



**Unité Médicale d'Accueil
Centre hospitalier du Vinatier
Bron
(Rhône)
Du 5 au 7 mai 2014**

Contrôleurs : Betty Brahmy, chef de mission ;

Chantal Baysse ;

Bernard Raynal.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué une visite inopinée de l'unité Médicale d'Accueil (UMA) du centre hospitalier du Vinatier à Bron (Rhône) du 5 au 7 mai 2014.

1- CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier du Vinatier, situé 95 boulevard Pinel à Bron le lundi 5 mai à 14h10. Ils en sont partis le mercredi 7 mai à 13h.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur général du centre hospitalier qui leur a présenté la situation de l'unité médicale d'accueil (UMA) et les projets.

Ils se sont ensuite rendus à l'UMA où la responsable du service leur a présenté les locaux et le fonctionnement.

Les contrôleurs ont rencontré :

- le président de la commission médicale d'établissement ;
- le praticien hospitalier, chef du pôle UMA-MOPHA (Unité Médicale d'Accueil et Médecine Odontologie et Pharmacie ;
- le praticien hospitalier responsable de l'UMA ;
- les deux cadres supérieurs de santé du pôle ;
- un des juges des libertés et de la détention du tribunal de grande instance (TGI) de Lyon assurant l'audience du 6 mai 2014, dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011 ;
- un avocat présent à cette audience ;
- le médecin de santé publique de la direction territoriale de l'agence régionale de santé ;
- la personne responsable des hospitalisations sans consentement à l'agence régionale de santé (ARS).

Un entretien téléphonique a eu lieu avec :

- le chef de cabinet du préfet du Rhône ;
- le président du TGI de Lyon ;
- la représentante de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) ;

- un représentant de l'une des organisations professionnelles du personnel ;

L'affichette annonçant la visite des contrôleurs a été apposée dans l'ensemble des locaux de l'UMA.

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

L'ensemble des documents demandés a été mis à leur disposition.

Un rapport de constat a été adressé au directeur de l'établissement de santé le 25 juillet 2014. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 19 août 2014. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

2- PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'historique et la compétence

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 ».

Le Centre Hospitalier Le Vinatier a en charge l'organisation des soins psychiatriques sur les secteurs suivants :

- Lyon (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} et 8^{ème} arrondissements) ;
- Bron ;
- Caluire et Cuire ;
- Décines-Charpieu ;
- Meyzieu ;
- Neuville-sur-Saône ;
- Rilleux-la-Pape ;
- Vaulx-en-Velin ;
- Villeurbanne.

A compter de l'année 2011 et en application de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), l'établissement a été organisé en neuf pôles d'activité clinique et médico-technique et un pôle direction.

Il existe quatre pôles psychiatriques polyvalents et cinq pôles psychiatriques transversaux :

- Pôle de pédopsychiatrie ;
- Pôle Est de psychiatrie adulte ;
- Pôle Centre de psychiatrie adulte ;
- Pôle Ouest de psychiatrie adulte ;
- Pôle de psychiatrie du sujet âgé ;
- Pôle SMD-PL (Santé Mentale des Détenus-Psychiatrie Légale) ;
- Pôle PHASEDDIA (Pôle Hébergement, Accompagnement, Soins, Evaluation et Diagnostic pour le Déficience Intellectuelle et l'Autisme) ;
- Pôle USIP-UMD (Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie et Unité pour Malades Difficiles) ;
- Pôle UMA-MOPHA (Unité Médicale d'Accueil et Médecine Odontologie et Pharmacie).

Le Centre Hospitalier Le Vinatier emploie 2400 personnels hospitaliers.

L'UMA est installée dans le bâtiment n° 501 à proximité immédiate de l'entrée de l'établissement. En face se trouvent le service de sécurité et le bâtiment hébergeant le service des admissions et anciennement les locaux de la direction. Le bâtiment hébergeant la permanence d'accès aux soins et à la santé mentale (PASS) jouxte celui de l'UMA.



Entrée de l'UMA

Les **missions de l'UMA** sont :

- prendre en charge l'ensemble des urgences psychiatriques des secteurs du Vinatier en matière d'hospitalisation comme de consultations ;
- proposer pour l'ensemble du département du Rhône des consultations d'urgence psychiatriques différées (inférieures à 72 heures) à la demande de professionnels de la santé ;
- accueillir toutes les consultations et hospitalisations des adolescents du Rhône ;
- donner depuis 2011 – date de l'intégration dans le dispositif de la Permanence d'accès aux soins et à la santé mentale (PASS) – des avis psychiatriques et les premiers soins pour une population d'exilés et/ou de personnes en grande précarité sociale.

L'UMA comprend onze lits dont deux chambres d'isolement et une chambre d'apaisement.

Le jour de la visite des contrôleurs, seize patients étaient présents :

- neuf avaient été admis en soins libres (SL) ;
- deux étaient admis sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) ;
- six avaient été admis sur demande d'un tiers (SPDT).

2.2 La psychiatrie dans le département du Rhône

En 2010, la population du département du Rhône s'élevait à 1 725 177 habitants¹.

Trois établissements de santé assurent les soins psychiatriques aux adultes du département :

- Le CHS de Saint-Cyr au Mont d'or : secteurs 69 G 20, 21, 22, 23 et 24 ;
- Le centre hospitalier spécialisé Saint-Jean de Dieu de Lyon : secteurs G 13, 14, 15, 16, 17, 18 et 19 ;
- Le centre hospitalier du Vinatier : secteurs : G 05, 08, 30, 31, 32 et 33.

De plus il existe sept établissements de soins privés. Aucun n'accueille de patients admis sans leur consentement.

2.3 L'organisation de l'UMA

2.3.1 Le personnel médical

Le personnel de l'UMA comprend :

- quatre praticiens hospitaliers dont le responsable du service ;
- un interne de psychiatrie ;
- un interne de médecine générale ayant fait le choix de venir dans un service de psychiatrie ;
- un poste d'assistant spécialiste est vacant.

Deux médecins sont présents de 8h30 à 19h.

Il existe une garde spécifique pour l'UMA sur place de 19h à 9h : elle est assurée par les praticiens hospitaliers du service et par trente-deux psychiatres « volontaires » du centre hospitalier du Vinatier. La chambre de garde se trouve dans les locaux du bureau de coordination.

Trois des quatre psychiatres effectuent une demi-journée par semaine de consultations à la **PASS**. A partir de septembre 2014, l'UMA se désengagera de la PASS qui sera rattachée au service de médecine interne avec la création de 0,6 ETP pour son fonctionnement.

2.3.2 Le personnel non médical

L'équipe de l'UMA comprend :

- deux cadres de santé dont un de jour et un de nuit ;
- quatorze infirmiers de jour ;
- douze infirmiers de nuit ;

¹ Source : INSEE.

- cinq aides-soignants ;
- cinq agents de service hospitaliers (ASH) ;
- trois secrétaires dont une en congé de maladie ;
- deux assistantes sociales qui exercent leur activité sur l'UMA et la PASS ; l'une d'elles était en congé maternité au moment du contrôle.

Les infirmiers exercent leur activité en douze heures.

Pour assurer le fonctionnement de l'unité, le cadre prévoit la présence de trois infirmiers de 7h à 19h et d'un de 10h à 22h.

Tous les jeudis de 14h à 15h a lieu une réunion entre médecins, cadres de santé et infirmiers sur la prise en charge des patients. Depuis le début de l'année 2014, du fait de l'augmentation de l'activité de l'UMA (cf. *infra*), ces réunions n'ont pas pu se tenir régulièrement. Une a été organisée en avril et la prochaine est prévue pour le 15 mai 2014.

Une supervision du personnel infirmier par un psychologue a été mise en place depuis trois ans. Elle a lieu une fois par mois de 14h à 15h et elle est prise en compte sur le temps de travail des soignants.

Compte tenu du lieu d'habitation des infirmiers et du temps de trajet pour venir au Vinatier, cette supervision n'attirait que deux ou trois personnes ; elle a été supprimée.

Des réunions institutionnelles sont organisées deux fois par an. Pour les mêmes raisons que citées plus haut, leur fréquentation, selon les informations recueillies, n'est pas satisfaisante.

2.4 Le projet de l'UMA

L'UMA en théorie disposait de huit lits dont deux dédiés aux adolescents. La durée de séjour prévue était de 24 à 72 heures.

Le choix a été fait d'augmenter la capacité de l'UMA avec un bâtiment Algeco™ offrant une possibilité de quatre chambres individuelles et en cas de besoin de rajouter des lits d'appoint pour éviter que des matelas ou des lits supplémentaires soient installés dans les unités de soins du CHV.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé indique : « l'UMA avant 2013 disposait de quatre lits, dont deux dédiés aux adolescents et trois chambres d'isolement. La durée de séjour n'a jamais été fixée à 24/72 heures, le choix de l'établissement étant de gérer les pics d'admission à l'UMA, au besoin en y installant des lits d'appoint, plutôt que de disposer des lits supplémentaires dans les unités de soins.

En mai 2013, quatre chambres supplémentaires ont été installées dans des bâtiments de type Algéco ».

Ce choix a abouti à une saturation des possibilités d'accueil à l'UMA puisque le chiffre de vingt-neuf patients hospitalisés dans ce service a été atteint. Selon la responsable du service « on ne soigne plus, on fait taire, » « l'UMA est devenu un cabanon asilaire ».

2.5 Les dysfonctionnements de l'UMA et les alertes les concernant

La responsable du service a alerté durant plusieurs mois, en 2014, « sur la saturation du service d'urgence et ses conséquences qui deviennent de plus en plus préoccupantes pour la qualité des soins et la sécurité du service ». Elle a notamment rédigé le 18 février 2014 un rapport intitulé : « organisation actuelle de l'UMA – Problèmes posés – Perspectives à court, moyen et long terme ». Un juge des libertés et de la détention qui assurait une audience au sein de l'établissement est venu visiter l'UMA, accompagné d'un avocat. Le médecin responsable de l'UMA leur a remis son rapport le 25 février 2014.

Cet avocat a informé le bâtonnier de l'ordre des avocats de Lyon sur la situation du service. Le 6 mars 2014, le bâtonnier a adressé un courrier au directeur du Vinatier sur « la dégradation des conditions d'accueil des patients au sein du service des urgences psychiatriques depuis la fin de l'année 2013 ». Il observe que « des patients sont installés dans des lits de camp dans les couloirs et dans la salle de détente équipée d'un téléviseur, [que] dans l'espace supplémentaire créé à l'extrémité de l'unité (algeco), les chambres, spacieuses, n'étaient pas occupées individuellement, mais partagées par 2 voire 3 personnes installées sur des lits de camp [...]. La sérénité des soins paraît compromise malgré la compétence de l'UMA. [...]. Il nous paraît légitime de vous faire partager l'inquiétude de notre Barreau concernant ces conditions d'accueil à la fois susceptibles d'être à l'origine d'épisodes de violence non maîtrisée et également d'entraver la possibilité d'atteindre 'l'alliance thérapeutique' indispensable à la mise en œuvre des soins ».

Le **bâtonnier** a adressé une copie de son courrier au président du TGI, au procureur de la République, au directeur de l'ARS et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Parallèlement en mars et avril 2014, de nombreuses **alertes** ont été faites par tous les acteurs de l'UMA : responsable du pôle, responsable de l'UMA, cadres supérieurs de santé du pôle, cadre de santé de l'UMA...

Le **directeur du Vinatier** a répondu par un courrier du 27 mars 2014 en rappelant notamment que le document transmis par le responsable du service n'avait pas été validé au niveau institutionnel, qu'il donnait « une présentation en partie subjective, incomplète, voire erronée et pas en totale adéquation avec le projet actuel de l'établissement ». Il évoque « la réflexion médicale visant à fluidifier le parcours des patients qui sera traduite dans le nouveau projet médical et d'établissement du Vinatier pour les années 2014-2018 » Il ajoute : « Rien ne permet d'affirmer que la violence soit plus prégnante actuellement à l'UMA [que dans les services de psychiatrie générale] ».

Le **Contrôleur général des lieux de privation de liberté**, dans un courrier adressé au directeur du Vinatier le 31 mars 2014, lui demande « son point de vue sur la situation de cette unité ainsi que des mesures qui sont ou seront prises pour garantir la dignité et la sécurité des patients, l'effectivité de l'accès aux soins et par ricochet, de meilleures conditions de travail aux professionnels de cette unité ».

La **commission médicale d'établissement** (CME) lors de sa réunion du 17 mars 2014 a abordé la situation de l'UMA du fait d'une intervention de la responsable de ce service. Elle a évoqué les dix-neuf patients hospitalisés ce jour-là et une « très violente rixe dans une chambre à trois lits dont deux lits d'appoint ». En réponse, « le directeur a rappelé que l'établissement portait le projet d'une UMA doublée d'une UHCD² depuis plusieurs années ». « Il a déploré avoir été saisi par le Bâtonnier de l'Ordre des avocats d'une demande relative à l'UMA suite à une interpellation effectuée sous sa seule initiative par la responsable du Service de l'UMA, accompagnée d'un rapport aucunement validé sur le plan institutionnel. Il s'inquiète des possibles effets délétères de ce type d'initiative pour notre projet, notamment auprès de l'ARS, qui a injecté 500 000 euros il y a moins d'un an dans l'UMA et qui pourrait à bon droit s'interroger sur la pertinence de ce choix à la lecture d'un tel rapport ».

Le président de la CME « rappelle que le projet médical est en écriture. Il explique avoir demandé un rapport à la responsable du service sur le fonctionnement et les difficultés à l'UMA qui ont été discutés au CM [collège médical] et au Directoire afin que soit étudié une augmentation de temps infirmiers. Ce rapport a été envoyé, sans son consentement, à l'Ordre des médecins avec le nom du Président de la CME écrit dessus. Il reconnaît que les difficultés de l'UMA sont réelles et est persuadé que cela est dû à la fermeture des lits et au déménagement des services de soins³ ».

La CME a abordé également, dans ce cadre, le fonctionnement des centres médico-psychologiques et la nécessité d'avoir au sein de l'établissement une PASS.

Le **directeur** a répondu au courrier du Contrôleur général des lieux de privation de liberté le 22 avril 2014 pour l'informer qu'il avait présenté le 17 avril 2014 à l'ARS Rhône-Alpes un projet d'installation d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de dix lits dans un bâtiment libéré par l'opération d'emménagement dans les nouveaux locaux⁴. L'ARS ayant accepté le financement de la rénovation du bâtiment à hauteur de 120 000 euros et de 1,7 millions d'euros pour le fonctionnement en année pleine, **l'UHCD devrait ouvrir le 9 juin 2014.**

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé indique : « L'UHCD a ouvert ses 10 lits le 23 juin 2014 ».

² UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée.

³ Le CHV a entrepris la reconstruction de 350 lits dans le cadre du plan psychiatrie 2008-2012. Dans ce cadre, 40 lits ont été fermés. Une réorganisation des secteurs et des pôles a également eu lieu. Les déménagements dans les nouvelles unités étaient en cours lors de la visite des contrôleurs.

⁴ Il s'agit de l'ancien foyer « Prélude », bâtiment n°409. L'UHCD comprendra onze lits.

Les contrôleurs ont eu l'opportunité de visiter les locaux en chantier de l'UHCD durant leur visite.

2.6 L'activité

Le tableau suivant indique l'activité de l'UMA de 2007 à 2013, tant dans sa fonction de consultations ambulatoires que pour les hospitalisations :

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
File active globale	1421	3013	2958	3432	3428	3505	3645
AMBULATOIRE							
File active ambulatoire	388	2019	1455	3148	3082	2974	3259
Nb de passages	4310	4464	4422	5481	5556	5647	6506
HOSPITALISATION							
File active	1093	1358	1836	1808	2027	2073	2081
Nb d'entrées	1181	1544	2257	2245	2667	2690	2799
Durée moyenne de séjours en jours	2,00	1,30	1,29	1,63	1,28	1,42	1,81
% HL/SL *	47	49,4	51,1	52,4	57	51,4	55,1
% HDT/SPDT *	37,6	35,1	37,7	34,9	33,4	41,3	37,6
% HO/SPDRE *	15,4	15,5	11,2	12,7	9,6	7,3	7,2

*Les dénominations tiennent compte du changement intervenu depuis la loi du 5 juillet 2011.

Le tableau met en évidence une augmentation très importante des entrées (+ 57,8 %) et de la file active (+ 47,4 %) entre 2007 et 2013.

Le tableau suivant indique les **durées de séjour** des patients à l'UMA de 2009 à fin mars 2014 :

	2009	2009	2010	2010	2011	2011	2012	2012	2013	2013	2014	2014
≥24h	1793	83%	1746	82%	2159	85%	2174	82%	1887	69%	271	43%
2jours	229	11%	194	9%	251	10%	299	11%	449	16%	138	22%
3jours	82	4%	91	4%	74	3%	105	4%	202	7%	76	12%
4jours	34	2%	39	2%	26	1%	37	1%	106	4%	59	9%
5jours	11	1%	12	1%	7	0%	14	1%	36	1%	37	6%
6jours	8	0%	14	1%	11	0%	4	0%	21	1%	19	3%
7jours	4	0%	10	0%	3	0%	4	0%	14	1%	14	2%
8jours	1	0%	1	0%	0	0%	0	0%	9	0%	8	1%
9jours	2	0%	2	0%	2	0%	0	0%	2	0%	4	1%
10jours	0	0%	1	0%	1	0%	0	0%	3	0%	1	0%
11jours et plus	1	0%	18	1%	4	0%	6	0%	17	1%	9	1%
Total	2165	100%	2128	100%	2538	100%	2643	100%	2746	100%	636	100%

L'UMA accueille également des adolescents. Le tableau suivant indique la répartition par âge des patients admis en 2013 :

Age	1 ^{er} trimestre femmes	1 ^{er} trimestre hommes	total	2 ^{ème} trimestre femmes	2 ^{ème} trimestre hommes	total
Moins de 18 ans	4%	5%	5%	5%	4%	4%
18-70	89%	91%	90%	88%	93%	91%
70 ans et +	7%	4%	5%	7%	3%	5%
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Age	3ème trimestre femmes	3ème trimestre hommes	total	4ème hommes	4ème trimestre Femmes	Total
Moins de 18 ans	4%	4%	4%	6%	6%	6%
18-70	88%	92%	90%	86%	90%	88%
70 ans et +	9%	4%	6%	8%	4%	6%
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

A titre d'exemple, le **tableau d'activité de la première semaine d'avril 2014** permet d'illustrer les difficultés de fonctionnement de l'UMA. Il indique le nombre de patients présents et ceux qui sont hospitalisés selon l'heure de la journée :

	Lundi 31 mars présents	Lundi hosp	TO %	Mardi 1 ^{er} avril présents	Mardi hosp	TO	Mercredi 2 avril présents	Mercredi hosp	TO	Jeudi 3 avril présents	Jeudi Hosp	TO
7h	15	15	136	17	17	155	21	20	182	21	21	191
10h	16	15	136	20	18	164	21	19	173	21	21	101
13h	17	15	136	22	17	155	21	18	164	22	20	182
16h	18	14	127	23	18	164	21	20	182	21	19	173
19h	17	13	118	22	18	164	21	19	173	24	18	164
22h	20	16	145	23	18	164	21	19	173	22	20	182

	vendredi 4 avril présents	vendredi hosp	TO	Samedi 5 avril présents	samedi hosp	TO	Dimanche 6 avril présents	Dimanche hosp	TO
7h	21	20	183	24	24	218	22	22	200
10h	22	19	173	24	24	218	23	22	200
13h	29	19	173	22	21	191	25	22	200
16h	30	20	182	23	21	191	26	23	209
19h	29	21	101	25	22	200	22	22	200
22h	29	23	209	23	21	191	20	20	182

TO= taux d'occupation en pourcentage.

Il existe seize lits d'appoint : dix fauteuils transformables dont cinq livrés le 24 mars 2014, quatre lits pliants et deux brancards.

Lorsque les onze lits sont occupés, des lits pliants sont installés dans des chambres individuelles, des fauteuils sont installés dans le salon des adultes, dans le salon dédié aux adolescents et des brancards, dans les couloirs (cf. infra 5.1)

Des chiffres analogues ont été retrouvés depuis le début de l'année 2014.

2.7 Les données budgétaires

En 2013 les dépenses totales de l'UMA représentaient 2 333 624 euros, soit 1,42 % du budget total d'exploitation.

Les dépenses de personnel s'élèvent à 2 110 174 euros, soit 90,4 % des dépenses totales.

Les dépenses pharmaceutiques sont de 141 000 euros, les dépenses hôtelières de 35 000 euros et les dépenses d'amortissement de 45 000 euros.

En 2013 les dépenses d'investissement s'élèvent à 537 000 euros ; elles comprennent 500 000 euros au titre de la structure modulaire (Algéco®) et le reste au titre de divers équipements : 16 000 euros pour le mobilier hôtelier (lits, canapés...), 11 000 euros au titre des dispositifs d'appels d'urgence, 8 000 euros au titre du matériel biomédical, 1 000 euros au titre d'équipement de bureaux...

Le coût prévisionnel de l'exercice **2014** est basé sur celui de 2013 auquel il faut ajouter 85 000 euros pour des renforts de personnel.

Le tarif de l'hospitalisation complète est de 1 085 euros par jour et celui de l'hospitalisation de jour de 600 euros.

Par lettre du 27 avril 2014, le Directeur général de l'agence régionale de santé a fait état de moyens nouveaux aux fins de créer une unité d'hospitalisation de courte durée et poursuivre le financement de l'UMA en crédits non reconductibles :

« Le projet d'identification d'une Unité d'Hospitalisation de courte durée au sein de votre établissement afin de soulager le fonctionnement de votre Unité Médicale d'Accueil a retenu toute notre attention. Après instruction du dossier, la décision de financer ce projet pour un montant total exprimé en année pleine de 1 699 616 euros sur l'enveloppe DAF a été prise le 17 avril 2014.

En conséquence, vous recevrez dans le cadre de la phase 1 de la campagne budgétaire, le montant de 991 443 euros, vous permettant de procéder au recrutement des personnels nécessaires à la continuité des soins pour les sept derniers mois de l'année 2014.

Afin de permettre l'aménagement de cette nouvelle unité, votre établissement recevra également la somme de 120 000 euros en crédits non reconductibles.

A l'issue de la première année pleine de fonctionnement, un bilan d'activité nous sera adressé, ce dernier permettra d'évaluer la pertinence de l'action menée ainsi que la pérennité des crédits.

Par ailleurs, je vous annonce qu'il a été décidé de poursuivre le financement de votre UMA en crédits non reconductibles de manière identique à 2013 (658 000 € en fonctionnement et 125 000 € en investissement) et ceci en attendant les conclusions du travail mené au niveau régional sur l'organisation de la prise en charge de l'urgence psychiatrique au sein du territoire Centre ».

Lors de la visite des contrôleurs, les travaux de la future Unité d'Hospitalisation de courte durée étaient en cours ainsi que les procédures de recrutement de personnel non médical et de personnel médical. Son ouverture était programmée pour le 9 juin 2014.

3- HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

3.1 L'arrivée des patients à l'UMA

L'UMA accueille des patients soit en consultation, soit en hospitalisation.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'environ 60 % des patients se rendaient à l'UMA pour une demande de consultation, laquelle était sollicitée soit par les professionnels de santé (médecins libéraux ou hospitaliers...), soit par les patients eux-mêmes.

Les personnels infirmiers assurent en général les premiers entretiens et ce dans un délai maximum de 48 heures.

C'est le psychiatre de l'unité qui décide d'une éventuelle hospitalisation.

Les demandes d'hospitalisation, que ce soit en soins libres, à la demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'Etat, proviennent :

- des différents hôpitaux des Hospices Civils de Lyon : en priorité l'hôpital Edouard Herriot mais aussi d'autres établissements tel que le centre hospitalier de Lyon-Sud ;
- des différents services d'urgences d'autres structures publiques mais aussi d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) ;
- des médecins participant à la structure « *SOS médecins* » ;
- des médecins libéraux mais aussi des familles qui peuvent adresser directement leur proche.

La plus grande partie des arrivants provient de l'hôpital Edouard Herriot, de « *SOS médecins* » et des urgences générales des différents établissements.

Lors du 1^{er} mai 2014 il avait été hospitalisé deux patients de 14 ans et un de 15 ans.

3.2 L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT)

Les patients entrant dans le cadre de ce mode d'hospitalisation sont orientés vers l'UMA.

Ils proviennent pour une grande part des différents établissements hospitaliers cités mais aussi de *SOS médecins* ; ils peuvent également être hospitalisés après une consultation à l'UMA.

Lors de l'arrivée à l'UMA, la demande de tiers est rédigée bien qu'il ait été indiqué aux contrôleurs que parfois il convenait de faire à nouveau rédiger cette demande pour qu'elle soit conforme à la réglementation.

L'examen somatique est réalisé le plus couramment par le psychiatre de l'unité.

Les patients provenant d'un service d'urgences sont transportés à l'UMA par une ambulance privée.

L'absence de connaissance d'un tiers amène le directeur à mettre en œuvre une admission dite de « péril imminent » en application de l'article L 3212.1-2° du code de la santé publique.

3.3 L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPRES)

Les patients entrant dans le cadre de ce mode d'admission sont également orientés vers l'UMA.

Ce sont pour l'essentiel les établissements hospitaliers qui sollicitent ce type d'admission et pour la très grande partie l'hôpital Edouard Herriot.

Un certificat médical est effectué par l'un des psychiatres – dépendant des hospices civils de Lyon – de ce service d'urgence.

L'examen somatique est réalisé le plus couramment par le psychiatre de l'unité.

Le patient est transporté en ambulance à l'UMA.

C'est le directeur de garde qui sollicite et ce 24h/24 l'agence régionale de santé aux fins d'effectuer l'arrêté préfectoral d'admission sur décision du représentant de l'Etat ; il peut se passer quelques heures entre l'arrivée du patient et la réception de la décision officielle du représentant de l'Etat.

3.4 Les admissions en soins libres

L'admission en soins libres peut suivre la même procédure que les admissions en soins sans consentement.

La plupart des patients admis dans ce cadre passant par l'UMA sont essentiellement ceux qui se présentent spontanément et notamment pour une consultation.

Les patients déjà connus et suivis par l'un des pôles sont en général admis directement dans les unités d'hospitalisation des pôles ; il s'agit de façon générale de patients suivis dans les centres médico-psychologiques ou de patients hospitalisés ayant fugué.

3.5 Les formalités administratives

3.5.1 L'inventaire et le dépôt des biens

Une procédure concernant l'inventaire et le dépôt des biens est effective depuis le 20 mai 2010. Une évaluation de cette procédure est en cours ; une réunion dans l'établissement s'est tenue le 27 février 2014 aux fins de réaliser des aménagements eu égard aux différentes plaintes de patients ou de leurs proches, lesquelles résultent des faits suivants : circuit du patient, transfert dans les unités d'hospitalisation, récupération du dépôt des biens.

La procédure actuelle fait état, en ce qui concerne **les objets déposables**, de la mention suivante :

« Le dépôt ne peut avoir, juridiquement, pour objet que des choses mobilières dont la nature justifie la détention par la personne hospitalisée.

En effet, l'établissement est en droit de refuser les objets dont la détention n'est pas justifiée pendant le séjour.

Si le patient est en état de manifester sa volonté et accompagné par un membre de sa famille, il pourra être invité à remettre à ce dernier les objets ne présentant pas un intérêt utile à l'hospitalisation.

S'il se présente seul, l'établissement pourra, le cas échéant, lui demander d'assurer à sa charge le retour de ces mêmes objets à son domicile. Si l'établissement doit assurer le retour des objets qui ne peuvent être maintenus en dépôt, il le fait à la charge du patient en prélevant, après autorisation du déposant, l'équivalent des frais engagés sur le dépôt effectué chez le comptable. A défaut, un titre de recette accompagné du double de la facture du retour des objets sera adressé à l'intéressé ».

Si le patient souhaite conserver des objets, il doit remplir un imprimé spécial et ceci autant pour l'argent, les bijoux, les moyens de paiement, les vêtements et effets personnels ; cette fiche fait état de certains types d'objets ou de valeurs mais permet l'inscription libre. A titre d'exemple nous trouvons indiqué : les lunettes, les dentiers, les alliances, les cartes bleues, le nombre de chèques d'un chéquier, les timbre-poste, la carte d'identité, le permis de conduire... les vestes, les pantalons, les sous-vêtements, les casquettes...

Le patient ou son représentant légal doit indiquer son nom et prénom, cocher l'une des mentions « Atteste avoir reçu les informations concernant les modalités de dépôt et de conservation de mes biens », « Atteste avoir effectué un inventaire », « Atteste n'effectuer aucun inventaire », « Atteste avoir récupéré les objets mentionnés » ; tout ceci est daté et signé par le patient ou son représentant légal, voire à défaut par deux agents hospitaliers qui font état de leur nom, prénom, grade, service.

En ce qui concerne **les dépôts d'objets et valeurs**, une fiche spécifique existe mentionnant l'argent avec les différents types de billets et de pièces, les bijoux, les moyens de paiement, les papiers et objets divers.

Le patient ou son représentant légal doit indiquer son nom et prénom, cocher l'une des mentions des mentions : « Atteste avoir reçu les informations concernant les modalités de dépôt », « Atteste avoir effectué un dépôt », « Atteste n'effectuer aucun dépôt ». L'agent détaché du bureau des entrées date et signe cette fiche ainsi que le patient, voire à défaut deux agents hospitaliers qui font état de leur nom, prénom, grade, service.

Un coffre est installé à l'UMA qui permet de glisser en son intérieur les enveloppes contenant les biens. Ce coffre est uniquement ouvrable par les agents du bureau des entrées.

Pour les dépôts volumineux à l'UMA, il est installé dans le bureau du cadre infirmier une armoire métallique comportant quatre casiers munis de cadenas ; ces dépôts sont relevés chaque matin du lundi au vendredi par le préposé du bureau des entrées ou l'un de ses suppléants.

L'argent, les bijoux, les moyens de paiement sont déposés auprès du trésor public dont les bureaux sont situés à proximité du bureau des entrées, les jours ouvrés de 9h à 12h15 et de 13h15 à 16h15.

Les autres dépôts, tels que papiers et objets divers (carte d'identité, carte de séjour, carte vitale, carte de mutuelle, passeport, permis de conduire, clés, carte téléphonique, téléphone portable, PC portable, lecteur CD/MP3...) sont déposés dans l'armoire forte du bureau des entrées.

Des restitutions partielles de biens sont possibles.

A la sortie du patient, l'inventaire est également signé.

Les contrôleurs ont pu avoir accès au procès verbal de la **réunion du 27 février 2014** relative aux dépôts d'objets et valeurs et aux fins « de sécuriser au maximum notre organisation dans le respect des patients et de leurs biens ». Il est ici indiqué quelques réflexions qui ont été également constatées par les contrôleurs :

« Fonctionnement du chariot mis en place depuis fin janvier 2014 - des aspects positifs :

- il ne gâche pas la luminosité contrairement à un placard (idée qui avait été préalablement proposée par le groupe de travail) ;
- depuis l'emplacement du chariot on a une visibilité sur l'arrivée et le départ des patients ;
- le chariot évite de poser par terre les sacs contenant les affaires des patients ce qui pouvait engendrer des vols ;
- système de couleur : haut du chariot en rouge, bas du chariot en vert ».

En ce qui concerne les étiquettes, il est indiqué :

« Des étiquettes sont collées sur les sacs contenant les affaires des patients mais les étiquettes se décollent souvent ce qui peut amener des pertes des affaires des patients ; des solutions sont proposées... ».

En ce qui concerne la check-list il est indiqué :

« Un infirmier est chargé de remplir ce document immédiatement à l'arrivée d'un patient à l'UMA : problème car si un patient arrive après 17h à l'UMA la fiche ne sera pas remplie immédiatement par un infirmier de nuit, elle sera remplie le lendemain par un infirmier de jour, ce qui pose le problème de la perte d'affaires de patients »

Un projet de nouvelle fiche de dépôts a été élaboré ; une nouvelle procédure est en cours de discussion.

3.5.2 La notification

En ce qui concerne les **admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers**, le directeur prend une décision d'admission comprenant cinq articles :

« Article 1 : décision d'admission du patient ;

Article 2 : A compter de la présente admission, la forme de prise en charge est celle de l'hospitalisation complète pour une période d'observation de 72 heures ;

Article 3 : Dans les 24 heures suivant l'admission un certificat médical sera établi par un psychiatre de l'établissement ;

Article 4 : La nécessité d'une prolongation de cette mesure de soins psychiatriques sans consentement sera évaluée au terme de cette période d'observation ;

Article 5 : Un recours contre cette décision peut être formé devant le juge des libertés et de la détention... La commission départementale des soins psychiatriques... ».

Une copie de cette décision est transmise au préfet, à la CDSP et au JLD.

Le patient en reçoit copie avec une note d'information et de notification de la décision. Cette note rappelle qu'une réclamation peut être adressée à la commission départementale des soins psychiatriques (adresse indiquée), à la commission des relations avec les usagers de la qualité de la prise en charge (adresse indiquée), au contrôleur général des lieux de privations de liberté (adresse indiquée).

Les voies de recours sont précisées.

Il est indiqué la possibilité de communiquer avec le représentant de l'Etat, le président du tribunal de grande instance, le procureur de la République, le maire, le directeur général de l'ARS, le JLD (les adresses sont mentionnées).

Il est également noté la possibilité de saisir la CDSP, la CRUQPC, de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix, de saisir le CGLPL, d'émettre ou de recevoir des courriers, de consulter le règlement intérieur, d'exercer le droit de vote, de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Un accusé de réception pré imprimé doit être daté et signé par le patient, à défaut par deux agents hospitaliers, lesquels doivent mentionner la raison de leur intervention : état de santé du patient, absence du patient car hospitalisé dans un autre établissement, refus de signer, sortie du patient ; dans tous les cas il est stipulé que dès que possible le patient sera informé.

C'est le médecin de l'UMA qui est chargé d'effectuer la notification.

La notification est effectuée par le psychiatre qui accueille le patient admis sans son consentement. Il lui explique d'abord la notion d'admission sur demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'Etat, puis lit avec lui le document concernant son mode d'admission. Il essaie dès ce moment de recueillir son consentement. Il lui remet l'accusé de réception de la notification que le patient doit signer. En cas de refus ou d'impossibilité de signer, un infirmier coche la croix correspondant à la situation :

- impossibilité de signer en raison de son état actuel ;
- absence du service car hospitalisé dans un autre établissement ;
- refus de signer ;
- sortie avant que la décision ait pu être remise.

L'accusé de réception est transmis au bureau des entrées situé en face de l'UMA.

En ce qui concerne les **admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat**, le directeur établit un bulletin d'entrée indiquant qu'il a procédé à l'hospitalisation complète suite à l'arrêté préfectoral.

Ce bulletin d'admission est transmis au patient avec l'arrêté préfectoral ainsi qu'une fiche reprenant les informations sur les droits identique à celle de l'ASPDT ; l'accusé de réception est également joint.

Ce sont les praticiens de l'UMA qui sont chargés d'effectuer la notification

Le médecin responsable et les trois autres psychiatres ne contestent pas les indications des médecins ayant conduit à l'arrivée à l'UMA d'un patient.

A son arrivée, le patient est reçu dans un des bureaux d'entretien. Les psychiatres tentent d'éviter d'effectuer cet entretien dans sa chambre. L'évaluation de l'état du patient permet de maintenir la mesure de placement ou de la lever. A titre d'exemple, il peut arriver qu'un patient arrive pour une ASPDT mais que le psychiatre de l'UMA admette le patient en soins libres ou seulement le reçoive en consultation.

Si le patient est admis sans son consentement, la mesure d'admission est expliquée. En cas de SPDT, le patient est informé de l'identité du tiers.

Le patient est informé de ce qui va se passer dans les prochaines heures : entretien avec un psychiatre pour la rédaction du certificat des 24 heures, autre entretien avec un autre psychiatre pour la rédaction du certificat des 72 heures.

Il est également informé qu'il a la possibilité de rencontrer un psychiatre à tout moment.

L'audience avec le juge des libertés et de la détention (JLD) n'est évoquée que si le psychiatre estime que la mesure concernant le patient sera maintenue assez longtemps.

3.5.3 La période initiale de soins et d'observation

A son arrivée, le patient est systématiquement mis en pyjama, sans que la durée de cette mesure soit précisée.

3.5.4 Les informations données aux malades

3.5.4.1 Le livret d'accueil.

Il existe un livret d'accueil actualisé au mois de mai 2012 pour l'ensemble des structures du centre hospitalier Le Vinatier.

Le document fixe comprend trois parties :

- présentation du centre hospitalier Le Vinatier avec cinq thèmes : « Un peu d'histoire - Organisation générale - Les prises en charge - Les structures - Les professionnels » ;

- votre séjour avec quatre thèmes : « Votre admission - Votre vie quotidienne - Les lieux d'accueil et de vie - La fin de votre hospitalisation » ;
- vos droits et obligations avec deux thèmes : « Vos droits - Vos obligations ».

Les parties annexées comprennent les points suivants : plan de situation des sites intra-muros - liste des structures extra hospitalières - questionnaire de satisfaction patient - intra-hospitalier.

En ce qui concerne l'UMA, il est indiqué page 15 :

« L'unité médicale d'accueil (UMA) est une unité d'hospitalisation et de consultation spécialisée dans l'accueil des urgences psychiatriques de l'adulte et de l'adolescent ;

La permanence d'accès aux soins de santé (PASS) est un dispositif facilitant l'ouverture du dispositif ordinaire de soins à la population en situation de précarité ».

Dans la partie « Vos droits et obligations », il est mentionné pages 54, 55 et 56 les différentes modalités de réclamations, de recours, telles qu'elles sont également notifiées aux patients (cf. § 3.5.1).

Le livret d'accueil du centre hospitalier du Vinatier n'est pas remis aux patients de l'UMA.

Aucune règle ayant trait au séjour du patient dans la structure n'est rédigée : tout est dit oralement par les soignants : heure des repas... Il est indiqué à chaque patient ses possibilités de sortir, de recevoir des visites, de téléphoner. Chaque consigne peut être réévalué et modifié dans la journée en fonction de l'évolution de l'état du patient. ,

3.5.4.2 Les informations concernant la loi du 5 juillet 2011.

Les patients sont informés du déroulement de leur admission sans consentement dans le cadre de la loi n°2011-808 du 5 juillet 2011 : certificats de 24 et 48 heures, possibilité de contester à tout moment la mesure de placement.

Il est évoqué la faculté de recourir à un avocat.

Le tableau de l'ordre des avocats inscrits au barreau de Lyon n'est pas apposé dans les locaux de l'UMA.

3.5.4.3 Les informations sur les voies de recours

Quel que soit le mode d'admission sans consentement, le document remis au patient pour la notification de sa mesure contient les voies de recours :

- devant le juge des libertés et de la détention avec l'adresse du TGI de Lyon ;
- à la commission départementale des soins psychiatriques avec l'adresse de la CDSP à Lyon
- au Contrôleur général des lieux de privation de liberté avec son adresse.

Le document indique également les droits des patients :

- communiquer avec les autorités suivantes (leurs adresses sont mentionnées avec précision) :
 - o le préfet du Rhône ;
 - o le président du tribunal de grande instance ;
 - o le procureur de la République ;
 - o le maire de la commune ou son représentant ;
 - o le directeur de l'agence régionale de santé ;
 - o le juge des libertés et de la détention ;
- saisir la commission départementale des soins psychiatriques ;
- prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- émettre ou revoir des courriers ;
- consulter le règlement intérieur de l'établissement et recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- exercer son droit de vote ;
- se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Selon les informations recueillies, le patient peut recevoir à sa demande, du papier, une enveloppe et un stylo pour former son recours. Le courrier est affranchi par l'hôpital. Le patient peut être aidé, le cas échéant, pour rédiger ce courrier.

Le document de notification indique également : « si vous souhaitez des éclaircissements ou des précisions concernant l'application de la Loi ou de votre régime d'hospitalisation, vous pouvez vous adresser à votre psychiatre, responsable de votre prise en charge, à l'équipe soignante, au Bureau des Entrées du centre hospitalier ou à la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ».

3.5.4.4 Le recueil des observations des patients

Le recueil des observations des patients, tel que prévu à l'article 32-11-3 du code de la santé publique n'est pas effectué.

3.5.5 Les modalités de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011

Dès la publication de la loi, des réunions ont été organisées par l'agence régionale de santé avec la participation de magistrats et les représentants des établissements concernés.

Les agents du bureau des entrées ont reçu une formation particulière.

Un déploiement de la formation a été effectué dans l'établissement avec la présence des médecins et des cadres.

Des réunions ponctuelles ont été mises en œuvre.

3.5.6 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

Il est très rare que des patients de l'UMA soient pendant le séjour dans cette unité amenés à être présentés devant le juge des libertés et de la détention.

En général et comme cela sera mentionné postérieurement, les praticiens hospitaliers de l'UMA sont essentiellement en charge d'effectuer des certificats médicaux de 24h et de 72h.

Toutefois, les contrôleurs rappellent ci-dessous les principes généraux d'organisation et de fonctionnement de la saisine à l'audience du contrôle du JLD.

3.5.6.1 La saisine du JLD

Il a été mis en place un calendrier perpétuel⁵ appelé dans l'établissement « Rétro planning avis médicaux et audiences » ; le planning en cours est opérationnel du 7 octobre 2013 au 31 août 2014.

L'établissement saisit le JLD pour les patients admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers. Pour les patients admis sur décision du représentant de l'Etat, l'établissement adresse les documents utiles à l'agence régionale de santé.

Comme les audiences ont lieu entre le onzième et le quatorzième jour, la saisine pour les ASPDT est effectuée par l'établissement entre le septième et le dixième jour ; à titre d'exemple il peut être indiqué que pour un patient entré un mercredi, la saisine a été transmise le jeudi de la semaine suivante (neuf jours après l'admission), l'audience ayant eu lieu quatorze jours après l'admission.

La saisine pour les ASPRE est effectuée de manière identique par l'agence régionale de la santé.

A réception, le greffe du tribunal transmet à l'établissement un avis d'audience dont il doit être accusé réception.

Un avis est également transmis à la personne concernée et cela même si le patient est dispensé de comparution personnelle ; dans cette lettre le patient doit indiquer s'il a choisi un avocat ou s'il sollicite un avocat d'office ; le patient doit attester avoir reçu le présent avis.

C'est le greffe du tribunal qui saisit le tiers ou le curateur ainsi que le représentant du parquet.

Les avocats du barreau organisent une permanence pour les audiences concernant les patients admis sans leur consentement. Pour le centre hospitalier Le Vinatier, eu égard au nombre d'audiences et au nombre de patients, deux avocats assurent une permanence.

Les avocats peuvent consulter le dossier la veille de l'audience ; l'avocat s'entretient avec le patient dans son unité d'accueil ; à défaut l'entretien est effectué avant l'heure de l'audience fixée à 10h.

⁵ Ce calendrier permet, à partir d'une décision d'admission prise un jour donné, d'indiquer la date butoir à laquelle doit être établi chacun des certificats médicaux exigés par la loi.

3.5.6.2 L'audience

Pour les trois établissements psychiatriques du département les audiences sont organisées dans les établissements de santé.

En ce qui concerne le centre hospitalier Le Vinatier, elles ont lieu les mardi et vendredi ; elles débutent à 10h et peuvent durer toute la journée suivant le nombre de dossiers de patients à traiter.

Le jour de la visite des contrôleurs, un mardi, l'audience ayant débuté à 10h s'est terminée à 13h. A cette occasion, les contrôleurs ont pu rencontrer le JLD, la greffière ainsi que l'avocat. Ce jour là, dix patients étaient prévus pour passer en audience, trois ne s'y sont pas rendus (un du fait d'un certificat médical de contre indication, deux du fait de leur refus). Sur l'ensemble des dix convoqués, deux demandes de mainlevée avaient été effectuées de la part des avocats ; le JLD a prononcé un sursis à statuer, l'ordonnance devant être rendue en fin d'après-midi.

L'audience se tient dans une salle située sous le bureau des entrées. Elle ne dispose pas d'une signalétique spécifique. Cette salle, grande, est équipée d'un bureau pour le JLD et la greffière, de plusieurs chaises dont l'une pour l'avocat, le patient dispose d'une chaise à proximité de celle de l'avocat. Un agent du bureau des entrées assiste à l'audience ; l'audience peut être publique ; les patients de l'UMD sont accompagnés par un personnel soignant, les patients de l'UHSA par un fonctionnaire de police.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé indique : « Les patients de l'UMD peuvent être accompagnés par du personnel de police. Ceux de l'UHSA sont escortés par du personnel de l'administration pénitentiaire. Les patients de l'UMD et de l'UHSA sont également accompagnés par du personnel soignant ».

Les patients sont amenés à l'audience depuis leur unité dans un véhicule ; pour se rendre à la salle ils empruntent un couloir.

3.5.6.3 La notification

L'ordonnance prise par le juge des libertés et de la détention mentionne :

« Rappelons qu'appel peut être interjeté de cette décision dans un délai de dix jours à compter de sa notification, par déclaration écrite motivée, transmise par tout moyen au greffe de la Cour d'appel ».

Une copie de cette ordonnance est également effectuée pour le directeur du centre hospitalier, pour l'avocat de permanence, pour le procureur de la République ainsi que par lettre recommandée avec accusé de réception pour le tiers.

Si celle-ci est remise à l'audience, le patient signe. Si elle est transmise à l'établissement, celui-ci est chargé par tout moyen de faire signer le patient ; à défaut deux agents hospitaliers attestent que celle-ci a bien été remise à l'intéressé, lequel se trouve dans l'impossibilité de signer.

3.5.6.4 Quelques éléments d'activité

Très peu de patients hospitalisés à l'UMA passent devant le JLD car, soit ils sont sortis, soit ils sont hospitalisés dans une unité de l'un des pôles de l'établissement.

Sur l'année 2013 et jusqu'à mai 2014, seuls sept patients ont été concernés (quatre en 2013, trois en 2014); dans tous les cas a été ordonné un maintien de l'hospitalisation complète.

Les praticiens hospitaliers de l'UMA sont essentiellement concernés par des certificats médicaux de 24h et de 72h.

En consultant le registre de la loi, les contrôleurs ont constaté que sur huit ASPRE, les praticiens hospitaliers de l'UMA ont réalisé des certificats médicaux de 24h et de 72h sept fois et un certificat médical de 24h une seule fois.

Sur onze ASPRE, les praticiens hospitaliers de l'UMA ont réalisé des certificats médicaux de 24h et de 72h trois fois, la levée a été opérée au certificat de 24h trois fois, dans cinq cas le certificat de 24h a été fait à l'UMA et le certificat de 72h dans l'unité d'affectation du patient.

Durant l'année 2013 et concernant l'ensemble de l'établissement il a été tenu 105 audiences du JLD ; le tableau ci-dessous retrace l'activité :

	Nbre d'hospitalisations	Maintien	Levée	Expertise	Non lieu à statuer
SPDT 15 jours	944	870	64	10	0
SPDT 6 mois	35	31	2	1	1
SPDRE 15 jours	241	215	21	3	2
SPDRE 6 mois	115	104	6	4	1
Saisines par patient ou tiers (SPDT)	27	23	3	0	1
Saisines par patient ou tiers (SPRE)	32	21	4	6	1

Soixante-douze recours ont été effectués, soit 5,3 % des affaires.

3.5.7 La sortie des soins

Le livret d'accueil stipule : « Quel que soit votre mode d'hospitalisation, vous ne pouvez quitter le service et l'établissement sans y être autorisé(e) ou sans prévenir ».

Les contrôleurs ont pu constater que des patients, quel que soit leur mode d'hospitalisation, pouvaient être autorisés à sortir et s'installer près de la porte d'entrée de l'UMA, ceci le plus souvent aux fins de fumer.

En ce qui concerne les sorties de patients en ASPDT ou en ASPRE, eu égard à la durée courte d'hospitalisation à l'UMA, cela est très peu fréquent.

Les contrôleurs ont constaté que sur les mois de mars et avril 2014:

- trois permissions de sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures ont été accordées ;
- deux permissions de sorties de moins de 48 heures ont été accordées.

3.5.7.1 Les sorties accompagnées inférieures à 12 heures

Les sorties de patients admis en SPDT font l'objet d'une demande du médecin traitant précisant l'adresse et la personne accompagnant ; si c'est une sortie pour un examen somatique dans un autre établissement hospitalier, c'est un personnel soignant de l'unité qui est chargé d'accompagner.

Cette décision doit faire l'objet d'un accord du directeur.

Les sorties de patients admis en SPRE font également l'objet d'une demande du médecin traitant précisant les dates et heures de sortie ainsi que la désignation de la personne accompagnant.

Le préfet est informé.

3.5.7.2 Les sorties de moins de 48 heures

Pour les patients admis en SPDT la procédure est identique à la précédente, le tiers est informé.

Pour les patients admis en SPRE le certificat médical fait part du motif de la sortie, le représentant de l'Etat est informé, il peut s'y opposer au plus tard douze heures avant la date prévue mais il ne peut imposer aucune mesure complémentaire.

3.6 Les registres de la loi

Le registre de la loi est tenu au bureau des entrées qui se situe à l'entrée de l'établissement, à proximité de l'UMA, la route principale de la structure les séparant.

Au sein de ce bureau trois services sont concernés par les soins sans consentement :

- un service comprenant un adjoint des cadres et deux adjoints administratifs lesquels traitent au quotidien les documents concernant les ASPDT et les ASPRE ; ils sont en relation régulière avec l'ARS et le secrétariat de la commission départementale des soins psychiatriques ;

Les dossiers sont stockés dans deux armoires :

- une armoire est réservée aux dossiers des ASPDT, ils sont de couleur verte ;
- une armoire est réservée aux dossiers des ASPRE, ils sont de différentes couleurs : jaune pour les ASPRE classiques, bleu pour les patients en UMD avec possibilité de dossiers orange pour les patients en UMD ayant des antécédents tels que irresponsabilité pénale, violet pour les patients de l'UHSA avec possibilité de dossiers rouge pour les patients ayant des antécédents.
- un service avec deux agents dont l'un à mi-temps pour la tenue du livre de la loi ;

- un local dans lequel sont stockées les archives des livres de la loi ainsi que les dossiers patients.

L'ensemble de ce service réservé à la gestion des patients admis sans leur consentement doit rester dans ces locaux situés à l'entrée, proche de l'UMA, même si le bureau des admissions doit être amené prochainement à déménager dans un nouveau local.

La facturation des patients admis sans leur consentement est effectuée par les agents du bureau centralisant toutes les facturations concernant tous les patients du centre hospitalier.

La tenue des registres de la loi

Deux registres de la loi sont en cours, l'un pour les ASPRE, l'autre pour les ASPDT. Ceux-ci n'ont pas été officiellement ouverts.

Les documents sont réduits à 50 % et collés sur les différents feuillets. Un tampon est accolé à cheval sur la page du registre et le document.

Si le nombre de feuillets disponibles n'est pas suffisant pour un patient, il est effectué des photocopies de feuillets vierges qui sont alors intercalées avec les feuillets concernés.

Sur la tranche du registre sont indiquées la date du premier dossier ainsi que la date du dernier dossier du registre lorsque celui-ci est terminé.

Le registre de la loi en cours pour les patients admis en SPRE débute sur le feuillet numéro 1 par un patient admis le 27 janvier 2014, le dernier feuillet utilisé est le numéro 87 pour un patient admis le 4 avril 2014 ; pour ce patient l'ensemble des documents n'était pas collé.

Les contrôleurs ont pu constater qu'au jour de leur visite, le 6 mai 2014, des documents étaient sur le bureau non collés et non classés ; cela devait représenter, sauf erreur, vingt-huit dossiers non inscrits sur le registre de la loi.

Le précédent registre de la loi débute sur le feuillet numéro 1 par un patient admis le 8 octobre 2013, le dernier feuillet utilisé est le numéro 100 pour un patient admis le 27 janvier 2014.

A la fin du registre, un index récapitule tous les patients avec leur date d'admission et leur date de mise en ASPRE ; les contrôleurs ont été amenés à comparer les dates d'admission et les dates de l'arrêté du représentant de l'Etat prononçant l'ASPRE :

Admission	Arrêté
13/01/14	31/01/14
17/01/14	31/01/14
01/04/14	04/02/14
14/08/13	04/02/14
18/02/14	30/01/14
19/02/14	05/03/14
02/09/13	13/03/14
04/03/14	21/03/14
14/03/14	18/03/14
04/02/14	04/02/14

10/03/14	14/04/14
27/03/14	21/02/14
20/03/14	25/03/14
11/03/14	25/03/14
19/03/14	26/03/14
14/03/14	28/03/14

Les distorsions importantes de dates entre l'admission et l'arrêté résultent essentiellement de patients provenant d'autres établissements et admis soit à l'UMD, soit à l'UHSA ; des patients peuvent avoir une date d'admission postérieure à l'arrêté ; pour les patients ayant une date d'admission antérieure à l'arrêté, cela résulterait d'une éventuelle difficulté de coordination des arrêtés de transfert.

Sur cet échantillon, dans un seul cas la date de l'admission est la même que celle du représentant de l'Etat. Dans plusieurs cas, la date de l'arrêté du représentant de l'Etat est indiqué être pris plusieurs jours après la date de l'admission.

Les contrôleurs ont été amenés à consulter les dossiers concernant deux patients pour lesquels une demande de levée n'avait pas été confirmée ; ceux-ci sont retracés ci-dessous :

Patient numéro 1 :

- certificat médical de demande d'admission du 01/04/2014 ;
- arrêté du représentant de l'Etat du 02/04/2014 ;
- admission le 02/04/2014 ;
- certificat médecin de l'UMA du 03/04/2014 : hospitalisation confirmée ;
- certificat médecin de l'UMA de 72h : hospitalisation confirmée ;
- certificat médical du 10/04/14 (un vendredi) : demande de levée ; pas de réponse ;
- après rappel il a été demandé un deuxième avis ;
- le patient a été présenté devant le JLD le 15/04/14 qui a ordonné la levée.

Patient numéro 2 :

- certificat médical de demande d'admission du 13/02/14 ;
- arrêté du représentant de l'Etat du 14/02/14 faxé à 11h13 ;
- le patient avait été admis le 13/02/14 à 20h50 ;
- certificat médical de 24h le 14/02/14 demandant la levée de l'hospitalisation ;
- demande de deuxième avis qui a été transmis le 17/02/14 ;
- arrêté du représentant de l'Etat du 18/02/14 : levée.

Le registre de la loi en cours pour les patients admis en SPDT débute sur le feuillet numéro 1 par un patient admis le 7 mars 2014, le dernier feuillet utilisé est le numéro 2 pour un patient admis le 8 mars 2014 ; aucune pièce n'est collée.

Le précédent registre de la loi débute sur le feuillet numéro 1 par un patient admis le 3 février 2014, le dernier feuillet utilisé est le numéro 100 pour un patient admis le 7 mars 2014 ; quatre feuillets ne disposent d'aucun document collé. Ce constat a été effectué le 6 mai 2014.

D'autre part, les contrôleurs ont constaté que les pièces collées n'étaient pas toujours mises dans l'ordre de la date de prise de la mesure, qu'il manquait des pièces telles que l'arrêté initial de la mesure mais également des mentions telles que celles relatives à la décision du JLD.

3.6.1 L'information sur la visite des autorités

Le registre de la loi ASPRE a été visé par les représentants de la CDSP le 13 novembre 2013 et par le vice-procureur le 26 novembre 2013.

Aucune mention n'est notée en 2014.

Le registre de la loi ASPDT a été visé par les représentants de la CDSP le 13 novembre 2013 et par le vice-procureur le 10 octobre 2013.

Aucune mention n'est notée en 2014.

3.6.2 Le collège soignant

Eu égard à la durée de l'hospitalisation à l'UMA et à la présence d'une unité pour malades difficiles (UMD) et d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), les patients de l'unité d'accueil sont peu concernés.

Les contrôleurs ont constaté que sur le mois de février 2014 six collèges soignants s'étaient tenus et cinq sur le mois de mars 2014 ; l'ensemble de ces collèges concernaient des ASPDT présents depuis un an.

Sur ces deux mois, aucun collège concernant des patients en ASPRE ne s'est tenu.

Dans le cadre où un collège soignant doit se tenir dans l'établissement, le directeur sollicite un avis en écrivant aux membres du collège. Cette demande fait l'objet d'une délibération.

3.6.3 Le programme de soins

Il n'a pas été établi de programme de soins pour les patients admis à l'UMA.

3.7 La protection juridique des majeurs

L'établissement dispose pour l'ensemble de la structure d'un service de protection juridique des majeurs.

Le personnel comprend 9,5 ETP d'agents, soit :

- pour un mi-temps l'attaché de direction responsable du bureau des entrées ;
- un préposé aux tutelles ;
- un préposé suppléant ;

- un comptable ;
- six mandataires judiciaires ;
- ponctuellement un stagiaire.

Les locaux se situent à proximité du bureau des entrées.

L'accueil (d'une surface de 25 m²) s'effectue par une entrée spécifique ; il est séparé du bureau d'accueil par un hygiaphone® ; trois chaises l'équipent ; il est ouvert de 9h à 11h et de 14h à 15h du lundi au vendredi. C'est dans ce service que les bons de retraits d'argent sont effectués. Avec ces bons, l'argent est retiré auprès des personnels du trésor public installé à proximité.

Les personnes sous protection juridique peuvent solliciter un entretien particulier auprès des mandataires.

Sept bureaux sont réservés aux différents personnels.

Tous les bureaux sont équipés de bouton d'appel de secours.

L'activité concerne des patients autant en hospitalisation complète que des patients suivis à l'extérieur.

Les patients se rendent principalement dans ce service pour retirer de l'argent ; toutefois ils peuvent disposer d'une carte bancaire programmée pour les retraits limités par période.

Les patients se rendent également dans ce service pour débattre de la quotité de fonds qui leur est attribuée par période.

Des associations, des mandataires privés, des tuteurs familiaux interviennent et peuvent être amenés à gérer les biens des patients hospitalisés.

Les mandataires gèrent chacun soixante-cinq dossiers ; il a été indiqué aux contrôleurs que les dossiers étaient de plus en plus complexes et chronophages depuis l'ouverture de l'UMD.

Sur l'exercice 2012, 383 mesures ont concerné ce service, soit 218 curatelles renforcées, trois curatelles simples, 158 tutelles, quatre sauvegarde de justice.

Au jour de la visite des contrôleurs le service gérait 220 curatelles renforcées, sept curatelles simples, 150 tutelles, quatre tutelles aux biens, cinq mandats spéciaux.

Il n'existe pas de données précisant l'unité d'hospitalisation, notamment l'UMA, du patient mis sous protection juridique.

3.8 L'accès au dossier médical

La procédure d'accès au dossier médical est rappelée dans le livret d'accueil.

En 2013 et pour l'ensemble de l'établissement, 250 demandes de communication de dossiers ont été reçues : 170 provenaient du patient, 32 de tiers habilités, 18 d'ayants droit.

Sur cet ensemble 193 dossiers ont abouti, étant entendu que 29 demandeurs ont interrompu leur démarche.

Il n'a pas été indiqué aux contrôleurs de demande de dossier médical de patients hospitalisés à l'UMA

3.9 La désignation d'une personne de confiance

Selon les informations recueillies, la désignation d'une personne de confiance à l'UMA n'est pas effectuée de manière satisfaisante. Il est indiqué sur la « fiche d'observation du patient » insérée dans le dossier la liste de « tous les contacts familiaux du patient susceptibles d'éclairer sa prise en charge ». Il est clairement indiqué aux contrôleurs que la notion de personne de confiance n'était pas spécifiquement abordée.

3.10 L'accès à l'exercice d'un culte

Il n'a été fait état d'aucun contact avec un responsable d'un culte à l'UMA

3.11 La commission départementale des soins psychiatriques

C'est par un arrêté préfectoral du 23 janvier 2012 que cette commission est constituée.

Avant toute visite dans l'établissement des membres de la CDSP, le directeur fait état de cette visite en indiquant que les patients peuvent solliciter un entretien auprès des membres de cette commission et ce dans un bâtiment spécifique, un chauffeur de l'établissement les amenant au bureau d'entretien et les ramenant à l'issue de l'entretien.

Une affiche apposée dans les unités rappelle le rôle de la CDSP et la possibilité de cet entretien.

La dernière visite au centre hospitalier Le Vinatier a eu lieu le 13 novembre 2013.

Les contrôleurs ont eu connaissance du « Rapport d'activités et statistiques de la commission départementale des soins psychiatriques du département » pour l'année 2012. Ce rapport concerne les trois établissements du département.

Il est indiqué :

« En 2012, 2 481 hospitalisations SPDT ont été effectuées dans le département du Rhône selon l'article L3212-1 dont 1 082 SPDT d'urgence (L3212-1-II-2 et L3212-3).

En 2012, 488 mesures en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat ont été prononcées ».

La CDSP s'est réunie huit fois à l'agence régionale de santé pour l'examen de 390 dossiers ; les trois établissements ont été visités une fois.

En 2013, la CDSP s'est réunie à l'agence régionale de santé six fois pour l'examen de 194 dossiers (indisponibilité de certains membres à deux réunions) ; il a été effectué une visite au centre hospitalier Le Vinatier.

En 2014, la CDSP s'est réunie jusqu'au mois d'avril à l'agence régionale de santé à quatre reprises pour examiner 88 dossiers.

La programmation des réunions prévoit cinq réunions à l'ARS et une visite le 26 novembre 2014 au centre hospitalier Le Vinatier.

Lors de la visite au centre hospitalier Le Vinatier du 13 novembre 2013, un procès verbal a été effectué ; quelques éléments en sont extraits :

« 69,2 % des hospitalisations se sont faites sur le mode de l'hospitalisation libre ; les SPRE représentent 7,6 % des modes d'hospitalisation, les SPDT représentent 23 % des modes d'hospitalisation ».

« Les audiences du JLD ont lieu deux fois par semaine... Quatorze sont vues par audience en moyenne ; il y a eu soixante-deux décisions de levée d'hospitalisation... La plupart des avocats sont commis d'office ».

« L'hôpital du Vinatier voit la fin de la reconstruction des pôles de psychiatrie adultes... Chaque secteur sera doté d'un « triptyque d'apaisement » comprenant une chambre d'isolement, une chambre d'apaisement et un salon d'apaisement sans lit ».

« A notre question sur le passage d'un sénior pour les chambres d'isolement, tous les jours y compris dimanche et jours fériés, la CDSP est informée de la mise en place d'une « astreinte médicale par pôle », comprenant la visite des chambres d'isolement à partir de début 2014 ».

Lors de cette visite deux patients ont été rencontrés dans le bureau et une dans l'unité d'hospitalisation.

3.12 La communication avec l'extérieur

3.12.1 Les visites

Les visites sont autorisées de 13h30 à 19h et se déroulent, en fonction de l'occupation des locaux, soit dans la chambre du patient s'il y est seul, dans la salle d'attente, dans un bureau voire à l'extérieur, devant l'unité.

La présence des enfants est déconseillée.

3.12.2 Le téléphone

S'agissant des communications téléphoniques, il est proposé et conseillé aux patients en soins libres de se séparer de leurs téléphones portables afin qu'ils soient déposés au coffre du bureau des entrées, un grand nombre de vols ayant été constaté entre patients.

En revanche, les téléphones portables sont systématiquement retirés aux patients admis sous contrainte et l'accès au téléphone soumis à une autorisation médicale.

Une cabine téléphonique est installée dans la salle d'attente ; elle fonctionne par cartes téléphoniques qui ne sont cependant pas en vente dans l'unité. Par ailleurs, durant la journée, l'infirmier régulateur qui assure l'accueil dans l'unité a la possibilité de permettre à un patient de passer une communication téléphonique de courte durée à partir du poste de l'accueil, après avoir vérifié sur le logiciel à sa disposition la fiche de l'intéressé et les indications médicales qui y sont portées.

Pour une communication plus longue ou plus personnelle, l'infirmier peut également prêter le téléphone sans fil de l'unité pour que le patient puisse s'isoler.

Selon les informations recueillies auprès des médecins, les autorisations d'accès au téléphone comme celles relatives aux visites sont dispensées en fonction de l'état du patient. Il est fréquent qu'un patient soit très désorganisé après une communication téléphonique ou une visite de son entourage. L'UMA étant un service d'urgence, qui gère les crises, la nécessité de rupture avec le milieu familial peut être une indication thérapeutique.

Toutefois, les interdictions ou autorisations peuvent être revues au fil de la journée.

3.12.3 Le courrier

Les patients ne restent que pour de très courtes périodes à l'UMA où ils ne reçoivent pas de courrier. S'ils souhaitaient expédier une lettre et disposaient d'un timbre, leur courrier pourrait être posté par un soignant dans l'une des deux boîtes postales de l'établissement. Ces boîtes postales sont relevées du lundi au vendredi. L'une d'entre elles se trouve près du poste de garde à l'entrée, face à l'UMA.

3.12.4 L'informatique et l'accès à l'internet.

Les patients n'ont pas accès à l'outil informatique et à internet. S'ils disposaient d'un ordinateur à l'arrivée, celui-ci, après inventaire, serait déposé au bureau des entrées.

Une exception a été signalée aux contrôleurs s'agissant de l'accès à un ordinateur appartenant à l'UMA pour les adolescents hospitalisés dans le service, en compagnie d'un soignant.

Cet appareil est actuellement rangé dans le bureau de la cadre de santé du fait de la sur occupation des locaux et notamment du salon destiné aux adolescents où, au jour de la visite des contrôleurs, dormaient deux patients.

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

Dans le chapitre « Vos droits » du livret d'accueil, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est mentionnée.

Une décision du 2 décembre 2013 fixe la composition de la CRUQPC.

Celle-ci se réunit au minimum quatre fois par an. Pour l'année 2014 la programmation des réunions est la suivante : 14 février, 25 avril, 3 octobre, 19 décembre.

3.13.1 Les plaintes et réclamations

Les contrôleurs ont pris connaissance des comptes-rendus des réunions de la CRUQPC du 4 octobre 2013, du 6 décembre 2013, du 14 février 2014, du 25 avril 2014.

Lors de la commission du 4 octobre 2013, il a été analysé le tableau de suivi des réclamations du 24 avril au 27 septembre 2013 : trois de ces réclamations concernaient l'UMA.

Lors de la commission du 6 décembre 2013, il a été analysé le tableau de suivi des réclamations du 27 septembre 2013 au 29 novembre 2013 : une réclamation concernait l'UMA.

Lors de la commission du 14 février 2014, il a été analysé le tableau de suivi des réclamations de l'année 2013 ainsi que le tableau de suivi des réclamations du 29 novembre 2013 au 7 février 2014.

Lors de la commission du 25 avril 2014, il a été analysé le tableau de suivi des réclamations du 7 février 2014 au 18 avril 2014 : six de ces réclamations concernaient l'UMA.

Pour l'année 2013, pour une file active globale de 25 842 patients, 102 réclamations ont été recensées ; dans 56 % des cas le réclamant était le patient, dans 36 % la famille, dans 8 % une autre personne.

Durant cette année 2013, douze réclamations étaient spécifiques à l'UMA :

- dans deux cas, il s'agissait de réclamations concernant des problèmes de disponibilité de lits : « manque de chambres à l'UMA. A passé deux nuits dans une salle TV » ; « Après une consultation, la patiente a été installée dans le couloir en attendant son admission le lendemain à Deniker. Souhaite que cette situation ne se renouvelle plus » ;
- dans deux cas, il s'agissait de demande de sortie : « Souhaite que sa fille sorte de l'hôpital et soit soignée à domicile » ; « Souhaite quitter l'hôpital » ;
- dans sept cas, il s'est agi de disparitions d'objets personnels dont des lunettes ;
- dans un cas, il s'agissait de divergence sur les actes paramédicaux : « sonde gastrique non branchée. Les parents demandent des explications ».

Dans tous ces cas, il a été répondu.

Lors de la commission du 25 avril 2014, pour la période du 7 février au 18 avril 2014, six réclamations concernaient l'UMA :

- dans un cas, il s'agissait d'une perte de vêtement lors de transfert dans une autre unité de soins ;
- dans un cas, il s'agissait : « Manque de personnel. Un jour la patiente a été renvoyée chez elle devant l'affluence. Le lendemain délai d'attente trop long (6h) » ;
- dans quatre cas, il s'agissait de réclamations concernant des problèmes de disponibilité de lits : « Manque de lits et de chambres disponibles. Se dit sidérée par les conditions d'accueil des patients et les conditions de travail des soignants » ; « Se plaint du manque de chambre » ; « Se plaint du manque de lits. A passé cinq jours sur un lit de camp » ; « Se plaint d'avoir dû dormir dans un salon télé puis dans le couloir ».

Les contrôleurs ont eu connaissance de lettres de patients écrites au chef d'établissement entre le 20 février 2014 et 14 avril 2014 ; il est fait état de quelques extraits :

- « Depuis dimanche je vis un véritable calvaire, un lit d'appoint dans une chambre seule, personne à qui parler, les infirmiers sont débordés. Le service est prévu pour 11 personnes, nous avons été jusqu'à 22. Des lits partout, dans les 2 salons télé, dans les couloir, dans le hall » ;
- « Nous comprenons tout à fait que le délai d'attente soit long mais mercredi 19 février il a été de 6 h ! la veille au soir 4h... en 24h nous avons passé 10h aux urgences ! » ;
- « Je fréquente cet hôpital depuis plus de 23 ans et c'est la première fois que j'ai dû dormir dans le salon télé puis dans le couloir » ;
- « De plus, je ne comprends pas que je sois placé dans une chambre, sans fauteuil ni chaise, seulement un lit fixé au sol ».

3.13.2 Les évènements indésirables

Ils ont été analysés par la Commission Qualité et Sécurité des Soins qui a tenu neuf réunions en 2013.

Durant l'année 2013, 1 317 évènements indésirables concernaient les patients : en priorité les contrôleurs ont répertorié les événements suivants : chutes (298) ; mais aussi 34 déclarations d'évènements indésirables pour pertes, vols et disparitions de biens.

Durant cette même année, 918 évènements indésirables concernaient les professionnels avec en priorité les violences physiques (399).

Il n'a pas pu être indiqué la ventilation de ces violences par unité.

L'analyse des questionnaires de satisfaction – appelés aussi questionnaire de sortie – pour l'intra hospitalier fait état de 168 réponses ; 42 % des unités ont répondu au moins pour un cas. En ce qui concerne les droits du patient, 33,33 % des réponses étaient très satisfaisantes, 35,46 % satisfaisantes et le reste peu satisfaisant ou pas satisfaisant. La situation globale est la suivante : très satisfaisant 20 %, satisfaisant 63 %, peu satisfaisant 8 %, pas satisfaisant 5 %.

3.13.3 Les violences hospitalières

En 2012 ont été traités, pour l'UMA, sept signalements d'évènements indésirables relatifs à des violences sur agents dont quatre avec « conséquence physique et/ou psychologiques minimales » et trois avec « blessures entraînant un soin important ».

En 2013 ont été traités, pour l'UMA, cinq signalements d'évènements indésirables relatifs à des violences sur agents dont quatre « avec conséquence physique et/ou psychologiques minimales » et une avec « blessures entraînant un soin important ».

Il est donné quelques éléments de deux rapports :

« M... s'est présenté à l'UMA à 10h20, ce patient souhaitait une hospitalisation. Il ne présentait pas d'éléments délirants mais celui-ci était tendu. Il insiste fermement « Je vais vous planter » dit-il aux infirmiers, l'infirmier appelle le personnel de la sécurité et le signifie au patient. Le patient s'est très vite senti persécuté en voyant l'arrivée des gardes. Il a saisi un pot de fleurs et l'a jeté sur l'un des infirmiers et a frappé violemment une infirmière en la mettant au sol. Il s'est déchainé sur les deux soignants (coups de pieds, coups portés à la tête) ».

« Patient contenu en chambre d'isolement, sédaté, mutique, en présence d'un collègue infirmier et de l'ambulancière nous décontenons le patient pour le recontenir à nouveau sur un brancard en vue de son transfert à l'USIP⁶. Au moment de la décontension, me frappe au visage avec son poing, puis quelques minutes après tente de mettre un coup de pied à l'ambulancière ».

Eu égard au contexte de l'UMA les contrôleurs ont examiné les ordres du jour du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) des années 2013 et 2014.

Durant l'année 2013, il s'est tenu neuf réunions du CHSCT ; dans l'ordre du jour de six de ceux-ci il a été question de l'UMA ; les questions abordées sont les suivantes : projet d'évolution de l'UMA, risque psychosocial à l'UMA, séniorisation des gardes médicales à l'UMA, nombre de lits pliants susceptibles d'être mis en place, dégradation des conditions de travail de l'équipe de nuit liées aux 12h, demande de mesures permettant de revoir la restauration des agents, problèmes rencontrés par les renforts à l'UMA, chambres dans l'agglomération trop éloignées des postes de surveillance soignants.

Durant l'année 2014 jusqu'à la venue des contrôleurs, trois réunions du CHSCT s'étaient tenues ; dans le premier CHSCT il a été effectué un bilan de la nouvelle organisation de l'accueil. Le deuxième CHSCT est exceptionnel ; il a été consacré à un incident dans la nuit du 24 au 25 février ainsi présenté : « Dans la nuit du lundi 24 au mardi 25 février, un patient en état d'agitation déclenche volontairement l'alarme incendie. Quand les soignants interviennent, le patient qui est dans le couloir les agresse physiquement. Le problème est que la plupart des appareils du Dispositif d'Appel d'Urgence n'ont pas fonctionné. L'alarme incendie n'a pas dysfonctionné. La zone où l'alarme a été déclenchée n'est pas reliée au dispositif sécurité incendie ». A la suite du débat la motion suivante a été votée : « Réuni de façon extraordinaire le mercredi 26 février 2014 le CHSCT constate la mise en danger du personnel de l'UMA. La tension est permanente du fait de la saturation de cette unité : plus de vingt patients pour onze lits, des couloirs transformés en chambre... cette situation est la conséquence du manque de lits d'hospitalisation dans l'établissement. Le CHSCT se prononce pour la réouverture en urgence de lits d'hospitalisation pour répondre aux besoins de la population ».

Au CHSCT prévu le 20 mai 2014 a été inscrit l'ordre du jour suivant : « Projet de création et d'ouverture d'une UHCD ».

⁶ USIP : unité de soins intensifs en psychiatrie

3.13.4 Les recours contentieux

Neuf recours – juridictionnels ou près de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) – ont été formés par un usager ; l'un de ces recours a été effectué par un patient de l'UMA : il s'agit de séquelles suite à intoxication avec un neuroleptique, la CCI a été saisie pour désignation d'un expert médical, une offre amiable a été effectuée.

Quatre recours juridictionnels n'ont pas été engagés par un usager ; l'un d'entre eux concerne l'UMA pour l'agression de plusieurs soignants avec un couteau ; l'auteur a été condamné à des dommages-intérêts dont un euro symbolique demandé par l'établissement

3.14 L'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)

Les contrôleurs ont pris contact avec la représentante de l'UNAFAM à l'établissement qui leur a accordé un entretien téléphonique. Il en ressort que cette dernière a été alertée par le médecin responsable de l'UMA des difficultés qui s'y posaient. Elle a toute confiance dans ce médecin, comprend l'alerte faite de toutes parts et se réjouit des décisions qu'elle a contribué à faire aboutir, notamment par la création de l'UHCD.

Par ailleurs, dans le cadre de sa participation à la CRUQPC, elle a constaté l'arrivée de courriers de mécontentement des familles durant la période de suroccupation des locaux. En revanche, l'UNAFAM n'a pas été destinataire de plaintes ni par courrier, ni lors des permanences à la maison des usagers tenues par deux bénévoles tous les jeudis de 14h à 17h.

Selon les propos recueillis, l'association travaille de plus en plus et de mieux en mieux avec les services de l'hôpital.

Les usagers sont représentés pour leur part par trois personnes appartenant à deux associations locales dénommées Ouest-Sud-Est (OSE) et Icebergs, affiliées à la FNAPSY (fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie).

Le numéro de téléphone fourni par l'administration n'a pas permis d'entrer en contact avec le plus actif d'entre eux mais il a été rapporté aux contrôleurs que ces représentants des usagers n'ont aucun contact avec l'unité concernée par la visite.

4- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

4.1 Eléments communs

4.1.1 Le règlement intérieur

L'UMA, service d'urgence, n'a jamais mis en place de règlement intérieur, ni un quelconque écrit sur les règles de vie.

Le service a conscience que c'est un manque mais il a été rapporté aux contrôleurs que la prise en charge de l'urgence, le soin et les conditions matérielles d'accueil sont les priorités.

4.1.2 La restauration

Les repas sont livrés par la cuisine centrale de l'hôpital, en liaison froide, sous forme de barquettes à réchauffer. Cette cuisine prépare l'ensemble des repas de l'établissement soit plus de 2 000 repas par jour.

Un logiciel permet aux services d'effectuer des commandes de plats correspondant à des régimes (sur prescription médicale) mais également de noter des aversions particulières. Par ailleurs, des repas sans porc ou sans viande sont livrés quotidiennement et les personnes âgées bénéficient de repas mixés.

L'office d'une surface de 12,46 m² est équipé, depuis peu, d'un four industriel remplaçant le four à micro-ondes qui ne permettait pas de réchauffer simultanément les vingt repas à servir. C'est aux dires de l'aide-soignant et l'agent hospitalier qui gèrent l'office une grande amélioration de leur travail mais également la possibilité pour les patients de manger un repas chaud.

Les heures des repas sont les suivantes :

- 8h pour le petit déjeuner composé d'une boisson chaude (café, thé ou chocolat) avec ou non du lait, de pain (livré tous les matins), de beurre et de confiture. Le dimanche, il est ajouté une viennoiserie ;
- 12h pour le déjeuner ;
- 16h pour le goûter composé d'une boisson chaude (café, thé, chocolat) d'un biscuit au chocolat, d'une tranche de cake ou de pain d'épices ;
- 19h pour le dîner.

Il a été rapporté aux contrôleurs que ces repas pouvaient être servis selon des horaires plus ou moins fixes selon le nombre de patients et les urgences à traiter.

Ce sont ces changements éventuels qui justifieraient notamment de ne pas mettre en place un écrit précisant les règles de vie à l'UMA.

La suroccupation des locaux (jusqu'à vingt-huit patients pour onze chambres) a eu pour conséquence d'obliger certains patients à prendre leurs repas avec le plateau sur leurs genoux. Le médecin responsable de l'unité a donc décidé d'aménager le salon adulte avec deux tables afin que, tour à tour, les patients puissent manger dans de moins mauvaises conditions. (cf. photo)

Le jour de la visite des contrôleurs, le déjeuner des patients comportaient une pizza en entrée, des choux de Bruxelles et au choix une omelette ou un cordon bleu de dinde puis un morceau de camembert et une orange.

Selon les informations recueillies, les produits sont de qualité et les goûters sont composés de pâtisseries de marque.

4.1.3 La blanchisserie

La blanchisserie du centre hospitalier est installée à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement. Tout le linge y est traité tant celui du personnel que celui des patients.

Les personnels de l'UMA sont dotés de blouses blanches qui portent leurs noms de manière visible.

Le linge hospitalier (draps, taies, couvertures, pyjamas) est fourni et entretenu par l'établissement. Des serviettes de toilette peuvent également être mises à disposition des patients.

En principe, les patients de l'unité des urgences remettent le linge sale à leur famille. Néanmoins, pour ceux qui sont isolés, le personnel, après étiquetage au nom du service, adresse les vêtements à la blanchisserie centrale.

4.1.4 La sécurité

L'unité dispose d'un sas d'entrée équipé de deux portes vitrées successives. Elles ne peuvent être ouvertes que par l'appui sur un bouton-poussoir dissimulé sous le bureau de l'infirmier régulateur chargé de l'accueil.

L'infirmier surveille notamment toute tentative de sortie non autorisée.

Des boutons d'appel sont à la disposition des patients dans les chambres. S'agissant du personnel, des boutons-poussoirs d'alarme sont installés dans les bureaux d'entretien et chaque membre du personnel est équipé d'un PTI (protection du travailleur isolé).

Par ailleurs, un service de sûreté a été mis en place à l'hôpital depuis 1999. L'établissement a recruté une équipe d'agents de sécurité qui, à l'entrée de l'établissement, dispose d'un local vitré et au sein duquel sont installés les écrans de surveillance des caméras de vidéosurveillance disséminées dans les allées du centre hospitalier.

L'UMA n'est pas équipée de caméras de vidéosurveillance

Il est par ailleurs équipé d'un véhicule permettant d'effectuer des rondes. Il a pour mission d'assurer le lien avec la police.

Ce poste est situé en face de l'UMA et permet au personnel soignant d'être secondé rapidement. Selon les informations recueillies, ces agents interviennent dès lors qu'une alarme est actionnée mais également à la demande du personnel soignant lors d'une situation critique notamment pour des placements délicats en chambre d'isolement.

Enfin, si un patient tente de fuguer, il passe obligatoirement devant le local de surveillance ce qui permet à l'équipe de sécurité de s'interposer.

4.1.5 Les activités communes

La cafétéria et la bibliothèque de l'hôpital sont situées dans l'établissement à 450 m de l'UMA. Elles ne sont accessibles qu'aux patients admis en soins libres ou, à titre exceptionnel, à des patients sous contrainte accompagnés de leur famille.

La cafétéria est ouverte du lundi au vendredi de 9h à 17 h et le samedi de 9h à 11h30 et de 14h à 17h.

La bibliothèque est ouverte du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h30 à 17h sauf le mardi après-midi. On peut y emprunter au maximum trois ouvrages et trois revues pour une durée de quinze jours.

Les contrôleurs ont constaté que les patients se rendent dans ces structures en pyjama.

Selon les informations recueillies, les sorties sont rares, l'UMA étant un service d'urgence et d'orientation vers des unités d'hospitalisation et les patients ne se rendent pas à la bibliothèque durant leur court séjour dans l'unité.

A l'interne, il n'existe pas d'activités programmées du fait de la spécificité de l'unité, lieu de passage, mais dès lors que des locaux sont disponibles et que les soignants disposent d'un peu de temps, quelques activités ont pu être mises en place. A titre d'exemple, il a été rapporté aux contrôleurs que lors de la présence de trois adolescents avait été organisé un atelier pâtisserie.

Le cadre de santé dispose d'un budget d'environ 300 euros par an pour les activités qui lui permet notamment d'organiser un goûter à Noël, de décorer le service par des cadres photos qu'il accroche aux murs et d'acheter jeux, journaux et livres qu'il prête aux patients. Il a actuellement un projet d'atelier esthétique qui, bien que minimal, pourrait permettre aux patientes d'être coiffées, maquillées ou de bénéficier d'une manucure.

4.1.6 Les soins somatiques

Il n'existe pas de médecin somaticien affecté à l'UMA. L'examen somatique est effectué par les psychiatres. Un bilan d'entrée est demandé. Il comprend un bilan biologique, un électrocardiogramme lu et éventuellement envoyé par télécopie à l'hôpital cardiologique, une recherche d'une éventuelle grossesse.

Selon les informations recueillies, un mi-temps de médecin généraliste a été demandé en accord avec le chef de pôle pour assurer la prise en charge somatique des patients accueillis à l'UMA.

L'examen somatique des patients placés en chambre d'isolement n'est pas réalisé par un médecin généraliste. Il a été indiqué aux contrôleurs que la pratique de la contention était évitée au maximum et qu'il arrivait souvent que les mesures de contention étaient levées à l'arrivée à l'UMA.

La présence de nombreux hôpitaux dans le secteur et la qualité des relations avec les praticiens permet de répondre aux besoins de santé des patients :

- Hôpital mère-enfant : urgences gynécologiques ;
- Hôpital militaire Desgenettes : traumatologie et imagerie (scanner, IRM)
- Urgences générales : hôpital Edouard Herriot, clinique Mermoz.

Selon les informations recueillies, une des difficultés réside dans la présence de parasites. Les aides-soignants sont mobilisés sur la question de l'hygiène et notamment à la toilette des pieds et des mains ; ils sont dotés d'une trousse permettant les soins de manucure et de pédicure et ils peuvent couper les cheveux des patients avec leur accord. Deux salles de bains permettent de donner une douche tous les jours aux patients quel que soit leur état psychique.

Un protocole ayant trait à la prise en charge de la gale a été rédigé.

4.1.6.1 La pharmacie

L'UMA dispose d'un local avec une armoire pour conserver les médicaments. Ceux-ci sont livrés par la pharmacie centrale de l'établissement.

4.1.6.2 Le laboratoire

Les prélèvements sont emportés par un coursier à l'Hôpital Edouard Herriot. Les résultats sont transmis sur l'intranet du CHV.

4.1.6.3 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Il n'existe pas de « référent douleur » au sein de l'UMA.

4.1.6.4 Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Il n'existe pas de « référent hygiène » au sein de l'UMA. Néanmoins une vive attention est portée par les aides-soignants et les ASH à la question de l'hygiène. (cf. *supra*)

4.1.6.5 Le comité d'éthique

Le comité éthique de l'établissement de santé a été mis en place fin 2013. Il est présidé par la responsable de l'UMA. Le président de la CME n'y participe pas.

Trois thèmes ont été abordés :

- le prélèvement aux fins d'analyse des patients violents ;
- la mise en chambre fermée de patients admis en soins libres ;
- la situation particulière d'une patiente psychotique enceinte.

La prochaine réunion est programmée en juin 2014.

La situation de l'UMA n'a jamais été abordée lors des réunions de ce comité.

5- ANALYSE DU FONCTIONNEMENT DE L'UMA

5.1 Les locaux :

Les locaux de l'UMA sont composés de deux types de bâtiments.

Un bâtiment ancien, en dur, qui est le bâtiment d'origine et un bâtiment modulaire de type Algeco™, construit en mai 2013.

L'UMA se divise en trois zones : la zone d'attente, la zone de consultations et la zone d'hospitalisation.

- La zone d'attente

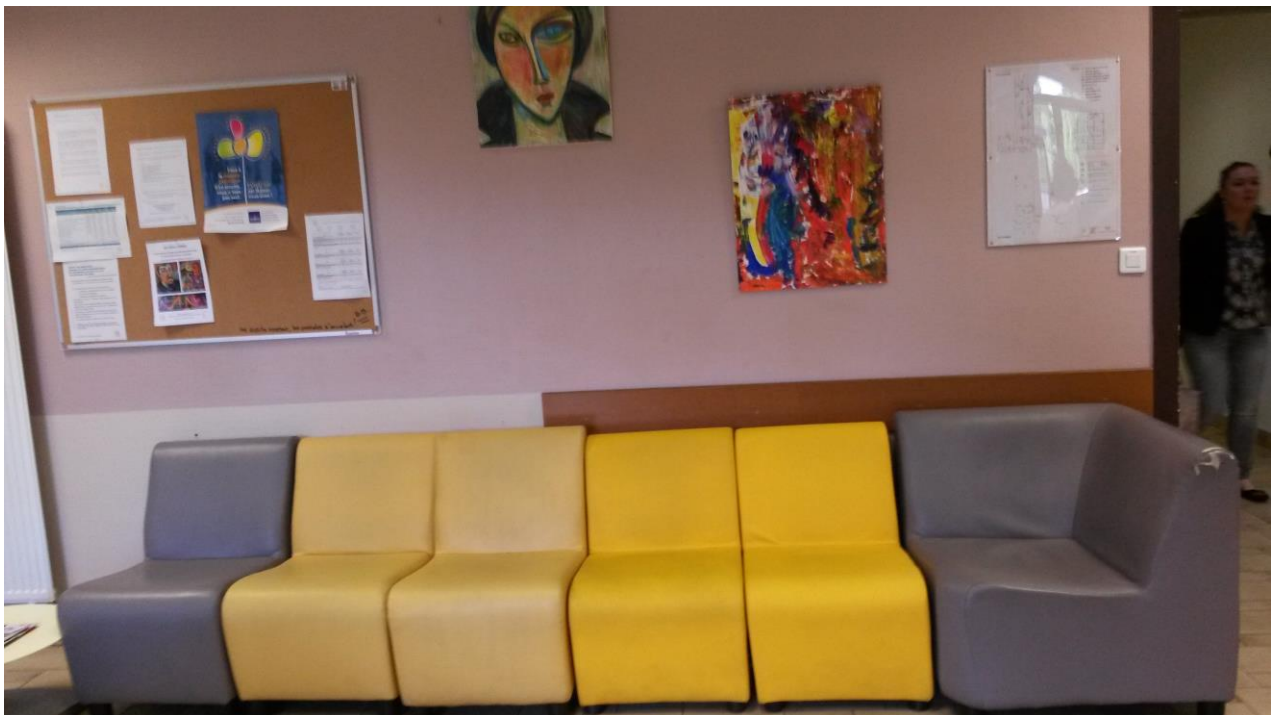
On pénètre directement dans une salle d'attente par le sas de sécurité de 5 m² (cf. § 4.1.4).

Derrière un guichet, un accueil est assuré par l'infirmier régulateur.

Cet espace d'une surface de 8,25 m², ouvert sur l'un des côtés est équipé d'un ordinateur sur lequel un logiciel du nom de CORTEXTE permet au personnel d'avoir toutes les informations concernant les patients hospitalisés, mais également toute information s'agissant de patients suivis dans d'autres services et par les CMP.

L'espace comporte trois types de téléphone : un téléphone fixe classique, un téléphone mobile et un standard téléphonique à déclenchement automatique. L'infirmier régulateur y est relié par un casque muni d'un microphone et d'écouteurs.

La salle d'attente d'une surface de 41,60 m², commune aux patients venus en consultation et aux patients en attente d'hospitalisation est équipée de quinze fauteuils de couleur vive, de tables basses et d'une cabine téléphonique. L'ensemble est en très bon état de propreté et exempt de dégradations.



Salle d'attente

Au mur sont accrochés des tableaux, des dessins, le plan d'évacuation des locaux, le plan des transports urbains et sur un panneau d'affichage se trouvent diverses informations : la charte des personnes hospitalisées, les informations sur la CRUQPC, les coordonnées de l'UNAFAM, de la maison des usagers etc.

A partir de la salle d'attente, on accède à la fois à la zone de consultations et à la zone d'hospitalisation.

- La zone de consultations :

A l'opposé de l'accueil s'ouvre la zone de consultations avec trois bureaux d'entretien de 11 m², 16,95 m² et de 17,60 m² qui sont reliés entre eux de manière à disposer chacun de deux issues. Un bouton-poussoir d'alarme est situé sous les bureaux. Ces boutons permettent d'alerter le service de sûreté de l'établissement au poste de sécurité situé face à l'UMA (cf. § 4.1.4)

En face, se trouvent les toilettes destinées au public.

C'est également un espace destiné au personnel. Une salle de repos d'une surface de 12 m² y est aménagée permettant notamment au personnel de se restaurer.

- La zone d'hospitalisation :

La zone d'hospitalisation regroupe les espaces destinés aux patients et ceux destinés aux soins.

Derrière le guichet d'accueil, une porte permet d'accéder directement et successivement au bureau infirmier (12 m²) qui lui-même donne accès au bureau médical (13,20 m²) puis au secrétariat du service (21,60 m²). Ces deux derniers bureaux disposent également d'une porte donnant sur le couloir de l'unité.

L'UMA est équipée de trois salles côte à côte : une salle de désinfection (6,50 m²), une de prélèvements (11 m²) et une troisième de préparation pharmaceutique (15,5 m²).

Le cadre de santé dispose d'un bureau individuel, d'une surface de 14 m², situé à la jonction des deux types de bâtiments. Il existe deux pièces destinées au vestiaire des personnels, un vestiaire pour les femmes de 16 m², aménagé de placards d'une salle de douche, d'un lavabo et de toilettes ; un vestiaire pour les hommes également aménagé de placards et comprenant un lavabo et une douche. Des toilettes pour le personnel s'ouvrent par le couloir à la jonction des deux vestiaires.

Deux chambres sont aménagées pour les gardes de nuit, l'une pour le médecin, l'autre pour l'interne.

Deux bureaux d'entretien, sur les cinq existants, sont aménagés dans cette zone : l'un dans l'ancien bâtiment (20,60 m²), l'autre dans le bâtiment modulaire (15 m²).

Les contrôleurs ont été reçus dans le plus grand d'entre eux fraîchement peint de couleur blanche, au sol en linoléum beige. La fenêtre est en partie occultée par un film et ouvre sur les pelouses de l'établissement. Le mobilier est composé de deux bureaux accolés et de cinq chaises. Dans ce bureau, l'ordinateur est intégré au mobilier par sécurité (ce qui n'est pas le cas des autres bureaux).

Cette pièce, comme les quatre autres bureaux de ce type, possède deux portes pour que les soignants puissent sortir en cas de danger et un bouton-poussoir d'alarme est situé sous le bureau. Ce bouton permet d'alerter le service de sûreté de l'établissement au poste de sécurité situé face à l'UMA (cf. § 4.1.4).

La logistique pour la blanchisserie et les repas est organisée dans des locaux adaptés : un office d'une surface de 14 m² (cf. § 4.1.2) deux lingerie et local de ménage. Il existe une bagagerie équipée de rayonnages (6,70 m²) qui sert au stockage des affaires personnelles des patients qui ne peuvent être conservées dans les chambres, notamment du fait de la suroccupation des locaux.

Les chambres :

Sept chambres étaient aménagées à l'UMA mais la suroccupation récurrente des lieux a entraîné la construction d'un bâtiment modulaire permettant d'en augmenter la capacité à onze chambres.

La répartition des chambres dans le **bâtiment initial** est la suivante :

- deux chambres d'isolement ;
- une chambre d'apaisement ;
- quatre chambres classiques.

Les chambres classiques et la chambre d'apaisement dans l'ancien bâtiment sont de conception identique. Ce sont des chambres individuelles dont la porte est percée d'un oculus de forme ronde ou alternativement d'une lucarne triangulaire.



Chambre individuelle dans bâtiment ordinaire

Dans l'aile Ouest, deux chambres sont situées côte à côte, la chambre d'apaisement, qui porte le numéro 1, d'une surface de 12,80 m² et une chambre classique portant le numéro 2 d'une surface de 12,60 m² (salles d'eau comprises). Face à cette dernière, la chambre numéro 3 qui est la plus grande (13 m²) est une chambre aménagée pour permettre l'accès par un brancard ou en fauteuil.

Deux chambres classiques identiques d'une surface de 12,50 m², salles d'eau comprises, sont situées dans l'aile Est. Elles portent les numéros 6 et 7.

Dès l'entrée de ces chambres, la salle d'eau (2,50 m²) peinte et carrelée est équipée d'un lavabo surmonté d'une tablette, d'un miroir et d'un néon. A côté des toilettes, un bouton d'appel est inséré dans le mur aux côtés d'une rampe permettant de se relever

L'ouverture des fenêtres est bloquée et les vitres sont occultées jusqu'à mi-hauteur.

Ce sont des chambres médicalisées, peintes de couleur claire, équipées d'un lit à roulettes au-dessus duquel sont installés les dispositifs nécessaires à l'apport d'oxygène et une prise électrique.

Le lit est recouvert d'un drap, d'un oreiller et d'une couverture pliée en deux. Un bouton d'appel est situé au-dessus d'une table de nuit.

Une petite table, une chaise et un fauteuil complètent l'aménagement. Sur la table sont disposés une carafe d'eau et un gobelet en plastique.

Les deux chambres d'isolement sont situées côte à côte dans l'ancien bâtiment (cf. descriptif et modalités § 7.3)

Deux salles de bains sont à disposition dans l'unité : l'une d'une surface de 8 m² est équipée d'une baignoire et d'un lavabo, la seconde, d'une surface de 13 m² comporte en sus une douche.

Les quatre chambres du **bâtiment modulaire**, d'une surface de 23,15 m² chacune, sont de grandes chambres individuelles. Elles bénéficient d'une salle d'eau (5,07 m²) avec lavabo, toilettes et, contrairement aux sept chambres d'origine, sont équipées d'une douche.



Chambre individuelle dans le bâtiment Algeco

Il a été rapporté aux contrôleurs que le cumulus d'eau chaude est insuffisant pour la douche des quatre chambres et d'autant plus quand les chambres sont doublées. Les patients doivent donc se rendre aux salles de bains communes.

A côté des toilettes, une rampe permettant de se relever et un bouton d'appel sont fixés au mur

Ces chambres sont équipées d'un lit médicalisé fixé au sol, d'une table, d'une chaise et d'un fauteuil.

Peintes de couleur blanche et d'éléments beiges, leur sol est en linoleum beige. Un dispositif de climatisation est fixé au-dessus de la fenêtre, verrouillée et occultée par un film.

Au jour de la visite des contrôleurs, deux de ces chambres, en principe individuelles, hébergeaient deux personnes, dans la première, le patient supplémentaire avait dormi dans un lit d'appoint, dans la seconde, dans un lit-couchette.

Deux salons sont aménagés dans l'unité: le salon adulte et le salon adolescents.

Le salon adolescents, d'une surface de 15,90 m², équipé de fauteuils, d'un téléviseur et d'une petite bibliothèque ouvre par une porte vitrée sur un espace extérieur aménagé afin de pouvoir y fumer. Cet espace est clos par une grille et un brise-vue de couleur verte.

Selon les informations recueillies, cette mesure de sécurité n'est toutefois pas suffisante (notamment en hauteur) pour pouvoir y laisser les patients seuls.

Au jour de la visite des contrôleurs, du fait de la suroccupation des locaux, ce salon était utilisé comme chambre pour deux patients. Ils y avaient dormi dans des lits-couchettes.



Salon adolescents utilisé comme chambre

Le salon adulte de 16,20 m² était occupé lors de la visite des contrôleurs par des fauteuils alignés le long de mur gauche, un lit-couchette replié, un téléviseur, deux grandes tables et un lit-couchette ouvert sur lequel était disposé un drap et dans lequel avait dormi un patient.

La présence des grandes tables était expliquée par le fait qu'en période de suroccupation des locaux, les soignants refusant que les patients mangent en tenant le plateau sur leurs genoux, ont organisé un tour de rôle dans cette pièce afin qu'ils prennent leurs repas dignement.

Néanmoins, cette pièce sert également de chambre si besoin.

5.2 Les patients

L'UMA dispose de onze chambres. Sept chambres sont situées dans les locaux d'origine et quatre chambres sont aménagées dans des un bâtiment modulaire (Algeco™).

Au jour de la visite des contrôleurs, seize personnes étaient hospitalisées à l'UMA: quatre femmes et douze hommes. Il n'y a pas eu d'adolescents hospitalisés à l'unité durant cette période.

Tout patient hospitalisé demeure en pyjama tout au long de son passage à l'UMA.

Le plus âgé des patients avait 84 ans, les plus jeunes avaient 19 ans (deux hommes).

- neuf patients étaient admis en soins libres ;
- trois patients étaient admis sur décision du représentant de l'Etat ;
- quatre patients étaient admis à la demande d'un tiers.

Dans le bâtiment d'origine, sur les sept chambres existantes :

- les deux chambres d'isolement étaient occupées par deux personnes admises sur décision du représentant de l'Etat ;
- la chambre d'apaisement était occupée par une personne admise à la demande d'un tiers ;
- une chambre simple, dont l'oculus était recouvert d'un drap, hébergeait une personne admise sur décision du représentant de l'Etat ;
- une chambre était occupée par un patient admis à la demande d'un tiers ;
- une chambre individuelle était occupée par une patiente en soins libres ;
- une chambre individuelle occupée par un patient en soins libres.

Dans le bâtiment modulaire, les quatre chambres hébergeaient :

- deux patients en soins libres dont un dormait sur un lit d'appoint ;
- deux patients en soins libres dont un dormait sur un lit-couchette ;
- une chambre individuelle occupée par une patiente admise à la demande d'un tiers ;
- une chambre individuelle occupée par un patient admis à la demande d'un tiers.

Les autres patients étaient hébergés de la manière suivante :

- une personne sur un lit-couche dans un salon ;
- deux personnes sur deux lits-couches dans le salon de télévision qui donne accès à l'espace extérieur dit « fumoir ».

Les lits-couches ont été repliés dans la matinée et les occupants se sont assis dans le salon télévision ou dans la salle d'attente, de fait surencombrée par les patients en attente de consultation, les patients hospitalisés attendant le médecin et les personnes arrivant en urgence.



Lit-couche

5.3 Le fonctionnement

L'accueil

L'arrivée des patients, qu'ils se présentent pour une consultation ou une hospitalisation s'effectue à l'avant du bâtiment, par le sas de sécurité (cf. § 5.1).

La fonction d'accueil est réalisée par le personnel infirmier selon un planning partagé. Les consultations médicales sont assurées tour à tour par l'un des médecins du service auquel est associé un infirmier présent de 10h à 22h.

L'accueillant, dénommé infirmier régulateur, est présent de 8h à 20h. Il note sur un registre toutes les entrées et communications téléphoniques qui nécessitent une intervention, une consultation ou une hospitalisation. Il est relayé par un infirmier de l'équipe de nuit de 20h à 8h.

L'infirmier régulateur dispose, comme indiqué *supra*, d'un logiciel du nom de CORTEXTE dans lequel chaque intervention d'un médecin ou d'un soignant est répertoriée, que ce soit dans l'établissement ou au sein de l'un des services extérieurs (CMP). Il peut ainsi se renseigner sur la situation des patients déjà connus, les prescriptions médicales des patients hospitalisés, les autorisations ou interdictions posées par le médecin.

Il prend les premiers éléments et priorise les entretiens.

Il procède également par le biais de cet outil à l'enregistrement des patients qui seront hospitalisés et à l'établissement des étiquettes portant leur nom et statut. L'une de ses étiquettes est ensuite placée sur un document reproduisant le plan et les numéros de chambres de façon à repérer la position de chacun dans l'unité.

Il a également pour fonction de surveiller les sorties des patients qui se déplacent des couloirs vers l'accueil et se présentent pour solliciter de multiples interventions.

Une des difficultés de ce poste tient à la gestion des patients qui se présentent durant la phase de relève. Bien qu'elle soit de courte durée (25 minutes le jour de la présence des contrôleurs) tous les infirmiers y participent hormis le régulateur et ne sont donc pas disponibles.

Lors de leur visite, les contrôleurs ont passé deux heures en compagnie de l'infirmier régulateur et ont constaté les difficultés de gestion de ce poste.

Ainsi, le mardi 6 mai de 8h30 à 10h30, l'infirmier a :

- répondu à dix-huit appels téléphoniques émanant de médecins de ville, de commissariats, de services d'urgence d'autres hôpitaux ou de familles de patients hospitalisés ;
- reçu cinq patients sollicitant une consultation ;
- deux ambulanciers amenant des personnes en vue d'une hospitalisation ;
- un chauffeur de taxi conduisant une personne désorientée.

Pendant ce même laps de temps, les patients hospitalisés se présentaient tour à tour devant lui pour demander à sortir sur le perron pour fumer, solliciter des cigarettes, demander des interventions dans leur chambre ou simplement pour se plaindre, parler. Ils restaient assis en salle d'attente en pyjama revenant régulièrement vers lui.

Par ailleurs, dans le même temps d'anciens patients de l'unité, pour certains sans domicile fixe, se présentaient pour avoir un verre d'eau, un mouchoir, aller aux toilettes ou dire bonjour.

Il semble que ce service soit un lieu de « pause » pour des personnes fragiles ce qui a été confirmé par l'assistante sociale que les contrôleurs ont rencontrée.

Le service est doté de **deux assistantes sociales** à mi-temps qu'il partage avec la permanence d'accès aux soins spécialisée en psychiatrie (PASS). L'une des deux est actuellement en congé maternité et n'est pas remplacée.

Elle vérifie la conformité des droits sociaux avec la situation du patient et dans la négative procède à l'ouverture de ces droits. Elle passe le relais à ses collègues des unités d'hospitalisation avec lesquelles elle est en bonne relation.

L'assistante sociale reçoit les patients en tête à tête hormis si une situation particulièrement dangereuse lui était signalée. Selon les propos recueillis, les assistantes sociales sont bien intégrées à l'équipe de l'UMA et viennent tous les jours dans les locaux pour se mettre à disposition des patients nouvellement hospitalisés.

La prise en charge des patients

Le service est doté de quatre praticiens hospitaliers qui reçoivent les patients dans le cadre de permanences. Pour le service de nuit et de week-end, ils sont assistés de médecins de garde volontaires. (cf. § 2.3.1) selon les informations recueillies, la répartition de leur activité est à 60 % sous forme de consultations et à 40 % en suivi d'hospitalisation.

Ces médecins assurent également tour à tour des consultations à la PASS située au sein de l'hôpital à proximité immédiate de l'UMA, lesquelles cesseront par la dissociation prochaine des deux services.

L'UMA ne bénéficie pas des services d'un médecin somaticien. Les psychiatres peuvent contacter le service de médecine interne pour avis sans pour autant qu'un généraliste n'intervienne. Or, selon les propos rapportés aux contrôleurs, on assiste à une importante augmentation de la fréquence des poly-pathologies : psychiatrique et somatique. Dans le cas où le médecin psychiatre pense qu'un patient souffre d'une affection majeure, il contacte une ambulance pour l'adresser aux urgences générales d'un autre hôpital.

Un cadre infirmier placé sous l'autorité d'un cadre supérieur de santé est présent dans le service pour assurer la gestion des personnels ; il y dispose d'un bureau individuel. Lors de ses congés, il est remplacé par un cadre de santé du bureau de coordination.

Selon les propos recueillis, ce cadre a mis en place un groupe de travail sur la prise en charge des adolescents afin notamment d'organiser au sein du service un espace qui leur serait réservé avec deux chambres et le salon actuel. En effet, l'unité est compétente pour l'accueil et l'orientation des adolescents de treize à dix-huit ans provenant de tout le département. Par ailleurs, ce cadre serait très vigilant quant à la prise en charge du quotidien des patients, faisant rénover rapidement ce qui peut être dégradé ou cassé et il projette de mettre en place des activités dès lors que le niveau de l'activité le permettra.

Quatre infirmiers et un aide-soignant sont présents en permanence durant la journée et trois infirmiers durant la nuit. Il faut noter la présence parmi eux de deux intérimaires embauchés depuis l'alerte de février dernier. Dans le cadre d'une hospitalisation, un infirmier référent est désigné quotidiennement pour le suivi de quatre patients ce qui induit la prise en charge possible de seize à vingt patients en présence de la personne en intérim.

Le fonctionnement choisi qui conduit les soignants à changer quotidiennement de positionnement n'entraîne pas, selon les informations recueillies, de difficultés particulières pour les patients.

En revanche, il a été rapporté aux contrôleurs que la situation de suroccupation régulière de l'UMA induit des prises en charge lourdes et un personnel, de fait, moins attentif. Cela a été le cas notamment durant le premier trimestre de l'année où l'effectif est monté jusqu'à vingt-quatre patients.

Les personnels eux-mêmes se disent conscients des limites de leurs interventions dans ces situations et considèrent pour certains, que malgré leur bonne volonté, il y a là » une sorte de maltraitance ».

Cette situation, selon les propos recueillis, tient au fait que les patients qui devraient être rapidement pris en charge dans les unités d'hospitalisation de l'établissement, restent longtemps dans une unité d'urgence qui n'est pas prévue pour des séjours mais pour gérer les crises et procéder à des évaluations avant orientation.

Lors des changements de service, matin et soir, les infirmiers de jour et ceux de nuit sont regroupés pour la **relève** autour du médecin de permanence et du médecin qui prend son service. Ce temps d'échange, prévu dans le décompte du temps de travail, leur permet de faire le point sur la situation de chacun des patients hospitalisés et sur l'état de santé de chacune des personnes vue en consultation et pour laquelle une décision reste à prendre.

Ainsi, au dernier soir de la visite des contrôleurs dans le service, le bilan effectué durant la réunion de relève faisait apparaître que quatre places étaient disponibles alors que quatre patients se trouvaient en salle d'attente patientant pour une orientation.

Il n'y avait pas lieu, ce soir là, d'utiliser les lits-couchette et les salons alors que la veille une patiente avait attendu de 10h à 16h dans la salle d'attente avant d'avoir une place dans un lit d'appoint au salon adultes.

5.4 L'hospitalisation des personnes détenues

Aucune personne détenue ne passe par l'UMA. Elles sont admises directement à l'unité hospitalière spécialement aménagée installée au sein du CHV.

6- LA SUROCCUPATION ET LES TRANSFERTS

La gestion des lits est assurée par le bureau de coordination.

Le **bureau de coordination** est installé dans une partie du bâtiment de type Algeco™ jouxtant l'UMA où se trouvent les quatre chambres. Il assure la régulation des lits pour l'ensemble des services de l'établissement y compris l'UMA. Dans ces locaux se trouvent également :

- le bureau des cadres de santé ;
- le bureau du cadre supérieur de santé du pôle ;
- les vestiaires du personnel de nuit, doté d'un réfrigérateur contenant dix repas pour les patients admis tardivement ;
- un local pour le matériel d'entretien pour les ASH ;
- un local de réserve pour divers matériels (kits anti-suicide, kits de désinfection, lingettes pour WC, deux lits d'appoint, trois sangles de contention...).

L'équipe composant le bureau de coordination est composée de :

- cinq cadres de santé de jour ;
- sept cadres de santé de nuit ;

- un cadre supérieur de santé rattaché au pôle UMA-MOPHA (Unité Médicale d'Accueil et Médecine Odontologie et Pharmacie).

Ces agents exercent leur activité, en douze heures de 7h15 à 19h15 ou de 7h30 à 19h30 et de 19h à 7h ou de 19h30 à 7h30. Le weekend et la nuit, il y a toujours deux agents, en semaine en journée, un agent peut assurer seul le fonctionnement du bureau.

Le bureau de coordination (BC) assure :

- la gestion des lits ; l'information sur la situation sur les lits vacants dans chaque unité de soins est faite tous les jours avec les soignants à 10h, 14h30 et 23h ; il a été indiqué aux contrôleurs que les « lits de suite » étaient conservés lorsque les patients étaient placés en chambre d'isolement ou en chambre d'apaisement ;
- la déclaration des fugues ;
- le lien avec les commissariats de police et les brigades de gendarmerie lors de l'interpellation d'une personne sur la voie publique pour savoir si celle-ci était en fugue ou si elle avait des antécédents psychiatriques ;
- le lien avec les CMP lorsqu'un patient était agité ou qu'il présentait un trouble du comportement pour faire le lien avec une unité d'hospitalisation ;
- le service des ambulances à partir de 16h45 ;
- un repère administratif pour les structures extérieures comme celles de l'intérieur pour mettre en place les procédures administratives, le cas échéant ;
- le lien avec les cliniques privées qui recherchent un lit.

Un tableau informatique est réalisé permettant de visualiser en temps réel la situation des lits et des chambres d'isolement dans l'ensemble de l'hôpital.

Ainsi, le jour de la visite des contrôleurs, à 10h, toutes les chambres d'isolement des unités d'admission étaient occupées. Une chambre d'isolement du service d'adolescents était vacante ainsi que deux chambres d'isolement « non sécurisées » du service des patients déficitaires et une dans un service où l'accueil ne pouvait être que temporaire pour une urgence et avec l'accord du directeur de garde.

S'agissant de l'UMA, la décision de mutation d'un patient est prise par les psychiatres. L'infirmier régulateur de l'UMA va cocher la case « mutable » pour ce patient.

Au moment de la visite des contrôleurs, le 6 mai à 11h, deux marques mutables étaient signalées avec la date, et le lieu de mutation : 7 mai et 9 mai et pôle personne âgée (Gauguin) Le premier patient avait été admis en SPDT le 1^{er} mai 2014 et le second en soins libres le 1^{er} mai 2014.

Une personne placée en chambre d'isolement était, marquée « mutable » ce jour-là. Elle avait été admise le 2 mai 2014 en SPDRE. Comme aucune chambre d'isolement n'était disponible dans les secteurs adultes, elle devrait rester en chambre d'isolement à l'UMA. Le bureau de coordination avait récupéré une information sur l'occupation séquentielle d'une chambre d'isolement au pôle Ouest ; ils avaient l'intention de téléphoner aux soignants de cette unité pour demander si cet isolement ne s'était pas terminé pour pouvoir transférer la patiente de l'UMA.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'en cas de transfert de l'UMA vers une unité du Vinatier, la durée de l'attente était de deux heures. Le patient attend dans le salon afin que le nettoyage de la chambre puisse se faire immédiatement et l'accueil d'un nouveau patient dans les meilleurs délais.

Un groupe de travail sur « l'amélioration de la fluidité des transferts des patients UMA/unités de soins » a été mis en place en avril 2013. Il était notamment composé de trois cadres supérieurs de santé, des deux cadres supérieurs du pôle UMA-MOPHA et d'un pédo-psychiatre. Il est parti de la décision du projet d'établissement du CHV de ne pas installer de lit supplémentaire dans les unités d'hospitalisation et que seule l'UMA était habilitée à le faire. Il acte les différents points de vue et la désorganisation générale créée par la situation actuelle.

Le groupe fait des propositions :

- les patients présents à l'UMA en attente d'hospitalisation dans une unité de soins sont prioritaires pour occuper un lit disponible au moment de la prescription d'hospitalisation en priorisant la politique sectorielle ;
- le bureau de coordination est spécifiquement missionné pour orienter ces patients ; il dispose de toutes les informations en temps réel ;
- les transferts de patients dans les unités depuis l'UMA s'effectuent tous les jours de la semaine, prioritairement en horaire de journée de 9h à 18h. Pour ce faire :
 - o leur réalisation s'appuie sur la planification des mouvements au sein du pôle transmise au bureau de coordination ;
 - o les sorties d'hospitalisation sont privilégiées avant midi, ce qui implique d'anticiper toutes les démarches afférentes : dépôt, ordonnances, bulletin de sortie, compte rendu d'hospitalisation...
 - o l'accueil d'un patient dans une unité peut être réalisé avant le départ physique du patient sortant ;
 - o chaque pôle doit redéfinir une politique de soins autour de l'accueil du patient ;
- Il est demandé aux responsables de l'UMA d'élaborer des procédures dégradées qui lui permettent d'absorber le flux des patients ;
- les unités de soins doivent en amont saisir sur CORTEXTE en temps réel tous les mouvements de patients, renseigner quotidiennement les prévisions nominatives de mouvements et leurs horaires appeler le BC à chaque mouvement de patient ;
- chaque pôle doit centraliser tous les mouvements prévisionnels des unités de soins ;
- le BC est missionné au niveau de l'institution comme régulateur et seul coordonnateur des orientations de patients :
 - o transferts depuis l'UMA ;
 - o transferts interpôles ;
- diffusion des nouvelles règles en matière de gestion des flux de patients de l'UMA vers les unités de soins ;

- intégration dans les contrats de pôles de l'organisation des hospitalisations des patients venant de l'UMA. Cette organisation doit répondre aux préalables institutionnels ;
- validation des procédures par les instances réglementaires ;
- création d'un outil de recueil et de transmission de l'information des mouvements.

Selon les informations recueillies, les nouvelles dispositions étaient en cours de mise en place au moment de la visite des contrôleurs. Elles devaient être présentées à une prochaine réunion de la CME. La disponibilité en lits dans les unités de soins pour installer les patients en provenance de l'UMA était toujours malaisée. L'ouverture prochaine de l'UHCD apparaissait comme une solution satisfaisante.

7- L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

7.1 La procédure d'isolement

Il a été remis aux contrôleurs un document intitulé « Chambres d'apaisement – Salon d'apaisement – Espace de soins psychiatriques intensifs – Bonnes pratiques de contention » daté du 28 mars 2014. Il a été rédigé par le responsable de la qualité et de la gestion des risques, vérifié par un cadre supérieur de santé et validé par la commission Qualité et Sécurité des Soins.

L'objet de ce document est « de définir les modalités et les principales procédures d'utilisation des différents espaces d'apaisement et de soins psychiatriques intensifs (ESPI). De la prescription de ces soins à leur arrêt en n'écartant pas la possibilité de contention lors de ces soins intensifs psychiatriques. Ce document s'applique aux unités de soins du Centre Hospitalier Le Vinatier ».

Un schéma retrace l'utilisation des trois « outils » : chambre d'apaisement, salon d'apaisement et chambre de soins psychiatriques intensifs. « une indication est commune aux trois outils : les soins psychiatriques intensifs d'un patient sont nécessaires lorsque la capacité de contenance physique de l'équipe soignante est dépassée ».

Ensuite, pour chaque outil sont décrits : l'utilisation, la prescription, les conditions de sécurité, les soins et la surveillance et la décision de sortie.

Le mode d'admission du patient ne figure pas dans le document ; de ce fait, il n'est pas précisé la durée pendant laquelle un patient admis en soins libres peut être placé en chambre de soins intensifs sans modification de son mode d'admission.

Le document indique le matériel utilisé dans les ESPI : description du lit, des accessoires pour le repas et l'entretien quotidien de cet espace.

La **contention** est décrite avec des photographies qui illustrent la mise en place des sangles et avec des précisions sur l'obligation d'une prescription médicale, la nécessité de réévaluer régulièrement l'indication en étudiant le bénéfice/risque, la surveillance de la tolérance.

Le document n'aborde pas la nécessité d'une surveillance des placements à l'isolement et les mesures de contention par un médecin généraliste.

7.2 La procédure de contention

Dans le document récemment validé par l'établissement, la procédure de contention est intégrée dans un document unique avec les chambres d'isolement (cf. 7.1).

7.3 Les chambres d'isolement

Il existe deux chambres d'isolement (numérotées 4 et 5) identiques.

Elles ne sont pas signalées depuis le couloir. Une porte dotée d'une lucarne de 0,36 m permet de rentrer dans le sas.

Chacune comprend un **sas** mesurant 1,50 m sur 1,40 m soit une surface de 2,10 m² dans lequel se trouvent les commandes de lumière, d'ouverture des volets roulants et de climatisation de la chambre.

Pour pénétrer dans la chambre, il faut franchir une porte blindée de 2,05 m de haut et 1,10 m de large dotée d'une lucarne de 0,35 m sur 0,25 m, d'une serrure classique et d'une poignée incrustée. Une horloge électronique indiquant le jour en anglais est installée dans le sas. Son positionnement permet au patient couché dans le lit de voir essentiellement l'heure.

Une seconde lucarne de 0,68 m sur 0,29 m donne une vision directe sur le WC du local sanitaire de la chambre.

Chaque **chambre d'isolement** mesure 3,20 m sur 2,85 m soit une surface de 9,12 m². Elle est équipée d'un lit scellé au sol doté d'un matelas de 1,90 m sur 0,85 m et 0,13 m d'épaisseur. Il existe six anneaux permettant de poser des sangles de contention.

Un bouton d'appel est situé au sein du lit.

Le patient dispose de deux draps et d'un oreiller recouvert d'une taie.

La lumière provient d'un plafonnier et d'une veilleuse à commande extérieure et de deux fenêtres accolées mesurant chacune 0,95 m sur 0,55 m, qui ne s'ouvrent pas. Une partie de chaque fenêtre est opacifiée sur 0,56 m de hauteur. Il existe une fenêtre au-dessus des deux autres, encastrée dans un coffre métallique, pouvant s'ouvrir sur 0,11 m.

Des volets roulants électriques à commande extérieure sont installés.

Dans la chambre n°4, une deux fenêtres est obstruée après le bris du verre par un patient.

Un radiateur encastré dans un coffre métallique et une bouche de climatisation permettent d'assurer la température optimale de la pièce.

Le jour de la visite, le radiateur était légèrement chaud.

La pièce est revêtue de toile de verre peinte en marron « taupe ». Le sol est carrelé.

Le patient dispose d'un **local sanitaire**, sans porte de séparation avec la chambre, mesurant 1,50 m sur 0,90 m soit une surface de 1,35 m². Il est équipé d'un WC en inox avec du papier hygiénique, d'un lavabo encastré, avec de l'eau chaude et froide, d'un plafonnier et d'une VMC.

Un bouton d'appel est installé à proximité du WC.

7.4 La chambre d'apaisement

La chambre n° 3 est la seule chambre d'apaisement du service. Le jour de la visite des contrôleurs, le mobilier était composé d'un lit scellé et d'une étagère d'angle. La chaise et un tabouret scellés au sol avaient été retirés après, leur destruction par un patient. Une demande de remplacement avait été faite fin avril 2014.

La pièce est dépourvue de prise électrique, le radiateur est encastré dans un coffre métallique ; un bouton d'appel est installé près du lit et dans le local sanitaire. Une liseuse et un plafonnier permettent d'éclairer la pièce qui dispose des mêmes fenêtres que celles décrites dans les chambres d'isolement.

Dans le couloir se trouve le boîtier permettant de contrôler la climatisation, la lumière et l'eau du local sanitaire. La chambre peut être fermée selon l'état du patient.

Le local sanitaire comprend un WC et un lavabo en inox.

Le jour de la visite, une patiente admise en SPDT occupait cette chambre fermée.

7.5 Le recours à l'isolement

Le jour de la visite des contrôleurs, les chambres d'isolement étaient occupées par des patients : l'un admis en SPDRE et le second en SPDT.

Un second patient, admis en SPDRE, était placé en contention dans une chambre ordinaire, du fait de l'absence d'une chambre d'isolement disponible. Il était arrivé à l'UMA dans la nuit du 5 au 6 mai pour une ivresse pathologique. La contention a été levée dans la matinée. Le médecin responsable de l'unité a demandé la levée de la mesure de SDRE le 6 mai dans la matinée.

Selon les informations recueillies, les chambres d'isolement ne sont occupées que par des patients dont l'état clinique exige leur placement. Les patients ne sont jamais placés en chambre d'isolement « porte ouverte » du fait de l'absence de lit ordinaire. Il est arrivé qu'un matelas soit installé par terre dans une chambre ordinaire, alors qu'une chambre d'isolement était inoccupée.

Il n'existe pas de registre permettant de retracer l'occupation des chambres d'isolement. Les éléments ayant trait aux mesures de placement en chambre d'isolement sont contenus dans le dossier du patient.

7.6 Le recours à la contention

Selon les informations recueillies, le recours à la contention est rare. Il a été indiqué que les patients arrivent souvent sous contention et que cette mesure est le plus souvent levée au plus vite.

Il n'existe pas de registre permettant de retracer les mesures de contention. Selon les indications fournies aux contrôleurs, les éléments ayant trait aux mesures de contention sont insérés dans le dossier du patient.

8- ELEMENTS D'AMBIANCE

Malgré des conditions de travail souvent difficiles tenant à l'activité intense et aux locaux inadaptés, les professionnels soignants sont apparus disponibles, motivés impliqués dans la prise en charge des nombreux patients accueillis à l'UMA.

Lors de leur venue, les contrôleurs ont pris acte de la création d'une unité d'hospitalisation de courte durée. Cependant cette décision, financée, devrait, pour être mise en œuvre de la façon la plus efficace possible, nécessiter un consensus général sur l'établissement avec une réflexion et une implication de toutes les instances et de toutes les équipes de l'établissement.

CONCLUSIONS

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

Observation n° 1 : La suroccupation des lits a des effets tant sur la prise en charge des patients et que sur l'organisation des soignants (cf. § 2.3.2, 2.6 et 3.13.1).

Observation n° 2 : L'ouverture de dix lits de l'unité d'hospitalisation de courte durée permettra un meilleur fonctionnement de l'UMA à condition de travailler sur la sortie de ces patients dans un consensus général au sein de l'établissement (cf. § 2.4 et 9).

Observation n° 3 : La réflexion engagée depuis janvier 2014 sur le dépôt des objets et des valeurs lors des admissions doit se poursuivre afin de mettre en place une procédure tenant compte des difficultés rencontrées (cf. § 3.5.1).

Observation n° 4 : La notification des mesures de placement en soins sans consentement ainsi que les voies de recours sont bien transmises aux patients (cf. § 3.5.2).

Observation n° 5 : Il serait nécessaire que les patients accueillis à l'UMA disposent d'un document spécifique leur indiquant les règles de vie applicables dans l'unité durant leur séjour (cf. § 3.5.4.1 et 4.1.1).

Observation n° 6 : Les patients sont globalement bien informés sur les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 et les voies de recours. Cependant il conviendrait que le recueil de leurs observations soit réalisé et que le tableau de l'ordre des avocats inscrits au barreau de Lyon soit apposé au sein de l'unité (cf. § 3.5.4.2, 3.5.4.3 et 3.5.4.4).

Observation n° 7 : Malgré les observations déjà faites lors de visites antérieures dans l'établissement de santé⁷, les registres de la loi ne sont toujours pas bien tenus. (cf. § 3.6).

Observation n° 8 : Il serait nécessaire que la procédure de désignation d'une personne de confiance soit mise en œuvre à l'UMA (cf. § 3.9).

Observation n° 9 : Certains patients de l'UMA se rendent à la cafétéria de l'hôpital en pyjama. Cette atteinte à leur dignité est inacceptable (cf. § 4.1.5).

Observation n° 10 : Il est nécessaire qu'un temps de médecin généraliste soit affecté à l'UMA pour assurer l'examen des patients admis sans consentement et le suivi des patients placés en chambre d'isolement et/ou sous contention (cf. § 4.1.6 et 7.1).

⁷ Visites de l'UHSA (24 au 27 avril 2012) et de l'UMD (10 au 14 décembre 2012)

Observation n° 11 : L'UMA fonctionne bien – chacun ayant un rôle bien déterminé – quand le nombre de patients n'est pas trop élevé (cf. 5.3).

Observation n° 12 : Le bureau de coordination est apparu comme un dispositif intéressant pour l'ensemble de l'hôpital. Son rôle pourrait être encore étendu si tous les acteurs dans les pôles jouaient véritablement le jeu en matière de gestion des mouvements de patients (cf. § 6).

Observation n° 13 : La surveillance des patients placés en chambre d'isolement et/ou en contention doit comporter également un suivi par le médecin généraliste. La durée de placement en chambre d'isolement d'un patient admis en soins libres avant le changement de son mode de placement doit être précisée (cf. § 7.1)

Observation n° 14 : Conformément aux recommandations du Contrôleur général du 18 juin 2009 parues au journal officiel du 2 juillet 2009, il serait souhaitable de tenir un registre permettant de retracer les mesures d'isolement et de contention (cf. § 7.3).

Sommaire

1- Conditions générales de la visite	2
2- Présentation générale de l'établissement	3
2.1 L'historique et la compétence	3
2.2 La psychiatrie dans le département du Rhône.....	6
2.3 L'organisation de l'UMA.....	6
2.3.1 Le personnel médical.....	6
2.3.2 Le personnel non médical.....	6
2.4 Le projet de l'UMA.....	7
2.5 Les dysfonctionnements de l'UMA et les alertes les concernant	8
2.6 L'activité	10
2.7 Les données budgétaires	13
3- hospitalisation sans consentement et exercice des droits	14
3.1 L'arrivée des patients à l'UMA	14
3.2 L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT)	14
3.3 L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPRE)	15
3.4 Les admissions en soins libres	15
3.5 Les formalités administratives	15
3.5.1 L'inventaire et le dépôt des biens	15
3.5.2 La notification	17
3.5.3 La période initiale de soins et d'observation	19
3.5.4 Les informations données aux malades	19
3.5.5 Les modalités de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011	21
3.5.6 Le contrôle du juge des libertés et de la détention.....	22
3.5.7 La sortie des soins	24
3.6 Les registres de la loi	25
3.6.1 L'information sur la visite des autorités	28
3.6.2 Le collègue soignant.....	28
3.6.3 Le programme de soins.....	28
3.7 La protection juridique des majeurs.....	28
3.8 L'accès au dossier médical.....	29

3.9	La désignation d'une personne de confiance	30
3.10	L'accès à l'exercice d'un culte	30
3.11	La commission départementale des soins psychiatriques	30
3.12	La communication avec l'extérieur	31
3.12.1	Les visites	31
3.12.2	Le téléphone	31
3.12.3	Le courrier.....	32
3.12.4	L'informatique et l'accès à l'internet.....	32
3.13	La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)	32
3.13.1	Les plaintes et réclamations	32
3.13.2	Les évènements indésirables	34
3.13.3	Les violences hospitalières.....	34
3.13.4	Les recours contentieux	36
3.14	L'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)	36
4-	Les conditions d'hospitalisation	36
4.1	Eléments communs	36
4.1.1	Le règlement intérieur	36
4.1.2	La restauration	37
4.1.3	La blanchisserie.....	37
4.1.4	La sécurité	38
4.1.5	Les activités communes.....	38
4.1.6	Les soins somatiques	39
5-	Analyse du fonctionnement de l'UMA	40
5.1	Les locaux :.....	40
5.2	Les patients	46
5.3	Le fonctionnement	47
5.4	L'hospitalisation des personnes détenues	50
6-	La suroccupation et les transferts	50
7-	l'isolement et à la contention	53
7.1	La procédure d'isolement	53
7.2	La procédure de contention	54

7.3	Les chambres d'isolement	54
7.4	La chambre d'apaisement	55
7.5	Le recours à l'isolement.....	55
7.6	Le recours à la contention.....	55
8-	Eléments d'ambiance.....	56
	conclusions.....	57
	Sommaire.....	59