



---

## Rapport de visite :

14 au 16 mai 2019 - 2<sup>ème</sup> visite

Unité pour malades difficiles  
de BRON

*(RHÔNE)*



## SYNTHESE

Une mission de contrôle inopinée a été conduite par la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté, accompagnée de trois contrôleurs, à l'unité pour malades difficiles (UMD) de Bron (Rhône) du 14 au 16 mai 2019. Il s'agissait d'une deuxième visite, la première opérée par le CGLPL ayant eu lieu en décembre 2012.

Le rapport provisoire établi à l'issue de cette visite a été communiqué au directeur du centre hospitalier Le Vinatier, au préfet du département du Rhône, au président du tribunal de grande instance de Lyon, au procureur près ce tribunal ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de santé - délégation départementale du Rhône, le 6 août 2019.

Le directeur de l'établissement a adressé ses observations à la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté le 13 janvier 2020 ; les autres destinataires n'ont pas donné suite à cet envoi.

L'unité pour malades difficiles de Bron est située sur l'emprise du centre hospitalier spécialisé du Vinatier ; elle est associée à l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) au sein du pôle dénommé « UMD/USIP ». En mai 2019, les quarante lits de l'UMD étaient répartis en trois unités : une unité d'accueil (unité 1) et deux unités de suite (unités 2 et 3). un tiers des patients étaient originaires du département du Rhône et alentours ; les deux tiers restants venant de la grande région et de l'ensemble du territoire national. Trente-sept patients séjournaient à l'UMD au jour du contrôle, dont trente-et-un admis sur décision du représentant de l'Etat, deux personnes détenues et quatre personnes ayant été déclarées irresponsables d'un point de vue pénal. L'unité 1 disposait de dix lits et des quatre chambres d'isolement de l'établissement, les unités 2 et 3 étaient chacune équipées de quinze lits. Toutes les chambres étaient aménagées de deux entrées ; les lits étaient tous scellés et placés au centre des pièces, rendant ces chambres adaptées à des situations de crise. Toutes étaient labellisées « espaces dédiés » dans le registre d'isolement et de contention.

### *a) Des points positifs ont été relevés par les contrôleurs*

**Depuis la première visite de 2012, la majorité des recommandations émises par le CGLPL a été prise en compte.** L'équipe pluridisciplinaire a fait évoluer le projet médical initial et s'inscrit dans une réelle dynamique qui se traduit notamment par l'élaboration d'un projet de soins cohérent et une réflexion globale sur la prise en charge des patients et l'individualisation des soins. Ainsi, les modalités de prise en charge, relatives tant aux soins qu'aux pratiques d'isolement et de contention, se révèlent protectrices des patients. Les bonnes relations au sein de l'UMD, la prise en charge pluridisciplinaire et individualisée, les activités multiples, les groupes de paroles, les réunions cliniques et théoriques ainsi que la supervision sont autant de points positifs. L'investissement humaniste de chacun des membres du personnel est perceptible dans la recherche du bien-être des patients malgré les difficultés liées à la gravité de leurs pathologies.

Le personnel était en nombre suffisant par la présence de cinq psychiatres, d'un interne ainsi que d'un psychologue. Le personnel soignant non médical était réparti par unités à raison de vingt professionnels dans chacune, renforcé par la présence de deux soignants affectés aux activités ainsi qu'un ergothérapeute, un psychomotricien et un éducateur. Une équipe mobile d'accompagnement était chargée des déplacements des patients hors de l'UMD

### *b) Des points négatifs ont cependant été observés*

- Certains relèvent, en premier lieu, de l'organisation du centre hospitalier du Vinatier.

L'insuffisante mobilisation des médecins de l'établissement pour assurer les gardes de fins de semaine avait déjà été discutée lors de la réunion de restitution de la visite du centre hospitalier du Vinatier organisée en 2017 ; la situation n'a pas changé et elle concerne également l'UMD. Alors que les mesures d'isolement et de contention doivent être systématiquement réévaluées durant la nuit et le week-end, un psychiatre du pôle passe dans le service le samedi matin uniquement et prolonge éventuellement les isolements jusqu'au lundi ; les contentions ne seraient pas prolongées. En cas de crise d'un patient le samedi après-midi ou le dimanche, l'interne de garde en charge de l'ensemble du centre hospitalier (soit notamment cinquante chambres d'isolement) doit être appelé pour valider le placement à l'isolement.

Le registre informatisé répertorie les isolements en chambre d'isolement et en chambre « normale » ; cependant il ne les dissocie pas. Par ailleurs, la centralisation des données ne permet pas aux équipes de se les réapproprier aux fins d'analyse des pratiques.

Enfin, les registres de la loi ne mentionnent pas toutes les informations nécessaires et un retard de plusieurs mois a été noté dans leur tenue.

- **D'autres points relèvent, en second lieu, de l'équipe de l'UMD.**

L'information relative à l'ensemble des droits spécifiquement garantis à ces patients reste insuffisante et la remise des documents s'y rapportant n'est pas systématique. Les procédures sont connues mais parfois mal appréhendées par les soignants. Il en est ainsi de la procédure de désignation d'une personne de confiance qui se limite au recueil d'un nom, la personne désignée n'étant pas informée des droits que cette désignation emporte en termes d'accompagnement et de participation aux entretiens médicaux.

Enfin, alors que l'individualisation est le fondement du soin et de ses modalités, il est essentiel que soient individualisées et adaptées les restrictions à l'usage du téléphone portable, à l'accès aux chambres comme à l'heure du coucher.

## SYNTHESE DES OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

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

#### **BONNE PRATIQUE 1 ..... 17**

Le dispositif de tutorat mis en œuvre à l'unité pour malades difficiles, qui revêt des formes individuelle et collective, constitue une pratique à soutenir et à reproduire.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 51**

Le projet thérapeutique a fait l'objet d'une réflexion au sein de l'équipe médicale afin de proposer aux patients une prise en charge individualisée.

#### **BONNE PRATIQUE 3 ..... 52**

Il faut souligner l'humanisme dont font preuve les équipes pluridisciplinaires.

#### **BONNE PRATIQUE 4 ..... 66**

Il convient de souligner la diversité et la qualité des activités à médiation qui viennent compléter le dispositif de soins proposé aux patients.

### RECOMMANDATIONS

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

#### **RECOMMANDATION 1 ..... 21**

Les patients transférés dans l'UMD de Bron font l'objet de soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat qui ont été mis en œuvre antérieurement à ce transfert ; ce statut d'hospitalisation doit être pris en compte dès leur arrivée dans l'établissement.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 22**

Conformément aux dispositions de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, les patients doivent être informés des décisions qui les concernent mais également des droits, des voies de recours qui leur sont ouvertes et des garanties qui leur sont offertes non seulement lors de la décision prononçant leur admission mais aussi lors de chacune des décisions prononçant le maintien des soins sans consentement lesquelles doivent exposer les motifs de fait et de droit qui les fondent.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 23**

Le livret d'accueil de l'établissement doit être mis à jour s'agissant des voies de recours ouvertes aux patients admis en soins sans consentement contre la décision ordonnant cette admission et le feuillet spécifique à l'UMD qui est ajouté à ce livret doit inclure une information relative au rôle et au fonctionnement de la commission de suivi médical.

#### **RECOMMANDATION 4 ..... 24**

Les patients doivent être informés de la possibilité dont ils disposent de consulter le règlement intérieur de l'UMD qui s'ajoute à celui de l'établissement et comprend divers développements relatifs à leurs droits et notamment des informations relatives à la commission de suivi médical.

**RECOMMANDATION 5 ..... 25**

La personne de confiance est, aux termes de la loi du 4 mars 2002, en mesure d'accompagner le patient dans ses démarches et d'assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Le patient comme la personne désignée doivent en être informés.

**RECOMMANDATION 6 ..... 28**

Le protocole relatif au droit de vote des patients, qui doit être connu de l'ensemble du personnel soignant de l'UMD, gagnerait à être mis en œuvre de façon anticipée par rapport aux scrutins et doit s'accompagner des informations préalables nécessaires.

**RECOMMANDATION 7 ..... 30**

Un accroissement du temps d'intervention de l'assistante de service social de l'UMD doit être envisagé afin d'améliorer la prise en charge sociale et juridique des patients hospitalisés.

**RECOMMANDATION 8 ..... 30**

La confidentialité des hospitalisations doit être effectivement assurée par l'établissement, à tout le moins par la mise en œuvre systématique à chaque admission d'un protocole adapté et compréhensible pour les patients.

**RECOMMANDATION 9 ..... 35**

Tant l'établissement que les services de l'Etat doivent mettre l'autorité judiciaire en mesure d'accomplir pleinement sa mission et prendre acte des illégalités procédurales sanctionnées par la juridiction afin d'apporter les mesures correctives ainsi rendues nécessaires.

**RECOMMANDATION 10 ..... 36**

La commission départementale de soins psychiatriques (CDSP) doit se doter des moyens d'exercer la plénitude de ses compétences et, notamment, assurer au moins deux visites annuelles de l'établissement et procéder à l'ensemble des examens de situations prévues par l'article L. 3223-1 du code de la santé publique, en particulier lorsqu'ils sont obligatoires.

**RECOMMANDATION 11 ..... 37**

Les autorités visées à l'article L. 3222-4 du code de la santé publique doivent viser et signer les registres conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du même code.

**RECOMMANDATION 12 ..... 39**

Les patients admis en soins sans consentement doivent être inscrits au registre de la loi dans les 24 heures de leur admission, conformément à l'article L. 3212-11 du code de la santé publique ; l'établissement doit se doter des moyens nécessaires pour ce faire.

**RECOMMANDATION 13 ..... 39**

Aux termes de l'article L. 3222-4 du code de la santé publique, une visite annuelle doit au moins être assurée dans l'établissement par l'autorité préfectorale, le président du tribunal de grande instance, le procureur de la République et le maire, ou leurs représentants.

Le projet visant à l'autonomisation des patients au regard de leur consommation de tabac présente le désavantage d'en restreindre encore l'accès le soir, le limitant à 19h30.

**RECOMMANDATION 14 ..... 46**

Les restrictions vestimentaires dans l'objectif de sécurité et de prévention du suicide sont appliquées à tous les patients sans individualisation ; il convient de proportionner ces restrictions à la nécessité des soins requis et les limiter à une brève durée.

**RECOMMANDATION 15 ..... 46**

Le thème de la sexualité des patients ainsi que la question de la prévention des maladies sexuellement transmissibles doivent être traitées par l'institution, abordées dans les unités et des

formations proposées sur ce sujet. Les patients doivent être informés et disposer de moyens pour gérer leur vie affective et sexuelle.

**RECOMMANDATION 16 ..... 61**

Les mesures d'isolement et de contention doivent être systématiquement réévaluées durant la nuit et les week-ends.

**RECOMMANDATION 17 ..... 62**

Des temps de réflexion et d'analyse des pratiques, portant sur le recours à l'isolement et à la contention, doivent être instaurés au sein des unités.

**RECOMMANDATION 18 ..... 63**

Le registre d'isolement et de contention doit faire l'objet d'une analyse approfondie afin de mettre en œuvre une politique institutionnelle visant à réduire le recours à ces mesures.

**RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE**

*Ces recommandations formulées oralement en fin de visite ou inscrites dans le rapport provisoire ont, selon les informations données au CGLPL, déjà été prises en compte par l'établissement visité. Il semble toutefois utile de les rappeler ici pour mémoire, notamment en raison de leur utilité pour des établissements comparables.*

**Aucune entrée de table des matières n'a été trouvée.**

**PROPOSITIONS**

*Ces propositions sont de nature à améliorer le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté sans toutefois nécessiter un suivi de niveau ministériel. Leur application sera évaluée par le CGLPL au cours d'une visite ultérieure de l'établissement.*

**PROPOSITION 1 ..... 42**

Les patients doivent pouvoir accéder librement à leur chambre en fonction de leurs souhaits et de leur état clinique. Il est essentiel d'individualiser et d'adapter les restrictions en matière d'ouverture des chambres à chaque patient accueilli.

**PROPOSITION 2 ..... 43**

L'heure du coucher, fixée entre 20h et 20h30 selon les unités, ne permet pas aux patients, sauf événement exceptionnel, de regarder la télévision. Un assouplissement des règles qui encadrent le coucher devrait être envisagé.

**PROPOSITION 3 ..... 44**

Les restrictions du nombre d'appels à deux par semaine et leur courte durée sont de nature à entraver le maintien des liens familiaux. L'usage du téléphone portable, interdit à tous les patients, doit faire l'objet d'une individualisation des modalités de son utilisation pour garantir les liens avec l'extérieur.

**PROPOSITION 4 ..... 45**

Le projet visant à l'autonomisation des patients au regard de leur consommation de tabac présente le désavantage d'en restreindre encore l'accès le soir, le limitant à 19h30. Il convient d'assouplir cette règle.

**PROPOSITION 5 ..... 58**

La cour des chambres d'isolement n'est pas équipée de préau pour que les patients puissent s'abriter de la pluie ou du soleil, réduisant ainsi les possibilités de s'y attarder. Un équipement permettant cette protection doit y être installé.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>7</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>10</b>
<b>2. LES CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>10</b>
<b>3. ELEMENTS SIGNALES LORS DE LA PRECEDENTE VISITE .....</b>	<b>11</b>
<b>4. PRESENTATION GENERALE DE L'UNITE POUR MALADES DIFFICILES .....</b>	<b>14</b>
4.1 L'UMD est aménagée au sein du centre hospitalier spécialisé du Vinatier .....	14
4.2 Les patients sont accueillis au sein des trois unités dans le cadre d'un projet thérapeutique qui donne la priorité à une prise en charge individualisée .....	14
4.3 Le budget alloué permet une prise en charge de qualité .....	15
4.4 Les ressources humaines sont en adéquation avec les besoins.....	15
4.5 Comme en 2012, les patients accueillis sont en majorité originaires de l'inter région .....	18
4.6 La sécurité et la vidéosurveillance sont assurées par une équipe spécifique.....	19
<b>5. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS .....</b>	<b>20</b>
5.1 A leur arrivée, les patients reçoivent une information adaptée à leur état clinique, qui n'est cependant pas toujours complète et n'est pas renouvelée en cas de prolongation de la mesure de soins sans consentement.....	20
5.2 Un dispositif de recueil et de traitement des doléances est en place .....	25
5.3 Si l'établissement associe les représentants des usagers à son activité, ceux-ci sont peu sollicités pour les patients hospitalisés à l'UMD .....	26
5.4 Le protocole relatif aux droits électoraux des patients hospitalisés est peu connu et mis en place tardivement .....	27
5.5 Les patients peuvent exercer le culte de leur choix .....	28
5.6 La protection juridique et les droits sociaux des patients sont assurés a minima en raison d'une présence insuffisante de l'assistante de service social .....	28
5.7 La confidentialité de l'hospitalisation n'est pas assurée.....	30
5.8 Une procédure d'accès au dossier est en place, connue et investie par les patients de l'unité.....	30
<b>6. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEURS CONTROLES .....</b>	<b>32</b>
6.1 L'audience devant le JLD est un moment d'affirmation des droits des patients hospitalisés dans l'établissement .....	32
6.2 L'intervention du collège des professionnels de santé implique les patients ....	35
6.3 Malgré une activité soutenue, la CDSP du Rhône n'exerce que partiellement ses missions de contrôle des hospitalisations .....	35

6.4	Les registres de la loi ne sont pas tenus de manière rigoureuse, en particulier pour ce qui concerne les patients de l'UMD qui n'y figurent bien souvent pas	36
6.5	Les autorités visées par le code de la santé publique n'effectuent pas les visites prévues par la loi	39
6.6	Le bon fonctionnement de la commission de suivi médical permet un suivi des hospitalisations qui implique le patient	39
<b>7.</b>	<b>LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES</b>	<b>42</b>
7.1	La liberté d'aller et venir est limitée au sein même des unités	42
7.2	Les contraintes horaires strictes dans la vie quotidienne contreviennent au principe d'individualisation de la prise en charge	42
7.3	Les relations des patients avec leurs proches sont encadrées par les soignants	45
7.4	Le port du pyjama est peu imposé mais demeurent des restrictions vestimentaires	46
7.5	La liberté sexuelle des patients reste au niveau du questionnement	46
7.6	Le libre choix du médecin est limité	46
<b>8.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE</b>	<b>47</b>
8.1	L'accès à l'unité pour malades difficiles est très sécurisé	47
8.2	Les conditions d'hébergement des patients sont optimales	47
8.3	L'hygiène des patients, comme l'entretien des locaux, est garantie	49
8.4	Les biens des patients sont protégés par leur dépôt au bureau des entrées	49
8.5	La cuisine centrale prend en compte dans la préparation des repas les divers régimes et aversions	50
8.6	Des activités occupationnelles sont organisées dans chaque unité	50
<b>9.</b>	<b>LES SOINS</b>	<b>51</b>
9.1	Les soins psychiatriques prodigués aux patients reposent sur une prise en charge individualisée et sur la qualité de la relation thérapeutique	51
9.2	La prise en charge somatique vient compléter le dispositif de soins psychiatriques	54
<b>10.</b>	<b>L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION</b>	<b>56</b>
10.1	La configuration des chambres d'isolement n'appelle pas de remarques particulières et n'a pas changé depuis la première visite	56
10.2	Les mesures d'isolement et de contention sont réfléchies et décidées en équipe avant leur mise en œuvre mais elles ne sont pas rediscutées de façon formelle	59
10.3	Un nouveau registre est en place mais il n'est pas suffisamment exploité	62
<b>11.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES</b>	<b>64</b>
11.1	Les personnes détenues sont prises en charge dans des conditions identiques à celles des autres patients	64
11.2	Les activités à médiation font partie intégrante des soins psychiatriques	64



**12. CONCLUSION ..... 67**

---

# Rapport

## 2. LES CONDITIONS DE LA VISITE

- Adeline Hazan, Contrôleure générale ;
- Chantal Baysse, contrôleure, cheffe de mission ;
- Bonnie Tickridge, contrôleure ;
- Mathieu Boidé, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, la Contrôleure générale, accompagnée de trois contrôleurs, a effectué une visite de l'unité pour malades difficiles (UMD) de Bron (Rhône) du 14 au 16 mai 2019.

Cet établissement avait précédemment fait l'objet d'une visite effectuée en décembre 2012.

Les contrôleurs sont arrivés à l'UMD, située au sein du centre hospitalier spécialisé du Vinatier à Bron, le mardi 14 mai 2019 à 12h30 et ont quitté l'établissement le jeudi 16 mai 2019 à 17h30.

La Contrôleure générale a présenté les conditions et le sens de cette visite inopinée lors d'une réunion tenue dès l'arrivée avec le directeur du centre hospitalier du Vinatier.

La directrice de cabinet du préfet du Rhône et le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) ont été informés de cette visite pendant son déroulement. Par ailleurs, la Contrôleure générale a eu un entretien téléphonique avec le président du tribunal de grande instance de Lyon et le procureur près ce tribunal.

Une réunion de fin de visite s'est tenue le 16 mai 2019 en présence d'une assistance élargie. Etaient présents : le directeur adjoint du centre hospitalier, la directrice des relations avec les usagers, la présidente de la commission médicale d'établissement et le vice-président, trois des médecins psychiatres de l'UMD dont le chef de pôle, le médecin généraliste, l'interne, la cadre supérieure de santé, l'un des cadres de santé, le psychologue, deux infirmiers diplômés d'Etat, un aide-soignant, un ergothérapeute, la secrétaire administrative ainsi qu'un cadre de santé de l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP).

Un rapport provisoire a été transmis au directeur du centre hospitalier Le Vinatier, au préfet du département du Rhône, au président du tribunal de grande instance de Lyon, au procureur près ce tribunal ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de santé - délégation départementale du Rhône, le 6 août 2019.

En retour, seul le directeur de l'établissement a adressé le 13 janvier 2020 ses observations.

### 3. ELEMENTS SIGNALES LORS DE LA PRECEDENTE VISITE

A l'issue de la précédente visite, un rapport avait été adressé le 2 avril 2015 à la ministre de la santé et des affaires sociales. Celle-ci n'a pas apporté de réponse à ce rapport.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté avait d'abord noté des éléments positifs :

- la réunion collégiale décidant des admissions dans l'UMD tient compte de nombreux critères permettant de répondre aux objectifs et aux possibilités thérapeutiques de l'UMD, cette démarche ne peut qu'être encouragée ;
- les patients proviennent essentiellement de la région Rhône-Alpes et de régions limitrophes (Auvergne et Franche-Comté). A juste titre, l'admission de ceux déjà hospitalisés au centre hospitalier du Vinatier n'est pas privilégiée et un équilibre est recherché ;
- des rencontres de tous les acteurs de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 ont eu lieu avant le 1<sup>er</sup> août 2011 avec pour objectif l'intérêt du patient. Ainsi les audiences se tiennent au sein de l'hôpital pour tous les patients, y compris ceux de l'UMD, dans une salle spécialement aménagée et identifiée. Il s'agit là d'une bonne pratique qui évite le déplacement des patients au tribunal de grande instance de Lyon, source supplémentaire de déstabilisation ;
- l'ensemble de la procédure relative aux visites apparaît intéressant dans son déroulement : rencontre avec le médecin puis mise à disposition d'un salon dédié ;
- le projet thérapeutique de l'UMD a réussi à intégrer les valeurs traditionnelles tirées de l'expérience des anciennes UMD et des éléments résultant d'une réflexion basée sur la psychiatrie contemporaine. Il aboutit à un parcours du patient évolutif dans l'intérêt du patient ;
- les chambres d'isolement correspondent aux besoins des patients et aux pratiques des soignants. Ce concept devrait être recommandé lors de la construction de chambres d'isolement dans des unités neuves, y compris hors UMD. Un travail mené avec le médecin responsable du département d'information médicale permettra de connaître le nombre de jours et d'heures d'occupation de chaque chambre d'isolement et la durée pour chaque patient de la mesure d'isolement ou de contention ;
- pour l'ouverture de l'UMD, le recrutement des agents s'est fait sur la base de « profil de poste » pour chaque catégorie de personnel. De plus, un programme de formations personnalisées a été mis en œuvre dans le but de faciliter l'adaptation au poste. Cette organisation judicieuse a permis de constituer des équipes de bonne qualité, favorisant une bonne prise en charge ;
- les locaux ont été adaptés au projet de soins grâce à un travail effectué en amont au sein du comité de pilotage qui a associé les professionnels concernés. Cette méthode ne peut qu'être encouragée.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté avait ensuite relevé des difficultés de fonctionnement :

- le livret d'accueil remis à tous les patients de l'hôpital devrait contenir un chapitre clairement identifiable relatif aux droits des patients admis sans leur consentement. Il conviendrait d'y mentionner le droit, pour les patients admis en ASPDRE, d'être informés et de faire valoir leurs observations à propos de tout projet de décision relative au

maintien des soins contraints et à la définition de la forme de la prise en charge. Il est impératif par ailleurs de distinguer clairement réclamations et recours, ces derniers étant soumis à des conditions de forme et délais dont le non-respect peut conduire à l'irrecevabilité ;

- un dépliant ou une fiche d'information spécifique à l'unité pour malades difficiles devrait présenter les informations relatives au fonctionnement de la structure et déclinier l'ensemble des droits propres à ses patients. Il conviendrait de veiller à sa remise effective à chaque arrivant ;
- il est indispensable que l'agence régionale de santé et l'administration de l'hôpital se coordonnent pour que les patients se voient notifier effectivement les décisions qui les concernent et soient effectivement informés des recours possibles ;
- il conviendrait de mettre en place un protocole permettant de s'assurer que les patients sont effectivement informés de la date d'audience devant le JLD et de la possibilité d'y faire valoir leurs droits. Des dispositions sont également à prendre pour s'assurer que la décision est effectivement notifiée au patient et qu'il est informé des possibilités de recours ;
- les registres de la loi devraient être tenus avec la plus grande rigueur et notamment mentionner impérativement, dans les 24 heures suivant l'admission, la présence de tous les patients admis sous contrainte dans l'établissement, les décisions prononçant l'admission en soins psychiatriques, les décisions des JLD et les avis et certificats médicaux. Ce point mérite une attention d'autant plus grande que les mêmes carences avaient déjà été relevées lors de la visite effectuée en avril 2011 à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA implantée dans le centre hospitalier du Vinatier), sans que la situation évolue ;
- il serait utile d'associer les mandataires judiciaires à l'ensemble du séjour du patient en UMD ;
- l'UMD dispose de superbes locaux pour pratiquer des activités diversifiées ainsi que du personnel pour les animer. Il serait nécessaire que davantage de patients puissent en bénéficier ;
- il serait utile de prévoir, en fonction de l'état du patient, un nombre plus élevé de possibilités de contacts téléphoniques. Par ailleurs, la confidentialité des communications téléphoniques doit être assurée ;
- Il serait utile que le nom des praticiens figure sur le panneau d'affichage à l'entrée des locaux ;
- l'ensemble des locaux est clair, adapté à la vie quotidienne des patients et du personnel. Il conviendrait de fixer les éléments de décoration, comme s'y est engagé le directeur à l'issue de la présente visite ;
- il apparaît indigne de ne fournir qu'une cuillère aux patients pour manger tous les éléments d'un repas y compris de la salade ou un morceau de pizza, les contraignant ainsi utiliser leurs mains pour prendre les aliments. Une réflexion devrait être rapidement engagée pour déboucher sur des solutions adaptées respectant sécurité et dignité, étant observé que cette situation ne concerne pas uniquement l'UMD de Bron mais se rencontre également dans d'autres établissements ;

- le médecin généraliste devrait effectuer le suivi des patients placés en chambre d'isolement ou en contention ;
- la mise en place de soins dentaires par des praticiens expérimentés tenant compte des spécificités des patients, au sein même de l'UMD, est apparue comme une initiative intéressante mais du fait du mauvais état bucco-dentaire de ces patients et de la durée de certains séjours, une nouvelle convention pourrait être signée permettant la pose de prothèses.

## 4. PRESENTATION GENERALE DE L'UNITE POUR MALADES DIFFICILES

### 4.1 L'UMD EST AMENAGEE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DU VINATIER

Le centre hospitalier du Vinatier (CHV) a remplacé en 1987, l'hôpital psychiatrique départemental du Vinatier, lui-même ayant succédé à l'asile départemental d'aliénés en 1937. Cet asile avait été créé en 1876. Il se situe sur la commune de Bron sur un domaine de soixante-douze hectares, en zone urbaine desservie par les transports en commun. Le centre hospitalier (CH) du Vinatier dispose de 1 500 lits et places, dont 691 lits sur le site en intra hospitalier. De la gare SNCF de Lyon-Perrache, on y accède en trente minutes par la ligne n°2 du tramway.

L'unité pour malades difficiles est située sur l'emprise du centre hospitalier à l'un des angles du parc, à l'opposé de l'entrée principale. Elle porte le numéro 360 sur le plan de l'hôpital mais n'est pas signalisée dans l'établissement. Aménagée sur un terrain de 4 000 m<sup>2</sup> entouré d'une enceinte sécurisée, l'UMD comporte deux bâtiments : l'un abrite les locaux administratifs, les trois unités d'hébergement et quatre chambres d'isolement ; dans l'autre sont installés les locaux réservés aux activités médiatisées. Le personnel et les visiteurs disposent d'un parking devant l'entrée du service.

### 4.2 LES PATIENTS SONT ACCUEILLIS AU SEIN DES TROIS UNITES DANS LE CADRE D'UN PROJET THERAPEUTIQUE QUI DONNE LA PRIORITE A UNE PRISE EN CHARGE INDIVIDUALISEE

L'UMD est associée à l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) au sein du pôle dénommé « UMD/USIP ». Elle a une mission nationale mais privilégie toutefois les admissions de patients en provenance de l'inter région (Auvergne Rhône-Alpes et Franche-Comté).

L'UMD reçoit des personnes atteintes de pathologies mentales et présentant des troubles graves du comportement incompatibles avec leur maintien dans un service d'hospitalisation classique. La prise en charge repose sur des protocoles thérapeutiques intensifs et des mesures de sûreté particulières. Les établissements de secteur font appel aux spécificités de l'UMD, aux compétences et à l'expérience de ses médecins psychiatres dès lors qu'ils considèrent que les limites thérapeutiques de leurs unités d'hospitalisation sont atteintes. Le projet médical, en cours de validation par les instances, présente des objectifs ambitieux à l'interne sur les thématiques de la gestion de la violence, de l'isolement et la contention mais se tourne également vers les services de secteur de la région. Au regard du nombre important de demandes d'admission, les psychiatres de l'UMD ont en effet le projet d'exercer, auprès de leurs collègues de secteur, une fonction de « personnes ressources » dans l'analyse et le traitement de cas complexes.

Si les quarante lits mixtes sont toujours répartis en trois unités – l'unité 1, unité d'accueil qui comprend dix lits et quatre chambres d'isolement ; l'unité 2 et l'unité 3, unités de suite qui comportent chacune quinze lits –, le projet thérapeutique défini par l'équipe pluridisciplinaire a évolué depuis la première visite des contrôleurs.

En 2012, après un temps de soins intensifs à l'unité 1, les patients passaient à la phase suivante (unité 2) axée sur l'individualisation des soins avec intégration des activités ; puis à une troisième étape (unité 3) résidant en la poursuite du programme de soins assorti d'un programme de préparation à la sortie, incluant des sorties accompagnées. Le même psychiatre assurait le suivi du patient tout au long de ce parcours.

Lors de la deuxième visite, le projet thérapeutique se fonde toujours sur le principe d'un parcours de soins du patient mais de l'unité d'admission vers l'une des deux unités de suite indifférenciées

où les patients sont dirigés selon le contexte de chacune des unités : les pathologies représentées, la répartition des hommes et des femmes, les incompatibilités éventuelles, etc. La préparation à la sortie est organisée tout au long du séjour du patient. En outre, contrairement à l'approche observée en 2012, dans le cadre du nouveau projet thérapeutique visant à l'individualisation des soins, il est désormais envisageable que les patients de l'unité d'accueil, après la phase aiguë de leur pathologie, puissent avoir accès, sur autorisation médicale, à des activités, à des visites, à des appels téléphoniques et à des sorties accompagnées dans le parc (cf. *infra* 8.1.3).

### 4.3 LE BUDGET ALLOUE PERMET UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE

Si le centre hospitalier du Vinatier, dont le budget annuel global est de 191 millions, fait l'objet d'un plan de retour à l'équilibre avec 10 millions d'épargne à réaliser sur 5 ans, l'ensemble des économies a été identifié dans le détail et, selon les informations recueillies, l'UMD ne serait pas affectée. Son budget de 6 400 000 euros ne couvre pas entièrement la totalité de ses charges mais des moyens complémentaires lui sont attribués.

### 4.4 LES RESSOURCES HUMAINES SONT EN ADEQUATION AVEC LES BESOINS

#### 4.4.1 Le personnel

##### a) Le personnel médical

Au moment de la visite, outre le psychiatre, chef du pôle USIP/UMD, quatre psychiatres et un interne étaient affectés à l'UMD totalisant 4,80 équivalents temps plein (ETP). L'une des psychiatres était absente lors de la visite des contrôleurs dans le cadre d'un congé de maternité mais reprenait son service la semaine suivante. Un médecin généraliste exerçait à 0,40 ETP et des soins dentaires étaient réalisés par le service d'odontologie à hauteur de 0,10 ETP.

La permanence médicale est assurée jusqu'à 19h et le samedi matin de 9h à 13h. Par ailleurs, un psychiatre assure une garde qui couvre tous les pôles du centre hospitalier de 19h à 9h le lendemain.

##### b) Le personnel non médical

On recense à l'UMD 103,7 ETP, toutes catégories de personnel non médical confondues, pour une capacité d'accueil de quarante patients, rapport qui paraît offrir des conditions de travail convenables. La répartition des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et des aides-soignants diplômés (ASD) au sein des trois unités est la suivante :

	Effectif théorique en ETP	Effectif réel en ETP	Total	Ecart
Unité 1	13 IDE	13	20	0
	7 ASD	7		
Unité 2	12 IDE	8,8	16,8	-3,2
	8 ASD	8		
Unité 3	12 IDE	11,4	20,2	0,2
	8 ASD	8,8*		

\*A l'unité 3, un ASD de plus a été embauché en contrat à durée déterminée pour compenser les temps partiels des IDE. Pour l'unité 2, un recrutement d'IDE est en cours.

On ne note des écarts entre les effectifs théoriques et réels que dans le corps des IDE, qui s'expliquent par des autorisations de travail à temps partiel. Parmi le personnel soignant non médical, on compte 43 % de femmes.

Au pôle d'activités médiatisées, cinq professionnels exerçant à temps (cf. *infra* § 10.2).

Neuf agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) assurent l'entretien des trois unités.

L'ensemble des équipes de nuit du centre hospitalier est géré par le bureau de coordination du centre hospitalier du Vinatier mais il existe une équipe spécifique dédiée à l'UMD placée sous la responsabilité d'un cadre de nuit. Elle est composée de vingt-quatre personnes dont onze IDE et six ASD. Trois sont positionnés à l'unité 1, deux à l'unité 2 et deux à l'unité 3.

L'équipe dite commune regroupe le cadre supérieur de santé, le cadre administratif de pôle, le psychologue, l'assistante de service social et la secrétaire. L'assistante de service social n'exerce ses fonctions à l'UMD qu'à temps partiel ce qui se révèle insuffisant (cf. *infra* §.4.6).

Enfin quatre agents sont employés au poste central de sécurité de l'UMD.

#### c) Les horaires et l'organisation du service

Les horaires du personnel soignant au sein des unités sont les suivants :

- équipe d'encadrement : organisation en 8h dans le cadre d'une amplitude horaire de 8h à 18h ;
- s'agissant des IDE et des ASD, quatre plages horaires rythment les 24 heures :
  - o matin, de 6h30 à 14h30 ;
  - o journée de 9h à 17h ;
  - o après-midi de 14h à 22h ;
  - o nuit de 21h45 à 6h45.

Les transmissions sont d'une durée de 15 minutes matin et soir.

Les agents hospitaliers sont en poste le matin de 7h à 15h et de 10h à 18h.

Quatre soignants dont au moins un IDE doivent être présents dans la journée ; la nuit, un IDE et un ASD ou deux IDE.

#### d) L'absentéisme

A l'instar des observations faites en 2012, l'absentéisme est dit de faible importance mais il n'a pas été possible aux contrôleurs d'en obtenir le taux dont le calcul (5,91 % en 2017) n'est pas dissocié de l'ensemble du personnel du pôle.

Au jour de la visite des contrôleurs, trois agents appartenant au personnel soignant étaient pour deux en congé de maternité et le dernier en congé de maladie ordinaire.

Sur les neuf agents des services hospitaliers, deux absences en congé de maladie ordinaire étaient remplacées par deux personnes en contrat à durée déterminée.

Une psychiatre était en de congé maternité non remplacé et revenait 3 jours plus tard.



#### 4.4.2 Le recrutement, le tutorat et la formation

##### a) Le recrutement

Comme indiqué lors de la première visite du CGLPL, un profil de poste pour les infirmiers souhaitant venir travailler à l'UMD avait été rédigé en mars 2012. Une expérience professionnelle était souhaitée en psychiatrie adulte, dans la gestion des situations d'urgence, dans l'organisation des soins en binôme ainsi qu'une expérience du travail en équipe. Or, en 2019, ces profils et expériences requis ne sont plus des critères impératifs dans un contexte où, pour un poste à pourvoir, il n'y a parfois qu'un seul candidat et il arrive que ce soit un sortant d'école<sup>1</sup>. La prime de risque décrite comme attractive ne constitue plus une motivation pour venir travailler à l'UMD. Une possibilité de mutation interne au pôle existe, elle se fait toujours dans le sens USIP vers UMD mais, selon les propos recueillis, il s'agit seulement d'un déplacement de personnel qui ne comble pas le poste vacant. Ce déplacement se fait à la discrétion des cadres supérieurs des deux services. Durant l'année, 10 mois sur 12, est proposée sur l'intranet du centre hospitalier, une mobilité inter polaires pour les titulaires.

Les personnes intéressées par ce poste vacant doivent envoyer leur *curriculum vitae* et une lettre de motivation. Le cadre supérieur de santé reçoit toutes les demandes et donne un rendez-vous aux professionnels avec le cadre de santé de l'unité concernée. Les personnes en disponibilité conservent leur affectation durant 6 mois, elles sont ensuite remplacées par des personnes en contrat à durée déterminée.

##### b) Le tutorat

Un dispositif de tutorat, qui vise à l'intégration des nouveaux infirmiers, est complémentaire à l'accueil et l'intégration par les différents professionnels du service et aux dispositifs de formation. Il s'organise après 6 mois dans l'établissement et a pour objectif une mise à distance des situations cliniques vécues, une aide au développement des savoir-faire, à la conceptualisation des pratiques soignantes. Ce tutorat prend deux formes : individuel et collectif. Le tuteur a des rencontres individuelles régulières avec son tuteur qui est un infirmier d'expérience formé aux pratiques de tutorat et qui n'a pas de lien hiérarchique avec le tuteur. Ce dernier participe par ailleurs à des séances de groupe d'analyse de situations professionnelles, obligatoires.

#### BONNE PRATIQUE 1

Le dispositif de tutorat mis en œuvre à l'unité pour malades difficiles, qui revêt des formes individuelle et collective, constitue une pratique à soutenir et à reproduire.

##### c) La formation continue

Outre la journée d'accueil de la direction des ressources humaines, le personnel bénéficie d'un module d'adaptation à l'emploi et du dispositif de tutorat (cf. *supra*).

Alors qu'en 2012, il avait été noté que le personnel de l'UMD bénéficiait d'emblée, dès le recrutement, de formations sur la gestion de la violence ainsi que sur les urgences vitales, en

---

<sup>1</sup> La scolarité à l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) peut être rémunérée et à ce titre assortie d'une obligation de servir établie au prorata du temps de formation pris en charge.

2019, ils n'ont plus cette opportunité. Ils doivent désormais, s'ils souhaitent participer à ce type de formation, s'inscrire au plan de formation annuel de l'établissement.

Quatorze agents de l'UMD ont bénéficié de la formation relative aux soins sans consentement depuis 2015. Il s'agit de la secrétaire polaire, de deux cadres de santé, de neuf infirmiers diplômés d'Etat et de deux aides-soignants.

#### 4.4.3 Le conseil d'éthique

Le conseil d'éthique comporte vingt-et-un membres et s'est réuni cinq fois au cours de l'année 2016 ; treize membres ont participé à au moins quatre réunions. Il a abordé, au cours de ses réunions, une réflexion éthique sur la pratique de l'isolement et de la contention sur la base du rapport thématique du CGLPL et a décidé d'organiser une journée de formation, au sein du CH, le 14 décembre 2017. Une philosophe a été recrutée par le conseil afin d'apporter un éclairage sur les questions éthiques qui lui sont soumises : l'analyse des pratiques d'isolement et de contention, le port du pyjama et l'ensemble des restrictions de liberté décidées par les praticiens.

### 4.5 COMME EN 2012, LES PATIENTS ACCUEILLIS SONT EN MAJORITE ORIGINAIRES DE L'INTER REGION

#### 4.5.1 Le profil des patients

L'UMD de Bron accueille des patients majeurs, femmes et hommes ainsi que, de manière exceptionnelle, des mineurs à partir de 16 ans. Les statistiques fournies pour 2017 et 2018 font apparaître qu'un seul mineur a été accueilli par année. Les demandes d'admission sont nombreuses ; elles étaient de l'ordre de 350 dossiers en 2018 pour 35 patients accueillis.

Lors de la visite de mai 2019, trente-sept patients, femmes et hommes majeurs, dont les admissions résultent de décisions de représentants de l'État en application des articles L. 3213-1 et suivants du code de la santé publique (ASPDRE), 122-1 du code pénal (irresponsabilité pénale) et D. 398 du code de procédure pénale (personnes détenues), étaient accueillis et répartis dans les unités de la manière suivante :

Statut, genre et âge	Unité 1	Unité 2	Unité 3	TOTAL
ASPDRE	7	13	11	31
Irresponsabilité pénale	1	1	2	4
Détenus	1	1		2
Total	9	15	13	37
dont hommes	8	12	10	30
dont femmes	1	3	3	7
le plus âgé	49	57	56	—
le plus jeune	22	22	20	—
Admission la plus ancienne	22/08/2017	22/07/2013	23/11/2016	—

Les trois patients dont l'admission est ancienne présenteraient une dangerosité psychiatrique qui, faute de relais, justifierait le maintien en UMD. Le patient dont la durée de séjour est la plus longue est en situation irrégulière sur le territoire français ; sa sortie n'est pas envisageable sur le plan clinique et il n'existe au surplus pas de solution administrative ou consulaire le concernant. L'ancienneté de l'accueil du deuxième est liée à un manque d'établissement de

sortie s'agissant d'une personne détenue. Enfin, le dernier présenterait une pathologie complexe et résistante aux traitements proposés.

#### 4.5.2 La provenance des patients et l'activité de l'UMD

Bien qu'à compétence nationale, l'UMD accueillait au 6 mars 2019, treize patients de la ville de Lyon et du département du Rhône, seize de l'inter région et neuf de l'ensemble du territoire national. Il a été indiqué aux contrôleurs que l'étendue de l'inter région et la multiplicité des établissements favorisaient un grand nombre de sollicitations. Les informations relatives à l'activité de la structure qui ont été fournies aux contrôleurs sont regroupées dans le tableau suivant :

UMD	2017	2018
File active	79	68
% de patients de la région Auvergne-Rhône-Alpes et Franche-Comté	73,42 %	72 %
% de patients hors région	26,58 %	28 %
Taux d'occupation	91,30 %	92,20 %
Durée moyenne	165 jours	184 jours
DMH (file active)	169,5 jours	198,1 jours

La durée moyenne de séjour à environ 6 mois est peu révélatrice de la durée réelle des placements en raison – comme indiqué *supra* – de séjours qui se prolongent depuis plusieurs années.

#### 4.6 LA SECURITE ET LA VIDEOSURVEILLANCE SONT ASSUREES PAR UNE EQUIPE SPECIFIQUE

Si l'UMD n'est pas équipée de caméras à l'intérieur des unités de soins, cinquante-deux caméras surveillent le terrain de sport, le chemin de ronde, les cours des unités, le local poubelle, les sas de livraisons (entrées/sorties) et le sas d'entrée de la structure. Il s'agit de trois caméras thermiques ; quatre dômes à 360° et quarante-cinq caméras fixes. Le système de sécurité comporte également des barrières infra rouges et un radar infra rouge pour exercer une surveillance des mouvements de fugue ou d'intrusion.

Le poste d'accueil situé à l'entrée de l'UMD dispose d'un écran spécifique permettant à l'agent de sécurité de service de visualiser les images. Quatre agents sont affectés à l'UMD et assurent tour à tour la surveillance de 6h15 à 22h15.

Selon les informations recueillies, les images des caméras sont sauvegardées durant un mois sur le serveur de la direction du service informatique et le dispositif dans son ensemble a fait l'objet d'une déclaration en préfecture.

A l'interne, chaque membre du personnel dispose d'un appareil dit de « protection du travailleur isolé » ou PTI. L'activer permet à tous les soignants de se mobiliser car la sonnerie retentit dans toutes les unités.

Sur la totalité du site du centre hospitalier du Vinatier, des agents de sécurité gèrent la vidéosurveillance sur les entrées des voitures, des piétons et le pourtour du parc.

## 5. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS

### 5.1 A LEUR ARRIVÉE, LES PATIENTS REÇOIVENT UNE INFORMATION ADAPTÉE A LEUR ETAT CLINIQUE, QUI N'EST CEPENDANT PAS TOUJOURS COMPLETE ET N'EST PAS RENOUVELÉE EN CAS DE PROLONGATION DE LA MESURE DE SOINS SANS CONSENTEMENT

#### 5.1.1 L'information délivrée à l'arrivée dans l'UMD

A l'instar des autres structures de même nature, l'UMD de Bron accueille des patients faisant d'ores et déjà l'objet d'une prise en charge psychiatrique sans consentement, qu'ils soient détenus (article L. 3214-3 du code de la santé publique) ou non (articles L. 3213-1 et suivants du même code).

Lorsque leur transfert vers l'UMD est décidé, ces personnes en sont donc d'abord informées par le personnel de l'établissement les prenant en charge à l'un ou l'autre de ces titres.

En amont de ce transfert, cet établissement a sollicité leur admission auprès de l'UMD en émettant cette demande :

- d'un certificat médical en exposant les motifs, éventuellement accompagné d'expertises médicales ;
- d'un dossier de préadmission renseigné et complété de pièces médicales et socio-administratives sollicitées par les services de l'UMD<sup>2</sup> ;
- de l'avis favorable des psychiatres de l'UMD, auxquels auront préalablement été communiqués les éléments biographiques intéressant le patient, tout examen biologique le concernant ainsi que les éventuelles informations relatives aux mesures de protection juridique dont celui-ci peut faire l'objet.

Après que le psychiatre, chef de service de l'UMD, a donné son accord au transfert et que cette décision a été transmise au bureau des soins sans consentement (SSC) de l'établissement, ce dernier se rapproche du bureau des entrées du CHV afin d'élaborer le dossier du patient.

Durant son transport depuis l'établissement hospitalier ayant sollicité son transfert, le patient est accompagné de deux soignants de cet établissement et peut être attaché.

A son arrivée à Bron, ses accompagnants se présentent d'abord au bureau des entrées du CHV, où le patient est enregistré parmi les effectifs de l'établissement. A ce stade, le patient est regardé comme étant en soins libres alors pourtant qu'il fait déjà l'objet de soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat ; il le restera jusqu'à ce que le chef de service de l'UMD, après l'avoir rencontré pour un premier entretien, adresse au bureau des entrées et au bureau des SSC le certificat de situation confirmant sa prise en charge dans l'unité. Ce n'est qu'au regard de ce document que le statut du patient sera modifié.

La tardiveté de cet enregistrement n'est aucunement justifiée, ce d'autant que l'arrivée de ce dernier est programmée et anticipée. Cette pratique doit être modifiée.

---

<sup>2</sup> En outre, le patient dont l'admission à l'UMD de Bron a été acceptée devra y être transféré avec un « trousseau » de biens (nécessaire d'hygiène, argent, tabac) et vêtements (marqués à son nom) dont la composition est également précisée par l'établissement et qui sera, en cas de besoin, complétée en cours d'hospitalisation par des achats ponctuels par les soignants ou lors de sorties de courte durée accompagnées.

## RECOMMANDATION 1

Les patients transférés dans l'UMD de Bron font l'objet de soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat qui ont été mis en œuvre antérieurement à ce transfert ; ce statut d'hospitalisation doit être pris en compte dès leur arrivée dans l'établissement.

Après l'accomplissement de cette formalité au bureau des entrées, l'ambulance assurant le transfert du patient pénètre dans l'enceinte de l'UMD et l'équipe accède à la zone d'isolement depuis la cour intérieure. Le patient est installé sur un brancard, sur lequel il peut être attaché – c'était le cas du patient dont les contrôleurs ont assisté à la prise en charge durant leur visite – le temps de son transport en chambre d'isolement, où il est immédiatement placé pour une période d'observation et de stabilisation dont la durée sera adaptée à son état clinique et peut varier de quelques jours à plusieurs mois (cf. *infra* § 9.2).

A l'isolement, le patient est invité à quitter ses vêtements civils pour revêtir le pyjama de l'hôpital. Selon son état d'agitation, il peut être de nouveau attaché, ou laissé sans contention ainsi que les contrôleurs ont pu le constater.

Un médecin psychiatre, qui en sera référent, vient alors à sa rencontre en compagnie d'un infirmier (au moins) ainsi que du cadre du service ; le patient est informé qu'une relève va être effectuée avec l'équipage qui l'a accompagné depuis l'établissement d'origine, puis qu'un entretien médical lui sera proposé. L'emplacement du bouton d'appel de la chambre d'isolement lui est indiqué.

Durant la réunion de transmissions, alors que les biens du patient sont répertoriés (cf. *infra* § 7.4), le médecin et les membres de l'équipe soignante reçoivent les informations et pièces médicales intéressant le patient que les accompagnants de l'établissement d'origine peuvent leur transmettre. Ses habitudes quotidiennes sont également envisagées.

Par la suite, le médecin et un infirmier vont rencontrer de nouveau le patient dans la chambre d'isolement et s'entretiennent avec lui l'un après l'autre. Cet entretien, d'ordre médical, est l'occasion de lui rappeler le transfert dont il vient de faire l'objet, d'apprécier sa capacité à verbaliser les maux dont il souffre, de lui exposer les premières étapes de sa prise en charge et ainsi d'établir l'alliance thérapeutique.

Ce n'est qu'après cet entretien que le psychiatre rédige le certificat de situation du patient, actant sa prise en charge par l'UMD, qu'il transmet au bureau des entrées du centre hospitalier. En retour, ce bureau adresse à l'unité un bulletin d'entrée qui doit être notifié au patient accompagné d'une copie de l'arrêté préfectoral de transfert, dont il a théoriquement déjà eu connaissance dans l'établissement d'origine.

Sous réserve de l'état clinique du patient, cette notification intervient donc, en fonction de son heure d'arrivée dans l'unité, soit l'après-midi d'une admission matinale soit le lendemain de la prise en charge effective dans l'UMD. C'est le cadre du service qui l'assure, au moyen d'un formulaire qui, d'une part, expose les voies et délais de recours dont le patient dispose contre la décision préfectorale ordonnant son admission dans l'établissement et, d'autre part, reprend les droits qui lui sont garantis par l'article L. 3211-3 du code de la santé publique.

Ce formulaire (dont une déclinaison existe pour les personnes admises à la demande d'un tiers, hospitalisées dans d'autres unités de l'établissement) inclut, enfin, un accusé de réception prévoyant, dans l'hypothèse où patient refuse ou n'est pas capable de signer, la possibilité pour deux soignants d'attester, selon les cas, de leur incapacité à notifier en raison de l'état de santé

de la personne et de son hospitalisation dans un autre service, du refus de celle-ci de signer ou encore de la levée des soins.

Selon les informations communiquées, lorsque l'hospitalisation à l'UMD se poursuit, le patient se voit notifier, d'une part, la convocation devant le juge des libertés et de la détention (JLD) au terme de 6 mois d'hospitalisation complète<sup>3</sup> puis l'ordonnance de ce juge et, d'autre part et le cas échéant, l'arrêté préfectoral de maintien en SSC au sein de l'UMD.

L'information apportée au patient entrant à l'UMD s'agissant des décisions qui le concernent, de ses droits et des voies de recours dont il dispose s'avère donc *a priori* plus satisfaisante que la situation constatée par le CGLPL lors de sa première visite dans l'unité au mois de décembre 2012.

Cependant, il ressort des informations communiquées que lorsque son hospitalisation est prolongée par une décision de maintien des SSC, le patient n'est pas de nouveau informé des droits qui lui sont garantis. En outre, durant leur visite, les contrôleurs ont pu consulter les documents portés à la connaissance du patient dont ils ont assisté à l'admission :

- le bulletin d'entrée vise les articles L. 3213-1 et suivants et L. 3214-1 du code de la santé publique et énumère les arrêtés préfectoraux d'admission en SDRE et de transfert à l'UMD, dont il rappelle les dates mais ne précise pas l'objet, ainsi qu'un certificat médical et un certificat de situation, dont il ne précise également que les dates sans en reprendre le contenu ;
- l'arrêté préfectoral portant transfert à l'UMD, édicté par le représentant de l'Etat du département d'origine du patient, expose les voies et délais de recours dont dispose le patient pour le contester mais n'est pas plus détaillé s'agissant des motifs médicaux justifiant tant la poursuite de la mesure de SSC que l'inefficacité des traitements prodigués dans l'établissement d'origine justifiant le transfert en UMD, puisqu'il se borne à renvoyer à un certificat médical dont il entend s'approprier les termes, mais qui n'est pas joint.

S'agissant de cette situation individuelle, les informations ainsi communiquées au patient souffrent donc d'incomplétude relativement aux motifs de fait, médicaux, justifiant le maintien en SSC et le transfert en UMD.

## RECOMMANDATION 2

Conformément aux dispositions de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, les patients doivent être informés des décisions qui les concernent mais également des droits, des voies de recours qui leur sont ouvertes et des garanties qui leur sont offertes non seulement lors de la décision prononçant leur admission mais aussi lors de chacune des décisions prononçant le maintien des soins sans consentement lesquelles doivent exposer les motifs de fait et de droit qui les fondent.

### 5.1.2 Les autres informations mises à disposition des patients

Le livret d'accueil de l'établissement compte soixante-dix pages dont plusieurs sont spécialement dédiées à la prise en charge psychiatrique et aux soins sans consentement, outre plusieurs

<sup>3</sup> Dès lors que, le plus souvent, les patients admis à l'UMD ont fait l'objet auparavant de SSC durant plus de douze jours. Voir *infra*, § 5.1

développements relatifs aux droits des patients : charte de la personne hospitalisée, commission des usagers (CDU, cf. *infra* § 4.3), droits à l'information et au consentement, droit au respect de la vie privée, personne de confiance notamment. La possibilité de consulter le règlement intérieur de l'établissement est également mentionnée.

S'ils n'ont pu constater sa mise à disposition systématique aux nouveaux arrivants de l'UMD de Bron – laquelle est prévue par le règlement intérieur de l'UMD, les contrôleurs ont pu constater que les exemplaires de ce livret d'accueil disponibles dans cette unité ont été augmentés d'un feuillet spécifique à ce service, qui en expose l'organisation et le parcours de soin qui y est proposé.

Ainsi, les patients admis à l'UMD sont informés :

- par le livret d'accueil : des diverses procédures de prise en charge psychiatrique au titre de soins sans consentement ; des modalités de contrôle de ces mesures par le JLD et des voies de recours dont ils disposent devant cette autorité ou le procureur de la République – ainsi que, de façon regrettable, devant le tribunal administratif ; des possibilités d'aménagement de la mesure (sorties de courte durée) et de programmes de soins ; des possibilités de réclamation qui leur sont ouvertes devant la CDU, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ou le CGLPL ; ainsi que des différents droits qui leur sont garantis par l'article L. 3211-3 du code de la santé publique et des modalités de leur vie quotidienne à l'hôpital (courrier, téléphone, culte, etc.) ;
- par le feuillet spécifique adjoint à ce livret : de ce qu'ils vont être d'abord pris en charge par l'unité d'admission de l'UMD, en chambre d'isolement, durant un temps le plus restreint possible et proportionné à leur état clinique ; et des modalités de leur séjour dans l'UMD, d'abord dans l'unité 1 d'admission puis dans l'une des unités 2 ou 3 de suite et de séjour. L'avis requis de la commission du suivi médical pour la sortie de l'unité est enfin mentionné, sans toutefois qu'un quelconque développement soit accordé à cette instance.

Si l'ensemble des informations ainsi portées à la connaissance des patients hospitalisés à l'UMD s'avère plus complet et justifié que ce qui avait été constaté par le CGLPL lors de sa visite de l'unité au mois de décembre 2012, l'établissement peut donc encore les améliorer.

### RECOMMANDATION 3

Le livret d'accueil de l'établissement doit être mis à jour s'agissant des voies de recours ouvertes aux patients admis en soins sans consentement contre la décision ordonnant cette admission et le feuillet spécifique à l'UMD qui est ajouté à ce livret doit inclure une information relative au rôle et au fonctionnement de la commission de suivi médical.

Le règlement intérieur du centre hospitalier n'est pas mis à la disposition des patients mais le livret d'accueil de l'établissement mentionne qu'ils peuvent demander à le consulter. Cette information ne fait pas état du règlement intérieur propre à l'UMD de Bron, qui n'est remis – selon les mentions de ce document – qu'au personnel intervenant dans cette unité. Ce dernier règlement est inclus dans un « *protocole de fonctionnement* » de l'UMD qui comprend également diverses annexes, dont les procédures relatives aux visites aux patients et aux achats de tabac et de cartes prépayées pour la cafétéria. Définissant notamment les droits et obligations des patients hospitalisés dans l'unité, ce document inclut en particulier des informations relatives à la commission du suivi médical (CSM – cf. *infra* § 5.6), aux règles de vie de l'UMD et aux modalités

régissant les visites des patients, leurs communications avec l'extérieur, la gestion de leurs biens et de leur linge et leurs activités durant l'hospitalisation, notamment. Ces éléments étant de nature à exercer une influence sur les conditions de leur hospitalisation et le respect de leurs droits, ils devraient être portés à la connaissance des patients pris en charge. Aussi, la mention du caractère consultable de ce règlement intérieur devrait être portée au feuillet spécifique à l'UMD qui est ajouté au livret d'accueil.

#### RECOMMANDATION 4

Les patients doivent être informés de la possibilité dont ils disposent de consulter le règlement intérieur de l'UMD qui s'ajoute à celui de l'établissement et comprend divers développements relatifs à leurs droits et notamment des informations relatives à la commission de suivi médical.

Enfin, si aucun n'affichage n'est proposé aux patients placés en isolement dans l'une des quatre chambres de la zone dédiée de l'unité 1, diverses informations sont en revanche affichées sur la paroi vitrée des bureaux infirmiers des trois unités : il s'agit en particulier des règles de vie et du détail des « temps cigarette » de l'unité considérée, mais également, selon les cas, d'informations relatives à la CDU, au traitement informatisé du dossier médical des patients et à l'exercice culturel ainsi que d'informations plus générales (chartes de la laïcité dans les services publics, de la personne majeure protégée, de la personne hospitalisée, ou encore des droits et libertés de la personne accueillie). Le planning hebdomadaire des activités et les menus de la semaine peuvent également faire l'objet d'un affichage.

#### 5.1.3 La personne de confiance

Il est demandé au patient, lors de son arrivée, de procéder à la désignation d'une personne de confiance s'il ne l'avait déjà fait dans son établissement d'origine, ou d'en modifier le nom en remplissant un formulaire prévu à cet effet. En réalité, la notion de personne de confiance est peu comprise par les soignants qui n'en connaissent pas le rôle et les modalités d'intervention. La personne désignée n'est pas contactée à ce titre et il ne lui est pas fait signer le formulaire de désignation qui vaut acceptation. Certains patients ayant désigné un proche bénéficiaire de l'intervention de celui-ci mais à titre familial, sans pour autant que les droits spécifiques attachés à la personne de confiance lui soient expliqués. A l'unité 1, cinq patients ont désigné, dans ces conditions, une personne de confiance, neuf patients à l'unité 2 et neuf à l'unité 3. En 2012, les contrôleurs avaient informé les médecins du rôle particulier dévolu à la personne de confiance par la loi du 4 mars 2002 ; ces derniers se déclaraient alors « *prêts à réfléchir plus amplement à la mise en œuvre de cette exigence légale* ».



**RECOMMANDATION 5**

La personne de confiance est, aux termes de la loi du 4 mars 2002, en mesure d'accompagner le patient dans ses démarches et d'assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Le patient comme la personne désignée doivent en être informés.

**5.2 UN DISPOSITIF DE RECUEIL ET DE TRAITEMENT DES DOLEANCES EST EN PLACE****5.2.1 Le questionnaire de satisfaction**

L'existence d'un questionnaire de satisfaction est mentionnée dans le livret d'accueil de l'établissement. Ce document est commun à l'ensemble des pôles et services du CHV ; son usage est qualifié de complexe par les personnels de l'UMD en raison de la temporalité particulière d'un séjour à l'UMD dans le parcours de soin des patients. En effet, si ces derniers ont vocation à quitter cette unité dès leur état de santé stabilisé, les soins auxquels ils sont astreints se poursuivent. Ainsi le questionnaire n'est-il pas systématiquement proposé aux patients sortant de l'UMD, mais remis sur demande de ces derniers uniquement.

**5.2.2 Le recueil des réclamations**

Au cours de l'hospitalisation, une procédure de recueil des réclamations des patients a été mise en place par le CHV. Elle exige la transmission d'une réclamation écrite à la direction des usagers, pour la rédaction de laquelle les cadres de service proposent leur aide aux patients qui le nécessitent. Une fois saisie, la direction des usagers adresse une demande d'observations au cadre de l'unité concerné. Au vu de la réponse de celui-ci, un entretien ou une médiation peuvent être organisés. A tout le moins, une réponse est formalisée et adressée au patient. L'ensemble de la procédure est ensuite porté à la connaissance de la commission des usagers (CDU), qui peut ensuite émettre des recommandations à l'établissement.

Des éléments communiqués aux contrôleurs, il ressort qu'entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 17 mai 2019, douze réclamations ont été engagées par des patients de l'UMD – pour une moyenne annuelle d'environ 150 réclamations au niveau de l'établissement, soit environ 8 % de ce total. Cinq d'entre elles ont trait à la dégradation (à deux reprises) ou à la disparition de vêtements à la blanchisserie du centre hospitalier. Deux autres – dont une pétition de plusieurs patients – dénoncent l'insuffisante quantité et la mauvaise qualité des repas et boissons servis dans l'UMD. Au cours de la même période, deux entretiens hors médiation ont été organisés pour traiter ces réclamations et sept réponses par courrier simple ont été adressés aux plaignants. Une procédure de dédommagement de vêtements disparus est enfin en cours, cependant qu'une nouvelle demande en ce sens a été déposée le 13 mars 2019. Seules les réclamations « délirantes » ne feraient l'objet d'aucune suite – la récurrence de telles situations étant en baisse (11 % des demandes enregistrées en 2017 n'ont pas été traitées de ce fait mais seulement 5 % de celles recensées en 2018).

Le délai moyen de réponse de la direction des usagers était de l'ordre de 26 jours en 2017 et de 37 jours en 2018 ; et au vu de ces réclamations, la CDU a émis six recommandations en 2017 et sept en 2018. Elles portent notamment sur le développement des activités non thérapeutiques sous médiation de bénévoles, la mise en place d'un groupe de travail associant professionnels et représentants des usagers pour préparer la sortie du CHV, l'éducation thérapeutique en matière de prévention aux stupéfiants, l'amélioration de la qualité de la restauration et de la signalétique dans l'établissement.

### 5.2.3 Les événements indésirables

L'établissement a mis en place un processus de signalement des événements indésirables, en particulier les faits de violence.

S'agissant des violences commises entre patients : lorsque ceux-ci veulent porter plainte, ce souhait est porté à la connaissance du commissariat de Bron qui dépêche un ou, le plus souvent, deux officiers de police judiciaires (OPJ) dans l'UMD pour l'enregistrer. Selon les propos recueillis, cette procédure est bien rôdée, les OPJ étant conscients des spécificités du public concerné. L'audition du plaignant et son recueil de plainte sont organisés dans l'un des salons de visite familiale de l'unité.

S'agissant des violences commises contre le personnel soignant : l'agent victime de violence n'est ni incité à, ni découragé de porter plainte contre le patient, mais seulement informé qu'en pareil cas il ne doit pas communiquer ses coordonnées personnelles mais uniquement son adresse professionnelle. Selon les informations recueillies, le dépôt de plainte est en pratique rare car la violence est assez largement acceptée comme faisant partie de l'exercice professionnel. Ainsi une certaine banalisation d'actes agressifs est-elle déplorée par les soignants, ainsi qu'il ressort d'un des constats de la commission de suivi médical de l'unité<sup>4</sup>, en particulier lorsque l'accès de violence est la conséquence de la pathologie dont est atteint le patient. Seuls les faits les plus graves et la violence ciblée contre un membre particulier du personnel seraient moins acceptés et systématiquement poursuivis.

Cependant, outre un groupe de réflexion *ad hoc* (cf. *infra* § 9.2.2), un dispositif institutionnel est prévu au bénéfice des membres du personnel victimes de violences, qui inclue, d'une part, une orientation vers la médecine du travail et une déclaration d'accident de service et, d'autre part, une action de supervision avec, au-delà des réunions de synthèse régulières, une analyse des pratiques professionnelles particulière à l'événement considéré.

Qu'il soit question d'actes auto ou hétéro-agressifs, le personnel de l'UMD est enfin encouragé à déclarer ces faits par l'élaboration de fiches d'événements indésirables. Les éléments communiqués aux contrôleurs font ressortir à cet égard, au cours de l'année 2018, cinq épisodes de violence physique impliquant des patients uniquement (dont une auto-agression) ainsi que trente-huit faits de violence physique et deux de violence verbale dirigés contre des soignants. Au total, ces faits de violence représentent, pour les premiers, 50 % de l'ensemble des événements indésirables intéressant les seuls patients qui ont été recensés au sein de l'UMD au cours de l'année ; et 93 % de ceux signalés durant la même période relativement aux agents qui y sont affectés. Au cours des quatre premiers mois de l'année 2019, deux patients victimes de violence de la part d'un de leurs pairs sont recensés parmi les quatre événements indésirables impliquant les seuls patients, et sept agents victimes de violence physique apparaissent au titre des neuf événements de ce type intéressant le personnel.

## 5.3 SI L'ETABLISSEMENT ASSOCIE LES REPRESENTANTS DES USAGERS A SON ACTIVITE, CEUX-CI SONT PEU SOLLICITES POUR LES PATIENTS HOSPITALISES A L'UMD

Le CHV dispose sur son site d'une Maison des usagers, dont la charte est affichée dans le hall de l'UMD par lequel transitent les visiteurs. Quatre autres affichages sont assurés à cet endroit : l'un

---

<sup>4</sup> Compte-rendu au préfet de la visite semestrielle de la CSM qui s'est tenue le 28 juin 2018.

est relatif à l'association UNAFAM<sup>5</sup>, l'autre aux programmes « PROFAMILLE et BREF<sup>6</sup> » destinés aux familles et aux proches des personnes souffrant de troubles psychiques, un troisième recense l'ensemble des associations présentes sur l'emprise hospitalière et le dernier informe du planning mensuel des permanences associatives et événements – notamment les groupements d'entraide mutuelle, GEM – qui sont organisés par la Maison des usagers.

Par ailleurs, l'établissement a mis en place une commission des usagers (CDU), qui a été installée, dans sa formation actuelle, le 16 décembre 2016. Cette commission est présidée par un représentant de l'établissement et comprend deux représentants des usagers titulaires et autant de suppléants. L'un de ces membres titulaires occupe les fonctions de vice-président de la commission. A la date de la visite du CGLPL, un représentant des usagers ayant démissionné en fin d'année 2018, son remplacement était pendant.

La CDU a tenu quatre réunions en 2017 et, en amont de chacune, des réunions préparatoires auxquelles les représentants des usagers ont participé. Au cours de l'année 2018, trois réunions plénières ont été tenues, la quatrième étant annulée faute de disponibilité de l'ensemble des représentants des usagers. Ceux-ci ont en revanche participé aux quatre réunions préparatoires de ces plénières. Au moment du contrôle, la rédaction d'un « projet des usagers » était en cours d'élaboration afin de compléter le projet médical actualisé que l'établissement a soumis à la CDU, selon les informations communiquées.

Il ressort des réponses apportées par l'établissement aux questionnaires de l'ARS pour l'élaboration des rapports de la CDU, qui valent rapports d'activité de cette dernière, que les représentants des usagers qui en sont membres participent à l'ensemble des travaux de la commission, lesquels intéressent l'établissement dans son ensemble et donc les patients hospitalisés à l'UMD : examen des réclamations, des éloges et des événements indésirables graves, élaboration et suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, démarches de certification, rapports. Ils participent également à diverses autres instances de l'établissement : conseil de surveillance, comité d'éthique, comités qualité et gestion du risque, conseil de la vie sociale, commission de suivi de l'isolement. Aucun sujet de réflexion ou axe de travail spécifique à l'UMD n'a en revanche été porté à la connaissance des contrôleurs.

#### 5.4 LE PROTOCOLE RELATIF AUX DROITS ELECTORAUX DES PATIENTS HOSPITALISES EST PEU CONNU ET MIS EN PLACE TARDIVEMENT

Selon les informations communiquées, l'établissement a mis en place un protocole pour permettre de voter à ses patients titulaires de leurs droits civils et politiques.

La procédure suppose, tout d'abord, le recensement des patients bénéficiant effectivement de ces droits ; ensuite, les équipes soignantes demandent à ces derniers s'ils souhaitent ou non voter. Les patients hospitalisés à l'UMD ne pouvant bénéficier d'autorisation de sortie non accompagnée, ce dispositif suppose enfin qu'une procuration soit mise en place pour ceux qui le désirent. Pour ce faire, un agent de police ou de gendarmerie est dépêché dans les locaux de l'UMD.

---

<sup>5</sup> UNAFAM : union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques

<sup>6</sup> Les programmes PROFAMILLE et BREF sont des programmes de psychoéducation. PROMFAMILLE est un programme très complet dont le premier module se déroule sur quatorze séances de 4 heures réparties sur 1 an ; BREF est un programme court en trois séances.

Il est cependant apparu au cours du contrôle, qui s'est tenu une dizaine de jours avant une échéance électorale, que les équipes de l'UMD n'avaient pas encore mis en œuvre les premières étapes de ce protocole. Si l'échéancier indiqué aux contrôleurs permettait, objectivement, qu'il soit mené à bien en temps utile (c'est-à-dire que les procurations nécessaires soient faites au moins 24h avant le scrutin), aucune marge de manœuvre n'était prévue pour pallier d'éventuelles difficultés – pièce manquante au dossier ou indisponibilité de l'agent de police ou de gendarmerie, par exemple. Une telle anticipation permettrait pourtant non seulement d'éviter de tels écueils mais également une information des patients susceptible de participer d'une démarche thérapeutique. En outre, les inquiétudes et interrogations à cet égard entendues par les contrôleurs de la part de parents venus visiter leur fils hospitalisé dans l'UMD pendant la visite du CGLPL, comme l'incapacité de l'infirmière interrogée à leur répondre sur ce terrain, tendent à prouver que la question du droit de vote des patients est insuffisamment investie par le personnel de l'unité, qui ne la maîtrisent pas et n'anticipent ni l'information requise, ni les actions indispensables à l'effectivité de ce droit des patients.

## RECOMMANDATION 6

Le protocole relatif au droit de vote des patients, qui doit être connu de l'ensemble du personnel soignant de l'UMD, gagnerait à être mis en œuvre de façon anticipée par rapport aux scrutins et doit s'accompagner des informations préalables nécessaires.

### 5.5 LES PATIENTS PEUVENT EXERCER LE CULTE DE LEUR CHOIX

Un affichage est assuré dans les trois unités de l'UMD, exposant l'existence d'une aumônerie catholique dans l'établissement, « ouverte à tous, quelle que soit la religion », et recensant le nom et les coordonnées des représentants de huit autres cultes.

L'enceinte du CHV incluant une chapelle, des temps de prière personnelle y sont assurés une fois par semaine durant une heure, sans qu'une telle demande ait, selon les propos recueillis, été présentée par les patients de l'UMD au cours des dernières années.

Des mêmes informations, il ressort que les patients de l'UMD ne font qu'exceptionnellement appel à un représentant d'un culte. Une telle demande est cependant systématiquement satisfaite, la rencontre étant alors organisée dans l'un des salons de visite familiale.

En outre, une personne pratiquante de confession musulmane hospitalisée durant la visite du CGLPL a sollicité et obtenu un « temps en chambre » supplémentaire dans le courant d'après-midi pour prier, à une heure durant laquelle la « zone nuit » de l'unité n'est théoriquement pas accessible. Ce faisant, le patient a la possibilité d'effectuer, en temps utile, quatre des cinq prières quotidiennes qu'il souhaite accomplir. S'il a pu regretter cette situation auprès des contrôleurs, il a néanmoins reconnu que sa situation a été prise en compte et qu'il peut « rattraper » la prière manquante lors du plus prochain « temps en chambre ».

### 5.6 LA PROTECTION JURIDIQUE ET LES DROITS SOCIAUX DES PATIENTS SONT ASSURÉS A MINIMA EN RAISON D'UNE PRESENCE INSUFFISANTE DE L'ASSISTANTE DE SERVICE SOCIAL

#### 5.6.1 La protection juridique des majeurs

Au jour du contrôle, vingt-quatre des trente-sept patients hospitalisés à l'UMD de Bron faisaient l'objet d'une mesure de protection juridique : trois au titre d'une curatelle simple, neuf au titre

d'une curatelle renforcée et douze par l'effet d'une mesure de tutelle. Seuls cinq de ces mesures sont confiées à un mandataire familial, les autres se répartissant à part quasiment égales entre mandataires associatifs (neuf mesures, notamment prises en charge par l'UDAF<sup>7</sup> ou l'ATMP) et mandataires institutionnels (dix mesures, prises en charge par les services tutélaires des établissements hospitaliers de secteur – dont trois tutelles et deux curatelles renforcées confiées à l'unité de protection des majeurs du CHV). Si l'emprise de l'établissement relève du ressort du tribunal d'instance de Villeurbanne, nombre de mesures de protection émanent du tribunal d'instance de Lyon. En outre, et s'agissant des patients de l'UMD, d'autres juridictions peuvent être à l'origine des mesures de protection.

Selon les informations communiquées, les relations avec les mandataires concernés ne soulèvent pas de difficulté quotidienne. En particulier, les patients peuvent accéder aux moyens financiers qui leur sont nécessaires : pour les achats courants, sous réserve d'engagement de la demande correspondante dans un délai utile, l'accord du mandataire parvient avant la sortie de courte durée avec accompagnement lors de laquelle la dépense est prévue. A l'occasion de celle-ci, le patient et le soignant qui l'accompagne s'arrêtent au bureau du Trésor public présent sur l'emprise hospitalière pour y retirer les sommes correspondantes en sortant de l'établissement ; l'éventuel solde non dépensé est déposé au même endroit au retour. Pour les achats plus conséquents, un accord sur devis est préalablement requis.

Cependant, l'établissement du Vinatier déplore, s'agissant des patients admis à l'UMD de Bron, que certains établissements hospitaliers, où ils étaient précédemment hospitalisés et auxquels a été confiée la mesure de protection mise en œuvre, transfèrent sans attendre cette mesure au service concerné du CHV, sitôt le transfert du patient effectué. Si l'impératif de proximité du mandataire et de la personne protégée le justifie à première vue, ce transfert de mesure de protection pose difficulté lorsque le majeur protégé conserve des liens dans sa région d'origine (et notamment un domicile, où le mandataire lyonnais ne peut se rendre aisément).

Par ailleurs, si certains mandataires se déplacent dans l'UMD pour rencontrer les personnes protégées, l'intervention de l'assistante de service social du service reste indispensable. Cet agent est en effet en charge, d'une part, des signalements au juge des tutelles des majeurs démunis de protection dont la situation nécessite la mise en œuvre d'une mesure et, d'autre part, du suivi de la situation des autres patients et du lien à assurer entre ces derniers et leur mandataires – toutes actions qui supposent un temps préalable suffisant auprès des patients. Or, si l'assistante de service social de l'UMD n'a pu être rencontrée par les contrôleurs du fait de ses congés annuels, sa présence limitée dans l'UMD (équivalente à 0,25 ETP puisqu'elle ne dispose que d'un mi-temps pour l'ensemble du pôle USIP-UMD) n'apparaît *a priori* pas suffisante. Ainsi, selon les informations recueillies, certaines actions sont parfois reportées de ce fait et, en cas d'urgence, un soignant doit être sollicité pour suppléer.

### 5.6.2 La mise en œuvre des droits sociaux

En l'absence de l'assistante de service social intervenant au sein de l'UMD durant le contrôle, et son remplacement n'étant pas assuré, aucun élément précis d'information n'a pu être communiqué aux contrôleurs à cet égard.

Des propos recueillis, il ressort cependant qu'en raison du temps d'intervention limité dont elle dispose au sein du service, cet agent ne peut que faire le lien avec, d'une part, les mandataires

---

<sup>7</sup> UDAF : union départementale des associations familiales ; ATMP : association tutélaire des majeurs protégés

chargés des mesures de protection des majeurs et, d'autre part, les travailleurs sociaux des services de secteur qui étaient préalablement en charge des patients de l'UMD. Ceci n'a pu être vérifié – pas plus que ne l'a été l'éventuelle participation de l'assistante de service social aux diverses réunions, notamment de synthèse, organisées par les équipes soignantes de l'unité.

En tout état de cause, il apparaît certain qu'un accroissement du volume horaire d'intervention de cet agent serait opportun afin de lui permettre d'intervenir au-delà d'une seule action de passerelle vers d'autres professionnels. C'est d'ailleurs ce que revendique la cadre supérieure de santé de l'UMD, pour laquelle 1 ETP devrait être consacré à ces fonctions, réparti en 0,8 ETP pour l'UMD qui compte quarante places et 0,2 ETP pour l'USIP qui en compte quinze.

### RECOMMANDATION 7

Un accroissement du temps d'intervention de l'assistante de service social de l'UMD doit être envisagé afin d'améliorer la prise en charge sociale et juridique des patients hospitalisés.

#### 5.7 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION N'EST PAS ASSUREE

Si le livret d'accueil de l'établissement affirme que la « *présence dans l'établissement ne sera pas révélée à des tiers sans votre accord* », aucun protocole de nature à préserver la confidentialité des hospitalisations – à tout le moins, de ceux des patients qui n'en ont pas spontanément fait la demande – n'a été objectivé durant le contrôle.

Ainsi qu'a pu le relever le CGLPL lors d'une précédente visite de l'établissement, un outil informatique existe au sein de l'établissement, qui permet à ses agents chargés du standard téléphonique de connaître l'unité d'affectation de chaque patient et de savoir si cette personne a souhaité que son hospitalisation reste confidentielle.

Toutefois, aucune question spécifique n'est posée à cet égard aux patients nouvellement admis à l'UMD, que la lecture des termes cités ci-dessus du livret d'accueil a pu induire en erreur. Et si, à leur niveau, les membres du personnel de l'UMD font valoir qu'ils garantissent le respect de la vie privée des patients dont ils assurent la prise en charge, un appel téléphonique au standard du CHV permet de connaître l'unité d'affectation de toute personne nommément identifiée. Quand bien même le secrétariat de cette unité préserverait, après la mise en relation, la confidentialité du patient recherché en refusant de lui passer l'appel, l'information communiquée par le standard général de l'établissement va à son encontre.

### RECOMMANDATION 8

La confidentialité des hospitalisations doit être effectivement assurée par l'établissement, à tout le moins par la mise en œuvre systématique à chaque admission d'un protocole adapté et compréhensible pour les patients.

#### 5.8 UNE PROCEDURE D'ACCES AU DOSSIER EST EN PLACE, CONNUE ET INVESTIE PAR LES PATIENTS DE L'UNITE

Le livret d'accueil du CHV consacre deux pages d'explications au traitement informatisé du dossier patient qui en exposent les conditions d'accès comme les modalités de modification et de rectification.

La procédure suppose une demande écrite, par courrier ou en utilisant le formulaire idoine ; passé un « délai de réflexion » de 48 heures, le dossier est communiqué soit directement par envoi au domicile, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné par le patient. Une possibilité de consultation sur place, avec ou sans accompagnement médical, lui est également offerte.

Selon l'ancienneté du dossier (plus ou moins 5 ans), un délai de communication de 8 jours à 2 mois est indiqué par le livret d'accueil, qui mentionne également que, si la consultation sur place est libre de droit, les photocopies et l'éventuel envoi postal (en courrier recommandé avec demande d'avis de réception) sont quant à eux facturés au patient qui en fait la demande.

Des informations communiquées aux contrôleurs, cette procédure est connue et investie par les patients de l'UMD : les demandes de communication ou, du moins, de consultation du dossier médical sont considérées comme fréquentes ; elles sont engagées directement par les patients, par voie postale, mais également en interne, par communication de la demande à la direction de l'établissement par l'intermédiaire du cadre du service.

## 6. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEURS CONTROLES

### 6.1 L'AUDIENCE DEVANT LE JLD EST UN MOMENT D'AFFIRMATION DES DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES DANS L'ETABLISSEMENT

#### 6.1.1 L'organisation et le déroulement des audiences

Bien que cette situation ne soit toujours pas encadrée par une convention liant l'ARS au tribunal de grande instance (TGI) de Lyon, les audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) sont organisées dans l'enceinte de l'établissement depuis 2011.

Les « locaux judiciaires » spécialement aménagés à cette fin sont situés en sous-sol de l'ancien bâtiment de la direction, localisé à l'entrée de l'emprise hospitalière et dont le rez-de-chaussée est aujourd'hui occupé par l'unité de protection des majeurs, d'une part, et le bureau des soins sans consentement, d'autre part. L'étage de ce bâtiment est désaffecté.

Sur les plans de l'établissement, ces locaux sont identifiés sous l'appellation « audiences » mentionnée dans le « pôle Direction ». Un fléchage est ensuite organisé depuis l'entrée du bâtiment.



*Indication des « locaux judiciaires » à l'entrée du bâtiment*

Les patients de l'UMD sont accompagnés à ces audiences par des soignants de l'unité, en ambulance – quand ceux hospitalisés dans les autres services du CHV sont véhiculés depuis ces derniers par un agent du bureau des SSC.

Les soignants accompagnants assistent à l'audience depuis les sièges du public ; un représentant de l'établissement comparaît devant le juge.

Comme les magistrats, les avocats interviennent en civil dans les locaux du CHV et, selon les informations communiquées par le personnel de l'UMD, les patients de cette unité ne sont jamais présentés au juge en pyjama. Sans contredire cette affirmation, l'un des magistrats intervenant dans l'enceinte du CHV dénonce cependant de telles comparutions en vêtement hospitalier, qualifiées de fréquentes sans toutefois qu'il ne lui soit possible de déterminer de quelle-s unité-s de l'établissement cette pratique est l'apanage. Cet interlocuteur souligne que cette pratique n'est pas constatée dans les autres établissements hospitaliers de son ressort.

Selon ce témoignage, la justification invoquée par les soignants accompagnant les patients concernés tiendrait à l'absence de biens et de ressources de ces derniers.

Exceptionnellement, si le transport d'un patient hospitalisé dans l'UMD n'est pas possible, le magistrat peut se déplacer dans l'unité pour y tenir audience. Selon les informations communiquées, une telle situation est survenue une fois, en l'absence de personnel



d'accompagnement en nombre suffisant. Deux pièces de l'unité ont été mobilisées à cette fin, dont l'une pour permettre au patient de s'entretenir avec son avocat.

Au sein du CHV, deux audiences sont organisées chaque semaine, que se répartissent six magistrats. Un ordre de passage a été officiellement arrêté, au terme duquel sont prioritairement auditionnés les patients hospitalisés à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), puis ceux pris en charge à l'UMD, avant ceux relevant de l'USIP. Les patients des autres unités ne sont entendus qu'ensuite. Si cette organisation permet le plus souvent d'éviter aux patients de l'UMD une trop longue attente, celle-ci reste toujours variable pour être fonction tant de la durée des échanges entre le juge et les justiciables que des pratiques des magistrats : en particulier, mise en délibéré ou délibéré sur le siège, plus ou moins rapide selon les cas.

A leur arrivée dans les locaux, les patients sont invités à patienter dans une salle d'attente, spacieuse mais équipée d'un nombre limité de sièges.



*La salle d'attente*

Si l'avocat chargé de la défense de leurs intérêts – le plus souvent commis d'office au titre de l'aide juridictionnelle, n'a pas été en mesure de les rencontrer dans les locaux de l'UMD (ce qui, selon les propos recueillis, serait exceptionnel en dehors de l'UHSA) –, les patients peuvent s'entretenir avec lui dans une salle affectée à cet usage. Un autre local d'entretien, voisin et dont la porte est dotée d'un fenestron, est réservé aux patients extraits de l'UHSA.



*La salle d'entretien avec les avocats. A droite, celle affectée aux patients de l'UHSA.*

Selon les éléments d'information recueillis, le bénéfice de l'aide juridictionnelle est systématiquement accordé. Un formulaire allégé serait requis des avocats concernés, sans qu'il

leur soit nécessaire de justifier des ressources ou de l'impécuniosité de leurs clients. Chaque avocat désigné se voit confier la défense des intérêts de huit patients.

Selon les mêmes informations, les avocats bénéficieraient par ailleurs d'une formation spécialisée, sanctionnée par un contrôle des connaissances, ainsi que d'un tutorat. Leur intervention, pertinente, paraît ainsi appréciée.

La salle d'audience est située au bout du couloir sur lequel ouvrent la salle d'attente et les espaces réservés aux avocats. Elle est équipée du matériel nécessaire et compte quelques places assises pour le public. Spacieuse sans apparaître trop impressionnante, elle était baignée de lumière au jour du contrôle.



*La salle d'audience*

Malgré leur localisation en sous-sol, ces « locaux judiciaires » sont, dans leur ensemble, suffisamment lumineux pour bénéficier d'ouvertures sur l'extérieur – toutes barreaudées – en nombre suffisant. Le passage de différentes canalisations dans ces différentes pièces y assure en revanche une température constante qui serait parfois trop importante, selon les informations communiquées, nécessitant l'ouverture systématique des fenêtres durant les audiences tant pour ventiler les espaces que pour chasser l'odeur dégagée par des sols plastifiés surchauffés. Aucune audience n'étant organisée au moment de leur visite, les contrôleurs n'ont cependant le constater.

### 6.1.2 L'information des parties et les décisions rendues

Ainsi qu'il a été évoqué précédemment, après que le bureau des SSC a transmis au secrétariat de l'UMD ces documents communiqués par le TGI, c'est le cadre de santé de l'unité qui notifie les avis d'audience aux patients concernés.

Ces derniers ont en général déjà comparu devant un JLD puisque leur prise en charge à l'UMD est le plus souvent un second temps de leur hospitalisation ; cependant, tout renseignement utile peut leur être apporté à cette occasion, de même que, lors de l'audience, par le magistrat lui-même. Selon les propos recueillis, ceux-ci sont pédagogiques, expliquent leur rôle et prennent un temps jugé suffisant pour chaque patient, auquel est systématiquement rappelé la possibilité d'interjeter appel des ordonnances rendues et de saisir spontanément et à tout moment le juge d'une nouvelle requête.

La juridiction convoque également les mandataires de justice. La notification de l'ordonnance du juge est assurée dans les mêmes conditions, auprès des mêmes parties.

Aucune statistique d'activité judiciaire propre aux patients de l'UMD n'a été communiquée aux contrôleurs.

Selon l'un des magistrats concernés, les procédures de soins sans consentement mises en œuvre dans l'ensemble des unités du centre hospitalier du Vinatier se sont globalement améliorées au cours des deux années précédant le contrôle et peu d'irrégularités seraient constatées, notamment au terme des audiences organisées à 12 jours de l'hospitalisation. Une plus grande attention serait en particulier accordée au contenu des certificats médicaux. D'autres propos recueillis par les contrôleurs font ressortir, d'une part, que les médecins de l'établissement s'interrogent régulièrement sur les attentes à cet égard des magistrats et, d'autre part, qu'il n'est pas rare que ces derniers questionnent la représentante de l'établissement présente à l'audience sur le sens de certains écrits médicaux. Les relations entre les JLD concernés et l'établissement, unanimement qualifiées de bonne qualité, pourront donc être utilement approfondies de ce point de vue. En effet, des échanges institutionnels sont organisés, incluant également l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes – dont certains agents paraissent, en revanche, réticents à faire évoluer leurs pratiques pourtant régulièrement sanctionnées par les juges. Une insuffisante communication entre ces mêmes personnels et la juridiction – défaut de communication des coordonnées des mandataires ou de signalement de la nécessité d'un interprète, par exemple – est en outre de nature à porter préjudice aux intérêts des patients placés en SPDRE.

#### RECOMMANDATION 9

Tant l'établissement que les services de l'Etat doivent mettre l'autorité judiciaire en mesure d'accomplir pleinement sa mission et prendre acte des illégalités procédurales sanctionnées par la juridiction afin d'apporter les mesures correctives ainsi rendues nécessaires.

### 6.2 L'INTERVENTION DU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE IMPLIQUE LES PATIENTS

L'activité de ce collège – localement dénommé « collège des soins » – est confiée au bureau des SSC qui, d'une part, assure la tenue de l'échéancier correspondant pour l'ensemble des mesures de SSC en cours dans l'établissement, tant en intra qu'en extra hospitalier, et, d'autre part, organise la composition de chacun des collèges à réunir, laquelle est fonction tant de l'unité ou du service du CHV en charge du suivi du patient que des disponibilités des médecins et soignants concernés.

Les réunions de chacun des collèges ainsi mis en place se tiennent dans l'unité d'hospitalisation du patient concerné. Le collège reçoit le patient qui est entendu ; c'est le cas à l'UMD.

### 6.3 MALGRE UNE ACTIVITE SOUTENUE, LA CDSP DU RHONE N'EXERCE QUE PARTIELLEMENT SES MISSIONS DE CONTROLE DES HOSPITALISATIONS

Cette commission a, dans sa formation au jour de la visite du CGLPL, été constituée par arrêté du préfet du Rhône du 12 décembre 2017. Ses membres ont un mandat de 3 ans à compter de cette date et son président est annuellement désigné en son sein.

Il ressort de son rapport d'activité qu'au cours de l'année 2018, la CDSP s'est réunie sept fois : elle a réalisé trois visites de centres hospitaliers, dont une au CHV qui a notamment inclus la visite

du service des urgences psychiatriques, et consacré quatre réunions à l'étude des dossiers et des recours.

Durant la même période, la commission a ainsi examiné 152 dossiers, contre cinquante-neuf l'année précédente, et instruit quarante-six recours, dont vingt-neuf avaient toutefois déjà obtenu satisfaction avant qu'elle les examine. Dix-sept patients ont enfin demandé à rencontrer ses membres.

Selon les informations recueillies, ces auditions sont organisées, au CHV, dans la salle d'audience utilisée par le JLD, où les patients sont conduits par les équipes des unités d'hospitalisation. La commission peut également choisir de se transporter dans ces unités – elle l'a fait une fois au sein de l'UMD de Bron dont plusieurs patients avaient concomitamment demandé à être entendus.

Enfin, au cours de l'année 2018, la commission a proposé à quatre reprises au chef d'établissement la levée de mesures de SSC. Ces demandes ont toutes été satisfaites.

La CDSP exerce ainsi effectivement les missions qui lui sont confiées par l'article L. 3222-5 du code de la santé publique. Cependant, il ressort de ses propres constatations que les délais d'examen des recours dont elle est saisie n'en permettent pas une instruction utile et les propos recueillis par les contrôleurs font apparaître qu'elle ne parvient pas toujours, malgré les efforts de ses membres, à rencontrer tous les patients qui en font la demande.

En outre, le nombre de ses visites du CHV reste en deçà de ce que prévoient les dispositions de l'article R. 3223-6 du code de la santé publique et la commission ne vise pas les registres de la loi (cf. *infra* § 5.4). Enfin, selon les termes mêmes de son rapport d'activité, la CDSP « *examine en priorité les dossiers qui échappent au contrôle du [JLD], c'est-à-dire ceux des patients admis en [SSC] hospitalisés depuis plus d'un an en soins ambulatoires* » : compte tenu de l'étendue des compétences qui lui sont conférées par l'article L. 3223-1 du code de la santé publique et du nombre important de patients hospitalisés en SSC dans le département du Rhône, la commission ne semble donc pas en mesure, dans son organisation actuelle, d'examiner effectivement l'ensemble des situations relevant de sa compétence.

#### RECOMMANDATION 10

La commission départementale de soins psychiatriques (CDSP) doit se doter des moyens d'exercer la plénitude de ses compétences et, notamment, assurer au moins deux visites annuelles de l'établissement et procéder à l'ensemble des examens de situations prévues par l'article L. 3223-1 du code de la santé publique, en particulier lorsqu'ils sont obligatoires.

#### 6.4 LES REGISTRES DE LA LOI NE SONT PAS TENUS DE MANIERE RIGOREUSE, EN PARTICULIER POUR CE QUI CONCERNE LES PATIENTS DE L'UMD QUI N'Y FIGURENT BIEN SOUVENT PAS

Les registres prévus par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique sont tenus par le bureau des SSC de l'établissement, qui est ouvert de 8h à 18h et compte sept agents (contre trois lors de sa création en 2011). Trois personnes y sont chargées du suivi quotidien des dossiers, deux de la tenue des registres et l'attaché en charge du service bénéficie, comme son adjoint, de délégations de signature pour tout ce qui concerne les SSC. En dehors des horaires d'ouverture du bureau, les cadres du bureau de coordination bénéficient de la même délégation. En pratique, cependant, l'un des deux agents en charge de la tenue des registres assure, deux matinées par semaine, le transport des patients convoqués devant le JLD depuis leur unité d'hospitalisation

jusqu'à la salle d'audience (à l'exception des patients de l'UMD qui sont conduits par ambulance). En outre, le second des agents auxquels sont confiés les registres était, au jour du contrôle, en congé maladie de longue durée depuis le mois de décembre 2018 et son remplacement n'était pas assuré. Si des renforts ponctuels sont apportés par le bureau des entrées pour la mise à jour des registres, un très important retard a été constaté dans la tenue de ceux-ci, qu'ils concernent les patients admis en SPDT<sup>8</sup> ou ceux en SPDRE. A cet égard, les constats sont comparables à ceux effectués en 2012.

Matériellement, les registres utilisés sont normalisés : livres cartonnés format A2, composés de feuillets doubles numérotés correspondant pour chacun à un patient, renseignés par date d'admission dans l'établissement. Un récapitulatif des patients mentionnés dans chaque livre figure *in fine*, en regard du numéro de folio correspondant. Des *post-it* sont par ailleurs ajoutés sur chaque feuillet retraçant la situation de patients encore hospitalisés, afin d'en faciliter la recherche.

Compte tenu des hospitalisations au long cours que peut connaître le centre hospitalier du Vinatier, quelque vingt-trois registres consacrés au SPDT et treize registres relatifs aux patients admis en SPDRE sont « vivants » au jour du contrôle. Ils sont archivés dans le bâtiment abritant le bureau des SSC, ceux ouverts depuis 2013 étant stockés, de façon pas toujours ordonnée, sur les étagères et bureaux entourant les agents qui en sont chargés. Par ailleurs, le bureau des SSC conserve les archives des dossiers individuels des patients concernés, encore classés selon un « code couleurs » pour les hospitalisations le plus anciennes. Pour celles intervenues depuis 2016, les dossiers correspondants ont été dématérialisés – et l'établissement revendique le même traitement pour les registres afin d'en alléger la tenue.

S'agissant des SPDRE, six registres ont été plus particulièrement consultés, couvrant la période allant du 19 octobre 2017 au 15 mai 2019, jour du contrôle. Aucun ne comportait mention d'une quelconque visite des autorités citées à l'article L. 3222-4 du code de la santé publique (maire, préfet, président du TGI, procureur de la République) ou de la CDSP (cf. *supra*, § 5.3).

### RECOMMANDATION 11

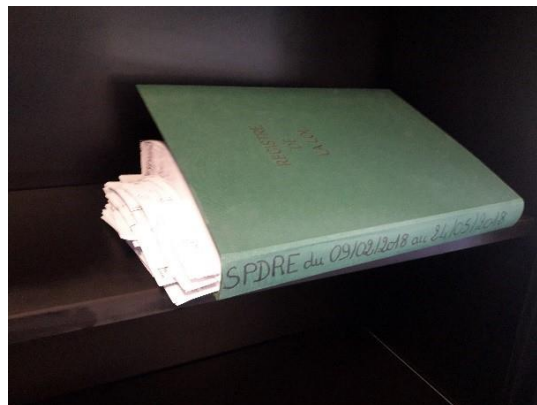
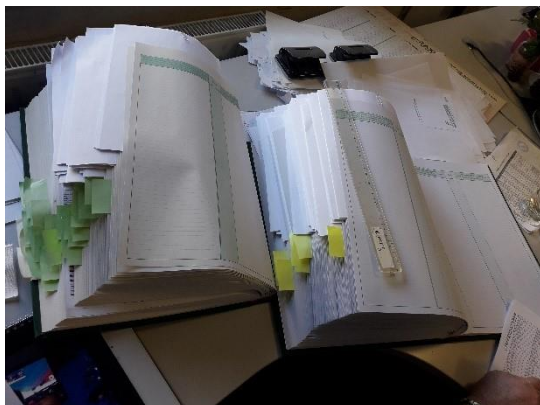
Les autorités visées à l'article L. 3222-4 du code de la santé publique doivent viser et signer les registres conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du même code.

Les quatre premiers des registres ainsi contrôlés portent sur les périodes suivantes : 19 octobre 2017 au 9 février 2018, 9 février au 24 mai 2018, 24 mai au 28 août 2018, 28 août au 14 décembre 2018. Ils comportent, pour chaque patient, peu de mentions manuscrites puisque seule l'identité du patient (prénom, nom, date de naissance) et son adresse y sont portées, ainsi que l'autorité préfectorale à l'origine de la mesure de soins. La date et le sens de l'ordonnance rendue par le JLD sont mentionnés sur la page suivante, en marge des copies en format réduit des arrêtés de SSC, avis et certificats médicaux qui sont par ailleurs apposés. Lorsque le JLD a ordonné la levée de la mesure, son ordonnance figure parmi ces documents reproduits qui sont tous revêtus d'un tampon de l'établissement.

Les deux derniers registres contrôlés couvrent la période ouverte le 14 décembre 2018 : ils n'ont pu faire l'objet d'un véritable examen car ils étaient au jour du contrôle en cours de mise à jour.

<sup>8</sup> SPDT : soins psychiatriques sur demande d'un tiers

A partir de *listings* qui lui sont fournis, censés répertorier tous les patients admis en SSC dans l'établissement depuis le 14 décembre 2018, l'agent en charge de ces registres reporte, pour chacun de ces patients, les mentions manuscrites le concernant sur une nouvelle double page du registre et imprime les documents correspondants en format réduit, qu'il insère. Ces documents ont vocation à être ultérieurement découpés, accolés et tamponnés. La même procédure est assurée pour la mise à jour des registres plus anciens où figurent des patients encore hospitalisés dans l'établissement.



*Des registres en cours de mise à jour, l'un datant de 2018 et les deux autres de 2019.*

S'agissant des registres les plus récents, ils doivent couvrir, au terme de cette mise à jour :

- pour le premier, la période allant du 14 décembre 2018 au 29 mars 2019 ;
- pour le second, la période allant du 20 mars au 6 mai 2019.

L'actualisation de ces registres qui était en cours au jour du contrôle portait sur l'ensemble des patients admis depuis le 21 février 2019. A son issue – qui était espérée huit jours après la visite du CGLPL, une nouvelle actualisation devra être mise en œuvre pour intégrer aux registres l'ensemble des mesures de SSC prises après le 6 mai : l'organisation n'est ainsi pas efficiente, cette actualisation des registres n'étant pas assurée au fil de l'eau. Et eu égard au temps de travail qui y est effectivement consacré, leur tenue dans des délais et des conditions satisfaisantes ne paraît en l'état pas assurée.

Et la situation est comparable pour les registres consacrés aux SPDT, qui comportent aussi peu de mentions manuscrites (celle de l'éventuel tiers demandeur de l'hospitalisation remplaçant, le cas échéant, celle de l'autorité préfectorale ayant édicté la décision de SSC) et dont l'actualisation en cours au jour du contrôle portait sur la période janvier-mai 2019.

S'agissant des patients hospitalisés à l'UMD, seule concernée par le présent rapport, aucun livre spécifique n'existe et ils doivent être recherchés dans les registres consacrés aux SPDRE. Un échantillon de dix patients a été établi à partir de la liste des trente-sept personnes hospitalisées dans l'UMD au jour du contrôle. Pour huit d'entre eux, aucune mention n'a été retrouvée dans les registres, y compris ceux dont l'actualisation était en cours au jour du contrôle<sup>9</sup>. S'agissant des deux derniers, la page consacrée à l'un des patients n'a pas été mise à jour depuis le mois de juillet 2013 – ce alors même que son dossier individuel, archivé sous format papier compte tenu de son ancienneté, est quant à lui à jour du dernier certificat mensuel.

<sup>9</sup> Pour ces derniers, la vérification a été faite tant sur les registres en cours d'actualisation que sur les listings à partir desquels cette mise à jour est réalisée.

Lors des échanges intervenus à l'aune de ces constats avec les agents du bureau des SSC, il est apparu que ces lacunes pourraient résulter de la pratique mise en œuvre pour l'actualisation des registres : les *listings* mis pour ce faire à la disposition des agents qui en sont en charge sont établis, à date, au regard de la date de la mesure de SSC, et non de la date d'admission au CHV. Les patients admis à l'UMD, qui faisaient l'objet de soins contraints antérieurement à leur transfert dans cette unité, n'apparaîtraient pas, de ce fait, sur ces *listings*, ni par suite sur les registres une fois ceux-ci mis à jour.

#### RECOMMANDATION 12

Les patients admis en soins sans consentement doivent être inscrits au registre de la loi dans les 24 heures de leur admission, conformément à l'article L. 3212-11 du code de la santé publique ; l'établissement doit se doter des moyens nécessaires pour ce faire.

#### 6.5 LES AUTORITES VISEES PAR LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE N'EFFECTUENT PAS LES VISITES PREVUES PAR LA LOI

Selon les informations recueillies, l'établissement n'a, depuis l'année 2016 au moins, reçu aucune visite du maire, du préfet, du président du TGI ou du procureur de la République, non plus que d'un représentant de ces autorités.

A l'invitation du bureau des SSC et notamment de la représentante de ce service présente aux audiences, un des JLD intervenant dans l'établissement a, la semaine de la visite du CGLPL, visité l'UMD de Bron. Selon les agents de ce bureau, il s'agissait de la première visite d'une unité d'hospitalisation par un des magistrats intervenant dans l'établissement.

#### RECOMMANDATION 13

Aux termes de l'article L. 3222-4 du code de la santé publique, une visite annuelle doit au moins être assurée dans l'établissement par l'autorité préfectorale, le président du tribunal de grande instance, le procureur de la République et le maire, ou leurs représentants.

#### 6.6 LE BON FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE SUIVI MEDICAL PERMET UN SUIVI DES HOSPITALISATIONS QUI IMPLIQUE LE PATIENT

Conformément aux dispositions de l'article R. 3222-4 du code de la santé publique, cette commission compte quatre membres titulaires et autant de suppléants, désignés pour trois ans par le directeur général de l'ARS. Dans sa composition actuelle, la commission de suivi médical (CSM) de l'UMD de Bron a été installée par un arrêté du 8 décembre 2017. L'un de ses membres ayant quitté ses fonctions le 31 mars 2019, cette composition doit être modifiée lors d'une réunion prévue le 23 mai suivant.

Cette commission s'est dotée d'un règlement intérieur qui prévoit notamment qu'elle se réunit mensuellement dans les locaux de l'UMD et fixe une exigence de quorum. Ce document précise à ce titre qu'un psychiatre hospitalier, membre de la commission, qui aurait été commis expert ou aurait participé à la prise en charge d'un malade dont le cas est examiné par la CSM ne peut délibérer sur ce cas. Il rappelle par ailleurs les six missions principales de la commission ainsi que la liste des personnes, autorités et professionnels de santé qui peuvent la saisir. En outre, la CSM visite les locaux de l'UMD deux à trois fois par an. Ces visites sont annoncées dans l'unité par un

affichage en grand format. Enfin, depuis janvier 2019, elle rencontre les patients hospitalisés dans l'unité depuis plus de 18 mois ou dont l'hospitalisation atteint cette durée. Aucune réunion de la commission n'étant programmée durant leur visite, les contrôleurs n'ont pu trouver l'opportunité d'y assister.

C'est le secrétariat de l'UMD qui assure, depuis la création de cette unité, celui de la CSM et organise ainsi, pour chacune des réunions de cette commission, l'examen des nouvelles admissions intervenues depuis la précédente rencontre, l'édition des avis « à 6 mois », les rencontres « à 18 mois », les avis pour d'éventuelles sorties ainsi que l'examen des demandes présentées par les patients. Si les deux premières de ces tâches sont effectuées sur dossiers, après présentation par un des médecins de la commission, les trois autres incluent la rencontre et l'audition du patient concerné.

L'organisation arrêtée assure à ce dernier une information claire et renouvelée : outre un éventuel accusé-réception de sa demande, le patient est destinataire d'une convocation, lorsqu'il doit être entendu, puis d'un courrier l'informant de la suite donnée à sa situation. Ce courrier reprend les informations qui lui ont été données oralement, le cas échéant ; y est jointe une copie du « procès-verbal individuel » qui est établi au sortir de la réunion, lequel reprend, en particulier, le sens de la proposition faite à la commission par le médecin de l'UMD et celui de l'avis émis sur cette demande par la CSM. Ce procès-verbal est signé par les membres de cette commission.

Un « *procès-verbal général* » est, par ailleurs, rédigé après chacune des réunions de la commission, qui est ensuite transmis à l'ARS et à la CDSP. Il rapporte la liste des situations individuelles examinées et la décision prise pour chacun.

Des procès-verbaux communiqués, il ressort qu'au terme des quatre réunions mensuelles qu'elle a tenues du mois de janvier au mois d'avril 2019, la CSM a examiné la situation de trente-sept patients hospitalisés à l'UMD de Bron. A vingt-huit reprises, elle a statué en faveur du maintien de l'hospitalisation dans cette unité, pour une durée allant de 3 à 6 mois selon les cas ; dans les neuf autres cas, elle s'est déclarée favorable au retour dans l'établissement d'origine, qu'il soit pénitentiaire pour un patient ou hospitalier pour les huit autres.

Par ailleurs, la CSM adresse un compte-rendu de chacune de ses visites semestrielles au préfet du Rhône, listant ses remarques tirées des constatations matérielles et des échanges que ses membres ont eus avec les équipes soignantes.

De plus, elle élabore annuellement son rapport d'activité. Il ressort notamment de celui relatif à l'année 2018 que la CSM a émis 130 avis au cours de cette année, incluant trente-cinq examens de dossiers à l'admission et vingt-huit entretiens pour avis sur le maintien ou la sortie, lesquels ont conduit à autant de décisions de retour dans les établissements d'origine. L'un des patients concernés est cependant demeuré hospitalisé à l'UMD en raison d'une rechute rapide. Au cours de la même période, la commission a reçu neuf patients à leur demande et assuré trois visites de l'unité (janvier, juin et décembre). Elle a en outre été destinataire de saisines dites « exceptionnelles », émanant, à deux reprises, de membres du personnel médical ou paramédical de l'unité, sur le fondement de l'article R. 3222-5 du code de la santé publique et, à deux reprises également, d'autorités préfectorales au titre du IV de l'article R. 3222-2 du même code.

Enfin, la commission a validé, au cours d'année 2018, un projet d'étude relatif au devenir des patients de l'UMD de Bron. Confiée à un interne de l'établissement comme sujet de recherche, cette étude consiste en un questionnaire renseigné par le médecin référent du patient sortant.



Elle doit porter sur une cohorte dont l'étendue n'est pas encore arrêtée. Au jour du contrôle, elle porte sur trente-quatre patients et doit durer plusieurs années, des résultats intermédiaires étant projetés à 2 ans.

Cette étude incluant l'utilisation codée de données issues du dossier médical des patients concernés, un courrier est adressé à chacun avant sa sortie de l'unité afin de l'en informer. La possibilité de s'opposer, dans un délai d'un mois, au traitement de ses données personnelles est indiquée dans ce courrier.

## 7. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 7.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST LIMITEE AU SEIN MEME DES UNITES

#### 7.1.1 L'accès aux chambres

Les patients des trois unités de l'UMD n'ont pas accès librement à leur chambre qui sont fermées après le lever jusqu'à une plage horaire dite de sieste de 13h à 15h, pour ne réouvrir que le soir à 20h pour le coucher. A titre exceptionnel, selon leur état clinique et l'ambiance au sein de l'unité, les patients peuvent être autorisés à regagner leur chambre durant un court laps de temps entre ces horaires, de même que les soignants peuvent isoler un patient dans sa chambre de leur propre initiative (cf. *infra* § 9.2.1). La sieste étant obligatoire, les patients sont enfermés dans leur chambre durant 2 heures.

#### PROPOSITION 1

Les patients doivent pouvoir accéder librement à leur chambre en fonction de leurs souhaits et de leur état clinique. Il est essentiel d'individualiser et d'adapter les restrictions en matière d'ouverture des chambres à chaque patient accueilli.

#### 7.1.2 Les sorties

Les patients de l'UMD n'ont pas la liberté de sortir des unités à l'exception de leur cour. Cependant, sur autorisation médicale, ils peuvent se rendre au bâtiment abritant le pôle d'activités médiatisées, toujours dans l'enceinte de l'UMD. A l'exception des personnes détenues, les patients peuvent être autorisés, sur prescription médicale, à bénéficier de sorties accompagnées dans le parc du centre hospitalier ou, pour certains, à l'extérieur du centre hospitalier pour faire des achats. Comme lors de la visite des contrôleurs en 2012, les sorties font l'objet de demandes d'autorisation et sont toujours accompagnées soit par l'équipe mobile, soit par des soignants de leur unité d'accueil et dans le cas de démarches administratives l'assistante de service social peut être sollicitée.

### 7.2 LES CONTRAINTES HORAIRES STRICTES DANS LA VIE QUOTIDIENNE CONTREVIENNENT AU PRINCIPE D'INDIVIDUALISATION DE LA PRISE EN CHARGE

#### 7.2.1 Le déroulement d'une journée-type

Chaque unité détermine des règles spécifiques concernant la vie quotidienne des patients (horaire, hygiène, activités) dans le respect des dispositions du règlement intérieur. Les règles de vie applicables aux trois unités sont affichées sur les vitres du bureau des soignants ; elles ne sont pas remises aux patients.

Selon les constatations et les déclarations recueillies par les contrôleurs lors de leur visite, tous les jours de la semaine, l'heure du lever est fixée à 8h dans les trois unités. Les patients doivent alors faire leur lit, prendre leur douche – ils peuvent y être aidés – puis se rendre à la salle du petit déjeuner dont les horaires varient de 8h30 à 9h selon l'unité. L'une des patientes a indiqué aux contrôleurs trouver l'attente trop longue avant de pouvoir prendre son petit déjeuner. Il serait autorisé que les patients se lèvent plus tardivement mais après 9h, le petit déjeuner ne leur serait plus servi.

L'accès aux chambres est dès lors fermé et les agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) peuvent faire le ménage. Aucun retour en chambre n'est possible, sauf cas particuliers soumis à la décision des soignants du petit déjeuner jusqu'à l'heure de la sieste.

Entre la fin du petit déjeuner et le repas de midi, les patients sont reçus en entretien par le médecin, se rendent au pôle d'activités, regardent la télévision et sortent dans la cour. En réalité, la journée est rythmée pour beaucoup d'entre eux par les cinq pauses cigarettes (cf. *infra* § 6.2.4)

A 12h, le déjeuner est servi dans la salle à manger.

La plage horaire de repos qui s'ensuit, obligatoire de 13h à 15h, n'est pas du goût de tous ; l'un des patients a déclaré aux contrôleurs ne pas savoir quoi faire durant ces 2 heures et s'ennuyer.

L'après-midi, comme la matinée, est consacrée aux entretiens ou activités à l'exception des jours de visite.

Le goûter est servi à 16h15 et le dîner à 19h. Le coucher s'étage, selon l'unité, entre 20h et 20h30 Il n'est donc pas envisageable de regarder la télévision à l'exception des soirs d'événements (les matches de football notamment).

## PROPOSITION 2

L'heure du coucher, fixée entre 20h et 20h30 selon les unités, ne permet pas aux patients, sauf événement exceptionnel, de regarder la télévision. Un assouplissement des règles qui encadrent le coucher devrait être envisagé.

### 7.2.2 Le téléphone

L'une des recommandations émises par les contrôleurs en 2012 portait sur le nombre de communications autorisées ainsi que sur le manque de confidentialité des appels par les *points-phone* positionnés dans les couloirs. Au jour de la deuxième visite, si le nombre de communications est toujours réduit à deux appels par semaine à la famille, en revanche, les *points-phone* ne sont plus utilisés. Les communications, gratuites, d'une durée de 10 minutes sont passées le soir, par l'un des téléphones mobiles de l'unité dans un bureau dont la porte est refermée si l'état clinique du patient le permet. Dans la négative, un soignant reste derrière la porte entrouverte. Un seul patient de l'UMD ne serait pas autorisé à téléphoner, son état étant incompatible avec toute communication.

Les patients détenus ne sont autorisés à téléphoner qu'aux personnes dont les numéros ont été préalablement autorisés, enregistrés et vérifiés par l'administration à l'établissement d'origine (cf. *infra* § 10.1).

L'utilisation d'un téléphone portable est interdite et ce, quelle que soit l'unité d'hébergement et l'état clinique du patient. Si les patients arrivent à l'UMD en possession d'un téléphone, il est immédiatement retiré.

### PROPOSITION 3

Les restrictions du nombre d'appels à deux par semaine et leur courte durée sont de nature à entraver le maintien des liens familiaux. L'usage du téléphone portable, interdit à tous les patients, doit faire l'objet d'une individualisation des modalités de son utilisation pour garantir les liens avec l'extérieur.

#### 7.2.3 Le courrier

Le courrier reçu est distribué du lundi au vendredi. Le patient l'ouvre en présence du personnel aux fins de vérification du contenu, mais selon les propos rapportés, sans lecture du courrier. Les colis sont ouverts par le personnel pour en vérifier le contenu. Les objets ou produits autorisés sont remis au patient contre signature ; aucun produit alimentaire n'est accepté. Le courrier au départ n'est pas contrôlé. Les patients peuvent écrire aux autorités sans affranchir leurs lettres. Dans le respect du droit des patients, aucun courrier sortant ne serait contrôlé. Les correspondances adressées aux autorités dont la liste est intégrée au règlement intérieur de l'UMD, et qui figure dans le livret d'accueil, fait état de leurs adresses et numéros de téléphone y compris de ceux du CGLPL. Seules les personnes détenues ont des contraintes liées à leur statut.

#### 7.2.4 L'informatique et l'accès à Internet

La possession d'un ordinateur n'est pas autorisée. Seul le pôle d'activités médiatisées (PAM) dispose de matériel pour l'apprentissage du fonctionnement de logiciels de traitement de texte. Il a été indiqué aux contrôleurs que l'assistante de service social favorisait les recherches par les patients sur son propre poste et que les soignants pouvaient, à titre d'activité le week-end, permettre, sous leur contrôle, le maniement du traitement de texte ou de jeux.

#### 7.2.5 L'accès au tabac est restreint

Les patients ne disposent ni de leurs paquets de cigarettes ni de briquets. Les cigarettes sont réparties en cinq temps dans la journée à heures fixes. Le personnel soignant distribue deux cigarettes à chacun des patients qu'ils doivent fumer en trente minute : de 9h à 9h 30, de 10h30 à 11h, de 12h20 à 12h50, de 16h30 à 17 h et de 19h30 à 20h. Les allumettes et briquets étant interdits ce sont les soignants qui allument les cigarettes. Il n'est possible de fumer que dans la cour de chaque unité. Les patients s'approvisionnent en cigarettes par l'intermédiaire de leur famille, de leur tuteur ou du personnel soignant. Un protocole permet au cadre administratif de pôle d'acheter les cigarettes après signature par les patients d'un bon de commande et d'un bon de retrait de la somme d'argent correspondante à la trésorerie. La livraison est assurée le lundi auprès de membres du personnel soignant qui signent le bon de réception et conservent les cigarettes qu'ils distribuent ensuite quotidiennement. Les contrôleurs ont pu constater que, l'ennui aidant, l'activité essentielle de beaucoup de patients consistait à attendre l'heure de la distribution des cigarettes.

A l'unité 2, un projet d'autonomisation des patients autour du tabac est en cours. Des casiers individuels ont été placés dans un local face au bureau infirmier. Fermés par des cadenas, dont les clés seront laissées aux patients, ces casiers renfermeront les dix cigarettes journalières. Ils pourront ainsi gérer leur consommation sur la journée plutôt que de fumer successivement deux cigarettes cinq fois par jour. La question d'un briquet électronique sécurisé est en cours d'étude. Les casiers seront accessibles de 9h à 19h30. L'horaire de clôture ainsi déterminé restreindra de 30 minutes la possibilité de fumer jusqu'alors autorisée et contraindra les patients à dîner très

rapidement pour fumer une dernière cigarette avant le coucher. Les casiers pourront également être utilisés pour enfermer des documents, des revues ou du matériel pour écrire ou dessiner.

L'unité 3 n'a pas souhaité mettre en place ce projet ; selon les propos recueillis, les soignants s'en empareront si les résultats à l'unité 2 sont concluants.

Ce projet, quoique favorisant l'autonomie des patients, présente l'inconvénient majeur de restreindre encore l'accès au tabac le soir, déjà limité à une dernière cigarette à 20h. Le dîner des patients étant servi à 19h, il est probable qu'ils n'auront ainsi plus le temps de fumer avant le coucher.

#### PROPOSITION 4

Le projet visant à l'autonomisation des patients au regard de leur consommation de tabac présente le désavantage d'en restreindre encore l'accès le soir, le limitant à 19h30. Il convient d'assouplir cette règle.

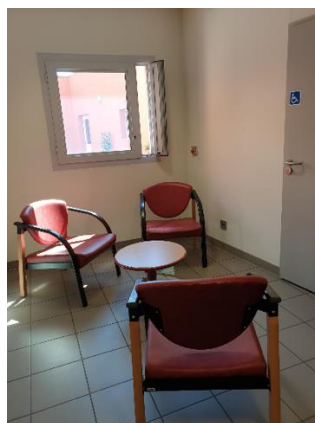
### 7.3 LES RELATIONS DES PATIENTS AVEC LEURS PROCHES SONT ENCADREES PAR LES SOIGNANTS

Comme en 2012, les visites aux patients de l'UMD sont autorisées, après avis médical, une fois tous les 15 jours. Elles doivent respecter les modalités prescrites dans le protocole thérapeutique.

Les temps de visite sont organisés les après-midis à partir de 15h ainsi que le samedi matin ; ils sont d'une durée d'une heure maximum, éventuellement prolongée si la famille est originaire d'une commune éloignée. Deux personnes peuvent être autorisées par visite et les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis. Les familles peuvent apporter un goûter qui doit être consommé sur place, l'entrée de nourriture étant interdite dans les unités. Les patients détenus ne peuvent recevoir de visites que si les permis de visite ont été transmis à l'UMD.

Les familles sont reçues par le psychiatre référent du patient avant toute première visite afin de leur expliquer les conditions d'hospitalisation, le rythme de visites et de répondre à leurs questions. Ces rencontres s'effectuent sur rendez-vous.

Les visites ont lieu dans les salons familles, sous la surveillance directe ou périphérique du personnel soignant. Deux unités sont aménagées de salons de visite, l'unité 2 et l'unité 3. Ces salons, de petite dimension (10 m<sup>2</sup>) comportent un minimum de mobilier – trois fauteuils et une petite table – ainsi qu'un espace sanitaire.



Salon de visites

Deux portes y donnent accès, la porte d'entrée et une porte équipée – comme les portes de chambres – d'une lucarne derrière laquelle, le plus discrètement possible, se tient un soignant. A l'origine de la construction de l'UMD, il n'avait pas été prévu que l'unité 1 – unité d'arrivée et de crise – dispose d'un salon de visite en raison de l'état clinique des patients durant cette phase. Cependant, sur prescription médicale, après entretien avec les proches, le psychiatre référent peut autoriser des rencontres, aussi le salon de l'unité 3 est-il mutualisé, le soignant se tenant dans le hall afin d'en assurer la surveillance.

#### 7.4 LE PORT DU PYJAMA EST PEU IMPOSE MAIS DEMEURENT DES RESTRICTIONS VESTIMENTAIRES

Si le pyjama est imposé lors de l'arrivée en raison de la procédure de mise en chambre d'isolement, il n'est pas porté dans les deux autres unités au-delà des strictes nécessités liées à l'état clinique des patients. Cependant, l'habillement fait l'objet de restrictions relatives à la sécurité et la prévention du suicide énoncées dans les règles de vie : baskets sans lacets, pyjamas et vêtements sans cordons.

#### RECOMMANDATION 14

Les restrictions vestimentaires dans l'objectif de sécurité et de prévention du suicide sont appliquées à tous les patients sans individualisation ; il convient de proportionner ces restrictions à la nécessité des soins requis et les limiter à une brève durée.

#### 7.5 LA LIBERTE SEXUELLE DES PATIENTS RESTE AU NIVEAU DU QUESTIONNEMENT

Selon les propos recueillis, le thème de la sexualité serait régulièrement questionné dans le service ; les médecins ont assuré aux contrôleurs réfléchir à cette question dans le cadre des réunions au sein des unités. Toutefois, dans le contexte de cette question irrésolue, certains des patients ont des relations sexuelles dans des conditions indignes, connues des soignants.

Lors de leur visite du centre hospitalier du Vinatier, les contrôleurs avaient noté qu'un module de formation était organisé par le psychiatre de l'unité Tosquelles (pôle Ouest) sur la sexualité des malades mentaux ; une mutualisation des connaissances en ce domaine serait judicieuse.

#### RECOMMANDATION 15

Le thème de la sexualité des patients ainsi que la question de la prévention des maladies sexuellement transmissibles doivent être traitées par l'institution, abordées dans les unités et des formations proposées sur ce sujet. Les patients doivent être informés et disposer de moyens pour gérer leur vie affective et sexuelle.

#### 7.6 LE LIBRE CHOIX DU MEDECIN EST LIMITE

Ce choix reste très limité dans la mesure où chaque unité est placée sous la responsabilité d'un seul psychiatre. Toutefois, il a été indiqué aux contrôleurs que si un patient ou un médecin sollicitait un changement, cette situation serait évoquée en réunion inter médecins et une décision collégiale serait prise. Dans les souvenirs des soignants, cette éventualité n'a jamais été effective.

## 8. LES CONDITIONS DE VIE

### 8.1 L'ACCES A L'UNITE POUR MALADES DIFFICILES EST TRES SECURISE

De la même manière qu'en 2012, l'accès à l'UMD se fait en sonnant à un interphone avant de pénétrer dans un sas où, derrière un bureau vitré se tient l'agent d'accueil. On y retrouve l'aspect carcéral déjà évoqué. Dans ce sas, le personnel doit tous les jours « initialiser » la clé remise par l'agent de sûreté pour pouvoir ouvrir l'ensemble des portes de l'établissement.

Deux voies conduisent dans le couloir menant vers l'entrée de l'UMD : l'une, réservée aux visiteurs des patients, oblige à passer sous le portique de détection des métaux après avoir déposé leurs sacs dans des casiers ; la seconde est utilisée par l'ensemble du personnel. Une seconde porte doit être franchie pour sortir du sas. Un escalier et un accès pour personnes à mobilité réduite conduisent aux locaux de l'UMD à droite vers les locaux administratifs, en face vers les unités.

Dans les locaux administratifs, se succèdent les bureaux de l'ensemble des membres du personnel.

### 8.2 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT DES PATIENTS SONT OPTIMALES

Ainsi que constaté en 2012, les unités sont toutes trois conçues architecturalement sur le même modèle : isolées des autres par des portes fermées à clé en permanence, elles disposent de deux espaces distincts et séparés : l'un destiné à la nuit, l'autre au jour. Aucune caméra de vidéosurveillance n'y est installée. Comme en 2012, les conditions de séjour dans les unités sont dans l'ensemble de bon niveau même s'il est déploré que les pièces de vie commune, de petite dimension, se succèdent sans offrir de lieu collectif suffisamment vaste. Cette zone dite « zone de jour » en opposition aux chambres est aménagée d'un salon de télévision, d'une salle d'activité, d'une salle de musique, d'une salle à manger et d'une cour extérieure. Au centre, se situe un local vitré de forme arrondie, il s'agit d'un poste de surveillance tenu par les soignants, plus communément appelée « la bulle ». Il rassemble les écrans de contrôle de la vidéosurveillance des cours, est équipé de téléphones, d'ordinateurs et de boîtiers visualisant les appels des chambres, d'un boîtier de commandes électriques pour l'éclairage des différentes pièces et pour lever ou descendre les volets roulants.



*Poste de surveillance dénommé « la bulle » Salon de télévision*

Le bureau infirmier est situé derrière cette bulle. S'ensuivent la pharmacie et une salle de repos pour les soignants.

Dans la zone de nuit, les patients sont tous hébergés en chambres individuelles, spacieuses, lumineuses, bien aménagées.

Ces chambres, d'une surface de 15,86 m<sup>2</sup> auxquels s'ajoutent la surface de la salle d'eau de 3,25 m<sup>2</sup>, se caractérisent par leur équipement sanitaire sécurisé (lavabo, douche, WC), un mobilier scellé au sol, un bouton d'appel situé dans le montant du lit et un double accès possible.

Sur la porte, du côté extérieur, un tableau de commande équipé d'interrupteurs permet d'éteindre ou allumer veilleuse et plafonniers et de visualiser les appels des patients. Des horloges précisant la date du jour sont positionnées en hauteur de chaque côté du couloir de manière à ce que tous les patients puissent voir date et heure par la lucarne de leur chambre.



*Porte de chambre classique avec panneau d'éclairage et horloge*

Les patients disposent d'un petit bureau et sont autorisés à décorer leur chambre.



*Chambre classique Chambre personnalisée*

L'unité 1 est aménagée à la fois de chambres classiques et de quatre chambres d'isolement (cf. *infra* § 9.1).



### 8.3 L'HYGIENE DES PATIENTS, COMME L'ENTRETIEN DES LOCAUX, EST GARANTIE

#### 8.3.1 L'hygiène corporelle

Les patients doivent prendre leur douche au réveil, ils peuvent être aidés par le personnel si nécessaire. Lors de leur admission, les patients doivent arriver avec un trousseau qui comporte un nécessaire de toilette : gel douche, shampoing, dentifrice, brosse à dents, déodorant, protections hygiéniques, etc. Un rasoir électrique est également demandé ; pour ceux qui n'en possèdent pas, un rasoir jetable est fourni chaque jour et récupéré dès la fin de la toilette.

Le renouvellement des produits d'hygiène est à la charge des familles ou des patients eux-mêmes. Les patients qui ne disposent pas de ressources suffisantes doivent utiliser le bon d'aide financière, d'un montant de 20 euros mensuels, accordé aux personnes indigentes. La cafétéria du pôle d'activités médiatisées dispose de quelques produits ainsi que la cafétéria du centre hospitalier, accessible à ceux des patients autorisés à sortir dans le parc.

#### 8.3.2 L'entretien du linge et des locaux

L'ensemble des locaux est très propre. Ainsi que mentionné *supra* les agents des services hospitaliers qualifiés (ASQ) sont présents dans une tranche horaire de 7h à 18h. Ils procèdent au ménage des locaux de la zone nuit dès que les patients se rendent à la salle à manger pour prendre leur petit déjeuner. Les draps sont changés de manière hebdomadaire et plus régulièrement si besoin.

S'il est possible de faire entretenir le linge des patients par la blanchisserie du centre hospitalier, il a été indiqué aux contrôleurs que l'attente des retours était très longue. Le linge des patients est donc le plus souvent entretenu par le personnel dans les locaux équipés de lave-linge et sècheuses. L'unité 1 n'en dispose pas mais, selon les propos rapportés, ces laveries sont mutualisées. Les proches ou famille peuvent aussi assurer l'entretien du linge des patients.

### 8.4 LES BIENS DES PATIENTS SONT PROTEGES PAR LEUR DEPOT AU BUREAU DES ENTrees

Les effets personnels du patient donnent lieu à un inventaire contradictoire, effectué dès l'arrivée du patient par deux soignants. Le règlement intérieur définit les vêtements et objets personnels que le patient est autorisé à conserver. Les objets de valeur et les liquidités sont interdits dans les unités et font l'objet d'un dépôt systématique au bureau des entrées.

Les achats de biens matériels sont soumis à autorisation du cadre du service et du médecin. S'ils ne sont pas effectués par la famille ou le tuteur, ces achats et notamment celui du tabac, sont réalisés par le cadre administratif de pôle. Celui-ci, muni de formulaires pré établis et signés par le patient en présence d'un soignant, prélève sur le compte la somme nécessaire à l'achat sollicité. Au retour, il remet en présence du patient les biens acquis aux soignants, qui attestent ensemble de leur réception et du montant de l'achat sur facture. Si la somme engagée était moindre que le prélèvement sur le compte du patient, à la suite notamment d'un produit manquant, la différence serait restituée. Les achats de denrées alimentaires ne sont pas autorisés.

## 8.5 LA CUISINE CENTRALE PREND EN COMPTE DANS LA PREPARATION DES REPAS LES DIVERS REGIMES ET AVERSIONS

Comme en 2012, la cuisine centrale prépare les repas sur cinq jours sous forme de liaison froide. Le logiciel de commande des repas permet de spécifier les régimes et les aversions. Les repas sont pris en principe à la salle à manger de l'unité mais, par évaluation clinique de l'équipe ou prescription médicale, ils peuvent être servis en chambre. Le placement à table est selon les unités et l'état clinique des patients soit laissé libre, soit fixé par les soignants en fonction du comportement et des incompatibilités d'humeur. Les couverts, fourchettes et couteaux, sont comptés avant et après le repas.

Le petit déjeuner est constitué d'une boisson chaude, de pain, de beurre, et de confiture. Le dimanche et les jours fériés, une viennoiserie est servie. Les contrôleurs ont assisté à un déjeuner et à la distribution des repas aux personnes qui ne souhaitaient pas sortir de leur chambre ou y avaient été temporairement isolées (cf. *infra* § 9.2.2). A l'unité 3, ce jour-là, sur treize patients présents, trois étaient isolés dans leur chambre pendant le repas. Pour assurer cette distribution les aides-soignants déplorent n'avoir que des chariots sans couvercle isolant de sorte qu'en bout de couloir les plats chauds ont refroidi et que par ailleurs une parfaite hygiène n'est pas respectée. Le déjeuner du jour était composé d'une salade de tomates, du bœuf en sauce, des pommes boulangères ainsi qu'un morceau de fromage et une compote. Les régimes sont respectés de même que les choix personnels ou culturels. Le dimanche une pâtisserie constitue le dessert. Aucun des patients rencontrés ne s'est plaint des repas servis, à l'exception des goûters. Le goûter, supprimé dans un grand nombre d'unités du centre hospitalier dans le cadre des restrictions budgétaires est livré de manière aléatoire à l'UMD. Deux goûters tout au plus peuvent être servis par semaine car les madeleines et biscuits bretons sous blister sont en nombre insuffisant. Ils sont livrés avec du jus d'orange et du jus de pomme qui constituent seuls les goûters des autres jours. Une réflexion est en cours au sein de l'UMD pour proposer de diminuer les coûts en substituant à ces biscuits onéreux des fruits ou des yaourts accompagnés d'eau mais servis quotidiennement.

Les personnes en chambre d'isolement prennent leurs repas dans la chambre à leur arrivée puis, en fonction de leur état clinique, des sorties sont organisées pour déjeuner dans la salle à manger.

Durant le repas des règles sont imposées aux patients : pas de casquette, pas de blouson, éteindre son MP3, enlever son casque audio puis à la fin du repas, nettoyage et débarrassage de son coin de table.

## 8.6 DES ACTIVITES OCCUPATIONNELLES SONT ORGANISEES DANS CHAQUE UNITE

Dans chaque unité sont organisées des activités occupationnelles qu'il s'agisse de jeux, d'activités manuelles ou d'ateliers cuisine. Un baby-foot est à disposition des patients ainsi qu'une table de ping-pong, un jeu de quilles et du badminton dans la cour. Le dimanche et les jours fériés, une séance « cinéma » est proposée sous la forme d'un film regardé en commun. A l'unité 2, le jour de leur anniversaire les patients peuvent confectionner un gâteau ou un plat de leur choix et le partager. Aux unités de suite 2 et 3, les patients peuvent jouer à la Wii<sup>10</sup> le week-end.

---

<sup>10</sup> La Wii est une console de jeux de salon.

## 9. LES SOINS

### 9.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES PRODIGES AUX PATIENTS REPOSENT SUR UNE PRISE EN CHARGE INDIVIDUALISEE ET SUR LA QUALITE DE LA RELATION THERAPEUTIQUE

#### 9.1.1 La période d'observation à l'unité 1

Le parcours patient, tel qu'il avait été défini à l'ouverture de l'UMD, a évolué depuis la première visite. Les patients admis à l'unité 1, service d'accueil et de gestion de crise, ne font plus l'objet d'une période d'observation encadrée par un protocole strict. Les modalités de surveillance et de prise en charge du patient sont établies en fonction de son état clinique.

Bien que les patients soient systématiquement placés dans une chambre d'isolement appelée « espace de soins psychiatriques intensifs » (ESPI) à leur arrivée, la durée d'isolement varie en fonction de la clinique. Ainsi, il a été indiqué que la mesure d'isolement pouvait être levée dès le lendemain de l'admission. Les contrôleurs ont néanmoins interrogé le caractère systématique du placement en isolement – et de surcroît en chambre d'isolement – dès l'admission qui, *a priori*, est contraire au principe de l'individualisation des soins prônée par les psychiatres. Il leur a été indiqué que bien souvent ces patients étaient « *envahis par leur délire* », leur état de souffrance psychique ne leur permettant pas d'être en contact avec d'autres patients. En outre l'isolement en chambre ordinaire apparaît insuffisant en raison des bruits environnants pouvant être perçus comme intrusifs par les patients. L'isolement en ESPI – ces chambres sont séparées de la zone de vie – a donc pour objectif de protéger le patient de toute forme d'intrusion. Ce temps d'isolement fait office de sas dans le parcours de soin du patient. Par ailleurs, il permet à l'équipe soignante « *de mettre en place la rencontre avec le patient dans des conditions de sécurité* ».

Durant la période d'observation et notamment au cours des premiers jours de l'hospitalisation, l'équipe soignante évalue le sommeil, la prise des repas et des traitements. La durée de cette période d'observation varie en fonction de l'évolution de l'état du patient. Lors de la première visite du CGLPL, sa durée était fixée à trois semaines au minimum et le patient n'était pas autorisé à transmettre des appels téléphoniques ni à recevoir de visites. Ces restrictions ne sont plus appliquées de façon systématique.

A l'issue de ce temps d'évaluation, le psychiatre demande au patient s'il est prêt à sortir de l'ESPI pour aller visiter l'unité. En effet, la sortie définitive de l'ESPI est précédée d'une visite de l'unité permettant ainsi d'observer le comportement du patient. Certains patients demandent à regagner la chambre d'isolement, cette première prise de contact avec « l'extérieur » étant prématurée. Des sorties progressives sont établies afin de permettre aux patients de s'approprier graduellement les lieux.

#### BONNE PRATIQUE 2

Le projet thérapeutique a fait l'objet d'une réflexion au sein de l'équipe médicale afin de proposer aux patients une prise en charge individualisée.

#### 9.1.2 La prise en charge au cours de l'hospitalisation

Au cours de la visite, il a été constaté que la prise en charge offerte aux patients était globalement identique au sein des trois unités.

A la différence de la première visite, les patients ne sont plus suivis par le même médecin psychiatre durant leur parcours de soins (cf. *supra* 3.2). Le retour d'un PH de congé maternité devrait permettre à l'équipe médicale de reprendre l'organisation initiale mais rien n'avait été encore décidé lors de la visite du CGLPL.

Lors des entretiens médicaux menés en binôme avec un infirmier, le psychiatre met tout en œuvre pour instaurer une relation thérapeutique de qualité qui s'inscrit dans la durée. Selon les propos recueillis, l'authenticité dans la relation s'impose, « *le convenu et les artifices étant balayés par la gravité de la pathologie* ». Un autre PH a tenu les propos suivants : « *ce qui va soigner, c'est la relation que nous allons mettre en place* ». Cette relation se noue au fil des entretiens médicaux qui ne se déroulent pas systématiquement dans le bureau médical si le patient refuse de s'y rendre. Le psychiatre fait alors la démarche « *d'aller vers le patient* », l'entretien se tenant dans la chambre ou bien dans la cour. Les psychiatres ont à cœur de passer du temps avec les patients en dehors des entretiens médicaux, en partageant un repas ou en faisant un jeu de société. Les contrôleurs ont observé qu'il existait, lorsque cela s'avère adapté, une certaine proximité entre les médecins et les patients qui se traduit notamment par la manifestation de gestes affectueux.

### BONNE PRATIQUE 3

Il faut souligner l'humanisme dont font preuve les équipes pluridisciplinaires.

La fréquence des entretiens médicaux est adaptée à la symptomatologie des patients. Ces derniers bénéficient de projets de soins individualisés, régulièrement réajustés par les psychiatres afin « *d'être au plus près de la clinique* ».

Les soins proposés ont pour objectif de permettre aux patients de retrouver leur état de stabilité antérieur et de les soulager des souffrances qu'ils peuvent ou ne peuvent pas verbaliser. Pour certains patients, il s'agit de faire en sorte qu'ils puissent vivre au mieux le quotidien en dépit des envahissements délirants. A cet égard, un praticien a tenu les propos suivants : « *on part de là où est le patient pour l'amener vers du mieux* ».

Il n'a pas été mis en place de système d'infirmier référent mais tous les soignants ont une bonne connaissance des patients. Les infirmiers conduisent également des entretiens à la demande. Bien souvent, les patients ont besoin d'être réassurés – voire d'être maternés – au moment du coucher en raison des angoisses vespérales qui resurgissent. L'une des difficultés majeures pour le soignant est de ne pas être en mesure d'apaiser une angoisse généralisée. Les professionnels de santé éprouvent alors un sentiment d'impuissance notamment lorsque leur présence agresse le patient qui ne supporte plus aucune forme de contact. Un infirmier a indiqué qu'il était alors parfois difficile d'avoir des gestes compassionnels dès lors que le patient répondait par des insultes et/ou par des gestes agressifs. Les professionnels de santé s'autorégulent et se relaient pour prendre en charge ces patients. Ils font également preuve de vigilance dès qu'un patient « *est agaçant* » signe qu'un contre-transfert est en train de s'opérer. Ces situations sont abordées en toute transparence lors des réunions cliniques (cf. *infra*). Les soignants peuvent également bénéficier de séances d'analyse de pratiques animées par une psychologue extérieure à l'UMD. Une session mensuelle est consacrée à chaque unité ainsi qu'au pôle d'activités médiatisées (PAM). Il semblerait que tous les professionnels de santé n'investissent pas pleinement ce dispositif.

Des réunions cliniques se tiennent régulièrement dans chaque unité. Elles regroupent les équipes soignantes du matin et d'après-midi ainsi que d'autres professionnels (médecin généraliste, psychologue, etc.). Le cas d'un patient dont la prise en charge s'avère complexe est présenté par un infirmier puis le médecin apporte un éclairage sur la pathologie et les symptômes associés. Les membres de l'équipe interviennent à tour de rôle et fournissent des éléments d'information complémentaires sur le déroulement de l'hospitalisation et l'évolution clinique du patient. Les contrôleurs ont noté que l'avis de chacun était pris en compte.

Un psychologue exerce à temps plein, il partage son temps de présence entre l'USIP et l'UMD. Il mène des entretiens cliniques dans les trois unités. Lors de la visite, il prenait en charge environ une quinzaine de patients. Ces entretiens peuvent être réalisés sur indication du psychiatre ou de l'équipe soignante mais également à la demande des patients. Le psychologue anime également au sein des trois unités un groupe de parole en présence d'un médecin – ou de l'interne à l'unité 2 – et d'un infirmier. A l'unité 1, c'est l'occasion pour le psychologue de se présenter aux nouveaux patients. Le nombre de participants est aléatoire (deux à huit). Les sujets sont sélectionnés par les patients ; le tabac, le choix des programmes de télévision et les repas sont des thèmes récurrents. Ce temps de parole dure environ une trentaine de minutes. A l'unité 3, il s'agit de réunions soignants/soignés au cours desquelles les patients peuvent « *exprimer des revendications et entamer des négociations* ». Elles portent essentiellement sur les règles de vie et les différences qui peuvent exister entre l'unité 2 et l'unité 3 (cf. *supra* § 4.1.2). Un compte rendu de la réunion est rédigé par un patient.

Si les projets de soins sont individualisés, l'organisation des journées obéit à un planning strict avec des horaires fixes afin de ne pas perturber les patients pour lesquels la rythmicité des journées est contenante. Cependant les soignants font preuve de souplesse et s'adaptent en fonction de la symptomatologie. A titre d'exemple, certains patients sont autorisés à prendre leur douche avant l'heure du lever. Les soignants laissent alors à leur disposition un drap de bain et des vêtements de rechange.

Les journées sont rythmées par la toilette, les repas, les activités, les visites, les consultations médicales, les entretiens avec le psychologue et la dispensation des traitements. A la différence de la première visite, les patients suivis à l'unité 1 peuvent avoir accès au PAM sur des créneaux spécifiques dans le cadre d'une prise en charge individualisée (cf. *infra* § 10.2).

Concernant les traitements, ils sont administrés dans le poste de soins : la confidentialité des échanges est ainsi préservée. Il s'agit d'un moment privilégié durant lequel l'infirmier fait le point avec le patient en évaluant notamment son niveau de compréhension par rapport à sa pathologie et le traitement associé. Ce temps d'échanges offre également la possibilité au patient de demander des explications supplémentaires concernant un changement de molécules ou une modification dans la posologie.

A l'instar de 2012, des temps quotidiens d'isolement en chambre (appelés temps institutionnels) sont imposés aux patients entre 13h à 15h. Il a été précisé que ce dispositif leur évitait d'être exposés en permanence à des stimuli extérieurs. Par ailleurs, ils leur permettent d'apprécier les moments passés en zone de vie. Selon les propos recueillis, à l'exception de deux patients rencontrés, la majorité d'entre eux ne s'y oppose pas. En outre, certains demandent à rejoindre leur chambre avant 13h et d'autres refusent d'en sortir. Il a été indiqué aux contrôleurs que certains patients s'imposent des restrictions auxquelles il est parfois difficile de mettre un terme. Bon nombre d'entre eux dorment durant ces 2 heures en raison des traitements et de la

symptomatologie qui épuise. Les patients qui ne souhaitent pas dormir sont autorisés à se distraire en lisant ou en dessinant.

### 9.1.3 Les sorties thérapeutiques

Le livret d'accueil expose les conditions selon lesquelles les patients hospitalisés dans l'établissement peuvent être autorisés à sortir, en particulier lorsqu'ils subissent des soins sans consentement : outre les "*promenades dans le parc de l'établissement après en avoir informé l'équipe soignante et avec l'accord du médecin psychiatre*", la possibilité de sorties de courte durée, de 12 ou 48 heures maximum, est exposée.

Pour les patients de l'UMD, l'octroi de ces autorisations par l'autorité préfectorale s'avère aléatoire : selon les informations communiquées, elles sont en général accordées sans difficulté particulière mais certains services préfectoraux s'y opposent très souvent (pour l'un de ces services, un taux de refus de 70 % a été évoqué). Une telle situation, qui est susceptible de mettre à mal l'équilibre d'une prise en charge au long cours du simple fait d'une permanence préfectorale, devrait cesser.

Pour tenter d'y parvenir, le CHV a organisé une réunion d'information à l'attention des services préfectoraux concernés : selon les témoignages recueillis, cette rencontre n'a pas levé l'ensemble des difficultés relevées mais a permis l'instauration d'une procédure assouplie d'autorisations de sortie. Sauf exception, les demandes d'autorisations pour une sortie de moins de 12h ne pose jamais de difficulté. Pour celles allant jusqu'à 48h, un délai de prévenance de la même durée est regardé comme suffisant et donne le plus souvent lieu à accord tacite.

## 9.2 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE VIENT COMPLETER LE DISPOSITIF DE SOINS PSYCHIATRIQUES

### 9.2.1 L'accès au médecin généraliste

Un médecin généraliste intervient à 40 % au sein du pôle. Elle partage son temps entre l'UMD (30 %) et l'USIP (10 %). Selon ses propos, ce temps de présence est insuffisant pour pouvoir offrir une prise en charge optimale en matière de prévention et d'éducation à la santé.

Elle intervient à l'UMD le lundi après-midi, le mercredi toute la journée et le vendredi matin. Elle reçoit systématiquement les entrants. Elle se présente et demande au patient s'il souhaite être examiné. Il lui est déjà arrivé de ne pas pouvoir examiner un patient durant 6 mois. A cet égard, elle a tenu les propos suivants : « *j'essaie d'amener de l'humanité. Je ne veux pas instaurer un rapport de force. Le patient a sa zone de liberté qui doit être préservée.* »

Pour chaque entrant, elle effectue un bilan somatique qui comprend un examen clinique, un bilan biologique complet et un électrocardiogramme. Si le patient nécessite des examens complémentaires, elle l'adresse dans l'un des hospices civils de Lyon qui sont regroupés par spécialité. Dès lors que le patient bénéficie d'un suivi à l'extérieur, le praticien se met en relation avec le médecin traitant. Il en va de même pour les sortants, un courrier de sortie est systématiquement transmis au médecin référent. Concernant les femmes, selon leur âge et leur suivi à l'extérieur, une consultation gynécologique leur est proposée. Les femmes en âge de procréer se voient proposer une contraception dès lors que le neuroleptique qui leur est prescrit présente des contre-indications dans le cadre d'une grossesse éventuelle. Cependant si la patiente refuse le contraceptif, le médecin intervient auprès des psychiatres afin qu'une autre molécule lui soit prescrite. Selon ses propos, les patients doivent être avant tout acteurs de leur prise en charge. Les relations avec les psychiatres sont fluides et harmonieuses, chacun œuvrant

pour le même objectif : favoriser une prise en charge globale. De même, les infirmiers sont « *rompus aux soins somatiques* ». Ils sont réactifs et font preuve de vigilance afin de prévenir les complications liées à la prise des neuroleptiques (syndrome occlusif à titre d'exemple).

En dehors des temps de présence du médecin généraliste, l'équipe soignante peut faire appel au somaticien d'astreinte ou adressent le patient dans l'un des deux services d'urgence des hospices civils de Lyon.

### 9.2.2 Les consultations de spécialité et les hospitalisations

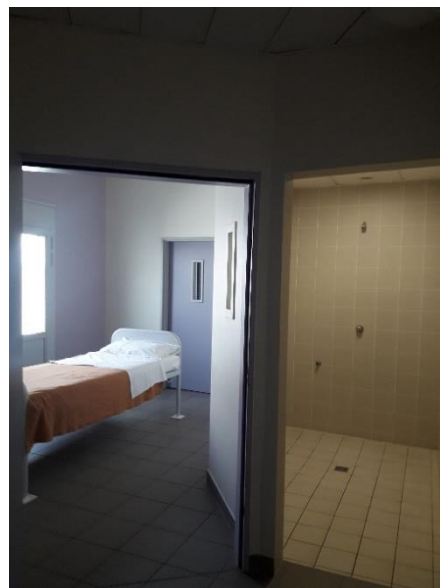
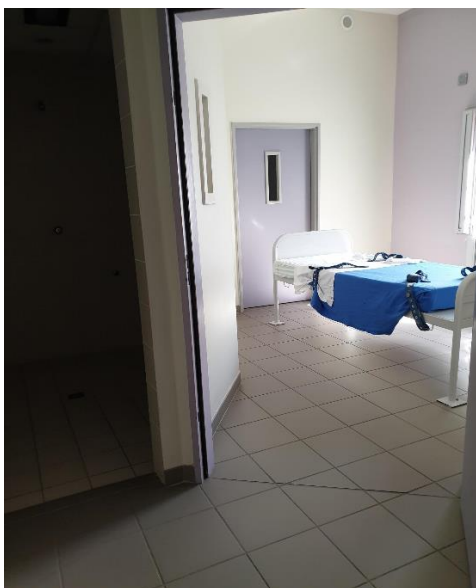
L'UMD dispose d'un cabinet dentaire, le chirurgien-dentiste intervient chaque mardi. Une diététicienne intervient également à la demande.

Le médecin généraliste ne rencontre pas de difficultés particulières pour adresser un patient en consultation de spécialité ni pour le faire admettre dans un service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Dans le cadre d'une hospitalisation, un ou deux paramédicaux sont détachés pour demeurer auprès du patient. Le psychiatre de liaison assure le suivi de ce dernier durant toute la durée de l'hospitalisation.

## 10. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 10.1 LA CONFIGURATION DES CHAMBRES D'ISOLEMENT N'APPELLE PAS DE REMARQUES PARTICULIERES ET N'A PAS CHANGE DEPUIS LA PREMIERE VISITE

Comme indiqué dans le chapitre décrivant les locaux, la configuration des chambres ordinaires permet de recourir à l'isolement voire à la contention. L'UMD dispose néanmoins de quatre chambres d'isolement, situées à l'unité 1, appelées espaces de soins psychiatriques intensifs (ESPI). Les contrôleurs ont visité les quatre chambres qui n'étaient pas occupées le premier jour de la visite. Il convient de préciser que dans trois chambres, quatre sangles de contention étaient arrimées à quatre points de fixation du lit. Elles étaient placées là par anticipation mais ne sont utilisées que si cela est nécessaire, en fonction de l'état du patient, a-t-il été précisé.



*Deux chambres d'isolement dont l'une avec sangles*

Les locaux, déjà décrits dans le premier de rapport de visite, sont inchangés :

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

*Aucun dispositif de vidéosurveillance n'y est installé.*

*Chaque chambre regroupe un sas d'entrée, la chambre proprement dite (avec un espace pour un WC et un lavabo) et la salle de douche ; une cour lui est réservée. Un bureau d'entretien est adossé. Ainsi, les soignants bénéficient de trois accès : le premier, par l'entrée principale du hall ; le deuxième, par la porte reliant la chambre au bureau d'entretien ; le troisième, par la cour. Une porte de 1,13 m de large, avec une lucarne de 0,50 m de haut et de 0,11 m de large, donne accès au **sas d'entrée**. Dans cet espace, de 1,55 m de long, de même largeur que la porte, est placé un tableau de commande de l'électricité avec une prise de courant et plusieurs interrupteurs : « WC », « salle de bains », « lecture », « ambiance », veilleuse », « volets roulants ». Des portes donnent accès à une gaine technique. Un plafonnier et un détecteur de fumée sont fixés au plafond.*



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

A partir du sas, **la salle de douche**, de forme trapézoïdale, d'une superficie de 3 m<sup>2</sup>, est accessible par une ouverture de 0,80 m de large. Le sol et les murs sont carrelés. Une douche à l'italienne y est installée, avec un pommeau de douche fixe, un robinet et une arrivée d'eau permettant de poser un flexible, si besoin. Deux tubes au néon, placés sous une protection vitrée, assurent l'éclairage en l'absence de fenêtre. Un bouton d'appel est fixé sur un mur.

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

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

La chambre est équipée, en son centre, d'un lit métallique, de 2,20 m de long et de 0,90 m de large, fixé au sol. Un matelas, de 0,15 m d'épaisseur y est placé. Des draps, un oreiller avec sa taie et un pyjama sont posés dessus. Il a été indiqué que des couvertures pouvaient être fournies.

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

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

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

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

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

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

**Au-dessus de cette salle d'eau**, un téléviseur et un afficheur numérique indiquant la date et l'heure sont placés derrière une paroi vitrée. La télécommande est conservée par les soignants qui ne l'allument qu'en fonction des prescriptions médicales.

**La cour** attenante est réservée au patient accueilli dans la chambre. De forme trapézoïdale, cette cour de 19 m<sup>2</sup> est fermée par les bâtiments sur trois côtés et par une grille la séparant d'un patio utilisé par les soignants sur le quatrième côté. Une autre grille est fixée au-dessus de la cour. Une porte permet d'y accéder directement à partir d'un couloir de l'unité 1.

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



*Cour de chambre d'isolement*

#### PROPOSITION 5

La cour des chambres d'isolement n'est pas équipée de préau pour que les patients puissent s'abriter de la pluie ou du soleil, réduisant ainsi les possibilités de s'y attarder. Un équipement permettant cette protection doit y être installé.

**Un bureau d'entretien**, de 9 m<sup>2</sup>, est attenant à la chambre. Une porte, de 0,90 m de large, avec une lucarne de 0,50 m de haut et de 0,11 m de large, les sépare ; elle ne peut s'ouvrir qu'à partir du bureau.

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

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

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

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

Selon les informations recueillies, le bureau d'entretien était initialement prévu pour que les médecins y reçoivent les patients placés en chambre d'isolement. Il a été indiqué que cette solution n'était que très rarement utilisée, les entretiens se déroulant ou bien dans la chambre ou bien dans un des bureaux d'entretien de l'unité.

## 10.2 LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT REFLECHIES ET DECIDEES EN EQUIPE AVANT LEUR MISE EN ŒUVRE MAIS ELLES NE SONT PAS REDISCUTEES DE FAÇON FORMELLE

### 10.2.1 Les conditions de mise à l'isolement et les modalités de surveillance

L'établissement a élaboré en juin 2018 un document intitulé : « *chambres d'apaisement, salons d'apaisement, espaces de soins psychiatriques intensifs, bonnes pratiques de contention.* » Ce document définit les modalités et les principales procédures d'utilisation des différents espaces d'apaisement et de soins psychiatriques intensifs. Il s'applique à l'ensemble des unités du centre hospitalier. Le processus décisionnel de la mesure est détaillé ainsi que les modalités de surveillance et de traçabilité. Bien qu'il s'agisse d'une mesure de protection et non d'un traitement, il est fait mention de « *mesure thérapeutique* » ainsi que de « *prescription* » et non de décision médicale.

A l'UMD, l'isolement est bien souvent décidé lorsqu'il y a eu un passage à l'acte hétéro-agressif. Selon les propos recueillis, cette indication relève d'une mesure sécuritaire et non d'un soin. La seule indication valable du recours à l'isolement, dans le cadre du soin, est d'éviter tout stimuli au patient. La mesure sécuritaire vise donc à protéger les patients et le personnel cependant elle ne revêt pas un caractère punitif. Il convient néanmoins de préciser qu'un passage à l'acte hétéro-agressif ne conduit pas à enfermer le patient systématiquement. Il peut s'agir d'un « geste isolé » qui nécessite d'être repris en entretien avec le patient. C'est le risque élevé de récurrence, accompagné d'un état d'agitation, qui motive la décision d'isoler. Le psychiatre fournit des explications au patient sur les raisons qui le conduisent à prendre une telle décision : « *nous vous accompagnons pour vous mettre à l'abri de vos propres actes et pour protéger les autres.* »

La configuration des lieux offre la possibilité de recourir à un isolement progressif initié en chambre ordinaire. Ainsi lorsque le psychiatre prend la décision de recourir à l'isolement, après avoir recueilli l'accord du patient, l'isolement a lieu en chambre ordinaire. Dans ce cas précis, le patient est enfermé dans sa chambre pour une courte durée (une à deux heures). Le placement en ESPI est envisagé comme dernier recours car lorsque le patient provient d'une autre unité, le changement de service peut être perturbant. Cependant, si le patient présente un état d'agitation sévère, non réductible par le traitement sédatif administré, le changement de cadre de soins s'impose.

Concernant les mesures de contention, la décision est prise en dernier recours et vise avant tout à protéger le patient de lui-même. Un psychiatre a tenu les propos suivants : « *la contention c'est l'échec de la contenance* ». Un autre praticien a indiqué que la contention s'imposait dès lors que le patient avait un comportement dangereux pour lui-même ou pour les autres et qu'il n'était plus possible d'établir un contact physique, visuel ou verbal avec lui. Lorsqu'une mesure de contention est décidée, les raisons motivant cette décision sont explicitées au patient. Afin de rassurer ce dernier, le psychiatre lui précise également qu'il va le réexaminer dans l'heure qui suit la mesure afin de voir « *comment ça se passe* ». Le cas d'un patient a été exposé aux contrôleurs : il s'agissait d'un patient psychotique, dans le déni de sa pathologie, qui refusait de prendre son traitement médicamenteux depuis trois jours. Son état clinique s'est rapidement dégradé. Il est devenu hermétique à toute forme de contact et adoptait un comportement très agressif. Une mesure de contention, accompagnée d'un traitement sédatif, a été instaurée pour une durée de 48h. Le patient a été isolé durant six jours, période durant laquelle l'équipe soignante a pu rétablir un contact avec ce dernier.

Pour un autre patient qui frappait régulièrement les autres dès lors qu'il se retrouvait en zone de vie, il avait été décidé d'utiliser des sangles de déambulation lui maintenant les poignets attachés.

Les mesures de contention peuvent se dérouler en chambre ordinaire. Les contrôleurs ont interrogé ces pratiques, ce d'autant que plusieurs mesures peuvent être décidées pour un même patient. Tel a été le cas pour une femme qui se mutilait et qui nécessitait d'être contenue au moment du coucher. Cette patiente a fait l'objet de treize mesures d'isolement correspondant à une durée totale de 11 jours. La décision de la maintenir dans sa chambre était motivée par la nécessité absolue de préserver le lien qui s'était construit avec l'équipe soignante, tout changement pouvant s'avérer contre thérapeutique.

Chaque cas est donc étudié attentivement. L'équipe médicale met tout en œuvre pour élaborer un plan de soins individualisés, adapté au contexte.

Toutes ces mesures font l'objet de discussions en équipe, l'ensemble des professionnels de santé étant associé au processus décisionnel. Bien que certaines mesures puissent faire l'objet de dissensions, une fois la décision prise, la mesure est portée par l'ensemble des soignants. Une infirmière a indiqué qu'elle était tout à fait capable d'argumenter la nécessité de la mesure auprès du patient dès lors que la décision était portée par l'équipe.

Les personnes placées en ESPI sont systématiquement vêtues d'un pyjama. Les visites et les conversations téléphoniques ne sont pas autorisées durant la période d'isolement strict afin « d'éviter tout stimuli ». Lorsque l'état clinique du patient s'améliore, ce dernier est autorisé à regarder la télévision. Les infirmiers sélectionnent une chaîne qui diffuse des « clip vidéo ». Les patients prennent leurs repas dans leur chambre avec des couverts en plastique. Les modalités de surveillance sont prescrites par le médecin. Les passages infirmiers sont très fréquents, un placement en EPSI étant une indication de « surveillance intensive » pour les soignants. Concernant les patients en provenance d'une autre unité, ils sont suivis par leur médecin référent et la prise en charge infirmière et assurée par l'équipe de l'unité 1. Cependant, les entretiens médicaux se déroulent en présence de deux infirmiers dont l'un provient de l'unité d'origine.

Des sorties progressives sont rapidement instaurées dès que l'état du patient s'améliore. Elles sont mises en place au moment des pauses cigarettes et durant la collation de 16h. Puis dans un second temps, le patient est autorisé à prendre ses repas dans le réfectoire. Chaque mesure est adaptée à la clinique. A titre d'exemple, une patiente n'était autorisée à sortir de l'ESPI que pour les activités à médiation, moments durant lesquels elle était apaisée alors que toutes les autres tentatives de sortie en dehors de ces temps d'activités s'étaient soldées par un échec.

Les mesures d'isolement et de contention sont régulièrement réévaluées par les psychiatres durant la journée et le samedi matin. Les praticiens n'ont pas recours à « l'isolement si besoin ». Des gardes sont assurées par un interne secondé par un psychiatre senior. Cependant l'effectif est insuffisant pour répondre aux diverses demandes émanant des unités et faire le tour des soixante chambres d'isolement de l'établissement. Faute de temps, l'interne et le psychiatre de garde ne réévaluent pas systématiquement les mesures d'isolement durant la nuit et les week-ends. En conséquence, lorsqu'une décision d'isolement est prise le vendredi en fin d'après-midi à l'UMD, le praticien décide de la prolonger jusqu'au lendemain matin. La mesure est alors réévaluée le samedi matin par l'un des PH du service désigné pour effectuer la visite médicale au sein des trois unités. Les praticiens de l'UMD ont également indiqué que des sorties progressives de l'ESPI étaient instaurées la veille des week-ends car l'interne ne prendrait jamais le risque de lever une mesure d'isolement. En outre, les équipes soignantes connaissent bien les patients.

Elles sont en mesure de repérer les attitudes et les signes annonciateurs d'agitation chez des patients au comportement imprévisible. A cet égard, un psychiatre a tenu les propos suivants : « on peut prendre le risque d'ouvrir l'ESPI car nous avons les murs et du personnel en nombre suffisant pour contenir ».

Pour les patients faisant l'objet d'une contention, la mesure est levée la veille du week-end lorsque cela s'avère possible. Lorsque ça ne l'est pas, il est fait appel à l'interne de garde qui réévalue la mesure mais qui ne prend jamais l'initiative de la lever. Il a été précisé que certaines mesures pouvaient être levées à l'initiative des équipes paramédicales notamment lorsque la toilette ou le repas s'était bien déroulé. Un soignant a précisé que si le patient était en mesure de pouvoir prendre sa douche ou son repas sans que cela ne pose de difficultés particulières, alors la contention ne se justifiait plus.

### RECOMMANDATION 16

Les mesures d'isolement et de contention doivent être systématiquement réévaluées durant la nuit et les week-ends.

L'examen somatique est réalisé par le médecin généraliste intervenant à l'UMD ou par le PH d'astreinte. Cependant, lorsque la mesure d'isolement est de très courte durée et que le médecin généraliste connaît les antécédents médicaux du patient, il ne l'examine pas afin de ne pas le perturber. Dans le cadre de la contention et lorsque l'état clinique du patient le requiert, les psychiatres appliquent le protocole de prévention des troubles thrombo-emboliques.

#### 10.2.2 Données comparatives des mesures d'isolement et de contention

Les tableaux suivants ont été élaborés à partir des données statistiques communiquées par le département d'information médicale (DIM) qui ont été extraites à partir du registre d'isolement et de contention.

Mesures d'isolement	2017			2018		
	Nombre de patients	Nombre de mesures	Durées en jours	Nombre de patients	Nombre de mesures	Durées en jours
Unité 1	47	152	454	47	179	1 017
Unité 2	15	87	154	17	84	269
Unité 3	16	83	224	10	119	445
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>322</b>	<b>832</b>	<b>74</b>	<b>382</b>	<b>1 731</b>

Si le nombre de mesures d'isolement, tout comme le nombre de patients soumis à ces mesures, est globalement identique d'une année à l'autre, la durée des mesures a considérablement augmenté en 2018. La durée moyenne d'isolement par patient est particulièrement élevée à l'unité 3 (44 jours) par rapport aux unités 1 (21,6 jours) et 2 (15,8 jours). A cet égard, le registre (cf. *infra*) fait apparaître des durées d'isolement allant de 25 à 45 jours pour certains patients. Il a été précisé qu'il s'agissait de patients qui n'étaient pas soumis à un isolement strict durant toute la durée de la mesure.

Un même patient peut faire l'objet de plusieurs mesures. En 2018, un patient a été isolé vingt-quatre fois pour une durée totale de 146 jours.

Mesures de contention	2017			2018		
	Nombre de patients	Nombre de mesures	Durées en jours	Nombre de patients	Nombre de mesures	Durées en jours
Unité 1	15	60	57	12	68	87
Unité 2	6	21	15	8	13	8
Unité 3	7	38	73	6	42	51
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>119</b>	<b>145</b>	<b>26</b>	<b>123</b>	<b>146</b>

Le nombre de mesures de contention et leurs durées sont identiques d'une année à l'autre. La durée moyenne par patient est de 7,2 jours à l'unité 1, un jour à l'unité 2 et 8,5 jours à l'unité 3.

Un même patient peut faire l'objet de plusieurs mesures de contention. En 2018, une patiente a été contenue trente-deux fois pour une durée totale de 39 jours.

Si les mesures d'isolement et de contention font l'objet d'une réflexion en équipe avant leur mise en œuvre, elles ne sont pas rediscutées de façon formelle. Pour autant, certains professionnels de santé reconnaissent la nécessité d'engager une réflexion autour de ces pratiques.

### RECOMMANDATION 17

Des temps de réflexion et d'analyse des pratiques, portant sur le recours à l'isolement et à la contention, doivent être instaurés au sein des unités.

Un groupe de réflexion transversale sur la violence, réunissant plusieurs professionnels de santé intervenant à l'UMD, s'est tenu une dizaine de fois. Un compte-rendu, datant du 14 juin 2018, fait mention de la création d'une chambre d'apaisement à l'unité 3. Lors de la visite du CGLPL, ce projet ne semblait plus être à l'ordre du jour.

### 10.3 UN NOUVEAU REGISTRE EST EN PLACE MAIS IL N'EST PAS SUFFISAMMENT EXPLOITE

Le registre, prévu par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, a été mis en place en janvier 2017. Un nouveau modèle a été élaboré en décembre 2018, il est à l'essai à l'UMD avant d'être diffusé dans les autres unités de l'établissement. Il a été conçu sous la forme d'un tableau *Excel*. Les informations relatives aux mesures sont extraites depuis le dossier patient.

Le registre compte deux feuillets distincts, l'un étant réservé aux mesures d'isolement, le second aux mesures de contention.

Chaque feuillet comprend les items suivants : l'identifiant anonyme du patient, l'identifiant patient (n° IPP), l'identité du patient, l'unité concernée, le numéro de la mesure, le type de mesure, le nom du médecin psychiatre ayant décidé la mesure, la date et l'heure du début de la mesure, la date et l'heure de la fin de la mesure, la durée en heures, et les noms des infirmiers en charge de la surveillance.

Toute modification décidée par le médecin au cours de la mesure n'apparaît pas alors qu'il a été indiqué que des sorties progressives étaient rapidement instaurées.

Les temps institutionnels en chambre tels que les temps de repos imposés de 13h à 15h ne sont pas retranscrits dans le registre. De même lorsqu'il est proposé à un patient de s'isoler momentanément (une heure à deux heures environ) dans sa chambre, cette mesure n'apparaît pas dans le registre dès lors que le patient n'oppose pas un refus catégorique. Il a été indiqué que cela faisait partie des « zones grises » relatives à ces mesures qui ont fait l'objet de nombreuses discussions au sein de l'UMD.

Si les échanges portant sur l'isolement et la contention sont nombreux au sein des unités, les données statistiques, recueillies à partir du registre, sont peu analysées et elles ne font pas l'objet d'une réflexion institutionnelle.

### RECOMMANDATION 18

Le registre d'isolement et de contention doit faire l'objet d'une analyse approfondie afin de mettre en œuvre une politique institutionnelle visant à réduire le recours à ces mesures.

## 11. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 11.1 LES PERSONNES DETENUES SONT PRISES EN CHARGE DANS DES CONDITIONS IDENTIQUES A CELLES DES AUTRES PATIENTS

Les personnes détenues arrivent systématiquement par l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) située sur le site du Vinatier. Lors de la visite des contrôleurs, seules deux personnes détenues étaient accueillies, l'une à l'unité 1, l'autre à l'unité 2. Comme les autres patients, elles sont admises à l'unité 1 et placées en chambre d'isolement le temps nécessaire à l'évaluation de leur état clinique. Selon les propos recueillis, il n'est pas fait de différence dans les soins qui leur sont proposés. Les activités leur sont ouvertes au PAM, en revanche, ces personnes ne sont pas autorisées à sortir dans le parc.

Les unités autorisent visites, appels et courriers dès lors que l'administration pénitentiaire en a transmis les autorisations. Les contrôleurs ont rencontré les deux personnes détenues dont l'une s'est plainte de ne pouvoir bénéficier d'un aménagement de peine. Sa conseillère pénitentiaire d'insertion et de probation qui s'est déjà rendue à l'UHSA pour la rencontrer, doit se déplacer prochainement à l'UMD à la demande du psychiatre.

### 11.2 LES ACTIVITES A MEDIATION FONT PARTIE INTEGRANTE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

Les activités thérapeutiques sont organisées par le pôle activités à médiation (PAM). Un médecin psychiatre de l'UMD en est le référent. L'équipe est pluridisciplinaire. Elle compte cinq professionnels (psychomotricienne, ergothérapeute, infirmier, aide-soignant et moniteur de sport) qui exercent à temps plein du lundi au vendredi.

Les locaux, déjà décrits dans le premier de rapport de visite, sont inchangés :

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

Les patients sont adressés par leur psychiatre référent qui définit un axe de travail spécifique. Chaque patient est reçu en entretien individuel par deux intervenants. L'objectif de cette première rencontre est de faire connaissance avec le patient, de lui permettre de se familiariser avec les lieux et de cerner ses besoins et ses souhaits. Le patient est partie prenante dans l'élaboration du programme d'activités qui va obligatoirement se construire avec lui. A la différence de la première visite, le PAM est accessible aux patients de l'unité 1. Lors du contrôle, seuls deux patients de l'unité 1 n'étaient pas autorisés à participer aux ateliers en raison de leur état clinique. L'ensemble des patients des unités 2 et 3 y avait accès.

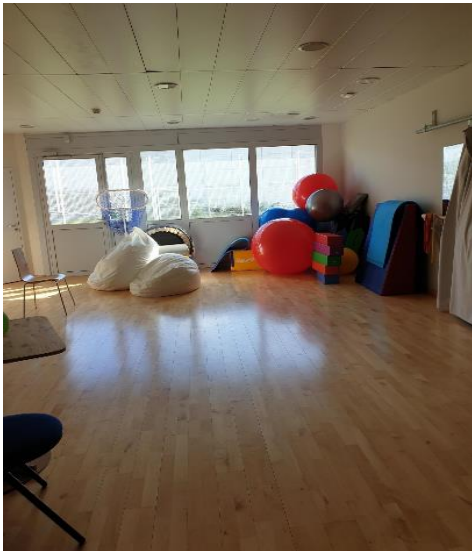
Les ateliers proposés sont avant tout axés sur la médiation, un objectif thérapeutique est défini par la suite. L'offre en matière d'activités est suffisamment diversifiée pour répondre aux besoins et à la clinique de chaque patient. Les prises en charge sont groupales ou individuelles lorsque les patients ne sont pas en mesure d'intégrer un groupe. Ils bénéficient alors de « temps renforcés » qui se déroulent le jeudi et qui permettent de « personnaliser le soin ». Ainsi, les patients placés en isolement, bénéficiant de sorties progressives, peuvent avoir accès aux activités. Les groupes sont en général constitués de deux voire quatre patients, encadrés par



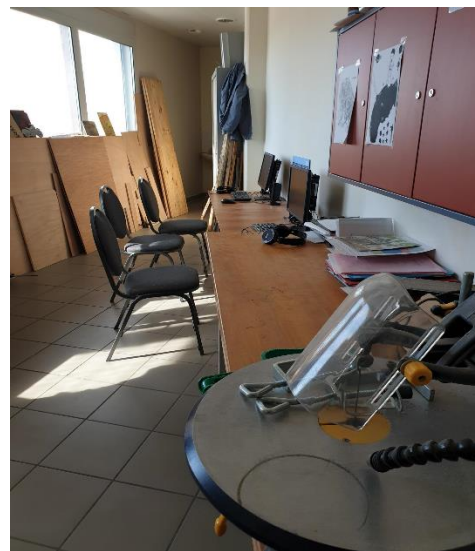
deux ou trois intervenants. Certains ateliers sont animés en binôme avec un infirmier ou un aide-soignant d'une unité. De même, le psychologue du pôle intervient également dans trois ateliers. Les activités (nettoyage et rangement des outils compris) durent entre 1h et 1h30 et comprennent un temps d'échanges informels qui se déroule au cybercafé.

Les principales activités proposées sont les suivantes :

- médiation picturale ;
- photolangage ;
- atelier de mémorisation ;
- activités sportives ;
- percussions ;
- atelier de création sur toile ;
- atelier avec l'argile ;
- atelier mosaïque ;
- atelier bois ;
- informatique ;
- pyrogravure ;
- guitare ;
- écriture ;
- séances de psychomotricité ;
- théâtre.



*Salle de psychomotricité*



*Atelier bois et informatique*

Pour les activités manuelles, du matériel est mis à la disposition des patients. Il est rangé dans des armoires fermées à clef mais les clefs sont accrochées au mur afin que les patients puissent se servir et ranger leur matériel à l'issue de l'activité. Ces responsabilités qui leur sont confiées favorisent leur investissement dans les ateliers. Les patients sont également autorisés à se servir d'outils tels que des scies ou des cutters. Cependant ces outils sont conservés dans une armoire sécurisée. Selon les propos recueillis, aucun incident grave de ne s'est jamais produit. A cet égard,

un intervenant a tenu les propos suivants : « *nous sommes en nombre suffisant pour envisager des passages à l'acte sans répercussions majeures* ». Concernant les ateliers manuels (céramique, poterie), les patients choisissent le thème. Ils sont autorisés à rapporter leur création dans leur chambre à condition de la ranger dans leur placard. Certains la détruisent à l'issue de l'atelier.

L'atelier théâtre rencontre un vif succès et a déjà donné lieu à une petite représentation qui s'est déroulée devant un public composé de patients et de soignants. Il ne s'agit en aucun cas de jouer une pièce de théâtre. L'atelier se déroule sous la forme de jeux de rôle. A titre d'exemple, deux patients vont incarner des parents qui sont agacés par le retard de leur enfant (interprété également par un patient) pour le dîner. L'objectif est de favoriser l'expression et la gestion des émotions afin de prendre conscience du ressenti de son interlocuteur.

#### BONNE PRATIQUE 4

Il convient de souligner la diversité et la qualité des activités à médiation qui viennent compléter le dispositif de soins proposé aux patients.

## 12. CONCLUSION

Depuis la visite des contrôleurs de 2012, l'équipe pluridisciplinaire a fait évoluer le projet médical initial et défini un projet thérapeutique axé sur l'individualisation des soins. **Le personnel de l'UMD s'attache ainsi à faire évoluer les modes de prises en charge dans le respect des patients, avec professionnalisme et humanité.** La cohésion de l'équipe pluridisciplinaire est nettement perceptible au sein de ces unités où elle apparaît très motivée et investie malgré les difficultés liées à la sévérité des pathologies des patients.

**La majorité des recommandations émises par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté lors de sa visite de 2012 a été prise en compte.** Cependant, des points essentiels restent à parfaire ; ils font l'objet de recommandations dans ce rapport. L'information des patients sur leurs droits devra faire l'objet d'une attention particulière de même que les restrictions sur l'accès aux chambres et au téléphone. Enfin, même si le recours à l'isolement et à la contention est raisonné, l'exploitation du registre d'isolement et de contention doit permettre l'analyse des pratiques en équipe et l'approfondissement de la réflexion institutionnelle dans une optique de réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention.

16/18 quai de la Loire  
CS 70048  
75921 PARIS CEDEX 19  
[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)