la nuit, avec les chambres, et l'autre pour le jour.

Aucune caméra de vidéosurveillance n'y est installée.

Hormis une décoration mise en place à l'approche de Noël, avec un sapin et quelques guirlandes installés dans le poste de contrôle, rien n'égaye les murs. Selon les informations recueillies, des tableaux sont stockés depuis l'ouverture de l'UMD et n'ont pas encore été installés malgré les demandes de travaux transmises. Lors de la réunion de fin de visite, le directeur du centre hospitalier s'est engagé à les faire poser.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « les tableaux de décoration (55 unités) n'étaient pas fixés au mur lors de la visite, car les équipes d'encadrement n'avaient pas encore statué sur leurs emplacements ».



L'unité pour malades difficiles

4.4.2.1 L'espace de jour.

Aucune pièce n'a une forme rectangulaire.

L'espace de jour s'articule autour d'un couloir et est centré sur le **poste de contrôle** tenu par les soignants, plus communément appelée « la bulle ».

Ce poste, de 10 m², forme un demi-cercle. La partie arrondie, dont le haut est vitré, donne une vue complète de la zone de vie des patients, à l'exception des couloirs latéraux. Aucun miroir n'a été mis en place pour y pallier. Au centre de la partie arrondie, sous la vitre, une grille sert d'hygiaphone.

Une table, épousant la forme de pièce, accueille différents équipements :

- un appareil signalant les appels provenant des chambres, affichant le numéro de celle d'où provient la demande, émettant alors un signal sonore qui ne cesse qu'après l'acquiescement effectué de la chambre, par les soignants ;
- un boîtier de commandes électriques pour l'éclairage des différentes pièces et pour lever ou descendre les volets roulants ;
- un moniteur à écran plat sur lequel sont reportées les images de vidéosurveillance provenant des deux caméras des cours de promenade ; à l'unité 1, un appareil supplémentaire est en place car un soignant y assure, de nuit, la veille des images de vidéosurveillance provenant de toutes les caméras de l'UMD (Cf. § 4.1.5) ;
- un micro-ordinateur sur lequel apparaissent les plans de l'UMD permettant de localiser l'endroit exact d'où proviennent les appels d'urgence émis par les soignants en difficulté ;
- un micro-ordinateur donnant accès à la messagerie et à l'intranet ;
- un téléphone ;
- un émetteur – récepteur assurant une liaison avec les équipes de la sûreté (Cf. § 4.1.5) ;
- une horloge à affichage numérique indiquant la date et l'heure.

A l'arrière de cette pièce, une porte donne accès à un **bureau « infirmiers »**. Cette pièce, de 26 m², de forme trapézoïdale, est équipée de bureaux, de chaises, de micro-ordinateurs et de meubles de rangement. Une porte débouche sur un patio.

Deux portes, de part et d'autre de la « bulle », permettent d'accéder au couloir passant devant le poste de contrôle et desservant les pièces de l'espace de jour.

De part et d'autre du bureau « infirmiers », **deux bureaux d'entretien**, de 14 m², également de forme trapézoïdale, sont à la disposition des médecins. Ils sont équipés d'un bureau, de deux chaises et d'un bouton d'alarme.

Un office pour les soignants, équipé de matériels de cuisine (plaques électriques, réfrigérateurs, four à micro-ondes, évier...) est prévu comme salle de repos : celui de l'unité 1 mesure 14 m², celui de l'unité 2, 15 m², et celui de l'unité 3, 12 m². Les deux premiers sont en forme de « L ». Les contrôleurs ont observé que ces locaux, exigus, n'étaient guère utilisés, les personnels préférant prendre leur repas dans le bureau « infirmiers » ; certains ont suggéré que cet inconfort était volontaire pour éviter qu'ils ne s'y attardent.

La pharmacie est située dans un couloir latéral. Il a été indiqué qu'une pièce commune aux unités 2 et 3 avait été envisagée mais chacune des unités dispose de son propre local à pharmacie.

Plusieurs salles, situées face à la « bulle », sont à la libre disposition des patients. Dans chaque pièce, ainsi que dans le couloir, un afficheur numérique indique la date et l'heure.

Une salle de télévision, de 15 à 19 m²²⁷, de forme trapézoïdale, est équipée d'un téléviseur à écran plat protégé par la vitre d'un coffrage, d'un meuble bas de rangement, de fauteuils pour une personne et de banquettes pour deux ou trois personnes. Ainsi, à l'unité 2, sept fauteuils, une banquette à deux places et une à trois places sont à la disposition des patients. Sur trois des côtés, des vitres, pourvues de stores vénitiens, permettent aux soignants d'observer l'intérieur de la pièce.

Une salle d'activités polyvalentes de 20 à 21 m²²⁸, de forme trapézoïdale, est vitrée sur les quatre côtés. Elle est équipée de tables, de chaises, d'un téléphone mural, d'un lavabo avec un distributeur de savon liquide et d'un distributeur d'essuie-mains en papier, d'un réfrigérateur, de placards muraux et d'un plan de travail. Ce dernier est constitué de deux plaques chauffantes, d'un four, d'un four à micro-ondes, d'un évier disposant d'un mitigeur et de deux bacs. Les placards ne ferment pas à clé et aucun matériel ne peut y être laissé. Les jeux nécessaires aux activités (jeux d'échecs, jeux de cartes...) doivent ainsi être rangés ailleurs, pour des raisons de sécurité. Lors de la réunion de fin de visite, le directeur du centre hospitalier s'est engagé à y remédier.

Une salle de musique, de 15 à 17 m², de forme trapézoïdale, vitrée sur trois de ses quatre côtés, a été prévue aux unités 2 et 3 mais ne l'a pas été à l'unité 1. La pièce est équipée de fauteuils et de banquettes : à l'unité 2, quatre fauteuils et deux banquettes à deux places y sont disposés. Dans un placard, une radio permet de diffuser de la musique par des enceintes installées au plafond. A l'unité 1, un tel fond sonore existe dans la salle à manger.

Une salle à manger est également affectée à chaque unité. A l'unité 1, cette pièce, de 21 m², est accolée à un office. Les salles à manger des unités 2 et 3, de 32 m² chacune, sont

²⁷ 15 m² à l'unité 1 ; 17 m² à l'unité 2 ; 19 m² à l'unité 3.

²⁸ 20 m² à l'unité 1 et 20 m² aux unités 2 et 3.

situées de part et d'autre d'un office commun ; une banque, fermée par un rideau métallique hors les heures de fonctionnement, permet le passage des plats.

Des tables (de deux ou de quatre places) fixées au sol et des chaises équipent ces pièces.

Un lavabo, avec un distributeur de savon liquide et un autre pour les essuie-mains en papier, est installé dans la pièce.

Deux WC sont à la disposition des patients. Placés de part et d'autre du poste de contrôle et des bureaux d'entretien, ont une superficie de 4 m². Un WC à l'anglaise avec une barre pour se redresser et un lavabo avec un distributeur de savon liquide et un distributeur d'essuie-mains en papier y sont installés.

Une cour est dédiée à chaque unité. Entre deux des pièces réservées aux patients, un dégagement y mène. A l'unité 3, un baby-foot y est installé.

Les cours des unités 2 et 3 sont identiques. De forme rectangulaire, elles mesurent 17 m de long et 15 m de large (soit 255 m²). Une avancée du toit de 3,80 m, sur l'ensemble de la façade de l'unité, constitue un abri.

Sur la moitié de son périmètre, la cour est délimitée par les bâtiments de l'UMD et, sur l'autre moitié, par des grilles. Au fond, une porte donne accès au chemin menant au bâtiment de l'ergothérapie et au terrain de sport.

- Le sol est recouvert d'un revêtement bicouches. Trois tables en pierre, en forme de « 8 », de 2,70 m de long, chacune entourée de deux bancs également en pierre, sont à la disposition des patients. Des fauteuils en plastique y sont également placés.

Deux caméras de vidéosurveillance sont installées en hauteur, l'une dans un angle près du bâtiment, l'autre dans l'angle opposé.

Deux spots sont placés de part et d'autre de la cour, en hauteur.

A l'unité 1, la cour a une surface de 40 m².

4.4.2.2 L'espace de nuit.

L'unité 1 dispose de dix chambres (hors chambres d'isolement) et les unités 2 et 3 de quinze chacune. Dans chaque unité, l'une d'elles est médicalisée.

Les chambres sont toutes identiques ; celles dites « médicalisées » ne se distinguent que par la seule présence d'un lit médical en substitution du lit ordinaire et elles ne bénéficient d'aucun autre équipement spécifique.



Couloir desservant les chambres de l'unité 2

Les patients entrent dans la chambre par une porte de 1,19 m de large dans laquelle est inséré une lucarne de 0,50 m de haut et de 0,11 m de large.

Les soignants disposent de deux autres accès : l'un par l'extérieur et l'autre par un espace « entre-deux ».

Dans le couloir, à proximité immédiate de la porte, un tableau regroupe les commandes électriques de la chambre : l'éclairage principal mais aussi la veilleuse (utilisée lors des rondes de nuit), la liseuse, l'éclairage additionnel de la salle de bains et les volets roulants ; un interrupteur permet de couper l'éclairage de la chambre, cette commande ayant la priorité sur celles installées à l'intérieur. Sous ce tableau, sont placés deux boutons : l'un (vert) pour appeler, l'autre (rouge) pour acquitter.

La chambre, de 19 m², est meublée d'un lit, d'un ensemble de trois placards et d'une table.



Chambre d'un patient

Le lit métallique (de 2,20 m de long et de 0,90 m de large) est fixé au sol, au centre de la pièce. Un matelas de 0,15 m d'épaisseur est posé dessus. Des draps, des couvertures et un oreiller sont fournis. Un bouton d'appel est placé sur l'armature, d'un côté, et l'interrupteur de la liseuse l'est, de l'autre côté. Trois points d'ancrage pour les sangles de contention sont visibles de chaque côté du lit.

Les trois placards accolés sont alignés sur un même pan de mur. D'une longueur totale de 1,83 m, d'une profondeur de 0,64 m, ils sont équipés d'étagères de rangement. Chacun d'eux est muni d'une serrure et ne peut être ouvert qu'à l'aide de la clé électronique dont disposent les soignants. Les patients ne peuvent donc pas accéder directement à leurs affaires.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « les placards des chambres sont composés de 3 portes, dont une dédiée à l'espace patient. Cette porte est munie, comme les deux autres, d'un cylindre électronique qui s'ouvre avec une clé qui peut également (sur programmation) ouvrir le petit ouvrant de la fenêtre de la chambre et dont la clé peut être remise au patient sur appréciation de l'équipe soignante ».

Une table en bois, de 1 m de long et de 0,40 m de large, est fixée au mur et au sol. Devant, un tabouret (de 0,35 m de diamètre) est fixé au sol.

Une veilleuse est logée dans une cavité du mur, à 0,35 m du sol.

Une liseuse, petit spot installé dans le mur, est située à 1,50 m de sol, à hauteur de la tête de lit. Un bouton (autre celui installé sur l'armature du lit) en assure la commande.

Trois luminaires et un détecteur de fumée protégé par une grille sont fixés au plafond.

Un interrupteur commandant l'éclairage de la chambre et un autre pour les volets roulants sont à la disposition des patients. Cinq prises électriques sont réparties dans la pièce.

Une porte-fenêtre (fermée à clé) donne sur l'extérieur. A côté, une autre ouverture, de 1,15 m de haut et de 0,15 m de large, également fermée à clé, sert pour l'aération de la chambre lorsque les ASH y font le ménage. Un volet roulant peut être abaissé pour la nuit. Au-

dessus de cette ouverture, une demi-sphère en métal brillant sert de miroir pour que, à partir de la porte d'entrée, les soignants puissent voir la partie de la chambre dissimulée par l'avancée de la salle d'eau.

Une autre porte relie la chambre à un « entre-deux » (Cf. ci-dessous).

La salle d'eau individuelle, de 2,50 m², est fermée par une porte pleine de 0,90 m de large. Une lucarne (de 0,11 m de haut et de 0,50 m de large) insérée dans le mur permet aux soignants d'observer si nécessaire l'intérieur de la salle d'eau. Une douche à l'italienne est installée dans un angle de la pièce, avec un pommeau de douche fixe, un robinet et une arrivée d'eau permettant de poser, si besoin, un flexible.

Un WC à l'anglaise en émail blanc, sans abattant ni couvercle, avec un bouton poussoir pour actionner la chasse d'eau, est placé dans un autre angle. Des barres sont prévues pour pouvoir se redresser.

Un lavabo, d'apparence légère, est équipé d'un robinet fournissant de l'eau chaude et de l'eau froide. Il est surmonté d'un miroir²⁹ encastré dans le mur. Une prise électrique est installée à proximité.

Un luminaire, placé au plafond, s'allume automatiquement grâce à un détecteur de mouvement. Un spot constitue un éclairage additionnel.

Aucun support ne permet de faire sécher des serviettes. Les contrôleurs ont constaté que, à défaut, certaines étaient posées sur le haut des portes.

Aucun afficheur indiquant la date et l'heure n'est prévu dans les chambres ordinaires, contrairement à celles d'isolement. Quelques-uns sont répartis dans les couloirs.

Entre deux chambres, un petit couloir, où sont placés les tuyauteries d'eau et des robinets permettant de couper l'alimentation des chambres, mène à une porte de 0,75 m, équipée d'une lucarne de 0,50 m de haut et de 0,11 m de large. Cette porte donne accès à la chambre.

Une salle de bains commune, de 14 à 15 m² selon les unités, est équipée d'une baignoire, d'une douche à l'italienne et d'un WC.

La bagagerie, de 13 à 18 m² selon les unités, est équipée de rayonnage. Cette pièce sert au rangement des affaires personnelles non conservées en chambre ainsi qu'au stockage du linge de rechange (pyjama, serviettes, ...).

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « la bagagerie est réservée au rangement des affaires personnelles des patients. Ce local n'est pas prévu pour le stockage du linge de rechange. Le système en vigueur au Vinatier est un approvisionnement par dotation en armoire sans stockage d'appoint dans les unités de soin. Le linge propre éventuellement non utilisé repart dans l'armoire avec le linge sale, pour être relavé. Les armoires sont elles-mêmes nettoyées à chaque retour selon les règles d'hygiène en vigueur ».

²⁹ De 0,60 m de haut et de 0,40 m de large.

4.4.3 Les patients

4.4.3.1 L'unité 1

Le jour de l'arrivée des contrôleurs, la situation était la suivante : huit patients étaient hospitalisés dont trois dans les chambres d'isolement (Cf. § 6.2). S'agissant des cinq autres patients, leur provenance était :

- une patiente, âgée de 26 ans, admise le 28 novembre 2012 dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale, provenait de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lyon ;
- une patiente, âgée de 34 ans, avait été admise le 28 novembre 2012 en provenance du centre hospitalier (CH) Gérard Marchant de Toulouse (Haute-Garonne) ;
- un patient, âgé de 23 ans, avait été admis en urgence 12 mai 2012 en provenance du CH de Roanne (Loire) ;
- un patient, âgé de 35 ans, avait été admis le 25 septembre 2012 en provenance du CH du Vinatier ;
- un patient, âgé de 30 ans, avait été admis le 25 octobre 2012 après un séjour à l'USIP du Vinatier. Durant la visite, ce patient a été transféré à l'unité 2.

4.4.3.2 L'unité 2

A la date de la visite, l'unité 2 accueillait treize patients : neuf hommes et quatre femmes.

Ces personnes provenaient :

- dix de leur hôpital de secteur : sept venaient du Rhône (dont trois du centre hospitalier spécialisé Saint-Jean-de-Dieu, trois de celui du Vinatier, une de celui de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or) ; une de l'Isère ; une de la Loire ; une de Martinique ;
- deux d'une autre unité pour malades difficiles : l'une, rattachée au secteur de Nice (Alpes-Maritimes), de l'UMD de Montfavet (Vaucluse) ; l'autre, rattachée au secteur de Bassens (Savoie), de l'UMD de Cadillac (Gironde) ;
- une, rattachée au secteur de Romans (Drôme), de l'UHSA de Lyon, après sa levée d'écrou.

Parmi eux, aucun n'était détenu et deux avaient été jugés pénalement irresponsables (article L122-1 du code pénal).

Le plus jeune avait 23 ans et le plus âgé, 52 ans.

La personne hospitalisée à l'UMD depuis le plus longtemps était arrivée le 19 mars 2012 (soit neuf mois).

Dix pouvaient bénéficier de visites et téléphoner.

4.4.3.3 L'unité 3

A la date de la visite, l'unité 3 accueillait douze patients : onze hommes et une femme.

Ces personnes provenaient :

- dix de leur hôpital de secteur : cinq venaient du Rhône (dont trois du centre hospitalier spécialisé Saint-Jean-de-Dieu et deux de celui du Vinatier) ; trois de l'Isère ; une de l'Ain ; une de Savoie ;
- deux, sans domicile fixe, dont un homme sortant d'un établissement pénitentiaire, avaient été rattachées au CHS Le Vinatier.

Parmi eux, aucun n'était détenu et trois avaient été jugés pénalement irresponsables (article L122-1 du code pénal).

Le plus jeune avait 29 ans et le plus âgé, 66 ans.

La personne hospitalisée à l'UMD depuis le plus longtemps était arrivée le 10 septembre 2012 (soit trois mois).

Neuf pouvaient bénéficier de visites et téléphoner.

Au total, sept des trente-trois patients avaient été admis en provenance du CH Vinatier soit 21,2 %.

4.4.4 Fonctionnement

4.4.4.1 La journée type

Un document remis aux contrôleurs lors de la visite définit l'organisation d'une journée type, telle qu'elle est présentée ci-dessous.

A partir de 7h, le petit déjeuner est préparé par les aides-soignants. Au même moment, les infirmiers préparent les médicaments et effectuent, le cas échéant, les prélèvements sanguins.

Les soignants réveillent les patients, leur demandent comment la nuit s'est déroulée et distribuent les traitements devant chaque chambre sous la surveillance de deux soignants.

Ces derniers remettent les affaires de toilette personnelles de chacun ainsi que le pyjama, un tee-shirt, un slip, des chaussettes et un gant de toilette. Les rasoirs jetables de l'hôpital sont conservés dans la lingerie de l'unité dans des sachets nominatifs et récupérés après la toilette. Les affaires sont rangées dans le placard fermé à clé. Le patient refait son lit.

A 8h30, le petit déjeuner est pris dans la salle à manger.

A 9h, la première sortie pour fumer dans la cour est organisée.

De 9h30 à 11h, ont lieu les entretiens médico-infirmiers.

A 11h, a lieu la seconde sortie pour fumer dans la cour. La télévision fonctionne de 11h à 12h.

A 11h45, les médicaments sont distribués en salle de soins. Un soignant se situe à la porte d'accès de cette pièce tandis qu'un second effectue la distribution.

A 12h, les patients prennent leur déjeuner ainsi qu'un café dans la salle à manger.

A 12h30, a lieu la troisième sortie pour fumer dans la cour.

De 13h à 15h, les patients rentrent dans leur chambre pour la sieste. Les pantoufles et les pulls sont rangés dans les placards.

A 15h, les patients sont autorisés à se rendre dans l'espace de vie.

A 16h, un goûter composé d'une boisson chaude au choix (café, cacao, thé ou lait) avec du sirop, quatre biscottes, un gâteau et quatre carrés de chocolat, est servi.

De 17h à 19h, le poste de télévision fonctionne.

A 18h45, les médicaments sont distribués selon la même organisation qu'à 11h45.

A 19h, le dîner est servi.

A 19h30, a lieu la cinquième sortie pour fumer dans la cour.

A 20h, les patients rentrent dans leurs chambres. Les pantoufles et les pulls sont rangés dans les placards.

A 21h, les soignants effectuent le tour des chambres.

L'équipe de nuit prépare et distribue les traitements du coucher à 22h. Elle prépare également les bilans sanguins du lendemain.

4.4.4.2 Les règles de vie

A. Unité 1

L'unité 1 est l'unité d'admission où le cadre de vie est le plus strict.

Les patients restent en pyjama durant leur séjour dans l'unité. Les visites, l'accès au téléphone y sont interdits durant au moins trois semaines.

L'usage du MP3 n'y est pas autorisé.

L'accès à la cour est possible à 9h, 11h, 13h, 16h et 19h pendant trente minutes.

Les patients sont autorisés à fumer deux cigarettes à chaque sortie dans la cour. Les paquets de cigarettes sont conservés dans le bureau des infirmiers. Ceux-ci allument les cigarettes à tous les patients.

Les contrôleurs ont assisté au **déjeuner** du 11 décembre 2012. Trois patients prenaient leurs repas en chambre d'isolement ; cinq patients étaient dans la salle à manger. Parmi les huit patients :

- un bénéficiait d'un supplément alimentaire ;
- un avait un régime riche en fibres, sans viande ;
- deux avaient un régime « tendre » ;
- deux avaient un régime sans porc ;
- un avait un régime sans porc, riche en fibres.

Le menu comportait une soupe industrielle en brique (velouté de légumes), réchauffée dans le four, un soufflé au poisson et aux crustacés avec du riz nature, des carottes à la ciboulette, de la crème de gruyère et une crème liégeoise mangue-passion. Une tisane est servie en fin de repas.

Les patients ont indiqué aux contrôleurs être satisfaits du repas. L'un d'eux a fait remarquer que la soupe servie ne correspondait pas à celle annoncée sur le menu affiché dans la salle à manger.

Il a été indiqué que l'un des patients souhaitait prendre son **dîner** dans sa chambre.

Le jour de la visite des contrôleurs, un seul des quatre patients avait le droit de téléphoner tous les mercredis à sa mère durant dix minutes.

Aucun patient n'a le droit de sortir à l'unité 1 pour des sorties thérapeutiques (Cf. § 3.13).

S'agissant du **courrier**, il a été indiqué aux contrôleurs, que les lettres étaient ouvertes en présence du patient « pour contrôler l'absence d'un objet interdit ou dangereux ».

Il est fourni, à la demande du patient, sur prescription médicale, un stylo, du papier et une enveloppe afin qu'il puisse écrire un courrier. Il peut le rédiger dans la salle d'activités avec un infirmier ou seul, dans la salle à manger. Le contenu du courrier à la famille peut « être repris en entretien pour voir ce qu'il attend quand il écrit des propos inquiétants, en relation avec des éléments criminologiques ». Si le patient tient à faire partir la lettre, il peut être décidé en équipe d'avertir le destinataire du contenu de la missive qu'il va recevoir. Les lettres sont affranchies par le secrétariat de l'UMD.

B. Unité 2 et unité 3

La tenue vestimentaire.

Dans les deux unités, dans la journée, lorsqu'ils sont dans l'espace de jour, les patients portent des chemises, tee-shirts ou pull-over personnels mais conservent le bas de pyjama. Lorsqu'ils sortent de l'unité, pour aller à une activité à l'ergothérapie ou en sport, ils revêtent un pantalon personnel.

Les chaussures portées sont dépourvues lacet. Souvent, ce sont des chaussures de sport avec des attaches en velcro.

Les sous-vêtements sont des effets personnels, sauf si le trousseau de la personne n'est pas suffisant, auquel cas ils sont fournis par l'établissement.

Le linge personnel, étiqueté, est nettoyé par la laverie centrale de l'hôpital.

Un patient rencontré par les contrôleurs a indiqué qu'il était en difficulté par rapport à ses vêtements : ayant beaucoup grossi, ses vêtements ne sont plus adaptés ; sa famille ne souhaite pas s'associer à sa vie quotidienne. Il demande à bénéficier d'une sortie ou de pouvoir consulter un catalogue de vente par correspondance pour y faire des achats.

L'hygiène.

Chaque matin, le pyjama, le gant et la serviette sont changés. Les draps le sont chaque semaine.

Il a été indiqué que les patients allant au sport prenaient une douche à leur retour.

L'accès à la cour.

L'accès à la cour est libre durant plusieurs créneaux : entre la fin du petit déjeuner et 13h (heure du retour en chambre pour la sieste) puis entre 15h (fin de la sieste) et 20h.

Durant la visite des contrôleurs, les conditions climatiques n'ont pas incité les patients à sortir. Hors les cinq moments consacrés à fumer les cigarettes, rares ont été ceux y allant ; ceux-là y marchaient en tournant autour de la cour et n'y restaient qu'un temps limité.

La sortie dans la cour n'implique pas la présence d'un soignant dans cet espace. La surveillance est réalisée à partir de la « bulle », soit directement, soit à partir des images de vidéosurveillance.

L'accès à la télévision et au MP3.

A l'unité 2, l'accès à la télévision et au MP3 n'est pas simultané. Ainsi, les patients :

- le matin, disposent de leur MP3 de 9h30 à 10h30 puis peuvent regarder la télévision de 10h30 à 12h ;
- l'après-midi, disposent de leur MP3 de 15h à 16h30 puis peuvent regarder la télévision de 16h30 à 20h30 ;
- le soir, peuvent conserver le MP3 de 20h à 21h.

Les MP3 sont conservés et rechargés par les soignants.

A l'unité 3, les patients peuvent conserver leur MP3 de 9h30 à 21h, y compris durant le retour en chambre de 13h à 15h. Le téléviseur est allumé de 9h30 à 13h et de 15h à 20h30.

Dans les deux unités, la télécommande est conservée dans le bureau « infirmiers » et les soignants changent de chaîne à la demande. Lorsqu'un désaccord apparaît entre les patients, les soignants en discutent avec eux pour trouver une solution ; cela fait aussi partie du soin, a-t-il été précisé.

Le courrier

Le papier, le stylo et l'enveloppe sont fournis au patient qui souhaite écrire. Cette situation est cependant assez rare, a-t-il été indiqué, d'autant qu'ils peuvent téléphoner. Parfois, un soignant peut aider celui qui le demande.

Le patient ferme son enveloppe et la remet à un soignant. Elle est alors placée dans un casier de « courrier départ ». La secrétaire de l'UMD passe chaque matin, vers 10h, pour déposer le courrier arrivé et prendre celui au départ. Le timbre est généralement fourni par l'établissement.

Lorsqu'une lettre adressée à un patient arrive, un soignant la remet à son destinataire. Ce dernier l'ouvre en présence du professionnel, uniquement pour s'assurer qu'aucun objet dangereux n'y a été glissé. Le courrier n'est pas soumis au soignant.

Lorsque l'enveloppe fait référence à un organisme particulier (administration par exemple), l'assistante sociale est saisie.

Lorsqu'un colis est reçu, le patient l'ouvre en présence d'un soignant et un inventaire est dressé.

Le téléphone

Durant leur hospitalisation, les patients ne conservent pas leur téléphone portable.

Ils ont droit à un appel de dix minutes par semaine, un jour donné, à une heure donnée, passé à partir d'un poste de l'UMD.

Les contrôleurs ont observé que certains patients anticipent, rappelant qu'ils vont pouvoir téléphoner.

Les contrôleurs ont aussi constaté que le poste mural du couloir n'est pas utilisé car il ne garantit pas la confidentialité des discussions.

Les soignants, après avoir demandé qui appeler, se charge de composer le numéro et du premier contact avec le correspondant. Le patient est installé, seul, dans un des deux bureaux d'entretien attenants au bureau « infirmiers ». La porte est tirée sans être totalement fermée et les soignants restent dans leur bureau.

Cette règle est toujours respectée, a-t-il été indiqué ; elle l'a été pour les trois appels auxquels les contrôleurs ont assisté le 12 décembre 2012, vers 18h15.

Pour un premier patient, la personne appelée a aussitôt répondu et la communication lui a été immédiatement transférée.

Pour un deuxième homme, qui demandait à parler à sa fille, la situation a été plus compliquée. Le numéro de téléphone portable ne répondait pas et le soignant a laissé un message sur le répondeur. Il a ensuite cherché à la joindre par un numéro de téléphone fixe mais c'est la petite-fille qui a décroché, sa mère étant absente. Le soignant l'a expliqué au patient et lui a indiqué qu'il rappellerait plus tard. Un moment après, il a effectivement composé de nouveau le numéro de téléphone mobile de la fille, sans obtenir de réponse. Après en avoir discuté avec le patient, il a finalement rappelé la petite-fille avec qui le patient a pu s'entretenir, dans des conditions identiques à celles précédemment énoncées.

Le troisième patient avait souhaité parler à sa sœur. La communication a été très rapidement établie. Durant l'entretien, cet homme est venu chercher le soignant car sa sœur voulait des renseignements pour une prochaine visite.

La durée de la communication est de dix minutes. Des pratiques peuvent cependant varier selon les soignants : l'un a expliqué que « dix minutes, c'est dix minutes » tandis qu'un autre indiquait « on n'est pas à quelques minutes près ».

Le 12 décembre 2012, les contrôleurs ont observé que, à l'approche des dix minutes, le soignant annonçait au patient « monsieur [...], il va falloir bientôt raccrocher », lui laissant le temps d'achever sa conversation, sans précipitation.

L'accès à internet

Les patients n'ont pas accès à internet et ne peuvent pas communiquer par courriel avec leurs proches.

A l'avenir, une possibilité devrait exister au cyber café.

L'accès au tabac.

Les patients ont droit à fumer deux cigarettes à cinq moments de la journée (après le petit déjeuner, à 11h, après le déjeuner, après le goûter, après le dîner), soit dix par jour.

Les paquets de cigarettes et les briquets sont conservés par les soignants, dans le bureau « infirmiers ». Le 12 décembre 2012, huit paquets en cours d'usage et deux briquets étaient ainsi rangés dans une boîte métallique, à l'unité 2, et neuf paquets en cours d'usage l'étaient dans un bac en plastique, à l'unité 3. D'autres paquets, en réserve, étaient rangés dans un placard ; une fiche³⁰ permettait de connaître le nombre des paquets restants à chacun. Il a été indiqué que la situation de la réserve était examinée chaque semaine et que les achats étaient effectués par la cadre supérieure de santé.

Les contrôleurs ont assisté, à plusieurs reprises, à la distribution des cigarettes. Au moment fixé, un soignant prend la boîte contenant les paquets en cours d'usage et se rend dans la cour pour remettre à chacun au plus deux cigarettes ; à chaque fois, tous ont pris les deux. Le soignant a fourni le feu et les patients sont restés dans la cour pour fumer.

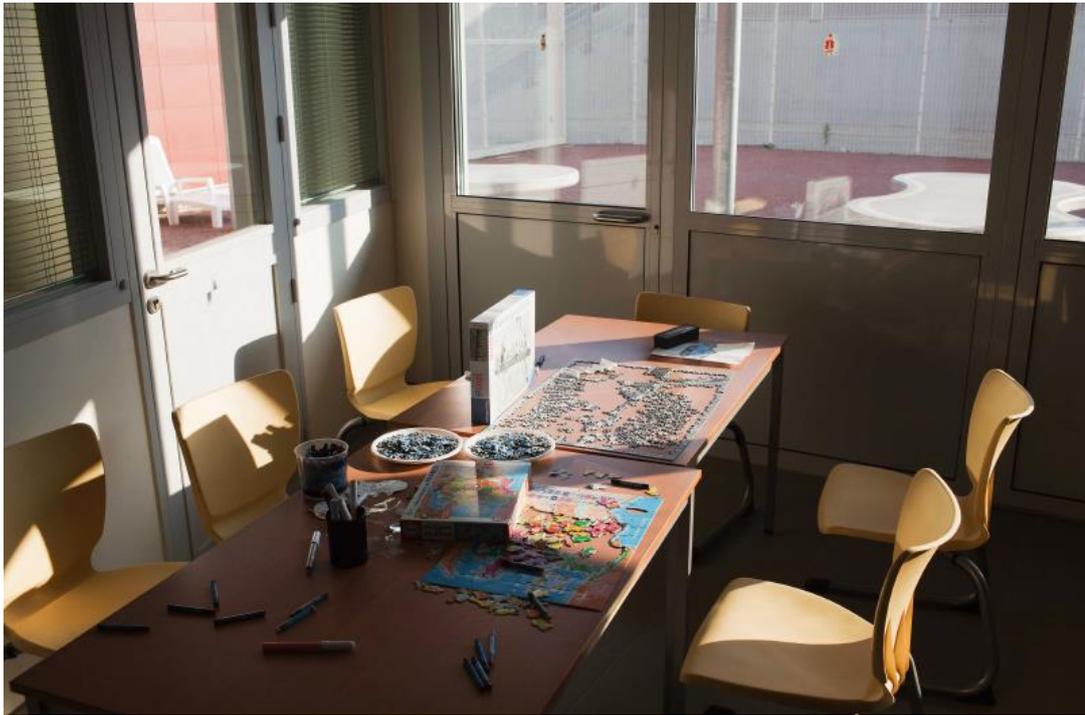
³⁰ La fiche mentionne la date, le nombre de paquets déposés, le nombre de paquets retirés, le nombre de paquets restants, la signature du patient.

Il est arrivé qu'un patient arrive en retard, sortant d'une activité ou d'un entretien. L'intéressé est alors allé voir un soignant pour lui indiquer qu'il souhaitait sortir fumer et a obtenu ses deux cigarettes.

Quelques patients ont fait savoir qu'ils souhaiteraient fumer davantage.

Les activités.

Les contrôleurs ont constaté que, en dehors des activités programmées à l'ergothérapie ou au sport, les soignants proposaient fréquemment des jeux aux patients : des parties de cartes, d'échecs, de baby-foot, puzzle...



Salle d'activité au sein d'une unité

Les visites.

Les patients ont droit à une visite d'une durée de trente minutes au moins, toutes les deux semaines.

Les repas.

Avant les heures de repas, les salles sont préparées par les aides-soignants. Une assiette et un gobelet en plastique ainsi qu'une cuillère en métal et une serviette en papier sont posés à chaque place ; un pichet d'eau, également en plastique, est placé sur chaque table. Les assiettes, gobelets et pichets sont de différentes couleurs. Il n'y a ni fourchette ni couteau.



Salle à manger d'une unité

Les menus de la semaine sont affichés sur les vitres de la salle de restauration. Lors de la visite, ceux du mardi 11 au lundi 17 décembre 2012 y étaient apposés et faisaient apparaître quatre régimes : « normal » ; « riches en fibre » ; « sans porc » ; « sans viande ».

Dans les deux unités, aucun plan de table n'existe et les patients se placent selon leurs affinités. Les contrôleurs ont observé que la répartition pouvait aussi varier d'une fois à l'autre.

Les contrôleurs ont assisté au déjeuner du jeudi 13 décembre 2012, à l'unité 3.

Le plat principal a été servi dans des barquettes ; certains patients ont mangé directement dans la barquette, d'autres ont versé le contenu dans leur assiette.

Les contrôleurs ont constaté la difficulté à s'alimenter à l'aide d'une seule cuillère, en l'absence de fourchette et de couteau.

Ce jour là, une part de pizza était servie en entrée. La plupart des patients a pris le morceau avec les mains pour le porter à la bouche. Un homme s'y est manifestement refusé et a coupé des bouchées à l'aide du « tranchant » de la cuillère ; cet exercice a été long et difficile.

Un autre homme a demandé l'assistance d'un soignant pour lui couper son morceau de viande, ce qui lui a ensuite permis de se servir de sa cuillère. D'autres, qui avaient un plat de poisson, coupaient avec le « tranchant » de la cuillère.

En fin de repas, le morceau de fromage a été généralement pris à la main. Celui qui avait coupé la pizza avec la cuillère en a fait de même avec le fromage.

La compote, dans un petit pot, a présenté une autre difficulté en raison de la taille de la cuillère. Pour finir, certains ont utilisé leurs doigts, d'autres le manche de la cuillère.

En fin de repas, chaque patient jette ses déchets dans une poubelle, restitue ses couverts et nettoie son emplacement. Chacun quitte la salle à son rythme ; quelques-uns, ayant besoin de plus de temps, partent après les autres. Ce jour là, le repas a été pris en trente minutes ; les soignants ont indiqué veiller à ce que certains ne mangent pas trop vite mais aussi que tous ceux qui le souhaitent aient le temps de fumer avant de rejoindre leur chambre à partir de 13h.

Les contrôleurs ont également assisté à un goûter, le 11 décembre 2012 à 16h, à l'unité 2. Un gobelet en plastique, une cuillère, une serviette en papier ainsi qu'un boudoir, deux biscottes et deux carrés de chocolat avaient été installés à chaque place. Les patients pouvaient boire du café, du chocolat ou du sirop, selon leur goût. Les soignants distribuaient le sucre à la demande.

La dispensation des médicaments.

La dispensation des médicaments a lieu trois fois par jour.

Le matin, au réveil, les infirmiers les délivrent en chambre.

A 11h45 et à 18h45, les patients viennent les prendre à la pharmacie. Les contrôleurs ont observé que certains se présentaient spontanément à proximité de cette pièce, avant l'heure. Deux infirmiers procèdent à cette distribution : l'un se tient dans le local, derrière un chariot sur lequel sont placés les traitements préalablement préparés ; l'autre, dans le couloir, régule l'arrivée des patients pour maintenir un espace entre ceux qui attendent et celui qui reçoit ses médicaments.

Des discussions s'engagent parfois entre les patients mais aussi entre les soignants et les soignés. Il en a été ainsi entre les infirmiers et un homme qui indiquait de ne pas avoir faim et ne pas vouloir déjeuner. Progressivement, ils l'ont convaincu d'aller dans la salle à manger pour y voir ce qui était servi. Sur place, ils l'ont ensuite amené à consommer non pas la totalité du repas mais une partie. Le tout en faisant preuve de souplesse et de tact.

5 SOINS SOMATIQUES

Un médecin généraliste est présent trois demi-journées par semaine dans le pôle USIP-UMD. Ce temps devrait être porté à cinq demi-journées en 2013.

Comme ce praticien exerce par ailleurs aux urgences d'un hôpital général, les jours de présence ne sont pas fixes ; ils sont déterminés en fonction des jours de garde.

Le médecin généraliste a une consultation avec tous les patients admis à l'UMD. Un bilan systématique, comprenant un électrocardiogramme, est effectué à l'admission.

Il tente de récupérer le carnet de santé du patient et remet à jour les vaccinations. Ensuite le patient est vu tous les trois mois ou à la demande si survient un problème. Il n'effectue pas le suivi des patients placés en chambre d'isolement et/ou en contention.

Du fait de son exercice hospitalier, il entretient des relations aisées avec les services de médecine interne, de chirurgie, d'imagerie ou de spécialités, ce qui lui permet d'obtenir des rendez-vous dans des délais très rapides.

Il coordonne la « politique de santé » au sein de l'UMD en travaillant avec la nutritionniste du CH du Vinatier, pour prévenir le risque cardio-vasculaire, l'obésité et faire de l'éducation alimentaire.

Le médecin généraliste est l'interface avec la pharmacie non seulement pour les médicaments mais aussi sur le matériel médical.

Après une consultation d'ophtalmologie, le patient peut obtenir des lunettes en rencontrant un opticien conventionné avec le CH du Vinatier qui se déplace à l'UMD.

Les prélèvements sanguins sont analysés à l'hôpital Edouard Herriot de Lyon. Les résultats sont transmis sur le logiciel « Cortexte » qui contient l'ensemble des dossiers patients informatisés.

Deux chirurgiens-dentistes assurent à tour de rôle les **soins dentaires** le mardi après-midi dans un cabinet situé dans le couloir de distribution des unités. Ils disposent d'une salle de soins de 18 m² et d'un local de décontamination des déchets de 4 m². L'un est praticien hospitalier et le second, praticien contractuel dans le service d'odontologie du centre hospitalier du Vinatier. Ils bénéficient de l'aide d'une assistante dentaire. Ils reçoivent chaque patient en présence d'un ou deux soignants.

Ils effectuent les soins en tenant compte de la demande des patients et de leur capacité à accepter des soins à un moment donné. Ils peuvent surseoir à une extraction et pratiquer seulement un détartrage si telle est la demande du patient. Les soins sont effectués pour les patients des unités 2 et 3 et, en cas d'urgence, à l'unité 1.

Selon les informations recueillies, l'état d'un certain nombre de patients nécessiterait des soins prothétiques qui ne peuvent être réalisés dans le cadre de la convention qui existe entre le service d'odontologie et l'UMD.

Selon les indications fournies aux contrôleurs, l'état bucco-dentaire des patients à leur arrivée est mauvais du fait de leur pathologie, des effets des médicaments prescrits et de leur alimentation. « Se brosser les dents n'est pas leur priorité ».

Les chirurgiens-dentistes assurent des **cours d'éducation à la santé** sur le thème de l'hygiène dentaire. Les contrôleurs ont assisté à une séance ayant eu lieu le mardi 11 décembre dans la salle à manger de l'unité 3 en présence de douze patients. Le praticien a expliqué, avec pédagogie, l'intérêt du brossage des dents et plusieurs questions ont été posées sur le choix du dentifrice, la possibilité d'utiliser du savon ou de la mousse à raser et l'utilité des pastilles pour les appareils dentaires.

6 RECOURS À L'ISOLEMENT ET À LA CONTENTION

6.1 La procédure d'isolement

Il existe un document, daté du 1^{er} mars 2004, intitulé « utilisation des chambres d'isolement » en vigueur dans l'ensemble des services du centre hospitalier. Il a été rédigé par un groupe de travail, vérifié par un praticien hospitalier, vice-président de la CME et validé par le président de la CME et le directeur des soins par intérim ; il a été approuvé par le comité exécutif qualité lors d'une réunion tenue le 1^{er} mars 2004.

Ce document a pour objet de « consigner les modalités de prescription et de surveillance de mise en chambre d'isolement ».

Il définit deux « mots clefs » : l'isolement thérapeutique et la contention physique.

Un arbre décisionnel permet de visualiser toutes les étapes à partir de la décision de mise en chambre d'isolement jusqu'à la sortie du patient.

Le document n'évoque pas le suivi somatique du patient durant son maintien en chambre d'isolement.

Lorsqu'un patient est placé en chambre d'isolement à l'UMD, son lit est gardé dans l'unité.

Les chambres d'isolement de l'UMD ne sont pas utilisables par des patients d'autres services du Vinatier, même pas ceux de l'USIP qui appartient au même pôle.

6.2 Les chambres d'isolement

L'UMD dispose de quatre chambres d'isolement, regroupées dans une zone située dans les locaux de l'unité 1, séparée des autres chambres.



Couloir de distribution des chambres d'isolement n°3 et 4

Le 10 décembre 2012, à 15h, à l'arrivée des contrôleurs, deux personnes y étaient hébergées : un majeur (homme), venant de l'UMD de Cadillac (Gironde), depuis le 7 décembre 2012, et un mineur de 17 ans, venant de Savoie, depuis deux semaines.

A 16h, un homme provenant de l'UMD de Montfavet (Vaucluse) était admis à l'UMD et, comme chaque arrivant, était placé en chambre d'isolement pour une période d'observation.

Le 12 décembre 2012, une autre personne était également admise à l'UMD et placée en chambre d'isolement. A cette date, les quatre chambres étaient donc occupées.

Les quatre chambres sont de conception identique et ne diffèrent que par leur dimension : deux ont une superficie plus importante que les deux autres (16 m² pour les chambres n°1 et n°2 – 13 m² pour les chambres 3 et n°4).

Aucun dispositif de vidéosurveillance n'y est installé.

Les contrôleurs ont visité l'une d'elles.

Chaque chambre regroupe un sas d'entrée, la chambre proprement dite (avec un espace pour un WC et un lavabo) et la salle de douche ; une cour lui est réservée. Un bureau d'entretien est attenant. Ainsi, les soignants bénéficient de trois accès : le premier, par

l'entrée principal du hall ; le deuxième, par la porte reliant la chambre au bureau d'entretien ; le troisième, par la cour.

Une porte de 1,13 m de large, avec une lucarne de 0,50 m de haut et de 0,11 m de large, donne accès au **sas d'entrée**. Dans cet espace, de 1,55 m de long, de même largeur que la porte, est placé un tableau de commande de l'électricité avec une prise de courant et plusieurs interrupteurs : « WC », « salle de bains », « lecture », « ambiance », veilleuse », « volets roulants ». Des portes donnent accès à une gaine technique. Un plafonnier et un détecteur de fumée sont fixés au plafond.

Une ouverture vitrée, de 0,50 m de haut et de 0,11 de large, est placée dans le mur séparant le sas des WC.

A partir du sas, **la salle de douche**, de forme trapézoïdale, d'une superficie de 3 m², est accessible par une ouverture de 0,80 m de large. Le sol et les murs sont carrelés. Une douche à l'italienne y est installée, avec un pommeau de douche fixe, un robinet et une arrivée d'eau permettant de poser un flexible, si besoin. Deux tubes au néon, placés sous une protection vitrée, assurent l'éclairage en l'absence de fenêtre. Un bouton d'appel est fixé sur un mur.

Une ouverture vitrée, de 0,50 m de haut et de 0,11 de large, est placée dans le mur séparant la salle de douche de la chambre.

Une porte de 1,13 m de large, avec une lucarne de 0,50 m de haut et de 0,11 m de large, donne accès à **la chambre**. Les contrôleurs ont observé que les ouvertures vitrées de cette dernière porte et de celle d'entrée dans le sas sont placées de telle sorte qu'un soignant peut voir le lit à partir du couloir, sans avoir à entrer.

La chambre est équipée, en son centre, d'un lit métallique, de 2,20 m de long et de 0,90 m de large, fixé au sol. Un matelas, de 0,15 m d'épaisseur y est placé. Des draps, un oreiller avec sa taie et un pyjama sont posés dessus. Il a été indiqué que des couvertures pouvaient être fournies. Quatre sangles de contention sont arrimées à quatre points de fixation du lit. Elles sont placées là par anticipation mais ne sont utilisées que si cela est nécessaire, en fonction de l'état du patient, a-t-il été précisé.

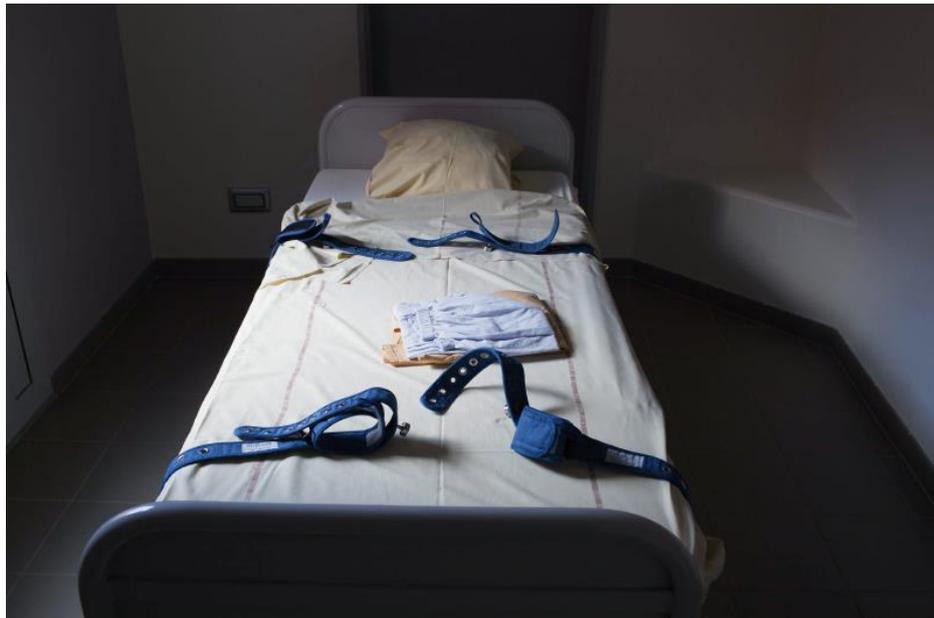
Un bouton d'appel est placé d'un côté du lit, sur l'armature métallique.

Dans un angle de la pièce, une partie en ciment de 0,70 m de côté, peut éventuellement servir de siège.

Trois luminaires, deux spots et un détecteur de fumée sont placés au plafond. Une veilleuse, utilisée de nuit par les soignants lors de leur ronde, est nichée dans une cavité du mur, à 0,35 m du sol.

Le sol est carrelé. Les murs sont peints de couleur claire.

Une porte métallique, avec une partie vitrée de 1,15 m de haut et de 0,70 m de large, fermée à clé, donne dans une cour. A côté, une autre ouverture, de 1,15 m de haut et de 0,15 m de large, également fermée à clé, sert pour l'aération de la chambre lorsque les ASH y font le ménage. Des volets roulants permettent d'occulter la partie vitrée.



Chambre d'isolement

D'un côté de la chambre, derrière une cloison, est installée **une salle d'eau**. Une ouverture de 1,30 m y donne accès. Un WC à l'anglaise en inox, sans couvercle ni abattant, y est placé dans un angle ; un bouton poussoir sert à actionner la chasse d'eau. Lors de la visite, deux rouleaux de papier hygiénique étaient rangés sur le rebord de l'ouverture vitrée du mur de séparation avec le sas. Cette pièce est également équipée d'un lavabo, en inox, muni d'un robinet délivrant de l'eau chaude et de l'eau froide. La conception permet d'assurer l'intimité des personnes. Un bouton d'appel est installé près des WC.

Au-dessus de cette salle d'eau, un téléviseur et un afficheur numérique indiquant la date et l'heure sont placés derrière une paroi vitrée. La télécommande est conservée par les soignants qui ne l'allument qu'en fonction des prescriptions médicales ; lors de la visite, elle était rangée dans le couloir desservant les quatre chambres d'isolement.

La cour attenante est réservée au patient accueilli dans la chambre. De forme trapézoïdale, cette cour de 19 m² est fermée par les bâtiments sur trois côtés et par une grille la séparant d'un patio utilisé par les soignants sur le quatrième côté. Une autre grille est fixée au-dessus de la cour. Une porte permet d'y accéder directement à partir d'un couloir de l'unité 1.

Le sol est en béton et une grille d'évacuation des eaux est placée au centre de la cour. Un bac cylindrique contenant du sable fait fonction de cendrier. Un spot sert d'éclairage. Il n'y a aucun autre équipement.

Un bureau d'entretien, de 9 m², est adossé à la chambre. Une porte, de 0,90 m de large, avec une lucarne de 0,50 m de haut et de 0,11 m de large, les sépare ; elle ne peut s'ouvrir qu'à partir du bureau.

La pièce est équipée d'une table, de deux chaises et d'un bouton d'alarme.

Des robinets, placés dans une armoire, permettent éventuellement de couper l'eau alimentant la douche, le lavabo et les WC.

Selon les informations recueillies, cette pièce était initialement prévue pour que les médecins y reçoivent les patients placés en chambre d'isolement. Il a été indiqué que cette

solution n'était que très rarement utilisée, les entretiens se déroulant ou bien dans la chambre ou bien dans un des bureaux d'entretien de l'unité.

Les différentes portes (accès au sas, à la chambre, à la cour) et la fenêtre d'aération sont munies de serrures que seules les clés électroniques peuvent ouvrir (cf. paragraphe 4.1.6).

A l'extérieur de la chambre, un voyant rouge clignote lorsqu'un patient actionne le bouton d'appel. Il ne s'éteint que lorsque le soignant effectue l'acquittement, sur place.

Les différents soignants rencontrés ont indiqué que cette conception correspondait à leur souhait, exprimé lors de la préparation du projet, et ont fait part de leur satisfaction.

6.3 Le recours à la contention

Il existe un document, daté du 8 mars 2012, intitulé « utilisation des sangles de contention » en vigueur dans l'ensemble des services du centre hospitalier. Il a été rédigé par l'assistante du service qualité, vérifié par le distributeur de la marque des sangles utilisées et validé par le responsable de la qualité et de la gestion des risques.

Le document décrit l'utilisation des sangles en cinq points, associée à des photos pour les illustrer.

Il renvoie à un document daté du 16 novembre 2011 concernant le **circuit de lavage des sangles de contention**. Il a été rédigé par le responsable de la qualité et de la gestion des risques et par le responsable de la blanchisserie et son adjoint, vérifié par le directeur des soins et validé par le directeur adjoint chargé des achats et de la logistique. Il précise que chacune des sangles est identifiée au nom de l'unité. Il s'agit de sangles pour les chevilles et pour les poignets de couleur bleue en polyester.

Selon les informations recueillies dans les unités 1, 2 et 3, le recours à la contention est rare. Elle peut être utilisée dans les chambres ordinaires, pour de courtes périodes.

Des ceintures de contention sont rangées dans les lingerie des unités.

6.4 La traçabilité

Le jour de la visite des contrôleurs aucune traçabilité des placements des patients en chambres d'isolement et/ou des mesures de contention n'avait été mise en place.

A partir du 1^{er} janvier 2013, un travail mené avec le médecin responsable du département d'information médicale (DIM) permettra de connaître le nombre de jours et d'heures d'occupation de chaque chambre d'isolement et la durée pour chaque patient de la mesure d'isolement ou de contention.

7 COMMISSION DE SUIVI MÉDICAL

La commission de suivi médical se tient le troisième jeudi de chaque mois dans la salle de réunion de l'aile administrative.

L'agence régionale de santé de Rhône-Alpes en a fixé la composition par un arrêté du 12 décembre 2011. Elle est présidée par un psychiatre exerçant au sein du centre hospitalier du Vinatier qui a participé activement au comité de pilotage pour la création de l'UMD.

Elle est composée de quatre membres titulaires, dont le président et un médecin inspecteur de l'ARS, et de quatre membres suppléants et un médecin inspecteur de l'ARS, choisis parmi des psychiatres exerçant dans des établissements de la région Rhône-Alpes : Saint-Egrève (Isère), Bassens (Savoie), Saint-Cyr-au-Mont-d'Or (Rhône), Saint-Jean-de-Dieu (Rhône) et le Vinatier. Un médecin inspecteur de l'ARS participe aux travaux de la commission.

Les contrôleurs ont assisté en partie à la réunion du 13 décembre 2012.

La visite avait été annoncée par voie d'affichage dans les unités. Trois patients avaient demandé à rencontrer des membres de la commission (deux de l'unité 2 et un de l'unité 3).

L'ordre du jour comportait :

- la visite de l'ensemble de l'UMD, y compris les locaux dédiés à l'ergothérapie ;
- la présentation des cinq nouveaux patients admis depuis la dernière réunion ;
- l'avis de la commission sur deux dossiers ;
- les entretiens avec les patients.

Aucune demande de sortie, présentée par le responsable de l'UMD, ne figurait ce mois-ci à l'ordre du jour.

Les contrôleurs ont suivi la visite de l'UMD avec les membres de la commission. Ce jour-là, elle était composée du président, d'un médecin inspecteur de l'ARS titulaire et de trois membres suppléants exerçant à Bassens, Saint-Cyr-au-Mont-d'Or et au Vinatier.

Ceux-ci ont rencontré les personnels soignants, observé les conditions d'hébergement et de fonctionnement.

8 HOSPITALISATION DES PATIENTS DÉTENUS

L'hospitalisation des personnes détenues est effectuée à l'UMD lorsque leur prise en charge n'est pas possible à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) qui se trouve au sein du CH du Vinatier, selon les mêmes critères que pour les autres patients admis à l'UMD.

Les modalités de soins sont identiques sauf en ce qui concerne les visites et le téléphone où les consignes sont fournies par l'administration pénitentiaire.

Le courrier « arrivé » parvient à l'établissement pénitentiaire d'origine et adressé à l'UMD. Le courrier « départ » est envoyé à l'établissement d'origine. Selon les informations recueillies, ce cas ne s'est pas encore produit.

Lorsque la commission du suivi médical donne son accord pour la sortie du patient, celui-ci retourne dans l'établissement pénitentiaire d'où il a été envoyé par le psychiatre qui le suivait.

9 CONDITIONS DE TRAVAIL

La mobilité inter-pôles est gérée par la direction des ressources humaines et la direction des soins infirmiers.

Chaque pôle annonce le nombre de postes vacants sur l'intranet de l'établissement en début d'année. Ainsi, le 2 janvier 2012, l'UMD a un poste d'infirmier vacant à l'unité 1 depuis le départ d'un soignant à l'hôpital de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or qui a souhaité quitter son service pour se rapprocher de son domicile.

Les personnes intéressées par ce poste vacant doivent envoyer leur *curriculum vitae* et une lettre de motivation avant le 15 janvier 2012. Le cadre supérieur de santé recevra toutes les demandes et donnera un rendez-vous aux professionnels avec le responsable du pôle USIP-UMD avant le 25 janvier 2012. Les résultats seront communiqués le 31 janvier 2012 pour une prise de poste le 2 avril 2012.

Un **profil de poste pour les infirmiers** souhaitant venir travailler à l'UMD a été rédigé en mars 2012 par un cadre de santé et vérifié par deux cadres supérieurs de santé et validé par le coordonnateur général des soins. Dans ce document, il est rappelé les caractéristiques de l'UMD, les contraintes de sécurité qui impactent l'organisation de travail de l'équipe soignante, les activités principales et spécifiques ainsi que les spécificités partenariales des infirmiers dans ce lieu. Enfin il est précisé les compétences et qualités requises pour y exercer : « le calme, la maîtrise de soi, la rigueur, l'authenticité relationnelle et le respect qui façonnent la position professionnelle mais aussi personnelle ». Une expérience professionnelle est souhaitée en psychiatrie adulte, dans la gestion des situations d'urgence, dans l'organisation des soins en binôme ainsi que la connaissance du travail en équipe.

Il existe également un **profil de poste pour les aides-soignants et les agents de service hospitalier** souhaitant exercer en UMD rédigées en mars 2012. Dans les deux cas, après la présentation du lieu d'exercice et des contraintes de sécurité, le document précise les spécificités des activités.

Le recrutement des soignants de l'UMD s'est fait sur la base de ces fiches de poste. Il n'a pas été décidé de fixer un quota d'agents de sexe masculin. La prime de risque est décrite comme « attractive » mais ne constitue pas à elle seule une motivation pour venir travailler à l'UMD. Le choix s'inscrit dans un cursus personnel et professionnel qui aboutit à vouloir s'occuper de patients difficiles.

Plusieurs soignants (le cadre supérieur de santé, un cadre de santé, cinq infirmiers, deux aides-soignants) ont muté de l'USIP. Selon les informations recueillies, les autres professionnels souhaitaient changer de dispositif de soins et « découvrir un autre mode de prise en charge ». La plupart avait déjà une certaine maturité professionnelle ou personnelle.

Lorsqu'un infirmier prend ses fonctions à l'UMD, il s'engage à investir des actions de formation continue et à les poursuivre tout au long de son exercice professionnel dans le service. L'équipe d'encadrement de l'UMD et le service de formation continue ont élaboré en lien avec la direction des soins un programme de formations personnalisées selon le parcours professionnel de chacun dans le but de faciliter l'adaptation au poste. Ce préalable de formation, mis en place fin novembre 2011, a été très apprécié par les soignants entendus par les contrôleurs.

Le **projet de formation** pour l'année 2011-2012 a concerné trente-six infirmiers de jour, onze infirmiers de nuit, vingt-trois aides soignants de jour et cinq aides-soignants de nuit.

La formation comprend plusieurs thèmes :

- présentation/ partage autour du projet (1 à 4 heures) ;

- Approche Préventive et Intervention Contrôlée (APIC) sur 35 heures. L'objectif est de développer les compétences qui augmentent la confiance en soi, favorisent l'approche préventive et assurent une plus grande sécurité tant pour le patient que pour l'intervenant ;
- Détresse vitale (7 heures) ;
- Axe clinique comportant 70 heures d'enseignement notamment sur la psychopathologie de la violence, la dynamique limite et perversion, les soins aux malades difficiles, le travail d'équipe face aux patients difficiles, des jeux de rôle sur la dynamique d'équipe.

Par ailleurs, onze ASH ont bénéficié d'une formation spécifique comprenant :

- Formation « hygiène qualité de la restauration » (21 heures) ;
- « Etre ASH en psychiatrie » ;
- APIC à destination des ASH (14 heures).

Le nouvel agent, recruté en avril 2013, se verra proposer dans ses premières semaines d'exercice une formation d'adaptation à son nouvel emploi.

Le rapport social de l'établissement pour l'année 2011 ne peut pas fournir de données puisque l'UMD a progressivement fonctionné depuis décembre 2011.

Depuis l'ouverture de l'UMD, deux agents sont partis à l'UHSA car ils souhaitaient travailler selon le « service en 12 heures » qui y est pratiqué et un infirmier a quitté l'unité « car il ne s'y est pas plu ».

Selon les informations recueillies, l'esprit de solidarité qui règne au sein des trois équipes aboutit à un **faible absentéisme**. Il est décrit « un état d'esprit UMD ». Les agents ne sont pas usés psychologiquement ni par le travail avec ces patients difficiles, ni par les contraintes de sécurités auxquelles ils sont soumis.

Il a été recouru à des heures supplémentaires car deux agents ont été en longue maladie.

Depuis l'ouverture de l'UMD, aucune **agression** d'un soignant n'a donné lieu à un arrêt de travail.

Il arrive que des explosions de violence, des insultes surviennent au sein des unités. Les contrôleurs ont eu un entretien avec un soignant qui avait reçu des insultes violentes durant un repas. Il ne se sentait pas pour autant menacé, avait pu continuer à gérer le déjeuner avec ses collègues. Il avait relaté l'incident au psychiatre référent du patient qui l'avait reçu en entretien peu de temps après et avait décidé de « placer le patient dans sa chambre fermée pour l'apaiser et non à titre de punition ».

10 APPRECIATION GENERALE

Les locaux ont été adaptés au projet de soins grâce à un travail effectué en amont au sein du comité de pilotage qui a associé les professionnels concernés.

L'UMD, d'ouverture récente, a su trouver sa place au sein de l'établissement sous l'impulsion du chef de pôle et du responsable de l'unité. Les équipes sont apparues soudées et « un état d'esprit UMD » a déjà été créé permettant une prise en charge efficiente de malades difficiles au quotidien.

11 CONCLUSION

A l'issue de leur visite, les contrôleurs formulent les observations suivantes :

Observation n° 1 : Il serait nécessaire que l'UMD soit signalisée sur le plan de l'hôpital (Cf. § 2.1).

Observation n° 2 : La réunion collégiale décidant des admissions dans l'UMD tient compte de nombreux critères permettant de répondre aux objectifs et aux possibilités thérapeutiques de l'UMD ; cette démarche ne peut qu'être encouragée (Cf. § 3.1).

Observation n° 3 : Les patients proviennent essentiellement de la région Rhône-Alpes et de régions limitrophes (Auvergne et Franche-Comté). A juste titre, l'admission de ceux déjà hospitalisés au centre hospitalier du Vinatier n'est pas privilégiée et un équilibre est recherché (Cf. § 3.1.2).

Observation n° 4 : Le livret d'accueil remis à tous les patients de l'hôpital devrait contenir un chapitre clairement identifiable relatif aux droits des patients admis sans leur consentement. Il conviendrait d'y mentionner le droit, pour les patients admis en ASPDRE, d'être informés et de faire valoir leurs observations à propos de tout projet de décision relative au maintien des soins contraints et à la définition de la forme de la prise en charge. Il est impératif par ailleurs de distinguer clairement réclamations et recours, ces derniers étant soumis à des conditions de forme et délais dont le non respect peut conduire à l'irrecevabilité) Cf. § 3.3.1).

Observation n° 5 : Un dépliant ou une fiche d'information spécifique à l'unité pour malades difficiles devrait présenter les informations relatives au fonctionnement de la structure et décliner l'ensemble des droits propres à ses patients. Il conviendrait de veiller à sa remise effective à chaque arrivant (Cf. § 3.3.1 et 3.3.3).

Observation n° 6 : Il est indispensable que l'agence régionale de santé et l'administration de l'hôpital se coordonnent pour que les patients se voient notifier effectivement les décisions qui les concernent et soient effectivement informés des recours possibles (Cf. § 3.3.3).

Observation n° 7 : Des rencontres de tous les acteurs de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 ont eu lieu avant le 1^{er} août 2011 avec pour objectif l'intérêt du patient. Ainsi les audiences se tiennent au sein de l'hôpital pour tous les patients, y compris ceux de l'UMD, dans une salle spécialement aménagée et identifiée. Il s'agit là d'une bonne pratique qui évite le déplacement des patients au tribunal de grande instance de Lyon, source supplémentaire de

déstabilisation. Il faudrait cependant s'assurer que l'agent qui intervient au nom de l'hôpital en matière d'ASPDT soit effectivement habilité pour ce faire (Cf. § 3.4.1).

Observation n° 8 : Il conviendrait de mettre en place un protocole permettant de s'assurer que les patients sont effectivement informés de la date d'audience devant le JLD et de la possibilité d'y faire valoir leurs droits. Des dispositions sont également à prendre pour s'assurer que la décision est effectivement notifiée au patient et qu'il est informé des possibilités de recours (Cf. § 3.4.2 et 3.4.3).

Observation n° 9 : Les registres de la loi devraient être tenus avec la plus grande rigueur et notamment mentionner impérativement, **dans les 24 heures suivant l'admission**, la présence de tous les patients admis sous contrainte dans l'établissement, les décisions prononçant l'admission en soins psychiatriques, les décisions des JLD et les avis et certificats médicaux. Ce point mérite une attention d'autant plus grande que les mêmes carences avaient déjà été relevées lors de la visite effectuée avril 2011 à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA implantée dans le centre hospitalier du Vinatier, sans que la situation évolue (Cf. § 3.5).

Observation n° 10 : Il serait utile d'associer les mandataires judiciaires à l'ensemble du séjour du patient en UMD (Cf. § 3.7).

Observation n° 11 : L'ensemble de la procédure relative aux visites apparaît intéressant dans son déroulement : rencontre avec le médecin puis mise à disposition d'un salon dédié Cf. § 3.12.2).

Observation n° 12 : L'UMD dispose de superbes locaux pour pratiquer des activités diversifiées ainsi que du personnel pour les animer. Il serait nécessaire que davantage de patients puissent en bénéficier (Cf. 4.1.4).

Observation n° 13 : Il serait utile de prévoir, en fonction de l'état du patient, un nombre plus élevé de possibilités de contacts téléphoniques. Par ailleurs, la confidentialité des communications téléphoniques doit être assurée (Cf. § 3.12.3 et 4.4.4.2 B).

Observation n° 14 : Le projet thérapeutique de l'UMD a réussi à intégrer les valeurs traditionnelles tirées de l'expérience des anciennes UMD et des éléments résultant d'une réflexion basée sur la psychiatrie contemporaine. Il aboutit à un parcours du patient évolutif dans l'intérêt du patient (Cf. § 4.2 et 4.3).

Observation n° 15 : Il serait utile que le nom des praticiens figure sur le panneau d'affichage à l'entrée des locaux (Cf. § 4.4.1).

Observation n° 16 : L'ensemble des locaux est clair, adapté à la vie quotidienne des patients et du personnel. Il conviendrait de fixer les éléments de décoration, comme s'y est engagé le directeur à l'issue de la présente visite (Cf. § 4.4.2).

Observation n° 17 : Il apparaît indigne de ne fournir qu'une cuillère aux patients pour manger tous les éléments d'un repas y compris de la salade ou un morceau de pizza, les contraignant ainsi utiliser leurs mains pour prendre les aliments. Une réflexion devrait être rapidement engagée pour déboucher sur des solutions adaptées respectant sécurité et dignité, étant observé que cette situation ne concerne pas uniquement l'UMD de Bron mais se rencontre également dans d'autres établissements (Cf. § 4.4.4.2 B).

Observation n° 18 : Le médecin généraliste devrait effectuer le suivi des patients placés en chambre d'isolement ou en contention (Cf. § 5).

Observation n° 19 : La mise en place de soins dentaires par des praticiens expérimentés tenant compte des spécificités des patients, au sein même de l'UMD, est apparue comme une initiative intéressante. Du fait du mauvais état bucco-dentaire de ces patients et de la durée de certains séjours, une nouvelle convention pourrait être signée permettant la pose de prothèses (Cf. § 5).

Observation n° 20 : Les chambres d'isolement correspondent aux besoins des patients et aux pratiques des soignants. Ce concept devrait être recommandé lors de la construction de chambres d'isolement dans des unités neuves, y compris hors UMD. Un travail mené avec le médecin responsable du département d'information médicale permettra de connaître le nombre de jours et d'heures d'occupation de chaque chambre d'isolement et la durée pour chaque patient de la mesure d'isolement ou de contention (Cf. 6.2 et 6.4).

Observation n° 21 : Pour l'ouverture de l'UMD, le recrutement des agents s'est fait sur la base de « profil de poste » pour chaque catégorie de personnel. De plus, un programme de formations personnalisées a été mis en œuvre dans le but de faciliter l'adaptation au poste. Cette organisation judicieuse a permis de constituer des équipes de bonne qualité, favorisant une bonne prise en charge (Cf. § 9).

Observation n° 22 : Les locaux ont été adaptés au projet de soins grâce à un travail effectué en amont au sein du comité de pilotage qui a associé les professionnels concernés. Cette méthode ne peut qu'être encouragée (Cf. §10).

L'UMD, d'ouverture récente, a su trouver sa place au sein de l'établissement sous l'impulsion du chef de pôle et du responsable de l'unité. Les équipes sont apparues soudées et « un état d'esprit UMD » a déjà été créé, permettant une prise en charge efficiente de malades difficiles au quotidien.

TABLE DES MATIÈRES

1	Conditions de la visite	2
2	Présentation générale de l'établissement	3
2.1	L'implantation	3
2.2	Les personnels	5
2.3	L'activité	7
3	Hospitalisations sans consentement et exercice des droits	8
3.1	Les modalités d'admission des patients	8
3.1.1	Une première phase marquée par la progressivité des accueils	8
3.1.2	La procédure habituelle d'admission	9
3.2	Les modalités d'arrivée du patient	11
3.3	Les informations données aux malades arrivants et les possibilités de recours	12
3.3.1	Les documents informatifs élaborés par l'établissement	12
3.3.2	Les arrêtés préfectoraux	15
3.3.3	La mise en œuvre des informations et la concrétisation des droits	17
3.4	La mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011	19
3.4.1	Les conditions générales de la mise en œuvre	19
3.4.2	L'intervention du juge des libertés et de la détention	20
3.4.3	La notification de l'ordonnance du JLD	24
3.4.4	Le positionnement de l'UMD quant à l'intervention du JLD.	26
3.5	Les registres	26
3.6	L'information donnée aux familles	29
3.7	Le rôle des mandataires judiciaires	29
3.8	La confidentialité de l'hospitalisation	30
3.9	L'accès du patient au dossier médical	30
3.10	Le recueil des observations des patients	30
3.11	Le collège des professionnels de santé	31
3.12	La communication avec l'extérieur	31
3.12.1	Le courrier	31
3.12.2	Les visites	32
3.12.3	Le téléphone	33
3.12.4	L'informatique et l'accès à Internet	33
3.12.5	Le droit de vote	34

3.13	Les permissions de sortie	34
3.14	Les visites des autorités	34
3.15	La commission départementale des soins psychiatriques	35
3.16	Le traitement des plaintes et réclamations.....	35
3.16.1	La commission de des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).....	35
3.16.2	Les évènements indésirables.....	36
3.16.3	Les enquêtes de satisfaction	36
4	Conditions matérielles d'hospitalisation	36
4.1	Eléments communs à toutes les unités	36
4.1.1	La restauration	36
4.1.2	Les vêtements et le linge.....	37
4.1.3	Les cultes.....	38
4.1.4	Les activités.....	39
4.1.5	La sûreté	41
4.2	Le projet thérapeutique.....	43
4.3	Le parcours du patient.....	45
4.4	Les locaux.....	46
4.4.1	L'entrée et les locaux administratifs.....	46
4.4.2	Les unités	47
4.4.3	Les patients	54
4.4.4	Fonctionnement.....	55
5	Soins somatiques	62
6	Recours à l'isolement et à la contention	63
6.1	La procédure d'isolement	63
6.2	Les chambres d'isolement	64
6.3	Le recours à la contention.....	67
6.4	La traçabilité.....	67
7	Commission de suivi médical	67
8	Hospitalisation des patients détenus	68
9	Conditions de travail	68
10	Appréciation générale	70
11	CONCLUSION	71
	Table des matières	74

