



**Centre hospitalier spécialisé  
Navarre  
Evreux  
(Eure)  
15 au 19 novembre 2010**

**Contrôleurs :**

- Betty Brahmy, chef de mission;
- Michel Clémot ;
- Vincent Delbos ;
- Bernard Raynal.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé Navarre à Evreux (27) du 15 au 19 novembre 2010.

**1- CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE**

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier spécialisé, situé 62 rue de Conches à Evreux (Eure), le lundi 15 novembre à 10h30. Ils ont été accompagnés durant toute la durée de la visite par une équipe de tournage réalisant un documentaire à la demande du Contrôleur général des lieux de privation de liberté sur sa mission.

La visite avait été annoncée par un courrier au chef d'établissement en date du 10 novembre 2010.

Les contrôleurs ont effectué une visite de nuit le mercredi 17 novembre de 21h45 à 23h15.

Ils ont quitté l'établissement le vendredi 19 novembre à 16h pour se rendre à une réunion avec la préfète de l'Eure qui s'est achevée à 19h.

Une réunion de début de visite s'est tenue avec :

- le directeur de l'établissement ;
- le directeur adjoint, en charge notamment des finances et de la gestion des malades ;
- le directeur des services économiques ;
- la directrice des soins infirmiers ;
- la responsable du service qualité ;
- un adjoint des cadres en charge de la gestion des malades et notamment de l'admission ;
- les psychiatres chefs de service des secteurs 27 G 01, 27 G 02, 27 G 03 et un praticien hospitalier représentant le secteur 27 G 04 ;
- le médecin-chef responsable du secteur de psychiatrie infanto-juvénile 27 I 02, président de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- le psychiatre responsable de l'unité de préparation à la sortie, « La passerelle » ;
- le psychiatre responsable de l'unité intersectorielle d'admission (UIA) ;

- un des médecins généralistes exerçant au sein du CHS ;
- les cadres supérieurs de santé des secteurs 27 G 01, 27 G 03, 27 G 04 et un cadre de santé représentant le cadre supérieur du secteur 27 G 02 ;
- l'aumônier catholique ;
- trois représentants d'une organisation représentative des personnels.

L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition des contrôleurs, y compris un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en date de décembre 2006 sur le contrôle de la gestion des ressources humaines de l'établissement.

L'affichette annonçant la visite des contrôleurs avait été diffusée dans les services de soins et les lieux collectifs.

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

Les contrôleurs ont rencontré :

- la préfète de l'Eure en présence de la directrice de cabinet ;
- la procureure de la République près le tribunal de grande instance d'Evreux ;
- le directeur adjoint de l'agence régionale de santé (ARS) de Haute-Normandie et deux de ses collaborateurs dans les locaux de l'agence à Rouen.

Ils ont eu des entretiens avec :

- le directeur de l'établissement ;
- le président de la CME;
- trois représentants de la principale organisation professionnelle représentative de personnels au sein du CHS ;
- la présidente départementale de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) ;
- l'aumônier catholique et une bénévole de l'aumônerie.

Un rapport de constat a été adressé au directeur de l'établissement le 23 février 2011 afin qu'il puisse faire valoir ses observations. Aucune réponse n'est parvenue au Contrôle général des lieux de privation de liberté.

## 2- PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 La psychiatrie dans le département de l'Eure

Le département de l'Eure, situé en Haute-Normandie, a une croissance extrêmement rapide de sa population, en raison de sa proximité avec l'agglomération parisienne.

Le CHS assure la quasi-totalité de l'hospitalisation psychiatrique des patients du département de l'Eure. Il n'existe pas de clinique psychiatrique privée et seuls huit psychiatres libéraux exercent dans ce département. Par ailleurs selon les informations recueillies, la démographie médicale, tant pour les médecins généralistes que pour les psychiatres constitue aujourd'hui et surtout dans le proche avenir, un réel problème, alors que la croissance de la population du département a été de 7,5 % entre 1990 et 2006.

Le département de l'Eure, dont la population est d'environ 580 000 habitants, est divisé en six secteurs de psychiatrie adulte dont quatre sont rattachés au centre hospitalier Navarre (secteurs 27 G 01 à 27 G 04), un au centre hospitalier de Bernay (27 G 05) et le dernier au centre hospitalier intercommunal Eure-Seine (27 G 06).

Aucun lit d'hospitalisation en psychiatrie n'existe au sein du centre hospitalier de Bernay, tandis que cinq lits officiels – dix lits en pratique –, accueillent des patients en hospitalisation libre pour des admissions en journée à Vernon.

Pour la psychiatrie infanto-juvénile, le secteur 27 I 02 est rattaché au CHS de Navarre, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile 27 I 01 et 27 I 03 sont respectivement rattachés au centre hospitalier de Bernay et au centre hospitalier intercommunal Eure-Seine, site de Vernon. Aucun secteur de pédopsychiatrie ne dispose de lits. Une unité régionale d'hospitalisation à temps complet est installée au sein du centre hospitalier du Rouvray à Sotteville-Lès-Rouen en Seine-Maritime. Une convention entre les deux établissements permet d'assurer l'hospitalisation des enfants de moins de 16 ans originaires du département de l'Eure.

L'établissement assure, selon les termes de l'article D. 398 du code de procédure pénale, les soins des détenus en hospitalisation d'office de la maison d'arrêt d'Evreux qui héberge en théorie 162 détenus et en pratique plus de 250, et du centre de détention de Val-de-Reuil qui accueille 800 détenus.

La mission nationale d'appui en santé mentale s'est rendue à trois reprises dans l'établissement : en 2002, 2005 et 2010. Le rapport de 2010 n'était pas encore disponible lors de la visite des contrôleurs

Selon un rapport de l'IGAS de décembre 2006, compte-tenu de la prise en charge des patients des secteurs de Bernay et de Vernon, « le CHS de Navarre est, *a priori*, déficitaire en capacité d'accueil ».

En vingt ans, la capacité des lits de l'établissement a ainsi évolué:

année	Nombre de lits d'hospitalisation complète	évolution	Nombre de places en maison d'accueil spécialisée (MAS)
1990	391		
1995	349	-10,74 %	
2000	309	-11,46 %	

2005	296 <sup>1</sup>	-4,2 %	
2008	276	-6,7%	
2010	276	+10,86 %	25

## 2.2 La présentation générale de l'établissement

Dans le cadre de la loi de 1838, à l'initiative d'un médecin, le docteur Parchappe de Vinay, célèbre psychiatre du 19<sup>ème</sup> siècle, un bâtiment, situé à proximité du site où s'élevait le château de Navarre, résidence de l'ex-impératrice Joséphine de Beauharnais, est construit un « établissement spécial pour le traitement des aliénés », mis en service le 1<sup>er</sup> août 1866 pour accueillir 170 hommes, puis 150 femmes deux ans après.

A cette époque, l'hôpital, doté d'une surface de 92 hectares, était divisé en deux sections : d'un côté les hommes, pris en charge par du personnel exclusivement masculin, de l'autre, les femmes, sous la responsabilité de soignants féminins encadrés par des religieuses.

Aujourd'hui la superficie du domaine est de 27 hectares.

Le CHS est situé sur la route menant d'Evreux à Saint Sébastien-de-Morsent, à 3 km du centre-ville de la préfecture de l'Eure. Un panneau de signalisation routière annonce la présence d'un hôpital. Depuis la route, est fléchée pour les automobilistes une indication « moulin de Navarre », complétée par un écriteau mentionnant « centre hospitalier spécialisé Navarre ».

Avant d'entrer sur le site, une plaque en marbre, installée sur la pelouse, indique : « centre hospitalier spécialisé de Navarre ».

Une banderole et un drapeau, sur lesquels sont inscrites des revendications du personnel<sup>2</sup>, sont installés sur le mur d'enceinte. Devant l'hôpital un parking est à la disposition des visiteurs.

Le CHS est desservi par la ligne d'autobus n°10 qui relie la commune de Saint Sébastien-de-Morsent à la gare et au centre d'Evreux, avec un arrêt « hôpital de Navarre » situé devant l'entrée. Cet autobus passe toutes les heures<sup>3</sup>.

Pour accéder à l'intérieur du domaine, il faut passer à gauche devant le standard, et à droite devant une guérite, où se tient un vigile.

<sup>1</sup> Les chiffres des années 1990, 1995, 2000 et 2005 proviennent du rapport de l'IGAS de décembre 2006.

<sup>2</sup> Sont inscrits sur la banderole les mentions : « pour mieux soigner, plus de personnels, plus de moyens financiers », avec le logo de l'organisation syndicale à l'origine de ces mots d'ordre.

<sup>3</sup> A partir de 6h35 jusqu'à 19h33 en venant du centre-ville et de 6h21 jusqu'à 19h16 en partant du CHS.

L'organisation du CHS est basée sur l'ancienne séparation en deux sections avec la chapelle située au milieu de l'espace, le tout formant un rectangle. Les bâtiments anciens donnant sur la voirie publique ont généralement trois niveaux : le rez-de-chaussée et deux étages, le dernier étant occupé ou désaffecté selon les secteurs. La construction d'origine des bâtiments est fondée sur un plan reprenant les idées asilaires de l'époque. Il allie une symétrie des espaces permettant à l'origine de séparer les hommes et les femmes,<sup>4</sup> avec une conception de type claustral<sup>5</sup>. Entre les bâtiments et la voirie publique, une large emprise a été laissée vacante. Elle était occupée, jusqu'au milieu des années 80, par des jardins cultivés qui contribuaient à l'autosubsistance de l'établissement.

Les bâtiments de l'hôpital forment une enceinte extérieure, entourée de fossés au fond desquels sont construits des murs de clôture permettant d'insérer des « sauts de loup », dispositifs qui préservent pour les malades la vision des paysages extérieurs, sans pour autant être vus.

Après avoir franchi la cour d'honneur où se trouve la première pierre du futur CHS, posée le 6 septembre 2010<sup>6</sup>, on accède au bâtiment administratif situé à l'entrée du domaine.

Un porche, en forme de portique, traverse celui-ci et donne sur l'esplanade intérieure. Celle-ci est fermée par deux édifices, d'une longueur de plus de 450 m, installés de part et d'autre et parallèlement à la grande cour intérieure, de forme rectangulaire, dont ils constituent la longueur. L'esplanade intérieure est elle-même séparée en deux espaces, qui correspondaient autrefois à la division selon le genre qui avait présidé à la naissance de l'établissement. Le bâtiment qui abrite notamment l'administration de l'hôpital est d'un seul tenant, tandis que le second, au fond de la cour centrale, est composé de plusieurs parties, reliées entre elles. La construction actuelle est complétée dans la largeur par deux immeubles, l'un sur la gauche abritant une partie d'hospitalisation, l'autre, plus court, sur la droite, laissant place à une maison de deux étages qui abrite une maison d'accueil spécialisée (MAS). A l'arrière de celle-ci, a été édifiée au début des années 80, une unité de soins normalisés (USN), construction-type effectuée sous la maîtrise d'ouvrage de l'Etat.

L'esplanade intérieure est divisée, ainsi qu'il a été indiqué, en deux parties, selon un axe central matérialisé par une chapelle en briques, encore en usage, et un bâtiment qui reçoit le service des admissions de l'établissement, le service de gestion des tutelles, la pharmacie et en sous-sol vers le fond, la salle de restaurant des personnels.

Ont été ajoutés sur cet espace intérieur, depuis l'origine, sur la droite, un édifice, de type préfabriqué, qui accueille la cafétéria des patients et de leurs familles, sur la gauche, un autre de même type, reçoit des salles de cours et d'activité.

<sup>4</sup> Mais aussi nécessaire « à une symétrie des corps et une harmonie des âmes », selon le mémoire de maîtrise d'histoire « Les folies de Navarre » de Florence Roussel, Université de Rouen 2000.

<sup>5</sup> L'architecte qui l'a conçu, Étienne, Louis-Philippe Bourguignon, était également architecte diocésain, et fortement inspiré par Viollet-le-Duc.

<sup>6</sup> Sur la première pierre figurent les mentions de la préfecture de l'Eure, de l'ARS de Haute-Normandie, du département de l'Eure, du maître d'œuvre, du cabinet d'ingénierie et des entreprises.

Les deux bâtiments d'hospitalisation disposent, au rez-de-chaussée, de coursives permettant aux piétons de circuler à l'abri des intempéries.

Une voirie, ouverte aux véhicules des agents travaillant sur le site, complète cette desserte. Les voitures y sont garées dans des emplacements matérialisés, mais d'autres stationnent sans grande cohérence.

Une signalétique est en place dans les espaces extérieurs qui permet, dès lors que la personne connaît le nom du secteur où elle doit se rendre, de se repérer dans cet ensemble.

Les secteurs de psychiatrie adulte G 01, G 02, G 04 et l'unité intersectorielle d'accueil (UIA) occupent chacun une aile du bâtiment d'origine. Le secteur G 03 dispose de locaux construits dans une unité de soins normalisée situés derrière la MAS qui occupe une ancienne aile et a ouvert durant l'été 2010.

Le CHS de Navarre comprend 286 lits de psychiatrie et vingt-cinq places de MAS. L'organisation en secteurs devait être remplacée, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010, par un fonctionnement en six pôles dont les responsables ont été nommés. Ces six entités se décomposent ainsi :

- un pôle « admission » qui comprend :
  - le centre d'accueil et de crise (CAC) basé au centre hospitalier général d'Evreux<sup>7</sup> ;
  - une unité pour patients anxio-dépressifs ;
  - quatre unités d'admission actuellement rattachées chacune à un secteur de psychiatrie adulte ;
- un pôle « long cours », regroupant les unités recevant des patients hospitalisés pour des pathologies chroniques ;
- un pôle pédopsychiatrie ;
- un pôle médico-technique qui comprend la médecine somatique et la pharmacie ;
- un pôle « extra-hospitalier » regroupant l'ensemble des structures alternatives à l'hospitalisation ;
- un pôle « santé mentale et société » qui rassemble :
  - le réseau « précarité » ;
  - le dispositif psychiatrique présent au sein de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt d'Evreux ;<sup>8</sup>
  - l'activité au bénéfice des auteurs et des victimes de violences.

<sup>7</sup> Le centre d'accueil et de crise devait ouvrir le 29 novembre 2010 et remplacer l'unité intersectorielle d'admission (UIA).

<sup>8</sup> Le dispositif existant au centre de détention de Val-de-Reuil est rattaché au service médico-psychologique régional de la maison d'arrêt de Rouen, lui-même dépendant du centre hospitalier de Sotteville-Lès-Rouen (Seine-Maritime).

Les contrôleurs ont pu constater que le CHS était en pleine mutation : les travaux ont commencé le 1<sup>er</sup> juin 2010 ; certains bâtiments ont déjà été détruits et lors de la visite, l'essentiel de l'unité d'accueil a été démolie.

Pendant le contrôle, deux grues étaient en fonction sur le site afin de mener à bien le chantier de reconstruction de l'hôpital qui devrait être terminée fin 2012. L'opération immobilière prévoit 24 800 m<sup>2</sup> de bâtiments neufs et 12 900 m<sup>2</sup> d'édifices restructurés avec notamment la mise en place de quatorze unités de soins, dont une unité fermée de quatorze lits.

### 2.3 L'activité

Le tableau suivant permet de retracer l'activité en **nombre de patients** admis en hospitalisation depuis 2007, selon les secteurs :

Nombre d'entrées	2007	2008	2009	Variation en % 2009/2008
UIA	489	484	385	-20,45 %
Secteur G 01	373	402	461	+14,68 %
Secteur G 02	436	369	418	+13,28 %
Secteur G 03	409	414	326	-21,26 %
Secteur G 04	260	235	287	+22,13 %
Unité long cours (UILC)	70	132	133	+0,76 %
<b>Total</b>	<b>2037</b>	<b>2036</b>	<b>2010</b>	<b>-1,27 %</b>

Le nombre **d'entrées de mineurs** hospitalisés dans les secteurs psychiatrie adultes, par âge, est précisé dans le tableau suivant :

Age	UIA	G 01	G 02	G 03	G 04	Total 2009	2008	2007
13 ans	1	0	0	0	0	1	0	0
14 ans	0	0	0	0	0	0	0	1
15 ans	2	0	0	0	0	2	6	6 1 <sup>er</sup> semestre 2008
Total -16 ans	3	0	0	0	0	3	6	7
16 ans	16	1	2	0	0	19	13	<b>47</b>
17 ans	15	3	1	3	0		20	30
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>47</b>

Le nombre de personnes hospitalisées sous contrainte a augmenté entre 2006 et 2009, passant de 445 à 540, représentant en moyenne de l'ordre d'un quart des hospitalisations, comme le met en évidence le tableau suivant :

année	2006	2007		2008		2009	
	Nombre	Nombre	Taux rapporté au nombre total des hospitalisations	Nombre	Taux rapporté au nombre total des hospitalisations	Nombre	Taux rapporté au nombre total des hospitalisations
HO (hospitalisation d'office)	91	112	5,49 %	142	6,97 %	132	6,57 %
HDT (hospitalisation sur demande d'un tiers)	354	382	18,75 %	328	16,1 %	408	20,30 %
Total hospitalisations sous contrainte	445	494	24,25 %	470	23,08 %	540	26,86 %
Total des hospitalisations	NR	2037		2036		2010	

Les **secteurs de Vernon et de Bernay** hospitalisent leurs patients au sein du CHS de Navarre. Le tableau suivant permet de mettre en évidence l'importance de cette activité :

année	Vernon nombre d'entrées	Vernon nombre de journées	Bernay nombre d'entrées	Bernay nombre de journées	Nombre d'entrées hors secteur	Taux des entrées hors secteur
<b>2007</b>	316	9 306	242	13 033	558	27,39 %
<b>2008</b>	333	11 303	254	12 177	587	28,83 %
<b>2009</b>	241	9 730	279	9 416	520	25,87 %

La **durée moyenne de séjour** par secteur est indiquée en jours dans le tableau suivant :

Secteurs	2007	2008	2009
Unité intersectorielle d'admission (UIA)	4,23	4,36	4,47
Secteur G 01	48,22	45,46	41,66
Secteur G 02	40,66	48,56	43,54
Secteur G 03	45,98	44,51	59,79
Secteur G 04	68,22	79,89	63,05
Unité intersectorielle de long cours (UILC)	110,82	71,08	71,35

Depuis 2007, hors la maison d'accueil spécialisée (MAS), le **taux d'occupation moyen** dépasse pratiquement toujours 100 % comme l'indique le tableau suivant :

Secteurs	2007	2008	2009
UIA	107,93 %	108,96 %	109,30 %
Secteur G 01	102,77 %	102,36 %	104,77 %
Secteur G 02	103,15 %	104,57 %	103,55 %
Secteur G 03	105,32 %	107,57 %	108,76 %
Secteur G 04	102,79 %	103,32 %	101,23 %
UILC	100,19 %	99,32 %	101,65 %
MAS	94,14 %	86,27 %	92,48 %

## 2.4 Les données financières

Les dépenses d'exploitation de l'exercice 2009 du compte de résultat principal (budget psychiatrie) sont ventilées ainsi qu'il suit:

- les dépenses de personnel représentent 83,74 % des dépenses d'exploitation : sur cet ensemble les dépenses de personnel non médical représentent 74,71 % et les dépenses de personnel médical 9,03 % ;
- les dépenses à caractère médical représentent 3,53 % ;
- les dépenses à caractère hôtelier et général représentent 9,40 % ;
- les charges d'amortissements-provisions-charges financières exceptionnelles représentent 3,33 %.

Les dépenses d'exploitation 2010 du compte de résultat prévisionnel principal (budget psychiatrie) sont ventilées ainsi qu'il suit:

- les charges de personnel représentent 80,34 % : les dépenses de personnel en valeur absolue augmentant, la baisse du pourcentage résulte de l'augmentation des autres types de charges, en particulier en raison de l'incidence des restructurations immobilières en cours ;
- les charges à caractère médical représentent 3,17 % ;
- les charges à caractère hôtelier et général représentent 11,55 % ;
- les charges d'amortissements, provisions et financières représentent 4,95 %.

L'établissement dispose d'un budget annexe "lutte contre la toxicomanie". Pour l'exercice 2010, un groupement de coopération sociale et médicosociale a été créé avec l'association l'Abri" en vue de créer un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui doit être organisé autour d'une activité ambulatoire et d'une activité de communication et de prévention.

L'établissement s'est lancé dans un important projet : cette reconstruction, la création d'une MAS et l'équipement de l'ensemble est estimée à 67 065 616 euros dont le financement est assuré à la fois par subventions, par autofinancement et par emprunts. Le surcoût d'exploitation est évalué à plus de trois millions d'euros.

L'établissement a fait remarquer que le budget par habitant de la psychiatrie générale dans l'Eure est de 68,21 euros alors que la moyenne nationale est de 147,01 euros. Le nombre de lits pour 10 000 habitants en psychiatrie générale dans l'Eure est de 5,10 alors que la moyenne en France est de 7,54<sup>9</sup>.

A compter du 1<sup>er</sup> août 2010, le tarif pour une journée d'hospitalisation à temps complet s'élève à 555 euros.

Depuis octobre 2010, la Chambre régionale des comptes de Haute-Normandie effectue un audit de l'établissement, encore en cours, lors de la visite des contrôleurs.

### **3- L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET L'EXERCICE DES DROITS**

#### **3.1 Le statut juridique du patient hospitalisé sans son consentement**

##### **3.1.1 Les informations données aux malades arrivants et possibilités de recours**

Un livret d'accueil est remis aux patients admis à l'établissement.

La rubrique dédiée aux droits du malade comporte différentes mentions sur les mesures de protection, les directives anticipées, la personne de confiance, le dossier médical, les plaintes, réclamations, observations ou propositions.

Les dispositions relatives à la saisine du juge des libertés et de la détention figurent quant à elles dans une rubrique intitulée « Votre hospitalisation », aux pages 14 et 15 de ce livret. Aucune indication ne permet de connaître ni les coordonnées du tribunal de grande instance compétent, ni celles de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP). Aucun panneau ne mentionne dans l'hôpital, les coordonnées de l'ordre des avocats inscrits au barreau d'Evreux ou de Bernay.

Les patients rencontrés par les contrôleurs indiquent ne pas avoir eu connaissance de ce livret d'accueil.

En fin de ce document, une pochette contient plusieurs fiches. L'une d'elles, dénommée « adresses utiles », comprend un paragraphe « tutelles », mais ne comporte pas l'adresse de la CDHP ni celles des deux juridictions du ressort.

Le rapport de certification, établi en mars 2009 par la Haute autorité de santé (HAS), indiquait que « l'information, basée sur le livret d'accueil fait l'objet d'une procédure prévoyant la remise et l'explication du livret d'accueil lors de l'accueil administratif et/ou dans les unités de soins. On ne retrouve la trace de ces actions que dans peu de cas dans le dossier du patient ».

La HAS précisait dans le même rapport que : « l'établissement a prévu d'enrichir son dispositif d'information par une vidéo et de mettre en place des mesures d'évaluation ». A la date du contrôle, ces éléments n'étaient pas en place.

Il est relevé que, s'agissant des HDT, les assistantes sociales de l'hôpital sont assez fréquemment sollicitées lorsqu'il n'y a pas de famille connue pour faire office de tiers et signer

<sup>9</sup> Source : banque de données de la Fédération Hospitalière de France.

la demande d'hospitalisation. Celles-ci essaient toujours, avant de signer la demande, de trouver une personne proche du patient.

### 3.1.2 La notification des droits

Le circuit de notification est le suivant :

- s'agissant d'une HDT, un courrier est transmis au patient l'informant de son placement ; ce document porte mention des voies de recours possibles. Il est retourné au service des admissions, signé par le patient, ou en cas d'impossibilité par un cadre de santé, conformément à la réglementation ;
- pour les HO, la délégation territoriale de l'ARS envoie une copie de l'arrêté au service des admissions et assure elle-même une notification au patient. Le service des admissions ne dispose dès lors d'aucun moyen lui permettant de savoir si le malade a bien reçu notification de la décision le concernant.

Il a été relevé une difficulté dans la notification des décisions d'hospitalisation aux patients : l'agence régionale de santé adresse directement au patient un accusé de réception de l'arrêté préfectoral, sans en informer simultanément le service des admissions. Celui-ci n'est pas en mesure de savoir en temps réel si la décision a été notifiée au patient.

Lors du contrôle, au moins trois anomalies de fonctionnement ont été relevées par les contrôleurs :

- d'une part, un patient dont l'hospitalisation avait été confirmée à compter du 14 novembre 2010, par arrêté préfectoral du 10 novembre 2010, lequel n'avait pas été transmis le 15 novembre 2010, ni au service des admissions, ni au patient ; après avoir sollicité la délégation territoriale de l'ARS, le service des admissions a reçu une télécopie de l'arrêté préfectoral le 16 novembre au matin ;
- en second lieu, un patient est admis le 10 novembre 2010 par arrêté préfectoral portant hospitalisation d'office, arrêté levé le 15 novembre : les deux arrêtés sont adressés le 15 novembre à 12h34 par télécopie au service des admissions ; le patient est sorti en début d'après-midi ;
- en troisième lieu, pour une sortie d'essai demandée le 15 novembre 2010 pour se dérouler le 18 novembre à partir de 9h, le préfet signe l'autorisation le 16 novembre, l'ARS adresse l'arrêté au service des admissions le 18 novembre à 10h40. De sa propre initiative, le personnel soignant a néanmoins laissé sortir le patient.

### 3.1.3 Les registres de la loi

Les registres de la loi sont tenus au bureau des admissions. Sous la responsabilité d'un agent administratif ayant le grade d'attaché, trois personnes sont en charge de son renseignement. Celui-ci est effectué de manière périodique, au moins hebdomadairement est-il indiqué, les agents effectuant une copie manuscrite des différents certificats. Ils recopient sommairement les dispositifs des arrêtés préfectoraux : ainsi, il n'est pas possible à la lecture du registre de la loi de savoir si le préfet a signé lui-même ou a délégué sa signature.

Les contrôleurs ont examiné plusieurs registres, qui consignent sur le même document les mesures de HO et de HDT. Aucun ne comportait de mention d'ouverture par une autorité. La dernière visite d'un représentant du parquet du tribunal d'Evreux remonte à 2008, selon les informations fournies. Le procureur de la République du tribunal d'Evreux, en fonction depuis le printemps 2010, n'a pas effectué de visite de l'établissement depuis son installation.

Le premier registre examiné, en cours, a été ouvert le 13 octobre 2010. Trente-huit folios comportent des mentions. Ont été examinés les folios de 1 à 10, qui concernent l'hospitalisation de deux patients en HO et huit en HDT. Les observations suivantes peuvent être formulées :

- sous le n° 1, s'agissant d'une HDT, le tiers est le directeur de l'hôpital ;
- sous le n° 3, s'agissant d'une HO prise par un maire, il n'y a pas de certificat confirmatif de vingt-quatre heures, mais un arrêté préfectoral. Sous le même numéro, à la date du 28 octobre 2010, mention est faite de la demande de mainlevée de l'HO par un médecin de l'établissement et d'un arrêté préfectoral pris le 10 novembre 2010, confirmant le mode d'hospitalisation pour une durée de trois mois. Sur cette situation, l'autorité préfectorale a été interrogée par un courrier de décembre 2010 ;
- sous le n°5, le cartouche permettant de connaître le mode d'hospitalisation n'est pas renseigné, ce qui implique de lire l'ensemble des mentions pour comprendre qu'il s'agit d'une HDT ;
- sous le n° 6, le certificat de quinzaine est établi le 29 octobre 2010, pour une hospitalisation intervenue le 17 octobre 2010 ;
- sous le n° 8, une HDT prise le 18 octobre 2010, comporte un premier certificat établi le 17 octobre et un second le 18, le certificat de vingt-quatre heures intervenant le 19 octobre 2010.

Les contrôleurs ont également examiné vingt mentions – correspondant aux folios 1 à 10 et 90 à 100 – d'un registre clos récemment et comportant les mentions numérotées de 9078 à 9177. Ils ont relevé les éléments suivants :

- l'échantillon porte sur deux HO et douze HDT, toutes prises vue l'urgence ;
- les deux HO ont été prises au titre des dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale ;
- pour une des HDT, une assistante sociale du CHS a agit en qualité de tiers, pour l'autre, l'employeur, seules personnes dont la qualité de tiers peut être aisément identifiée sur les douze mesures concernées ;
- sous le numéro 8, le certificat de quinzaine a été établi le 2 septembre 2010, pour une hospitalisation survenue le 19 août 2010, soit quatorze jours après l'hospitalisation, le certificat mensuel intervenant le 1<sup>er</sup> octobre 2010 ;
- l'ensemble des mesures consignées était levée à la date du contrôle, dans un délai inférieur à quinze jours, à une exception près.

Sur un registre portant les numéros de folios de 8978 à 9077, les contrôleurs ont examiné l'ensemble des mentions concernant des personnes placées sous le régime de l'HO, entre le 26 juin 2010 et le 13 août 2010, soit un échantillon de vingt et une mesures. Il en ressort que onze de ces décisions ont été prises dans le cadre de l'article D. 398 du code de procédure pénale. Pour vingt d'entre elles, une mesure de mainlevée de la décision de placement est intervenue à la date du contrôle, le 15 novembre. Le délai entre la date du certificat de demande de levée et l'arrêté préfectoral est retracé dans le tableau suivant :

**Délai entre le certificat de mainlevée et la date de l'arrêté préfectoral :**

Jour même	9
1 jour	5
2 jours	2
3 jours	1
4 jours	1
Non renseigné	1
<b>Total</b>	<b>20</b>

A toutes les demandes de mainlevée de la décision de placement sous le régime de l'hospitalisation d'office, proposées par un médecin, l'autorité préfectorale a répondu favorablement, dans un délai qui, à 80 % des cas, était inférieur à deux jours, étant précisé que l'échantillon comportant un grand nombre d'HO au titre de l'article D. 398, il est mis fin à celle-ci le jour même de la délivrance du certificat médical de mainlevée de la mesure.

Pour une demande de sortie d'essai (une seule demande figure dans l'échantillon), le délai entre le certificat et l'arrêté préfectoral autorisant la sortie d'essai est de trois jours. Il n'y a aucun cas de refus.

Les contrôleurs ont également pris connaissance de quatre registres exclusivement dédiés pour chacun d'eux à des patients en HO depuis plus de dix ans et qui comportent toutes mentions des renouvellements de la décision préfectorale, selon les mêmes modalités de renseignement manuel que les autres registres.

#### **3.1.4 Les sorties d'essai**

S'agissant des sorties d'essai, il est fait état d'une évolution récente - depuis le début de l'année 2010- dans la gestion des autorisations délivrées par la préfecture : la délégation territoriale de l'ARS a demandé à l'établissement de lui faire parvenir les demandes de sorties d'essai au moins 72 heures à l'avance et non plus 48 heures, comme cela était le cas antérieurement. Les échantillons examinés au service des admissions, s'ils font apparaître des latences imputables à l'ARS, ne montrent pas que cette évolution ait eu une incidence sur les délais dans lesquels les autorisations préfectorales sont délivrées.

### 3.1.5 Les levées des mesures de contrainte

Il n'existe pas de dispositif permettant d'informer le service des admissions, lorsque le juge des libertés et de la détention (JLD) est saisi d'une demande concernant l'hospitalisation d'un patient. Il n'a pas été possible de connaître avec précision le nombre de saisines du juge des libertés et de la détention, ni au cours de l'année en cours, ni durant les années précédentes. Il a été toutefois indiqué que celles-ci seraient de l'ordre de quatre à cinq par an.

## 3.2 L'information sur les visites des autorités

Il a été indiqué aux contrôleurs que le procureur de la République ou un substitut n'avait pas fait de visite de l'établissement depuis plusieurs mois. Selon les informations fournies par le parquet d'Evreux, la dernière visite remonterait à novembre 2009 ; durant une période allant de 2004 à 2007, aucune visite n'avait eu lieu.

En l'absence des visites trimestrielles régulières du procureur de la République, prévues par le code de la santé publique, aucun dispositif d'information des malades n'est en place au sein de l'hôpital. Le procureur de la République a indiqué aux contrôleurs qu'en 2011, quatre visites étaient programmées.

La dernière visite de la présidente de la CDHP remonte au 28 mars 2010, au cours de laquelle elle a visé des registres de la loi au service des admissions. Il n'a pas été possible de savoir si, lors de cette visite, les patients en avaient été avisés.

## 3.3 La protection juridique des majeurs

### 3.3.1 Le service de protection des majeurs au sein de l'hôpital

Un service de protection juridique des majeurs existe au sein du CHS. Sous la responsabilité d'un agent hospitalier, ancien éducateur, ayant le certificat national de compétence de mandataire judiciaire, celui-ci gère directement cinquante-six mesures de tutelle au jour du contrôle. Il y en avait soixante-deux au début de l'année 2010, mais, à la suite de la divulgation d'informations confidentielles par un agent du service, plusieurs mesures ont été retirées au service de l'hôpital. Le responsable du service n'a pas souhaité dans un premier temps communiquer avec les contrôleurs au motif qu'il n'agissait que sur mandat judiciaire du juge des tutelles. Après avoir été informé des dispositions de la loi du 30 octobre 2007, il a accepté de transmettre un certain nombre d'informations.

Le service comprend trois agents représentant 2,6 ETP, mais seul le chef de service a été formé à la gérance de tutelle.

A la date de la visite, cinq patients en hospitalisation d'office faisaient l'objet d'une mesure de protection. Pour un patient, une mainlevée est intervenue par jugement du 15 juillet 2010, en raison du départ de la personne protégée du territoire national, alors que celle-ci était en sortie d'essai dans son pays d'origine. Depuis son retour à l'hôpital au mois de septembre, elle n'est plus sous un régime de protection juridique.

Selon les données recueillies par les contrôleurs, au 15 novembre 2010, en plus de celles confiées au service de l'hôpital, 100 mesures de tutelle étaient en cours pour des patients pris en charge par le CHS et 62 autres types de mesures (curatelles ou sauvegarde de justice). Parmi les 162 mesures, 46 étaient confiées à l'Union départementale des associations familiales (UDAF), 25 à l'association tutélaire des majeurs protégés de l'Eure (ATMPE), 20 à l'association départementale d'action éducative (ADAE), 20 à l'association des tutelles du département de l'Eure (ATDE), 15 à la famille et le reste des mesures à des organismes divers.

Il peut intervenir que le mandataire judiciaire de l'hôpital soit amené à jouer le rôle de tiers pour des placements sous le régime de l'HDT. Selon les informations fournies aux contrôleurs, cette situation s'est produite à deux reprises depuis le début de l'année 2010, dont une pour un placement en unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP).

Le responsable du service indique effectuer un important travail avec les patients sur leur liberté d'opinion : il indique que sa mission n'est pas limitée à l'administration de biens, mais aussi à l'assistance à la personne.

### 3.3.2 L'allocation aux adultes handicapés

Le service gère aussi l'allocation aux adultes handicapés (AAH) perçue par des patients dont l'instruction est essentiellement effectuée par les assistantes sociales de secteur. Pour les trois-quarts, il s'agit d'allocations partielles, qui font l'objet d'une redistribution sous forme de bons d'achat distribués aux patients bénéficiaires : la demande émise aux soignants est visée par le cadre de santé du secteur, après un contrôle de la disponibilité monétaire sur le compte. 1 100 sorties en bons d'achat sont effectuées en moyenne annuellement.

### 3.4 L'accès au dossier médical

L'établissement a élaboré un protocole définissant les modalités de communication du dossier patient en suivant un circuit qui commence par la demande exprimée par le patient, ses ayants droit ou un médecin, jusqu'à la facturation des frais éventuels afférents à cette communication. Il est prévu plusieurs cas :

- procédure normale, majeurs non protégés en hospitalisation libre ;
- demande de dossier patient faite par un majeur non protégé mais hospitalisé en HDT ou HO ;
- demande de communication de dossier faite par des majeurs protégés ;
- demande de dossier patient faite par un patient détenu ;
- demande de communication faite par les ayants droit d'un patient décédé ;
- demande de communication de dossier par le médecin qui a prescrit l'hospitalisation ;
- demande de communication d'un dossier de mineur ;
- demande de communication d'un dossier classé aux archives centralisées.

Eu égard à ce protocole, il a été élaboré :

- une fiche de transmission du dossier patient ;

- des lettres types telles que :
  - lettre sur communication du dossier patient avec présence d'un tiers ;
  - lettre sur communication du dossier patient par les détenteurs de l'autorité parentale ;
  - lettre sur communication du dossier patient par un ayant droit ;
  - lettre sur consultation du dossier patient ;
  - lettre concernant la saisine de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques dans le cas où il avait été prescrit la présence d'un tiers, refusée par le patient.

L'évolution des demandes de dossiers est la suivante :

2004	2005	2006	2007	2008	2009	1er semestre 2010
28	20	31	23	32	31	15

Pour l'année 2009, les trente-et-une demandes de communication de dossiers représentent 2,05 % de la file active :

- dix-neuf des demandes ont été effectuées par les patients eux-mêmes ;
- neuf, par les familles ;
- une, par le tuteur ;
- une, par un médecin ;
- une, par un avocat ;

Parmi les trente et une demandes évoquées ci-dessus :

- vingt et une demandes de dossiers ont été satisfaites ;
- quatre sont restées sans suite<sup>10</sup> ;
- six n'ont pas abouti, en raison de l'absence d'intérêt à agir du tiers.

Il a été constaté le 1<sup>er</sup> juillet 2010, en ce qui concerne le 1<sup>er</sup> semestre 2010 et parmi les quinze demandes de dossier que :

- sept demandes ont été satisfaites dans les délais ;
- deux ont fait l'objet de la demande de présence d'un tiers ;
- deux n'étaient pas honorées car le patient n'avait pas donné suite à la demande de pièce d'identité ;
- quatre étaient récentes et pas encore traitées.

<sup>10</sup> Présence d'une tierce personne souhaitée par le médecin, sans réponse du patient.

Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 16 septembre 2010, il a été effectué vingt-sept demandes de communication du dossier médical :

- pour cinq, le patient n'a pas donné suite n'ayant pas fourni de pièce d'identité ;
- pour quatre, il était demandé la présence d'un tiers ;
- pour une, il était demandé à l'avocat que la saisine soit effectuée par le patient lui-même ou le tuteur ;
- pour une, adressée aux archives départementales, il était demandé au conservateur des archives que la saisine soit effectuée par la petite-fille du patient ;
- deux demandes de dossier étaient en cours, l'une du 9 août 2010, l'autre du 16 septembre 2010 ;
- les autres demandes ont été fournies entre un délai de sept jours et quarante-cinq jours, pour la période juillet et août.

### 3.5 L'accès à l'exercice d'un culte

L'aumônier catholique est présent depuis dix-huit ans dans l'établissement. L'équipe qui l'entoure est composée de huit personnes dont deux religieuses, qui ont exercé en qualité d'infirmières.

Un accueil est organisé le lundi, mardi, jeudi et vendredi, à partir de 14h, dans les locaux mis à disposition de l'aumônerie. Deux membres de l'aumônerie y sont alors présents. Le café y est offert à ceux qui se présentent. Il a été indiqué que nombre de patients s'y rendent en début d'après-midi car il s'agit d'un lieu de convivialité très apprécié où la confidentialité des conversations est respectée. Les difficultés liées à la mise en chambre d'isolement, vécue comme une punition, font partie des sujets régulièrement abordés par les malades. En moyenne, entre quinze et dix-huit personnes sont reçues chaque jour<sup>11</sup>.

Les familles y viennent plus rarement.

Une messe est célébrée chaque mercredi à 17h, dans la chapelle de l'établissement. Il a été indiqué que, généralement, vingt-cinq personnes y assistaient. Selon les informations recueillies, une femme, qui venait à la messe, n'y vient plus, l'horaire correspondant désormais à celui de sa douche.

Des visites sont également faites aux patients dans les unités, soit à leur demande, soit à celle des familles.

Lors des obsèques de patients décédés, un office religieux peut être célébré dans la chapelle. Cette pratique a été un temps abandonnée, probablement en raison d'une confusion sur le lieu : « Navarre » peut signifier que la cérémonie religieuse se tient au CHS Navarre mais

<sup>11</sup> 16 en 2005 – 15 en 2006 – 16 en 2007 – 16 en 2008 – 18 en 2009 – 17 au cours des neuf premiers mois de l'année 2010.

aussi qu'elle se déroule dans l'église du quartier de Navarre, situé à proximité de l'établissement.

Durant la visite des contrôleurs, une messe a été dite dans la chapelle du CHS avant l'inhumation d'un patient.

L'organisation de l'office dans cette chapelle permet aux patients qui le souhaitent de « pouvoir être présents, d'assister à la célébration et d'offrir une présence chaleureuse aux proches du défunt ».

### 3.6 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)

La CDHP ne s'est pas réunie en 2009 et n'a donc effectué ni visite de l'établissement ni examen de dossiers de patients.

La présidente de la CDHP en exercice, par ailleurs juge au tribunal de grande instance d'Evreux, a été nommée par la préfète fin 2009. La CDHP a peu fonctionné depuis le début de l'année 2010 du fait de la difficulté à la composer, notamment au niveau des médecins : seul, un médecin généraliste assistait aux réunions. Selon la présidente, avec l'aide de la secrétaire de la délégation territoriale de l'ARS, « la commission est en train de se mettre en place, notamment en établissant une jurisprudence sur la matière ».

Deux réunions ont eu lieu en 2010, dont une sur le site avec une visite « rapide ».

La dernière réunion devait avoir lieu le 2 décembre 2010 mais a dû être annulée du fait des intempéries. La présidente a proposé plusieurs dates aux participants afin de fixer la prochaine réunion qui devrait se tenir en début 2011.

Des patients ont fait état auprès des contrôleurs de saisines de la CDHP concernant leur hospitalisation, certains depuis plus de trois mois, mais ils n'avaient reçu aucune réponse de cette instance depuis cette date.

### 3.7 La communication avec l'extérieur

#### 3.7.1 Les visites

Les visites sont, d'une façon générale, autorisées de 14h à 19h après accord du médecin du service. Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas autorisés à pénétrer dans les services sans accord préalable.

Il est toléré que certaines visites puissent être effectuées le matin si la famille le sollicite pour des raisons personnelles.

Les différentes unités de soins disposent toutes d'un local spécifique pour les entretiens des familles avec les patients.

Les visites en chambre ne sont pas autorisées, sauf exceptionnellement, par exemple à l'UIA.

A l'UILC, lors de l'admission, la famille peut visiter la chambre, si elle le souhaite ; cependant par la suite, les rencontres ne s'y déroulent pas.

Une maison des usagers est ouverte à l'ensemble des patients et à leurs familles dans l'enceinte de l'établissement. Il s'agit d'un bâtiment distinct des unités de soins, situé près de l'entrée principale. Une permanence hebdomadaire est tenue par des bénévoles de l'UNAFAM, le jeudi de 15 à 18h. Une permanence téléphonique est organisée du lundi au vendredi de 14 h à 18 h.

### 3.7.2 Le téléphone

Les unités de soins sont généralement dotées d'un « *point phone* » à cartes, en vente à la cafétéria. Les patients peuvent passer ou recevoir des communications. Ce point est en général situé près de l'entrée de l'unité ; lorsque l'unité est sur deux niveaux, il est situé au rez-de-chaussée. Il ne garantit pas la confidentialité des conversations.

Cependant il n'existe pas de « *points phone* » dans les unités Monet (secteur G 01), 2A et à l'UILC ; il a été indiqué que celui de l'unité 2C était toujours en panne.

A côté du centre social, une cabine téléphonique est à la disposition de tous.

Le règlement intérieur et le livret d'accueil stipulent que le téléphone portable est « interdit dans les services pour ne pas compromettre la tranquillité des personnes hospitalisées. Il est conseillé de le remettre à la famille ».

En fait, il a été constaté par les contrôleurs que le téléphone portable était utilisé par les patients. En règle générale, le téléphone est laissé au patient mais le chargeur est remis au personnel du fait de la dangerosité présumée du cordon. Pour le chargement du téléphone, le patient sollicite un agent qui peut mettre le téléphone en charge dans un des locaux dédiés au personnel.

### 3.7.3 Le courrier.

Le courrier est distribué du lundi au vendredi. Le vaguemestre remet le courrier externe vers 9h45 au personnel de l'unité de soins qui est chargé par la suite de le transmettre aux patients.

Le courrier interne est remis dans les services après 14h30.

En ce qui concerne le courrier des patients sous protection juridique, il est donné au responsable du service des majeurs protégés. Les personnels de ce service le distribuent aux patients concernés. Les patients qui peuvent se déplacer sont convoqués ; pour les autres, le courrier est remis dans l'unité

Un registre, ouvert le 15 mai 2009, avec pages numérotées, recense le courrier en recommandé arrivé au CHS. Ce courrier n'est remis au patient qu'après signature sur le registre. Il n'est pas spécifique au courrier recommandé destiné aux patients ; il concerne également les recommandés adressés notamment à l'administration. Le nombre de recommandés qui concerne les patients est faible<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Juin 2010 : douze ; - septembre 2010 : dix ; - octobre 2010 : cinq ; du 1<sup>er</sup> novembre au 18 novembre : trois.

Le courrier départ est assuré tous les jours excepté le samedi et le dimanche. Les patients peuvent le déposer eux-mêmes dans la boîte postale qui se situe devant l'entrée du centre social. Cette boîte, relevée à 16h30, est unique ; le tri pour la destination est assuré par le service de *La poste*.

Les patients qui ne peuvent pas sortir, et notamment ceux qui sont en chambre d'isolement, peuvent également expédier du courrier. Celui-ci est mis par le personnel du service dans une pochette à fermeture éclair relevée par le vagemestre l'après-midi. C'est le service de *La poste* qui vient, tous les soirs de la semaine, retirer le courrier départ qui est centralisé à l'entrée de l'établissement, au standard.

Le vagemestre estime que, tous les mois, entre 150 à 200 courriers sont affranchis et expédiés par les patients. Aucun des courriers n'est retenu. Il n'existe pas de registre départ.

### **3.7.4 L'informatique et l'accès à internet**

Le règlement intérieur ne contient pas de disposition sur l'usage de l'ordinateur. Dans le secteur G 02, un patient avait eu l'autorisation d'utiliser son ordinateur personnel.

Les patients accueillis à l'unité intersectorielle d'accueil (UIA) qui possèdent à leur entrée un ordinateur, se le voient retiré par le personnel du service qui le remet à la famille.

Les patients n'ont pas accès, en principe, aux ordinateurs des différents services. Il a été indiqué que cette possibilité était offerte sur le poste de travail du cadre de santé dans l'unité Dali du secteur G 01.

### **3.7.5 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge**

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC), remplaçant la commission de conciliation, a été constituée le 3 octobre 2005. Sa composition a été modifiée par décision du 2 juillet 2009.

Depuis le début de l'année 2010, la commission s'est réunie le 14 janvier, le 25 mars, le 11 juin et le 30 septembre.

#### **3.7.5.1 Les plaintes et réclamations**

Entre 2004 et 2009 les plaintes et réclamations ont varié entre dix-huit et quarante-neuf.

Durant l'année 2009, il a été reçu quarante-neuf réclamations :

- vingt-six concernaient les aspects médicaux : information du patient et de sa famille, relations avec les médecins, contestations d'hospitalisation ;
- onze étaient des plaintes pour des pertes, des vols ou des objets endommagés ;
- six étaient relatives à la vie quotidienne, à l'environnement, à l'alimentation et aux conditions d'hospitalisation ;
- cinq portaient sur les aspects paramédicaux tels que l'insuffisance de personnel, l'information sur la sortie ou un transfert ;
- une avait trait à la qualité de l'accueil.

Pour le 1<sup>er</sup> semestre 2010, il a été reçu vingt-deux plaintes et réclamations dont :

- neuf concernaient les aspects médicaux ;
- cinq avaient trait à la vie quotidienne et à l'environnement ;
- cinq étaient des plaintes pour des pertes, des vols ou des objets endommagés ;
- deux étaient relatives aux aspects paramédicaux ;
- une portait sur l'accueil et les informations administratives.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, le circuit des plaintes et réclamations est intégré au système de gestion des événements indésirables. Toute plainte et/ou réclamation fait l'objet d'une déclaration d'évènement indésirable et est traitée selon la même procédure : déclaration, enquête, rapport, réponse.

Un logigramme a été réalisé en février 2010 prévoyant plusieurs étapes :

- expression de l'insatisfaction ;
- traitement interne par la direction de la gestion des malades et des relations avec la clientèle ;
- traitement interne par la CRUQPEC ;
- traitement externe par la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des incidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Le logigramme présentant le nouveau système de déclarations devrait permettre de bien identifier ce qui relève de la déclaration des patients ou de celle des personnels.

### 3.7.5.2 Les événements indésirables

Pour l'année 2009, il a été reçu, de la part des personnels, 228 déclarations d'évènement indésirable<sup>13</sup>. Il a été indiqué que cette augmentation était due à la mise en œuvre d'une borne de signalement accessible sur chaque poste informatique de l'établissement depuis le 1<sup>er</sup> trimestre 2009.

Quatre-vingt-quatorze agents<sup>14</sup> ont effectué une déclaration d'évènement indésirable. La nature des déclarations les plus représentées sont : les risques professionnels et sociaux (30 %), les risques liés aux activités de soins (25 %) et les risques techniques (13 %).

Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin 2010, 250 événements indésirables ont été déclarés, ce qui constitue une évolution importante si on les compare aux déclarations des semestres des années précédentes.

---

<sup>13</sup> 2008 : 166 - 2007 : 160.

<sup>14</sup> Personnels paramédicaux : 77 % ; médecins et pharmaciens : 12 % ; administratifs technique et généraux : 11 %.

1 <sup>er</sup> semestre 2006	1 <sup>er</sup> semestre 2007	1 <sup>er</sup> semestre 2008	1 <sup>er</sup> semestre 2009	1 <sup>er</sup> semestre 2010
124	84 (-32,26 %)	70 (-16,67 %)	115 (+64,28 %)	250 (+11 7%)
2 <sup>ème</sup> semestre 2006	2 <sup>ème</sup> semestre 2007	2 <sup>ème</sup> semestre 2008	2 <sup>ème</sup> semestre 2009	2 <sup>ème</sup> semestre 2010
NR	76	96	113	Non connu
<b>Total année NR</b>	<b>160</b>	<b>166</b>	<b>228</b>	

Les domaines des risques concernés les plus évoqués pour le premier semestre 2010 concernent :

- les risques liés aux activités de soins : 21 % ;
- les risques techniques : 14 % ;
- les risques professionnels et sociaux : 13 %.

Sur ce semestre, soixante-dix-neuf personnels ont effectué une déclaration<sup>15</sup>.

### 3.7.5.3 Les questionnaires de sortie.

Le questionnaire de sortie est intégré au livret d'accueil de l'établissement. Son taux de retour est le suivant :

Années	Sorties hospitalisation plein temps	Retour des questionnaires	Taux de retour
2005	1978	162	7,80 %
2006	1898	118	6,22 %
2007	1928	144	7,46 %
2008	1942	145	7,46 %
2009	1864	110	5,90 %

<sup>15</sup> Soixante et un paramédicaux, onze administratifs techniques et généraux, six médecins et une pharmacienne.

Le taux de satisfaction concernant l'information sur l'hospitalisation est le suivant:

	TAUX DE SATISFACTION				
	2005	2006	2007	2008	2009
Sur votre état de santé	75,46 %	75 %	81,38 %	76,71 %	75,45 %
Sur vos droits de personne hospitalisée	63,41 %	71 %	73,10 %	70,34 %	62,73 %
Sur vos obligations de personne hospitalisée	73,62 %	67 %	75,69 %	75,17 %	70 %

Le taux de satisfaction concernant les conditions de séjour est le suivant:

	TAUX DE SATISFACTION				
	2005	2006	2007	2008	2009
Chambre	79,63 %	48 %	75,69 %	76,55 %	70,91 %
Pièces communes	69,76 %	40 %	63,19 %	73,79 %	56,37 %
Centre social	53,09 %	34 %	51,39 %	55,48 %	50,91 %
Restauration	66,66 %	33 %	65,98 %	68,71 %	63,64 %
Linge	62,96 %	44 %	65,97 %	70,34 %	70 %
Propreté	75,92 %	58 %	75,69 %	75,86 %	73,63 %
Confort en général	67,48 %	42 %	68,05 %	67,59 %	57,28 %

Le taux de satisfaction des conditions de séjour est en baisse.

Sur le 1<sup>er</sup> semestre 2010, il a été retourné trente-huit questionnaires de sortie. Ce chiffre est en baisse par rapport aux années précédentes.

Depuis le mois de mai 2009, un protocole concernant la transmission du livret d'accueil du questionnaire de sortie est en place. Toutefois, les résultats concernant le nombre de retours et les remarques des patients attestent que ceux-ci n'ont pas reçu le livret d'accueil.

Il est à noter que des réponses indiquaient en ce qui concerne le livret d'accueil :

- "pas reçu"

- "quel livret d'accueil ?"

Les contrôleurs ont assisté lors de leur visite dans le secteur G 03 à une réunion soignants-soignés : lors de cette réunion les principales questions posées par les patients concernaient des demandes sur leurs conditions de séjour. Seuls 10 % des patients avaient connaissance de l'existence du livret d'accueil.

#### 3.7.5.4 Les affaires contentieuses

Une seule affaire contentieuse est en cours devant le tribunal administratif de Rouen (Seine-Maritime).

Elle concerne un patient qui s'est pendu le 15 mars 2005 dans sa chambre avec la ceinture de son pantalon.

L'établissement est mis en cause pour défaut d'organisation du service.

#### 3.7.5.5 Les autres instances

##### A. Le comité d'éthique

Il a été constitué un comité d'éthique par décision du 2 juillet 2009. Un règlement intérieur a été établi. Ce comité, dont la création est recommandée par la V2 de la certification de la Haute autorité de santé, s'est réuni le 17 avril et le 16 septembre 2010. Il est constitué par le directeur du CHS, le président de la CME, le directeur des soins infirmiers, trois psychiatres, un médecin généraliste, un psychologue, trois infirmiers, un aide-soignant ou un AMP, une secrétaire médicale, deux représentants des usagers et une personne qualifiée représentant les cultes.

Selon les informations recueillies, il aurait remplacé une instance dénommée « commission des droits des patients », créée par initiative locale, et dont il est rapporté qu'elle travaillait « de manière plus concrète ».

Différentes thématiques ont été traitées, telles que :

- la libre circulation du patient ;
- l'utilisation de la télésanté en psychiatrie ;
- le respect des droits et de la dignité du patient et l'application des punitions : le terme "punition" a été proscrit, il lui a été préféré le terme "sanction".

Par ailleurs, dans un courrier en date du 9 avril 2010, un chef de service a saisi le président du comité d'éthique de certains cas de refus par l'autorité préfectorale de levée de HO ou de sortie congé d'essai, qu'il considère non justifiés médicalement : « cette situation, jadis exceptionnelle, naguère peu fréquente, tend à devenir à l'heure actuelle une situation récurrente ». Le comité d'éthique a souhaité une réunion avec l'autorité préfectorale.

##### B. Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

La composition du comité a été modifiée par décision du 9 février 2010. Un règlement intérieur a été élaboré. En 2010, le comité s'est réuni le 30 mars et le 8 juin.

Différentes thématiques ont été à l'ordre du jour telles que :

- présentation de l'enquête « évaluation de la douleur chez le patient schizophrène » ;
- prise en charge de la douleur somatique en santé mentale.

Deux évaluations des pratiques professionnelles (EPP) concernent ces mêmes thèmes.

### **C. Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)**

La composition du comité a été modifiée par décision du 7 octobre 2009. En 2010, le comité s'est réuni le 23 mars, le 3 mai, le 1<sup>er</sup> juin.

Différentes thématiques ont été à l'ordre du jour telles que :

- résultat de la consommation des antibiotiques ;
- bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales en 2009.

Sept évaluations des pratiques professionnelles (EPP) concernent ces mêmes thèmes.

### **D. Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)**

Par décision du 13 octobre 2010, vient d'être décidée la création d'un comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN).

#### **3.7.5.6 L'UNAFAM**

Au CHS d'Evreux, l'UNAFAM regroupe soixante-quinze familles. Quelques personnes assurent leur représentation ; la présidente y consacre la moitié de son temps. Une permanence est assurée chaque jeudi de 15h à 18h, au sein de la maison des usagers.

Les familles, quand elles font face à l'émergence de la maladie, sont en souffrance. Cette situation entraîne parfois des ruptures entre les parents. Selon les informations recueillies, les mères sont beaucoup plus présentes que les pères.

L'UNAFAM est associée :

- au conseil de surveillance de l'établissement ;
- au comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), y tenant un rôle de « candide » ;
- à la cellule opérationnelle « patients », structure mise en place pour préparer le passage de l'ancien au nouvel hôpital ;
- à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC).

Les familles estiment être tenues à l'écart et regrettent que les médecins n'aient pas le réflexe de faire plus souvent appel à l'UNAFAM. Elles font état de la surcharge de travail des personnels et de l'ennui des patients : « les journées sont longues, le temps est interminable », « c'est long, il ne se passe rien ».

La sur occupation des lits, notée en 2009, constitue un sujet d'inquiétude. Le cas d'une personne ayant passé deux nuits dans un fauteuil, cette année-là, a été cité.

Les familles ont déjà protesté contre la fermeture des portes d'un secteur, sans effet.

## 4- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

### 4.1 Les éléments communs à tous les pôles

#### 4.1.1 Le règlement intérieur

Un règlement intérieur a été validé par le conseil d'administration, le 2 mai 2006. Celui-ci comprend plusieurs chapitres :

- chapitre 1 : organisation administrative et médicale ;
- chapitre 2 : dispositions relatives aux hospitalisations et aux consultations ;
- chapitre 3 : dispositions relatives au personnel ;
- chapitre 4 : sécurité, accès, stationnement ;
- chapitre 5 : disposition pour les structures extérieures ;
- chapitre 6 : dispositions diverses.

Les chapitres 1 et 2 ainsi que les obligations concernant le personnel ne sont pas traités.

Un livret d'accueil reprend certains points concernant la vie pratique, tels que linge, téléphone, cafétéria, culte, banque de l'hôpital, bibliothèque, courrier...

Il ne précise pas les modalités de recours auprès de certaines instances : il est uniquement signalé le recours possible auprès du directeur et auprès de la CRUQPEC.

Il a pu être constaté, dans l'analyse des questionnaires de sortie, que ce livret d'accueil est peu connu par les hospitalisés<sup>16</sup>.

#### 4.1.2 La restauration

Depuis le 15 janvier 2010, la confection des repas est confiée à un groupement de coopération sanitaire qui comprend outre le centre hospitalier spécialisé, le centre hospitalier intercommunal Eure-Seine, l'hôpital La Musse situé à quelques kilomètres appartenant à la Fondation "La renaissance sanitaire".

Depuis cette date, il existe une unité relais chargée de réceptionner, en fin de matinée et l'après midi, les repas fabriqués à l'unité centrale de production alimentaire (UCPA) aux fins de les reconditionner et de les ventiler dans les unités. Elle est située sur le site de la Cambolle à proximité immédiate du centre hospitalier intercommunal Eure-Seine.

L'unité relais doit reconditionner les repas par unité. La vaisselle et les plateaux de repas sont lavés dans une machine située dans l'office de l'unité. Les repas sont remis en température dans les offices de chaque réfectoire

Les repas sont distribués à 12h et 18h30. Le pain est acheté par le CHS et distribué tous les jours.

Les menus sont élaborés suivant un plan établi sur huit semaines.

---

<sup>16</sup> cf. paragraphe 3.9.7.3.

Les contrôleurs ont consulté le plan des menus du lundi 19 juillet au dimanche 12 septembre 2010. Ce plan comprenait, pour être affiché, pour tous les jours (déjeuner et dîner), les menus normaux, les menus sans porc, les menus mous hachés. A titre d'exemple, le 9 septembre, le menu du déjeuner comprenait : feuilleté fromage - blanquette de veau/semoule printanière - crème pralinée - ananas frais.

Il est possible aux patients de demander d'autres types de menus tels que : menu sans graisse, menu végétarien, menu hypocalorique, menu pauvre en fibres, menu haché, menu sans sucre.

Les professionnels de l'unité relais estiment qu'en moyenne chaque jour, sont distribués : 170 menus normaux, 20 menus sans porc, 50 menus « mou haché », 60 « autres types de régimes »

Le 16 novembre 2010, à l'unité intersectorielle d'accueil, ont été distribués : quatorze menus normaux, un menu sans porc. Le 18 novembre 2010, la totalité des patients a pris le menu normal qui comprenait : potage de légumes ou betterave râpée - omelette aux oignons - brunoise de légumes - île flottante - poire.

Le 17 novembre 2010, à l'unité Cassin du secteur G 03, ont été distribués en plus des seize menus normaux, un menu hypocalorique, un menu sans fibre, deux menus sans porc.

Le 18 novembre 2010, au secteur G 03, ont été distribués en plus des trente-deux menus normaux, cinq menus hypocaloriques, quatre menus « mou haché », cinq menus sans porc.

Le 19 novembre 2010, à l'unité intersectorielle au long cours (UILC), ont été distribués dix-sept menus normaux, trois menus hypocaloriques, un menu pour diabétique, deux menus mixés, deux menus hachés.

Tous les offices des différentes unités sont équipés d'une machine permettant la confection de chocolat chaud, de café, de potage. C'est avec cette machine que les services peuvent distribuer à la demande, du potage.

Le café et le chocolat sont préparés dans cette machine, notamment pour le petit déjeuner et le goûter. Pour le petit déjeuner il est distribué du lait, deux portions de confiture pour trois patients et un sucre chacun.

Le goûter est préparé dans les unités. Il est servi, outre le café ou le chocolat, des petits gâteaux ou des biscottes dont le service dispose, disponibles dans son stock, voire apportés par certaines familles qui peuvent partager le goûter avec le patient.

Le principe général est que les repas se prennent dans une salle à manger de l'unité, les plats étant ouverts pour être remis dans l'assiette. A ce principe, il a été constaté deux exceptions :

- à l'UIA, les patients sont servis au plateau dans leur chambre ;
- dans le secteur G 03, les patients des deux unités se rendent dans une salle à manger commune et doivent passer avec leur plateau à un self où leur est remis leur menu avant de se rendre avec leur plateau à l'une des tables de la salle à manger.

La mise en œuvre de ce système de fabrication et de distribution des repas a entraîné beaucoup de critiques à la fois des patients et des professionnels. Ces critiques ont fait l'objet de réunions de travail entre la direction de l'établissement et l'UCPA<sup>17</sup>. Lors de ces réunions, un certain nombre de critiques ont été émises :

- aliments peu cuits, non consommables ;
- décalage entre intitulé de la barquette et son contenu ;
- interrogations sur certains grammages ;
- non respect des régimes ;
- manque de diversité dans les desserts ;
- décalage entre le prévisionnel et le reçu ;
- manques réguliers dans les livraisons ;
- non respect des horaires de livraisons.

Les patients ont également fait des observations critiques : par exemple, le 27 avril 2010, les patients d'une unité ont signé une pétition stipulant notamment que les régimes ne sont pas respectés, que les repas ne sont pas assez copieux ; le 29 octobre 2010 l'un des patients indique que la nourriture est « tout juste mangeable et qu'elle n'est pas variée ».

Depuis la mise en place de cette nouvelle organisation, le chiffre d'affaires de la cafétéria n'a pas varié mais le choix des patients s'est déplacé de plus en plus vers les viennoiseries, les barres chocolatées, les bonbons, les gâteaux et les bouteilles de soda. Les patients disent au personnel de la cafétéria qu'ils ont faim et qu'ils mangent mal.

#### 4.1.3 La blanchisserie

Le CHS a confié le traitement du linge plat et des tenues des professionnels au centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen.

Le CHU de Rouen est chargé de venir chercher le linge sale et de rapporter le lendemain le linge propre à la blanchisserie du CHS, du lundi au vendredi.

Le CHU traite pour le CHS en moyenne 150 tonnes de linge par an.

La blanchisserie du CHS distribue dans les différentes unités le linge propre et récupère le linge sale. Elle est équipée de chariots spécifiques.

Elle traite environ 203 tonnes de linge par an : il s'agit du linge des patients, du linge contaminé, des serviettes de table et de toilette, des taies d'oreiller et quelques tenues des personnels.

La blanchisserie est structurée avec une zone sale dans laquelle le linge est trié et mis dans les machines à laver pour ressortir dans une zone propre comprenant séchoirs et repasseuses. C'est dans la zone de distribution que le linge est plié et rangé dans le chariot. Un atelier de couture sert à marquer et raccommode le linge des patients.

<sup>17</sup> Réunions des 20 janvier, 5 février, 5 mars, 3 mai 2010.

Les patients confient très peu de leur linge personnel à laver à leur famille. Il avait été mis en place des machines à laver dans certaines unités mais celles-ci sont peu utilisées bien que l'établissement fournisse le produit pour le lavage.

Les patients donnent à laver à la blanchisserie de l'établissement environ 700 kilos de linge par jour. Quasiment tous les patients donnent tous les jours quelque chose, que ce soit un sous vêtement, un tricot, une veste ou un pantalon. Certains patients se changent tous les jours. Tout le linge des patients est identifié à leur nom à la lingerie. Le linge un peu détérioré est raccommodé. Le linge personnel est rendu le lendemain dans le chariot avec tout le linge du service, sauf lorsqu'il reste de la couture à effectuer.

Les patients sans ressource peuvent demander du linge, un stock existant pour eux.

Les matelas sont fournis par le CHS : en mousse, de 2 m de long, 0,90 m de large et 0,15 m d'épaisseur, les housses des matelas sont antibactériennes et peuvent être désinfectées dans le service avec un détergent ou un désinfectant. Pour les chambres d'isolement, ils sont en outre recouverts d'une housse en plastique ignifugée.

Environ vingt tonnes de linge contaminé sont traitées au CHS par an. Il s'agit le plus souvent de problèmes de gale, de poux ou de staphylocoques. Un protocole spécifique a été mis en place.

Des sacs hydrosolubles de couleur rouge, se dissolvant en machine, permettent de mettre tous les tissus contaminés et d'opérer un assainissement en une demi-heure. Après cette opération, le linge est traité suivant la même procédure que le linge non contaminé.

Pour une unité de vingt-cinq lits, sont distribués, tous les jours, dans un chariot armoire : quarante draps, trente gants, quatre pantalons et vestes de pyjama, cinq bavettes, dix taies d'oreiller, cinq torchons, dix serviettes de table, dix-sept draps de bain, vingt serviettes de toilette.

Les week-ends, la distribution comprend : cent draps, cinquante gants, douze pantalons et vestes de pyjama, dix bavettes, quinze taies d'oreiller, dix torchons, vingt serviettes de table, trente-cinq draps de bain, trente-cinq serviettes de toilette. Pour les week-ends longs, la quantité est adaptée.

La distribution comprend aussi le linge personnel remis au patient.

L'organisation en place permet aux patients de disposer en toute circonstance de linge personnel et de linge de lit propre, leur assurant des conditions d'hygiène satisfaisantes.

#### **4.1.4 Les activités communes**

##### **4.1.4.1 L'atelier thérapeutique**

Une infirmière en poste au secteur G 02 anime, depuis 2004, (date à laquelle le précédent titulaire du poste est parti), un atelier thérapeutique qui fonctionne au sein de ce secteur. Elle a élargi son champ de compétence et prend désormais en charge des activités intersectorielles. Un agent anime l'atelier « poterie ». Durant les vacances scolaires, l'un des deux est présent pour maintenir une activité.

Les locaux de l'atelier sont installés dans deux bâtiments séparés des unités de soins. Ils fonctionnent du lundi au vendredi de 9h à 17h, avec une coupure de trente minutes à l'heure du déjeuner.

Sont regroupées dans un bâtiment principal :

- une salle de détente, avec des tables, des chaises, un téléviseur et un piano ;
- une cuisine équipée ;
- une grande salle pour la peinture ;
- différentes salles plus petites ;
- une salle de repos où un patient peut venir s'isoler des autres patients de son unité.

Dans un second bâtiment, est installée la salle servant à la poterie. Elle est équipée de tables et de chaises. Sur des rayonnages, des poteries réalisées par des patients sont conservées. Un four sert à la cuisson des pièces. Le jour de la visite des contrôleurs, trois hommes et une femme, provenant de différents secteurs, travaillaient dans cet atelier. L'un d'eux effectuait un assemblage très minutieux.

En début de matinée, entre 9h et 9h30, et en début d'après-midi, entre 13h30 et 14h, des patients viennent boire le café et discuter dans la salle de détente aménagée. Lors de la visite des contrôleurs, le 18 novembre 2010 à 14h, trois hommes et une femme s'y trouvaient. Parfois, une activité extérieure est programmée en soirée : tel avait été le cas la semaine précédant la visite avec un spectacle de danse organisé à Louviers (Eure), auquel avaient assisté six patients accompagnés de deux soignants.

Le lundi, de 10h à 12h et de 14h à 16h, un atelier de peinture fonctionne. Huit patients y participent avec fidélité. Durant un an, ils ont préparé une exposition qui s'est tenue à la bibliothèque du quartier de Navarre, en septembre 2009. Les patients de l'atelier de poterie y ont également participé. Vingt-deux peintures représentant des portraits et vingt-deux poteries figurant des masques ont été présentées. Les patients artistes étaient présents lors du vernissage.

Le mardi, l'atelier de poterie est ouvert.

Un groupe de théâtre réunit douze patients, le même jour.

Le mercredi matin est consacré à des sorties en ville pour aller au marché, visiter une exposition, effectuer une randonnée ou aller à la piscine. Une fois par mois, une sortie au restaurant est prévue. Le déplacement s'effectue à bord d'un véhicule de l'établissement. En été, le bus urbain est emprunté. Le groupe est constitué de six patients et fréquemment, il est noté que le nombre de candidats est supérieur à celui des places ; un roulement est organisé et, parfois, un groupe est constitué le matin et un autre l'après-midi.

L'atelier de poterie fonctionne également le jeudi.

Une fois par mois, un atelier « cuisine » est en place le même jour. Les achats sont effectués le mercredi, lors de la sortie, et le repas est préparé par les patients qui, ensemble, ont préalablement défini le menu. Ils mangent ensuite ensemble ce qu'ils ont confectionné.

Le vendredi matin, une activité de danse est menée par l'infirmière qui détient également une compétence de professeur de danse. Un gymnase du centre ville est alors utilisé.

#### 4.1.4.2 Le centre social

Le centre social comprend une cafétéria et un salon de coiffure.

La **cafétéria** est ouverte du lundi au vendredi de 9h15 à 11h45 et de 13h15 à 17h15, et les samedis, dimanches et jours fériés de 13h30 à 17h15. Le jour de la visite, l'équipe qui l'animaient comprenait une infirmière, une aide-soignante, une étudiante en soins infirmiers et une ASH. Deux d'entre eux animent le lieu et tiennent la « **banque des patients** » ouverte du lundi au vendredi de 9h30 à 11h et les lundis, mercredis et vendredis de 14h à 15h. Il n'existe pas de référent médical pour cette équipe rattachée à un infirmier coordonnateur, lui-même rattaché à la direction des soins.

La cafétéria propose des boissons fraîches et chaudes, des confiseries, des cartes téléphoniques, du papier, des enveloppes, des timbres et des objets de toilette. Les boissons sont servies dans des verres qui sont lavés par les agents à la fin de chaque demi-journée.

Une centaine de patients y vient quotidiennement. Les usagers de la cafétéria et leurs familles dépensent entre 200 et 220 euros les weekends.

Selon les informations recueillies, le temps consacré aux patients dans ce lieu privilégié pour les confidences et la relation dans un cadre différent de celui des unités, serait insuffisant.

Devant la cafétéria, les fumeurs disposent d'un cendrier et d'une poubelle. Il a été indiqué qu'il ne serait pas possible d'y installer tables et chaises de jardin sur la pelouse car « la surveillance des patients serait difficile », en invoquant notamment les risques liés à l'utilisation de verres cassables. Les contrôleurs ont constaté que les patients s'asseyaient sur les marches menant à l'entrée de la cafétéria.

Un **salon de coiffure** jouxte la cafétéria. Les rendez-vous sont pris par les agents de celle-ci. Il est fréquenté par des patients ayant l'autorisation de sortir seuls ou accompagnés par un soignant. La pièce est équipée d'un lavabo avec un fauteuil, de quatre chaises, de deux fauteuils, d'un séchoir et du matériel de coiffure.

Initialement, la coiffeuse était à mi-temps à la cafétéria et le reste du temps au salon de coiffure et elle se déplaçait dans les unités. Depuis son départ à la retraite, une coiffeuse, installée par ailleurs à Conches-en-Ouche, vient un mardi sur deux. Elle reçoit environ dix patients à chaque séance. Les patients paient pour les prestations fournies : 12 euros pour les hommes et 16, pour les femmes.

#### 4.1.4.3 La bibliothèque

La bibliothèque des patients est installée dans un local de 4,20 m sur 3,20 m soit une surface de 13,40 m<sup>2</sup>. Elle est équipée de rayonnages représentant 7,50 m sur neuf niveaux.

Pour accéder à la bibliothèque, on transite par le bureau de la gestion des malades. Il existe une porte donnant sur la cour, fermée le jour de la visite, permettant d'y rentrer directement, sans passer par ce bureau. La bibliothèque n'est pas fléchée dans l'établissement, ni matérialisée à son entrée.

Il est indiqué dans le livret d'accueil que la bibliothèque est ouverte tous les jours de la semaine de 10h à 11h. Comme la bibliothèque est tenue par des agents de la cafétéria, l'ouverture effective dépend de la disponibilité de ceux-ci. En fait, il y a très rarement une permanence de 10h à 11h, les patients souhaitant un livre doivent le demander au personnel de la cafétéria aux fins que ceux-ci se rendent à la bibliothèque.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'à certaines époques la bibliothèque a été tenue par un patient : cela ne s'est pas présenté en 2010.

Les livres les plus couramment empruntés sont des romans, des bandes dessinées. Il existe des dictionnaires mais pas de document concernant les droits des patients. Il a été indiqué aux contrôleurs que s'il y avait une telle demande, les patients seraient orientés vers les assistantes sociales.

Durant l'année 2010 les patients ont emprunté 134 livres. Il existe des fiches manuelles de retrait.

#### **4.1.5 Les soins somatiques**

##### **4.1.5.1 La médecine somatique**

Au rez-de-chaussée de l'USN, sont installés des locaux dédiés à la médecine somatique et aux spécialistes intervenant dans l'établissement. Ils comportent :

- une salle d'attente ;
- un cabinet dentaire ;
- un bureau d'examen polyvalent.

L'effectif de médecins généralistes comprend au total 2,2ETP ainsi répartis :

- un praticien hospitalier à temps partiel (0,6ETP), futur responsable du pôle « médico-technique », qui assure les soins somatiques du secteur G 03, dont le bureau est situé au sein de la MAS ;
- deux médecins libéraux présents chacun trois demi-journées par semaine : l'un affecté dans le secteur G 01 et l'autre dans le G 02 ;
- un praticien associé à temps plein assurant les soins somatiques à l'UIA et au secteur G 04.

Le praticien hospitalier responsable du pôle participe aux réunions institutionnelles ; elle est en train de mettre en place le CLAN (cf. § 3.7.5.5.D) et prend en charge les patients de la MAS.

Il n'existe ni garde ni astreinte au niveau somatique : c'est le psychiatre de garde qui assure les soins somatiques après 18h et les samedis, dimanches et jours fériés.

Un défibrillateur est à la disposition des équipes de soins dans chaque secteur au niveau du poste infirmier des unités d'admission.

Un dentiste, mis à disposition par convention avec le centre hospitalier intercommunal Eure-Seine (CHIES) vient au CHS deux fois par semaine.

Un pédicure et une esthéticienne assurent des soins aux patients toutes les semaines.

Des consultations en cardiologie, dermatologie et gynécologie étaient effectuées antérieurement dans le bureau polyvalent par des praticiens du CHIES. A la suite du départ par mutation de la dermatologue en 2008, aucun autre spécialiste n'a assuré la continuité de la prestation. Dorénavant, toutes les consultations ont lieu au CHIES où il est nécessaire de prévoir un accompagnement par des soignants, ce qui contribue à désorganiser la prise en charge de l'unité.

Les examens radiologiques sont effectués au CHIES ou dans le secteur privé. Il n'existe pas de convention pour les examens réalisés à l'extérieur.

Il n'existe aucun lien institutionnel entre le président de la CME du CHS et celui du CHIES, et entre les directeurs des deux établissements.

#### 4.1.5.2 La pharmacie

La pharmacie centrale comprend un pharmacien, praticien hospitalier plein temps et quatre préparateurs dont un exerce son activité à 80 %.

Elle occupe une superficie de 120 m<sup>2</sup> comprenant une zone principale avec les médicaments classés, une zone pour le matériel, - laquelle comprend un coffre pour les stupéfiants -, une zone préparation, une zone pour les gants, savons et solutés, une zone d'accueil des professionnels de l'établissement et un bureau pour le pharmacien.

Le planning de distribution des caisses de médicaments dans les unités de soins est le suivant :

- mardi : cerclage des caisses et livraison des secteurs G 02 et G 04 de 9h45 à 11h ;
- mercredi : cerclage des caisses et livraison du secteur G 03 de 9h45 à 11h ;
- vendredi : cerclage des caisses et livraison du secteur G 01 et de l'UIA de 9h45 à 11h.

Des caisses rouges sont destinées aux médicaments et des caisses grises pour le matériel et les pansements. Si un médicament doit être conservé au froid, il est distribué dans une pochette isotherme.

La pharmacie est ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 12h45 à 17h15.

En dehors de ces horaires, si un service souhaite un médicament suite à une prescription, il doit être fait appel à l'UIA ou à une autre unité pour sa délivrance.

Dans la mesure où le médicament n'est pas disponible dans une autre unité de l'établissement, il peut être fait appel à une officine de ville. Un imprimé intitulé "emprunt de médicament en urgence en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie" est alors renseigné.

Il a été cité aux contrôleurs des cas où il a été fait appel à une pharmacie de ville alors que le médicament existait à l'UIA.

Durant l'année 2009, une augmentation de 22 % des consommations de matériel et pansements a été constatée, en raison du stock constitué pour le risque pandémie grippale H1N1.

Chaque préparateur en pharmacie est référent de certaines unités de soins : en 2009, ils ont effectué 144 visites dans les unités aux fins notamment de vérifier le rangement des armoires, l'étiquetage réglementaire et le suivi des médicaments périmés.

La pharmacienne a adressé aux prescripteurs, durant l'année 2009, 180 avis concernant des conseils de bon usage des médicaments et 136 avis concernant des interactions médicamenteuses. Les praticiens et infirmiers ont sollicité, pour leur part, vingt-quatre demandes de renseignements.

Un comité de retour d'expérience (CREX) "circuit du médicament", constitué en mars 2010, s'est réuni les 1<sup>er</sup> avril, 25 mai et 23 septembre 2010. Plusieurs cas ont été évoqués : patient transféré dans une autre unité et traitement délivré par la pharmacie dans les deux unités pour le même patient, traitement d'un patient retrouvé sur le plateau de sa voisine de table...

#### 4.1.5.3 Le laboratoire

Le CHS a, après un marché notifié le 10 décembre 2009, passé une convention avec un laboratoire d'analyses médicales privé d'Evreux.

Le ramassage des prélèvements se fait du lundi au vendredi à 9h30 à la pharmacie du CHS, le samedi à l'UIA. Un ramassage d'urgence peut avoir lieu hors tournée après 9h30 et les dimanches et jours fériés, dans la demi-heure de l'appel, à l'UIA.

Les examens non urgents sont remis sous enveloppe cachetée au bureau de la gestion des malades. Ils sont également transmis sous enveloppe non agrafée, à la pharmacie. Les résultats des examens urgents sont transmis dès l'obtention à une infirmière ou un médecin du service demandeur par téléphone et par télécopie, puis le lendemain par le biais d'une enveloppe. Le volume de la prestation prévue au marché est d'environ 500 000 actes biologiques par an. Pour l'année 2009, 592 930 actes de ce type ont été effectués.

#### 4.1.6 La surveillance

Depuis 2005, une équipe de quatre vigiles – agents d'entretien du CHS – assure le contrôle par roulement, des entrées et la surveillance du CHS, tous les jours de 6h à 22h. Ils sont installés dans une guérite située à la barrière d'entrée, en face du standard. Cette équipe est rattachée au directeur des services économiques.

Ces agents contrôlent les entrées des piétons, les mouvements des patients qui doivent être munis d'un bulletin les autorisant à sortir, les entrées des véhicules des fournisseurs et des visiteurs grâce à une barrière. La porte et la barrière sont ouvertes de 7h à 22h.

Selon une directive de l'ancien médecin-chef du secteur G 03, les familles des patients de ce seul secteur sont autorisées à entrer en voiture dans le CHS en raison de l'éloignement des bâtiments d'hospitalisation par rapport à l'entrée. Le vigile autorise également des personnes ayant du mal à se déplacer à pénétrer dans l'hôpital avec leur véhicule.

Les vigiles effectuent des rondes à 6h45 et 19h45.

Ils contrôlent les écrans où sont renvoyées les images de **dix-neuf caméras de vidéosurveillance** installées dans les abords immédiats du CHS.

A partir de 22h, la porte et la barrière sont fermées ; la police nationale a l'autorisation de pénétrer sur le site pour assurer quotidiennement une ronde.

Dans l'emprise de l'hôpital, il existerait des trafics de stupéfiants, portant essentiellement sur de la résine de cannabis. Les vigiles indiquent connaître l'identité des fournisseurs et les lieux où se déroulent les échanges. Il n'a pas été indiqué aux contrôleurs que des suites pénales aient été apportées à cette situation.

Un **protocole** écrit définit la conduite à tenir lors de la **découverte de produits stupéfiants**. Il prévoit l'information du cadre de santé de l'unité ou de garde et celle du cadre administratif de garde, chargé de prendre les dispositions nécessaires. Les consignes du cadre, validées le 1<sup>er</sup> janvier 2003, prévoient :

- si la quantité est « importante » – sans que cette notion soit définie – la conservation des produits dans le coffre de l'établissement et l'information du directeur qui prend seul la décision de saisir ou non, le procureur de la République ;
- si la quantité est « petite » – sans que cette notion soit définie – la destruction des substances qui sont alors effritées et jetées dans un WC, en présence d'un soignant et du patient, l'information étant alors consignée sur un registre conservé au bureau de la gestion des malades (BGM).

Une note d'information signée le 20 septembre 1995 par le directeur du CHS de l'époque indique que les produits stupéfiants sont détruits en présence de deux témoins : un soignant et un administratif.

Les contrôleurs ont consulté ce registre de destruction des stupéfiants, tenu de façon chronologique. Il mentionne :

Année	Nombre de destructions effectuées	Produits mentionnés
2005	11	10 fois du cannabis et 1 fois du Subutex®
2006	4	quatre fois du cannabis
2007	1	une fois du cannabis
2008	8	six fois du cannabis
2009	4	quatre fois du cannabis
2010	2	une fois un mélange de tabac et de cannabis et une fois du cannabis

L'examen des destructions, effectuées en 2009 et 2010, montre :

- qu'il s'agit, dans cinq cas, de barrettes de cannabis de 2 à 4 cm et, dans un cas, d'un mélange de tabac et de cannabis d'une quantité évaluée à un demi-paquet de tabac à rouler ;
- que le patient concerné était hospitalisé, dans cinq cas, à l'UIA, et, dans un cas, à l'unité Dali ;

- que dans quatre cas, une infirmière et un agent administratif du BGM étaient témoins, dans un cas, un homme dont la fonction n'est pas précisé et un agent administratif du BGM et, dans un cas, une infirmière et une assistante sociale ;
- que la présence du patient est notée à trois reprises.

## 4.2 La fédération intersectorielle d'accueil

### 4.2.1 L'unité intersectorielle d'accueil (UIA)

L'unité intersectorielle d'accueil (UIA), chargée d'accueillir les entrées de l'ensemble du CHS, se situe dans un bâtiment qui doit être désaffecté fin novembre 2010. Elle sera remplacée au centre hospitalier intercommunal par un centre d'accueil et de crise (CAC) sous la responsabilité du CHS.

L'UIA est une **unité fermée**. Elle dispose de **seize lits et de deux chambres d'isolement**.

L'unité intersectorielle d'accueil est implantée dans un pavillon situé au fond à droite de l'emprise du CHS. Il s'agit d'un bâtiment de plain-pied, tout en longueur. Il dispose de deux entrées : l'une pour les personnels, installée au bout à gauche de l'immeuble, l'autre au centre, pour les patients lors de leurs admissions et de leurs sorties, et pour les familles.

L'édifice, d'origine, est conçu autour d'un couloir central le long duquel se distribuent de part et d'autres les pièces, chambres, salles de soins et bureaux. En accédant par l'entrée des personnels, dont la porte est ouverte de 8h à 18h, le visiteur trouve quatre bureaux, celui de l'assistante sociale, deux bureaux pour le cadre de santé et les personnels soignants. En face, deux bureaux sont dédiés aux médecins, dont l'un est à la disposition exclusive du chef de service. Une porte fermée à clé et dotée d'un oculus de 0,40 m de diamètre, donne accès à l'unité d'hospitalisation. Sur la gauche, un bureau infirmier conduit à la pharmacie de l'unité. Y sont également installées une table et des chaises, cette salle pouvant servir de lieu de réunion. Sur la droite, une pièce sert de fumoir. Elle dispose de quelques sièges répartis le long des murs, et n'est pas équipée d'un extracteur, l'évacuation d'air s'effectuant par la fenêtre.

Juste après, se trouve le hall d'accueil des patients et des familles. Il ne comporte ni table ni siège et donne sur la seconde porte d'accès au service. Celle-ci s'ouvre de l'intérieur de l'unité par une commande électrique, après que les personnes souhaitant entrer – familles, ambulanciers ou services de secours conduisant un malade, patients... – aient sonné.

En poursuivant, se trouvent les chambres des patients, installées en retrait de l'axe du bâtiment, de part et d'autre. Cette disposition des lieux facilite la tranquillité des patients.

La visibilité des pièces est assurée par un oculus de 0,40 m de diamètre, mais assez fréquemment les portes sont ouvertes, sauf, est-il indiqué, lorsque l'un des patients est hospitalisé dans le cadre de l'art. D.398 du code de procédure pénale.

Après les deux chambres d'isolement, deux autres pièces peuvent être occupées par des patients admis à l'unité.

**L'effectif du personnel** comprend :

- un praticien hospitalier plein temps de psychiatrie ;

- deux praticiens attachés associés ;
- 21,5 ETP d'infirmiers ;
- huit aides-soignants ;
- huit ASH.

Le roulement prévoit durant la journée trois infirmiers, un aide-soignant, un ASH. La nuit de 21h à 7h, il est prévu deux infirmiers et un aide-soignant.

Comme dans tout l'établissement les personnels soignants portent une tenue blanche soit une blouse, soit une tunique et un pantalon, les ASH hommes portent une tenue verte, les ASH femmes une tenue rose. Sur leurs vêtements de travail sont inscrits le prénom et la fonction du personnel concerné.

Le personnel peut disposer d'un système de protection du travailleur isolé (PTI). Les contrôleurs, lors de leurs différents passages, ont constaté qu'ils n'étaient pas portés.

En 2009, 1 495 patients sont entrés, soit une moyenne de 4,10 par jour. L'UIA répartit 60 % des entrées dans les différents secteurs, étant entendu que 40 % des entrées sortent directement de l'établissement, après leur passage à l'UIA. La durée moyenne de séjour a été de 4,3 jours. En 2009, seuls 310 patients sont restés plus d'une semaine.

La répartition des orientations à la fin du séjour à l'UIA est la suivante, selon le rapport annuel de l'établissement :

	2008	2009
Secteur G 01	251	317
Secteur G 02	258	257
Secteur G 03	240	162
Secteur G 04	130	163
Sortie directe de l'UIA	637	596
<b>Total</b>	<b>1 516</b>	<b>1 495</b>

L'UIA a été confrontée à des pics d'admission au-delà des capacités d'accueil du CHS ; le nombre de jours de surcapacité par an a été de :

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Jours/an	11	70	110	183	266	349

Les solutions proposées ont consisté à :

- transférer des patients pour 24 heures dans un autre établissement ;
- laisser le patient être soigné pour la totalité du séjour dans l'établissement qui l'hébergeait pour une courte durée ;
- accueillir les patients sur des « lits de camp » ;

- effectuer des sorties précoces ;
- rajouter fin 2009 deux lits à l'UIA et deux lits dans le secteur G 03.

Le jour de la visite des contrôleurs, le 15 novembre 2010, la situation était la suivante:

- quinze patients étaient présents : douze hommes et trois femmes ;
- les deux chambres d'isolement étaient occupées par deux hommes : l'un sous le régime de l'article D. 398 du code de procédure pénale, l'autre était en contention aux mains et aux pieds ;
- un patient était en HO, cinq en HDT ;
- la durée d'hospitalisation la plus longue était de vingt-trois jours ;
- le patient le plus âgé avait 65 ans, et le plus jeune, 16 ans.

Dans l'UIA, il existe une cabine téléphonique à cartes. Les patients ne peuvent pas garder leur téléphone portable mais ils peuvent les demander au personnel.

Les visites ont lieu tous les après-midi de 14h à 19h. Elles sont possibles dans les chambres.

Sur le côté droit du hall d'accueil, après avoir repris sur quelques mètres le couloir central le long duquel est installé un bureau destiné aux soins, une pièce de détente, de 56,25 m<sup>2</sup>, est à la disposition des patients qui peuvent circuler librement. Elle est équipée d'une table et de quelques jeux de société et d'un baby-foot, ainsi que d'un coin avec cinq fauteuils permettant de regarder la télévision. Cette salle est dotée d'un WC.

Les repas sont servis au plateau dans les chambres.

Les lits se ventilent en deux chambres d'isolement, douze chambres à un lit et deux chambres à deux lits.

**Une chambre-type à un lit** a une surface de 9 m<sup>2</sup>. Elle comporte un lit, un lavabo avec miroir, une table adaptable et une chaise pour le repas. Toutes les portes des chambres sont dotées d'un oculus.

Il existe **deux chambres à un lit dites « médicalisées »**, dotées de lit proclive-déclive manuel : ces deux chambres disposent d'un sanitaire comprenant douche avec siège-douche, WC et barre d'appui.

**Les chambres à deux lits** ont une surface de 15m<sup>2</sup>.

Les **deux chambres d'isolement** sont identiques et installées de chaque côté du couloir en vis-à-vis. Elles ont une surface de 9m<sup>2</sup>. La porte d'entrée dispose d'un oculus et est dotée de trois points de fixation au milieu, en haut et en bas. Il est possible de laisser cette porte ouverte en la bloquant par une fermeture au sol. La fenêtre est dotée d'une vitre incassable et de barreaux. La chambre est climatisée. Il existe un extracteur mécanique. Elles disposent toutes deux d'un équipement similaire : un lit installé au centre, fixé au sol, à l'exception de tout autre mobilier. La lumière est assurée par un plafonnier. L'ensemble est peint en bleu pâle.

L'unité comprend deux locaux sanitaires : l'un comprend deux douches, l'autre comporte une douche et une baignoire.

Les patients disposent d'un bloc de deux WC et un autre WC est installé au milieu de l'unité, en plus de celui jouxtant la salle de détente.

En 2009, l'UIA a accueilli dix patients détenus à la maison d'arrêt d'Evreux, dont huit ont été pris en charge durant tout leur séjour dans cette unité ; dix-neuf patients du centre de détention du Val-de-Reuil y ont également été hospitalisés, dont treize ont été pris en charge exclusivement à l'unité.

Les hospitalisations libres (HL) ont représenté 69,7 % des admissions, les hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) 22,86 % et les hospitalisations d'office (HO) 7,6 %.

L'UIA a accueilli trente-huit patients mineurs, soit 2,54 % des admissions.

Le nombre moyen d'occupation des lits, en 2009, a été de 16,88 par jour, correspondant à une surcapacité pendant 349 jours.

#### 4.2.2 L'antenne psychiatrique des urgences du centre hospitalier général

L'antenne de psychiatrie au CHIES d'Evreux est constituée de trois infirmiers et d'un psychiatre y exerçant à mi-temps.

Les infirmiers assurent une présence de 7h à 21h du lundi au vendredi, et le psychiatre passe tous les matins du lundi au vendredi ainsi que le samedi après-midi.

L'équipe étant en cours de déménagement, lors de leur visite puisqu'elle intégrait les nouveaux locaux du CHIES le 17 novembre 2010, les contrôleurs n'ont pas visité cette antenne.

Une nouvelle organisation devait être mise en œuvre à partir du 29 novembre 2010, date de la création et de l'installation du centre d'accueil et de crise (CAC) au sein des urgences du CHIES : neuf lits de psychiatrie devaient être ouverts avec la présence permanente d'un psychiatre et l'organisation d'une garde au niveau départemental sept jours sur sept.

Le tableau suivant indique l'activité de cette antenne :

Années	File active	Entretiens/consultations
2006	1 086	1 829
2007	962	1 657
2008	939	1 379
2009	1 021	1 251

#### 4.3 Le secteur 27 G 01

Le secteur 27 G 01 correspond à une zone géographique comprenant les cantons d'Evreux-nord, de Bourgtheroulde, Le Neubourg, Routot, Amfreville, soit une population de 93 000 habitants, auxquels il convient de rajouter la population de Pont-Audemer et de Brionne, relevant du secteur 27 G 05, qui comporte plus de 63 000 habitants. La population desservie est ainsi de 156 000 habitants.

#### 4.3.1 L'unité d'admission « Dali »

L'unité Dali, unité d'admission du secteur, comprend **vingt-quatre lits**, répartis en quatre chambres à un lit et dix chambres à deux lits, et **deux chambres d'isolement** ; elle devrait être rattachée au « Pôle admission » à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2010.

La **porte de l'unité est ouverte** de 9h à 18h30.

Selon les informations recueillies, l'unité a pu être exceptionnellement fermée lorsqu'un patient présentait un risque élevé de fugue. Cette situation serait tellement rare que les soignants peuvent l'évoquer au cas par cas.

Le jour de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

- vingt-six patients – quinze hommes et onze femmes – étaient présents ;
- deux patients en HDT occupaient les chambres d'isolement ;
- un homme était en HO dans le cadre du 1<sup>er</sup> alinéa de l'article L 122-1 du code pénal, c'est-à-dire pour irresponsabilité pénale ; il n'était pas en chambre d'isolement ;
- dix patients étaient en HDT : six hommes et quatre femmes ;
- un patient était en sortie d'essai d'HO et aucun, en sortie d'essai d'HDT. Selon les informations recueillies, pour le patient en sortie d'essai d'HO, une levée de la mesure d'HO avait été demandée. Le préfet a proposé la désignation de deux experts psychiatres afin d'éclairer sa décision. Le premier a effectué très rapidement sa mission ; le second ne s'est jamais présenté ce qui empêcherait toute décision. Le médecin responsable du service n'avait eu aucune information de l'ARS sur ce dossier ;
- la plus longue hospitalisation libre avait débuté en septembre 2009 ;
- la plus longue hospitalisation en HO avait commencé en novembre 2009 ;
- le patient, le plus âgé avait 65 ans, le plus jeune, 16 ans. Les contrôleurs ont pu rencontrer ce jeune homme. Il a indiqué qu'il avait été admis dans un institut médico-professionnel de Dieppe (Seine-Maritime) alors que sa famille habite l'Eure. Il a précisé : « j'ai été très choqué lors des premières heures de mon arrivée par les malades autour de moi. Maintenant cela fait neuf mois que je suis là ; je vais à un atelier d'apiculture et de menuiserie. J'attends de pouvoir aller en famille d'accueil. J'ai réfléchi à la violence que j'avais en moi ». Il n'a suivi aucun cours depuis son admission en mars 2009. Selon les informations recueillies, il reçoit la visite d'éducateurs de l'aide sociale à l'enfance (ASE) qui l'emmènent chez sa mère ou au cinéma.

**Les locaux** de l'unité comprennent :

- la salle à manger équipée de six tables rondes, vingt-quatre chaises, huit fauteuils, une table basse, un poste de télévision protégé par une boîte en bois, dont la télécommande aurait disparu, des plantes vertes posées sur un meuble bas contenant des jeux de société et une horloge ; un office jouxte le réfectoire ;

- un WC séparé que l'on peut fermer à clé ;
- un hall d'entrée avec un « point phone » à cartes, protégé par une petite aubette ;
- une salle de détente comprenant deux tables rondes, treize fauteuils, un baby-foot, un poste de télévision recevant les chaînes de la TNT, dépourvu de télécommande, protégé par un écran en plexiglas et du bois sur les côtés, un ventilateur, une horloge.

Sur un tableau, sont affichées la note d'information de l'aumônerie catholique avec notamment l'indication de la messe du 24 décembre célébrée par l'évêque d'Evreux, la charte de la personne hospitalisée, et l'affichette de la visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté ;

- la salle de soins ;
- deux bureaux médicaux : l'un pour le psychiatre, l'autre pour le médecin généraliste ;
- la salle réservée aux fumeurs, d'une surface de 9,50 m<sup>2</sup>, ne contient aucun équipement hormis un cendrier. Un extracteur d'air a été supprimé ; un petit ventilateur est placé sur une fenêtre, dont l'ouverture est limitée par une chaînette ;
- la salle dédiée aux visites est dotée d'une porte permettant l'accès direct par l'extérieur. Elle est meublée de six fauteuils et décorée de deux tableaux ;
- une cour de grande dimension, entourée par des murs, contenant quelques arbres et de la pelouse. Elle est équipée d'une table de ping-pong, d'une aire de pétanque, de deux bancs en béton et, dans une zone située sous un abri, d'une grande et d'une petite tables et de chaises. Un coin est aménagé pour les fumeurs avec un cendrier. Cinq personnes s'y trouvaient lors du passage des contrôleurs.

Il est indiqué que l'accès est libre de 8h30 à 21h30.

**L'hébergement** est réalisé sur deux ailes : l'une pour les hommes avec six chambres à deux lits, une chambre individuelle et une chambre d'isolement, et l'autre pour les femmes avec sept chambres et une chambre d'isolement.

**L'aile des hommes** comprend :

- une salle de bains avec une baignoire séparée par une cloison du reste de la pièce où se trouvent un lavabo avec mitigeur, savon liquide, distributeur d'essuie-mains (vide), distributeur de gants (vide), une poubelle et une douche dont l'accès garantit l'intimité. Les patients peuvent effectuer leur toilette de 7h30 à 9h30 et de 17h30 à 18h30 ;
- la chambre individuelle fermée à clé, occupée lors de la visite par une jeune femme âgée de 17 ans sortant uniquement de sa chambre pour la toilette et les repas qu'elle prend à l'écart. Le jour de la visite des contrôleurs, elle a eu des gestes de violence à l'encontre du personnel soignant ;
- six chambres à deux lits ;

- la chambre n°15 mesure 3,80 m sur 3,10 m soit une surface de 11,80 m<sup>2</sup> ; elle est équipée de deux lits à armature métallique, de deux armoires, d'une table de chevet<sup>18</sup>, d'un tabouret, d'une armoire à deux portes de 1,70 m de haut et 0,90 m de large, d'une seconde armoire, de même hauteur et de 0,48 m de large, d'un plafonnier, d'un lavabo avec mitigeur, tablette, miroir, néon et porte-serviettes, de deux prises électriques, de deux liseuses situées au-dessus des lits. La pièce est dotée d'une fenêtre munie de double rideaux ;
- la chambre n°11 est meublée de manière identique à celle de la chambre n°15. Le mobilier inclut deux armoires identiques dont une partie est constituée d'étagères et l'autre d'une penderie. Sa porte comporte une partie vitrée opaque de 0,80 m sur 0,34 m et transparente sur 5 cm ;
- la chambre n°12 mesure 3,95 m sur 3,10 m soit une surface de 12,24 m<sup>2</sup>. Elle est dotée, comme certaines chambres d'un paravent qui sépare le lavabo du reste de la pièce ;
- la **chambre d'isolement** est équipée d'un lit métallique scellé au sol muni d'un matelas de 15 cm d'épaisseur fixé au lit, d'un radiateur intégré dans le mur entouré par une grille. La peinture mauve vient d'être refaite, le sol est carrelé. La pièce est dotée d'une double fenêtre : la première est métallique, la seconde est du même type que celle des chambres et elle dotée d'un barreaudage. Une climatisation, intégrée dans le plafond, est protégée. La pièce est éclairée par un plafonnier dont la commande se situe à l'extérieur et par une veilleuse qui reste allumée toute la nuit. Il n'existe pas de bouton d'appel.

Un seau hygiénique est placé dans la chambre de jour comme de nuit.

La porte est munie d'une serrure à trois points, d'une lucarne carrée de 0,30 m de côté et d'une barre de seuil pour éviter d'y passer un objet ;

- un local sanitaire comprenant une douche avec un siège, une rampe, du savon liquide, dont la porte peut être fermée, un WC sans abattant ni papier hygiénique avec porte munie d'un verrou, un lavabo et un vidoir servant pour les seaux ;
- un local pour le linge ;
- une bagagerie dans laquelle sont rangées les boîtes individuelles contenant les produits d'hygiène de chaque patient distribués au moment de la toilette : rasoirs, crèmes à raser, parfums... ;
- une salle d'activités de 3,15 m sur 2,60 m soit une surface de 8,20 m<sup>2</sup>. Elle est meublée d'une table et de chaises et sert à accueillir de petits groupes de deux

<sup>18</sup> La seconde table de chevet était en réparation.

à trois patients avec deux soignants. Un poste de radio est à la disposition des occupants de la pièce. Au moment de la visite, l'activité en cours était la préparation de la fête de Noël. Selon les informations recueillies, les activités sont réalisées en fonction de l'effectif du personnel soignant ;

- une salle d'esthétique, équipée d'un lavabo, d'une grande table et d'un fauteuil. Elle est utilisée pour des séances de massage ou de maquillage.

**L'aile des femmes** comprend également sept chambres et une chambre d'isolement :

- un local sanitaire comportant un lavabo avec mitigeur, tablette et miroir, un vidoir et trois WC individuels, sans abattant, dont les portes sont munies de verrous. Dans l'un des trois le papier hygiénique manque. Le détartrage, qui est fait tous les trois mois, avait été réalisé le jour de la visite des contrôleurs ;
- un bureau médical ;
- une salle de soins ;
- un bureau infirmier ;
- le local pour le linge sale ;
- la lingerie contenant des vêtements de récupération fournis par des dons de familles ou de soignants tant pour les hommes que pour les femmes. Ils sont rangés sur des rayonnages ;
- une salle d'eau comprenant trois ensembles clairement identifiés :
  - une douche à l'italienne avec rampe, fauteuil de jardin en plastique, un grand miroir, un meuble fixé au mur, un radiateur. La pièce est carrelée et dispose de deux patères ;
  - une douche à l'italienne avec savon liquide et rampe ;
  - un lavabo doté d'un miroir et de savon et deux patères.
- des chambres à deux lits :
  - la chambre n°8 mesure 4,80 m sur 3 m soit une surface de 14,4 m<sup>2</sup>. Elle est meublée de manière identique à ce qui a été décrit plus haut pour deux personnes avec une chaise et un paravent ;
  - la chambre n°5 mesure 4,30 m sur 3,90 m soit une surface de 16,77 m<sup>2</sup>.
- des chambres individuelles ;
  - la chambre n°2 mesure 3 m sur 2,75 m soit une surface de 8,25 m<sup>2</sup>. Elle est équipée d'un lit individuel et ne comporte pas de miroir en raison « du profil particulier de son occupant » ;
  - la chambre n°6 est occupée par une personne qui se rend tous les mardis de 9h30 à 16h30 au centre hospitalier général d'Evreux pour une chimiothérapie, accompagnée par un soignant ;

- une chambre d'isolement identique à celle située dans l'aile des hommes.

Les contrôleurs ont noté que les chambres situées côté jardin sont plus claires que celles donnant sous le passage abrité de circulation le long des bâtiments.

L'**effectif** du personnel comprend :

- le médecin-chef, présent ponctuellement, notamment pour la rédaction des certificats concernant les patients sous contrainte ;
- un psychiatre attaché présent tous les jours sauf le mardi ;
- un médecin généraliste effectuant des consultations les mardis, mercredis et jeudis ;
- le cadre supérieur de santé du secteur, présent en tant que de besoin ;
- un cadre de santé ;
- 13,30 ETP d'infirmiers dont 3 de nuit ;
- 9,80 ETP d'aides-soignants dont 2 de nuit ;
- 5 ASH ;
- 1,5 ETP d'assistante sociale sur le secteur : elles se rendent disponibles en fonction des besoins ; « leur présence dans l'unité est insuffisante » ;
- deux psychologues effectuant au total onze demi-journées sur l'unité.

D'après le personnel d'encadrement, pour faire fonctionner l'unité, il faut quatre soignants le matin, dont deux infirmiers présents dès 6h45 pour le passage des consignes et les soins, trois soignants l'après-midi, dont deux infirmiers jusqu'à 21h15, et une infirmière et un aide-soignant la nuit.

Chaque patient a un médecin référent qui le reçoit dans le bureau médical de l'unité. Les médecins ne sont pas installés au sein de l'unité : leurs bureaux se trouvent en face des locaux d'hospitalisation. C'est là que les familles sont reçues par le médecin.

Une réunion de synthèse a lieu tous les lundis de 13h30 à 15h.

Une réunion patients/soignants se tient un vendredi sur deux de 9h30 à 10h30. Différents thèmes y sont abordés tels que les repas, les activités ou les conditions d'accès à la salle fumeurs...

Selon les informations recueillies, dix patients de l'unité n'auraient pas leur place dans une unité dite d'admission. Actuellement la durée moyenne de séjour est de quinze jours.

Les patients sont admis dans l'unité après être passés par l'UIA.

Les patients portent leurs vêtements sauf en chambre d'isolement où ils sont mis en pyjamas et lorsqu'ils présentent un risque élevé de fugue « pour les protéger ».

Les téléphones portables sont conservés dans des boîtes bleues dans le bureau infirmier. Les patients peuvent en disposer de 15h à 17h et vont téléphoner où ils le souhaitent. Si un patient doit joindre une personne à une heure précise en dehors de ces horaires, il en a la possibilité.

Un « *point phone* » à cartes est à la disposition des patients dans l'unité. L'accès aux cartes téléphoniques est défini par le protocole établi par le médecin.

Les ordinateurs portables sont interdits dans l'unité. En les autorisant, le problème serait de « créer une distorsion entre les patients, de savoir où les ranger puisque les placards des chambres ne ferment pas à clé ».

Les soignants ne s'occupent pas du courrier sauf pour apporter leur aide aux patients par rapport aux courriers officiels.

Les patients peuvent fumer dans la cour intérieure ou dans la salle fumeurs qui n'est ouverte que le soir. La cour, bien que bénéficiant d'un éclairage, ne constitue pas un endroit sécurisé ; les soignants préfèrent que les fumeurs utilisent la salle fumeurs avec la fenêtre ouverte.

Selon les informations recueillies, les femmes admises dans l'unité bénéficient souvent d'un traitement contraceptif ; la question de rapports sexuels non consentis n'apparaît pas comme une préoccupation.

#### 4.3.2 Unité de long cours « Monet »

L'unité Monet constitue l'unité de long séjour du secteur G 01. Elle comprend **vingt-six lits et une chambre d'isolement**.

La porte est ouverte de 9h15 à 18h45.

Le jour de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

- vingt-sept patients y étaient hospitalisés : dix-huit hommes et neuf femmes ;
- un homme occupait la chambre d'isolement « portes ouvertes » dans la journée, l'isolement n'était pratiqué que la nuit ;
- aucun patient n'était hospitalisé en HO ;
- trois patients – deux femmes et un homme – étaient en HDT ;
- aucun patient n'était en sortie d'essai d'HO, une femme se trouvait en sortie d'essai d'HDT ;
- un patient est hospitalisé depuis 1982 ; cette hospitalisation d'abord en HO a été transformée en HL en 2008 ;
- le patient le plus âgé était une femme de 82 ans, le plus jeune, une femme de 25 ans

Le hall d'entrée comporte un panneau d'affichage où est apposée la charte de la personne hospitalisée.

Les locaux comprennent deux ailes : l'une réservée aux hommes et l'autre aux femmes.

L'aile réservée à l'hébergement des hommes comporte :

- huit chambres individuelles ; parmi elles quatre ne sont pas dotées de lavabo ; deux chambres sont fermées à la demande de leurs occupants hospitalisés en HL ;

- deux chambres doubles ;
  - la chambre n°10 mesure 3,60 m sur 3,30 m soit une surface de 11,90 m<sup>2</sup>. Elle est équipée de deux lits sans roulettes, séparés par une distance de 28 cm, d'une table de chevet, de deux chaises, de deux armoires fermées à clé – l'une de 1,80 m de haut, 0,50 m de profondeur et 0,97 m de large et la seconde de mêmes hauteur et profondeur et de 0,57 m de large - d'un radiateur, d'un lavabo distribuant de l'eau chaude et froide avec tablette, miroir et néon. La pièce est dotée d'un plafonnier, d'une veilleuse de nuit et d'un détecteur de fumée. La fenêtre est munie d'une chaîne et d'un volet roulant dont la tringle est conservée dans l'issue de secours ;
  - la chambre n°11 mesure 3,50 m sur 3,30 m soit une surface de 11,55 m<sup>2</sup>. Elle dispose notamment de deux lits installés chacun contre un mur, de deux tables de chevet, de deux armoires de 1,70 m de haut, 0,78 m de large et 0,52 m de profondeur et d'une chaise ;
- un bureau médical ;
- le bureau des infirmiers ;
- le local de nettoyage ;
- un bureau d'entretien ;
- une salle de bains équipée d'une baignoire, servant de vidoir pour quatre seaux de nuit se trouvant dans des chambres, de trois patères et d'une douche. La peinture murale est couverte de cloques dues à l'humidité ;
- une salle d'eau comprenant :
  - dans l'entrée, un lavabo et une armoire contenant les affaires de toilettes des patients ;
  - sur la gauche, en entrant, dans un local fermé, une douche avec un distributeur de savon liquide et deux patères ;
  - au fond, dans pièce séparée, une douche dotée d'une chaise de jardin pour permettre au patient de prendre sa douche assis, un lavabo avec mitigeur, tablette et miroir. Les murs sont carrelés ; les joints du sol sont moisis ;
- les deux chambres doubles :
- une salle de télévision dont le poste, protégé par un écran de plexiglas et un encadrement en bois est installé sur une tablette fixée au mur. Il n'y a pas de télécommande. La pièce est meublée de onze fauteuils et d'une chaise. Le papier mural est arraché sur une partie de la pièce ;
- une salle de détente équipée de trois tables rondes, de chaises, d'une horloge, de deux meubles bas contenant des jeux de société, d'un baby-foot avec une balle, d'un poste de télévision avec six fauteuils et d'une table basse. Une porte donne accès sur le jardin intérieur fermé ;

- le parc intérieur où pousse un saule-pleureur, est équipé d'une tonnelle où sont disposées en été des meubles de jardin, de cinq bancs en béton et d'un cendrier. Au-dessus du perron, un abri protège des intempéries ; des chaises y sont installées ;
- un WC pour les hommes et un pour les femmes, (munis de papier hygiénique), séparés et pouvant être fermés de l'intérieur avec deux lavabos dotés d'un mitigeur et de savon liquide ;
- la salle à manger, meublée de six tables à quatre places et de deux tables à deux places. Le plan de table est apposé dans la pièce. Les menus ne sont pas affichés ;
- une salle d'activités, équipée de deux tables de ping-pong avec une balle, de deux vélos d'appartement, de matériel de peinture. C'est dans cette pièce que se déroulent les activités : chant, arts plastiques : la prochaine séance a lieu le vendredi 19 novembre et en fonction des disponibilités des soignants ;
- une salle d'accueil des familles, créée par transformation de l'ancienne pièce réservée aux fumeurs. Elle est meublée de trois fauteuils, de deux chaises et d'une table basse. Selon les informations recueillies, elle est peu fréquentée car l'odeur du tabac imprègne encore le lieu, comme l'ont constaté les contrôleurs. Les familles préféreraient se rendre au réfectoire ou dans la chambre de leur proche ;
- l'issue de secours, encombrée de chariots et de sièges.

**L'aile réservée à l'hébergement des femmes comprend :**

- huit chambres : sept chambres à deux lits et une chambre individuelle ;
- un bureau médical ;
- un local sanitaire comprenant un vidoir, un urinoir, un lavabo avec savon liquide et essuie-mains, trois WC séparés dotés de verrous intérieurs. Les contrôleurs ont constaté que, du fait de la distance de 20 cm existant entre le bord de la cuvette et la porte, celle-ci devait demeurer ouverte ;
- la salle de soins ;
- la chambre d'isolement dont la porte reste ouverte. Il est indiqué qu'elle est utilisée comme une chambre « classique ». Elle est meublée uniquement d'un lit fixé au sol ;
- une salle d'eau comportant deux douches à l'italienne, dont une est équipée d'un siège, deux patères, une chaise et un lavabo. Le local est carrelé jusqu'à mi-hauteur. Les contrôleurs ont constaté qu'il faut attendre un certain temps pour obtenir de l'eau chaude.

Les patients sont admis dans cette unité soit directement en provenance de l'UIA, soit après un séjour dans l'unité d'admission « Dali ».

Selon les informations recueillies, sur vingt-six patients, seize seraient « inadéquats » à la structure d'hospitalisation. Il est indiqué qu'une « mesure de protection juridique étant nécessaire à l'obtention d'un placement dans une structure sociale ou médico-sociale et du fait du délai lié à la mise en œuvre de cette mesure, les placements ne pourraient être mis en œuvre rapidement. De plus, une fois que les personnes ont séjourné longtemps en psychiatrie, elles sont « étiquetées psy » et ne sont plus admises dans les maisons de retraite ». Parmi les seize patients « inadéquats » :

- dix patients relèveraient d'une maison de retraite ;
- quatre seraient susceptible de bénéficier d'un foyer occupationnel ;
- deux pourraient être placés dans une famille d'accueil.

**L'effectif du personnel** de l'unité comprend :

- le praticien hospitalier, chef de secteur, présent sept demi-journées par semaine ;
- une psychologue présente le mardi ;
- une assistante sociale du secteur présente en fonction des besoins et de ses disponibilités ;
- un infirmier, faisant fonction de cadre de santé ;
- 11,5 ETP d'infirmiers, dont 2,5ETP de nuit ;
- 10 aides-soignants dont 2 de nuit ;
- 1 aide médico-psychologique ;
- 5 ASH.

D'après le personnel d'encadrement, pour faire fonctionner l'unité, il faut trois soignants dont un infirmier le matin de 6h45 à 14h45 et l'après-midi jusqu'à 18h45 ; de plus un infirmier exerce son activité de 8h à 20h (« en douze heures »). Selon les informations recueillies, la charge de travail liée au profil des patients serait lourde et plus difficile qu'auparavant où les effectifs étaient plus importants.

Les **activités thérapeutiques** ne peuvent être proposées aux patients que ponctuellement en fonction de l'effectif du personnel soignant :

- une activité « chant » proposée par une AMP en poste à l'unité intersectorielle de long cours (UILC) ;
- un atelier d'art plastique animé par un intervenant extérieur toutes les trois semaines ;
- quelques sorties programmées : piscine, cinéma, bowling ... Il arrive qu'elles soient annulées ou qu'un soignant revienne sur un temps de repos pour éviter de la supprimer ;
- la dernière sortie à Paris a concerné douze patients qui sont allés visiter le musée Grévin ;

- des séjours thérapeutiques : un en 2008, deux en 2009, aucun en 2010 ; avant 2008, il n'y en avait pas eu durant dix ans.

Selon les informations recueillies, la vie de l'unité tourne autour du **tabac**. La gestion des paquets de cigarettes a été décrite comme « difficile ». Les patients peuvent fumer dans la journée, dehors, dans le parc. La salle fumeurs a été transformée en salon de visites. La nuit jusqu'à 23h, un patient peut être accompagné dehors pour fumer.

Les patients les moins autonomes font leur toilette à partir de 7h30, ceux qui peuvent prendre seuls leur douche le font entre 17h et 17h30.

Le petit déjeuner a lieu à lieu de 8h30 à 9h30 ; le déjeuner se prend en un service à 12h ; le dîner se fait parfois en deux services avec quinze minutes de décalage car certains patients commencent plus tôt leur repas.

Les contrôleurs ont constaté que la porte des chambres était fermée dans la matinée : selon les informations recueillies, ceci permettrait d'effectuer le nettoyage des locaux et éviterait que les patients ne passent trop de temps dans leurs chambres.

Une réunion de synthèse a lieu tous les vendredis à 13h45. On y aborde la situation de tous les patients et de manière approfondie celle de l'un d'entre eux.

Sur vingt-six patients, dix reçoivent des visites, autorisées de 14h à 19h et partent en permission dans leurs familles. Tous sortent seuls dans le parc.

Il n'existe pas de cabine téléphonique dans l'unité. Les téléphones portables sont conservés dans le bureau infirmier et les patients peuvent consulter leur messagerie de 15h à 17h. Au moment de la visite, aucun patient ne possédait de téléphone portable.

Les patients peuvent utiliser le téléphone du service, « s'il s'agit d'un coup de fil thérapeutique ».

Beaucoup de traitements « si besoin » sont prescrits car « le psychiatre préfère cette solution à la prescription d'un psychiatre de garde qui ne connaît pas le patient ».

La contraception proposée aux patients se fait sous forme d'implants.

L'**activité** du secteur G 01: unité d'admission Dali et unité de long cours Monet, soit cinquante lits, peut se retracer dans le tableau suivant :

	2005	2006	2007	2008	2009
Journées	18 244	18 814	18 756	18 680	19 121
Nombre d'entrées	304	273	342	367	418 (+13,89 %)
Taux d'occupation	NR	NR	102,77 %	102,36 %	104,77 %
Durée moyenne de séjours en jours	NR	NR	48,22	45 ,45	41,66

### 4.3.3 L'unité intersectorielle de long cours (UILC)

L'UILC, rattachée administrativement au secteur G 01, accueille des patients de tous les secteurs présentant une lourde pathologie psychiatrique ayant entraîné une impossibilité à s'intégrer durablement dans un quotidien en dehors du CHS.

L'unité comprend **vingt-cinq lits**, trois lits « gelés »<sup>19</sup> et **une chambre d'isolement**.

Les lits se répartissent en treize chambres individuelles et six chambres à deux lits.

Le jour de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

- vingt-cinq patients y étaient hospitalisés : quinze hommes et dix femmes ;
- la chambre d'isolement était occupée par un patient en HDT ;
- un patient était hospitalisé en HDT, aucun en HO.

Lorsqu'une place se libère, l'admission d'un patient se fait sur proposition des quatre secteurs de psychiatrie adulte et l'examen de son profil par rapport à une admission à l'UILC ou vers une structure médico-sociale.

En 2009, cinq patients ont quitté définitivement l'unité :

- deux ont été admis dans une maison de retraite ;
- un a été placé dans une MAS ;
- un a intégré un appartement à Evreux et est pris en charge en hôpital de jour ;
- un a été placé en famille d'accueil à proximité du domicile de sa sœur.

En 2009, six patients ont été admis définitivement à L'UILC :

- trois patients du secteur G 01 ;
- deux patients du secteur G 03 ;
- un patient du secteur G 02.

Selon les informations recueillies, depuis dix ans, aucun patient n'est revenu au CHS à la suite d'une orientation à partir de l'UILC.

**La porte de l'unité est ouverte** de 9h15 à 20h30-20h45, heure de la dernière cigarette.

Les **locaux** de l'UILC, qui occupent deux niveaux, aux 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> étages, comprennent plusieurs zones.

A l'entrée, au 1<sup>er</sup> étage, on trouve :

- un hall dans lequel un vestiaire doté de casiers est utilisé par les patients pour y déposer leurs chaussures, leurs chaussons et des vêtements ; ils peuvent ainsi de se changer à toute entrée et sortie de l'unité ;

<sup>19</sup> Lits en place pouvant être mis en service si nécessaire, non inclus dans le total des lits disponibles.

- un « salon famille », accessible à partir du hall, mesurant 3,40 m sur 3 m soit une surface de 10,2 m<sup>2</sup>. La pièce est meublée d'une table ronde, de trois fauteuils, de trois chaises. Les visiteurs et les patients ont accès à un local sanitaire propre avec WC et lavabo doté de savon.

Après l'entrée, dans une première partie, sont implantés des locaux de vie commune :

- une salle de télévision, qui jouxte l'entrée, équipée de onze fauteuils ;
- une salle d'activités (96m<sup>2</sup>), équipée de trois tables rondes, de douze chaises, de huit fauteuils, d'un billard et d'un baby-foot ;
- un local sanitaire comprenant deux WC dont un pouvant accueillir un fauteuil roulant, deux urinoirs et un lavabo, en accès libre ;
- la salle à manger, comportant une grande table où tous les patients sont installés. Un plan de table, défini par les soignants, tient compte des affinités des personnes et de problèmes spécifiques, tels que les patients susceptibles de faire des fausses routes ou ceux qui sont potomanes<sup>20</sup>, placés ensemble.

Un office jouxte le réfectoire. Sept tables rondes et une horloge composent le mobilier avec les chaises correspondantes ; lors de la visite, la pièce commençait à être décorée pour Noël ;

- les bureaux des personnels soignants ;
- le bureau médical ;
- une salle de télévision, équipée de trois fauteuils. La télécommande est accessible sur demande. Implantée près du bureau médical, cette pièce est notamment fréquentée par des patients attendant l'arrivée du médecin ;
- une salle d'activités, occupant la pièce anciennement dédiée aux fumeurs. Selon les informations recueillies, ce local a été inutilisé pendant un an avant de changer d'affectation.

Dans une aile constituant une deuxième partie, sont en place des locaux principalement dédiés à l'**hébergement** :

- six chambres individuelles : chacune mesure 3,40 m sur 3 m soit une superficie de 10,2 m<sup>2</sup>. Elle est équipée d'un lit sur pied, d'une armoire, d'une table de chevet, d'une chaise, d'un lavabo et d'une prise électrique. La pièce est éclairée par un plafonnier et par une veilleuse murale. La porte de la chambre, munie d'un oculus, est fermée ou ouverte selon la demande du patient. La pièce dispose d'une fenêtre barreaudée ;
- une autre chambre individuelle, d'une surface de 9,60 m<sup>2</sup>, disposant du même équipement ;

---

<sup>20</sup> Malades ayant l'habitude de boire souvent de grandes quantités de liquides.

Les contrôleurs ont observé que, dans une chambre individuelle, le lavabo était situé dans un espace clos construit spécialement pour empêcher l'accès à l'eau d'un patient potomane. Le bouton d'éclairage est installé à l'extérieur.

- trois chambres à deux lits, chacune mesurant 3,50 m sur 3 m soit une surface de 10,5 m<sup>2</sup> et comporte deux armoires, deux tables de chevet, deux chaises, deux lampes de chevet fixées au mur et un lavabo ;
- la chambre d'isolement présente le même équipement que celui de la chambre décrit *supra*, hors le lavabo et la chaise. Elle est climatisée ;
- un local sanitaire de 9 m<sup>2</sup> comprenant un lavabo doté d'un miroir et d'une rampe et deux WC séparés à fermeture intérieure ;
- une salle d'eau dont la porte est coulissante le long du mur, comportant trois douches à l'italienne mesurant chacune 1,65 m sur 1,20 m ; une d'elles est dotée d'un siège et de deux barres d'appui. Le local comprend également un lavabo avec tablette, miroir, néon et trois placards où sont rangées les affaires de toilette de chaque patient sur une étagère portant son nom ;
- le bureau infirmier ;
- la salle de soins.

On accède au deuxième étage par un ascenseur ou un escalier. La hauteur sous plafond à ce niveau est de 3,20 m. On y trouve :

- sept chambres individuelles ;
- trois chambres à deux lits ;
- une salle de bains mesurant 3,50 m sur 3,20 m soit une surface de 11,2 m<sup>2</sup>, comportant une baignoire, deux douches, dont le bac est situé à 0,25 m de haut, protégées par un rideau, une troisième douche hors d'usage et un lavabo doté d'une tablette, d'un miroir et d'un néon ;
- une salle d'eau comprenant deux douches à l'italienne dotées de rideaux, un lavabo et un placard servant à ranger les affaires de toilette des patients ;
- deux WC et un lavabo.

**L'effectif du personnel** de l'unité comprend :

- un psychiatre praticien hospitalier référent ;
- un médecin généraliste assurant des consultations trois après-midi par semaine ;
- un cadre de santé ;
- neuf infirmières dont deux de nuit ;
- quinze aides-soignants ;
- quatre aide-médico-psychologiques (AMP) dont une en formation ;
- cinq ASH, sur six budgétés.

D'après le personnel d'encadrement, pour faire fonctionner l'unité, il faut trois personnes dont un infirmier le matin à partir de 6h45, cinq personnes, dont un infirmier de 7h30 à 19h45 et trois après 19h45. Pour assurer le dîner, il faut la présence de quatre soignants. La nuit, un infirmier et une aide-soignante ou une AMP assurent la continuité des soins.

Les soignants entendus par les contrôleurs ont évoqué « leur solitude ».

Une réunion de synthèse a lieu tous les mercredis.

Le médecin référent assiste aux transmissions qui ont lieu de 13h30 à 14h30 et en profite pour traiter une situation.

Trois fois dans l'année, l'équipe de l'UILC de jour est réunie avec celles de nuit de l'ensemble du secteur G 01.

Il n'existe pas de « *point phone* » dans l'unité afin que les patients utilisent celui situé à proximité de la cafétéria.

Les patients déposent leurs téléphones portables dans le bureau des soignants. Ceux-ci s'occupent de les recharger. Il est conseillé de ne pas les utiliser au sein du service afin de préserver l'intimité des patients qui pourrait être atteinte avec les photographies prises au moyen de certains appareils téléphoniques.

Les visites se déroulent dans le salon familles. Selon les informations recueillies, peu de familles viennent régulièrement. Lors de l'admission, la famille peut visiter la chambre, si elle le souhaite ; cependant par la suite les rencontres ne s'y déroulent pas.

Les patients bénéficient pratiquement tous de protection juridique.

Le courrier n'est jamais ouvert ni à l'arrivée, ni au départ. Il arrive que les soignants apportent leur aide aux patients à leur demande, pour la lecture d'un courrier officiel.

Les activités proposées aux patients sont les suivantes :

- activité « sport adapté », menée par un aide-soignant formé. Trois disciplines sont concernées : ping-pong, athlétisme et natation. Les entraînements ont lieu deux fois par semaine. Des rencontres sportives ont lieu. Une convention a été signée en 2008 avec la fédération sportive du sport adapté ;
- activité chant animée par une AMP en formation. Elle a lieu deux fois par mois et se termine par la préparation d'un gâteau à la cuisine ;
- la pratique du judo pour deux patients ;
- activité « jardin » où les patients cultivent divers légumes : salades, radis... « on mange les radis du jardin ».

Des séjours de vacances sont organisés l'été et entre Noël et le jour de l'An.

En 2010, vingt-trois patients sont partis pour des séjours d'une à trois semaines selon leurs moyens financiers et leurs capacités d'adaptation.

Vingt en ont bénéficié en 2009. Selon les informations recueillies, un patient a dû revenir prématurément du fait de son comportement violent avec des animateurs. Pour Noël 2010, trois ou quatre séjours sont prévus alors que six l'étaient en 2009.

Au moment de la visite, cinq patients étaient installés sur deux tables de la salle d'activités, occupés à des jeux de société. Une affiche indique que les téléphones portables sont utilisables de 15h à 16h dans le bureau infirmier et de 15h à 17h à l'extérieur.

L'activité de l'UILC peut être retracée dans le tableau suivant :

	2005	2006	2007	2008	2009
Journées	10 199	10 560	10 971	10 875	11 131
Nombre d'entrées	61	127	70	132	133 dont 31 sous contrainte
Durée moyenne de séjour en jours	NR <sup>21</sup>	NR	110,82	71,08	71,35
Taux d'occupation	NR	NR	100,19 %	99,32 %	101,65 %

#### 4.4 Le secteur 27 G 02

Le secteur 27 G 02 correspond à une zone géographique comprenant les cantons d'Evreux-Ouest, Breteuil, Conches-en-Ouche, Damville et Verneuil-sur-Avre, correspondant à 76 000 habitants et les patients relevant du secteur de Bernay (secteur G 05), soit une population d'environ 38 000 habitants. Le secteur dessert ainsi 114 000 habitants.

Le secteur comprend une unité d'admission dite « unité 2A » et une unité de long cours dite « unité 2C ».

##### 4.4.1 L'unité d'admission dite « unité 2A »

L'unité se trouve au rez-de-chaussée. Elle est **fermée**.

Le jour de la visite des contrôleurs, cette unité comprenait :

- **vingt-cinq lits, un « lit de camp » supplémentaire et une chambre d'isolement.** Selon les informations recueillies, ce lit a été utilisé durant 185 jours en 2009 ;
- vingt-sept patients hospitalisés : quatorze hommes et treize femmes ;
- un jeune homme mineur lors de son hospitalisation en HL le 22 décembre 2009 et placé depuis lors dans la chambre d'isolement ;
- deux hommes étaient hospitalisés en HO ;
- deux hommes et deux femmes étaient hospitalisés en HDT ;
- aucun patient ne bénéficiait de sortie d'essai ni en HO, ni en HDT ;

<sup>21</sup> NR : non renseigné

- la plus longue hospitalisation concernait un patient en HL depuis 1291 jours ;
- la plus longue hospitalisation sous contrainte concernait un patient en HO depuis 820 jours ;
- le patient le plus âgé avait 85 ans, le plus jeune, 18 ans.

**Les locaux** de l'unité d'admission comprennent :

- deux bureaux médicaux dont un comporte une double porte ce qui assure une confidentialité aux entretiens ;
- une salle de soins avec la pharmacie ;
- dix chambres à deux lits ;
  - la chambre n°7 mesure 3,66 m sur 3,43 m soit une surface de 12,55 m<sup>2</sup>. Elle est équipée de deux lits individuels en bois, sur roulettes, munis chacun d'une liseuse située au-dessus, de deux placards mesurant chacun 1,65 m de haut, 0,60 m de large et 0,45 m de profondeur avec une partie penderie et l'autre constituée de trois étagères de 0,27 m de large, de deux chaises, de deux tables de chevet comportant un tiroir, d'un radiateur, de deux prises électriques. La pièce est dotée d'un lavabo de 0,56 m sur 0,43 m - avec mitigeur- muni d'une tablette de 0,60 m sur 0,15 m, d'un néon, d'un porte-serviettes, d'un miroir de 0,54 m sur 0,39 m et d'une poubelle, séparé par un paravent du reste de la chambre. La lumière provient d'une fenêtre avec rideau de 1,65 m de haut et de 1,24 m de large qui ne s'ouvre qu'avec une clé détenue par un soignant et d'un plafonnier. Le sol est carrelé, les murs sont peints ;
  - La chambre n°11 mesure 3,34 m sur 2,54 m soit une surface de 8,48 m<sup>2</sup>. Elle comporte le même équipement que celui de la chambre n°7 ;
- cinq chambres à un lit ;
  - la chambre n°10, d'une surface de 6,22 m<sup>2</sup>, a le même équipement pour une personne qu'une chambre à deux lits ;
  - la chambre n°16, dotée en plus d'un lit de camp de 1,86 m sur 0,80 m. Cette pièce est meublée de deux tables de chevet, d'une armoire et d'une chaise. Seul le lit « normal » dispose d'une liseuse. Certains vêtements du patient « supplémentaire » sont posés sur le dessus du placard et d'autres en équilibre sur la porte ; les autres sont déposés dans un placard situé à l'extérieur de la chambre, dans un local de nettoyage ;

Les patients ne peuvent pas s'enfermer dans leurs chambres.

- **la chambre d'isolement** est équipée d'un lit métallique fixé au sol, d'un radiateur intégré dans le mur, d'une climatisation et d'un seau. Il n'existe pas de bouton d'appel. La chambre est dotée d'une double fenêtre, qui ne s'ouvre pas, et de

barreaux, d'un plafonnier à commande extérieure. La porte, d'une largeur de 0,82 m est munie d'une lucarne carrée de 0,36 m de côté avec une visibilité réduite à 5cm et d'une serrure à trois points. Le jeune patient qui s'y trouve dispose de draps et d'un oreiller ; il a avec lui une peluche et écoute de la musique avec son MP3. Selon les informations recueillies, il est hospitalisé **en HL** depuis décembre 2009, sa famille vient le voir tous les deux jours et il bénéficie de permissions de week-end tous les quinze jours dans sa famille.

Dans le couloir, en face de la chambre d'isolement, une horloge est visible si le patient ne fait pas l'objet d'une contention.

- le bureau des infirmiers ;
- la salle à manger meublée de six tables rectangulaires de 1,20 m sur 0,80 m, de quatre tables rondes de 1,17 m de diamètre et de vingt-huit chaises. Un poste de télévision, trois fauteuils et une horloge complètent l'équipement de cette pièce. Un office jouxte le réfectoire ;
- un WC pour les patients sans abattant avec papier hygiénique et lavabo ; le distributeur d'essuie-mains est vide ; une affiche invite à respecter l'hygiène des mains ;
- une salle de bains dotée d'une douche à l'italienne avec une porte qui se ferme à clé, d'un lavabo et équipée d'une baignoire de 1,60 m sur 0,70 m, d'une chaise, de deux patères, d'un porte-savon et d'une rampe. Le sol de la pièce est carrelé et selon les informations recueillies serait peu adapté aux patients car glissant. Les murs sont revêtus de carrelage jusqu'à une hauteur de 2 m. Le plafond est abîmé du fait de l'humidité ;
- deux douches à l'italienne, équipées chacune d'un strapontin, d'une armoire-miroir fermée à clé contenant les produits de toilette des patients, d'une rampe, de deux patères, d'un lavabo avec distributeur de savon liquide.
- une salle de vie, équipée d'une table ronde de 1,14 m de diamètre, d'une table de ping-pong, d'un baby-foot, d'un meuble bas où sont notamment rangés les raquettes de ping-pong, les balles, des jeux de société, de quatre chaises, de trois fauteuil relax, d'un radiateur, de deux fenêtres dépourvues de rideaux<sup>22</sup> et d'une pendule. Seul un tableau décore les murs ;
- une pièce comporte un meuble avec un poste de télévision de 0,80 m protégé par une plaque de plexiglas, sept fauteuils relax, une table basse, un radiateur, une fenêtre dépourvue de rideau ;
- trois WC patients, sans abattant avec papier hygiénique, où les patients peuvent s'enfermer ; les soignants disposent d'un passe au cas où ils devraient intervenir ;
- une salle « fumeurs » d'accès libre de 7h à 21h, meublée de dix fauteuils et d'une table basse. La fenêtre reste ouverte en permanence. Il n'existe pas d'extracteur

<sup>22</sup> Selon les informations recueillies, les rideaux étaient partis à la blanchisserie aux fins de lavage.

d'air. L'odeur de tabac est prégnante. Trois cendriers sont à la disposition des patients ;

- un « salon famille », dont l'accès est également possible directement par l'extérieur, est équipé de trois fauteuils relax, de deux chaises, d'une table basse et d'un radiateur. Les murs sont peints en jaune. Les patients et les visiteurs ont à leur disposition un WC situé dans le couloir d'accès ;
- une bagagerie où se trouvent une armoire impossible à placer dans une chambre trop exiguë et des rayonnages sur lesquels sont inscrits les noms des patients. Y sont disposés des sacs de voyage et divers vêtements ;
- un local pour le linge propre avec un rayonnage dédié à celui des hommes comportant des pulls, des chemises, des tee-shirts, et un autre à celui des femmes avec des robes de chambre et des pyjamas. Sur une table sont posés des sous-vêtements. Selon les informations recueillies, les vêtements proviendraient de dons d'associations caritatives et d'agents du personnel. Ces vêtements sont fournis aux patients « en dépannage », dans l'attente que les familles apportent du linge ;
- une cour intérieure clôturée de grande surface, accessible aux patients de 8h à 21h, équipée de deux salons de jardin avec quinze chaises, de deux bancs, d'un barbecue, d'un cendrier, d'une poubelle. Elle est accessible par deux marches ou par une rampe permettant aux personnes à mobilité réduite de s'y rendre. Un auvent situé au-dessus du perron, abrite des intempéries.

**L'effectif du personnel soignant** de l'unité comprend :

- un cadre supérieur de santé pour l'ensemble du service intra et extra hospitalier ;
- trois secrétaires pour les deux unités « 2A » et « 2C » ;
- un cadre de santé ;
- douze infirmiers de jour, quatre de nuit ;
- quatre aides-soignants ;
- six ASH ;
- quatre praticiens hospitaliers : chacun passe quatre matins sur cinq ;
- un médecin associé qui passe quatre matins sur cinq ;
- une psychologue présente quatre jours sur cinq ;
- une assistante sociale qui vient « en fonction des besoins » ;
- un médecin généraliste qui effectue des consultations trois demi-journées par semaine, les lundis, mercredis et vendredis.

Tous les jours une réunion de transmissions de 13h30 à 14h30 permet de faire le point sur la situation de tous les malades présents.

Il n'existe pas de réunion de synthèse.

Tous les mois une réunion soignants/soignés est programmée un jeudi à 13h30 mais sa date n'est pas arrêtée, étant conditionnée par les effectifs de soignants disponibles.

Le temps de chevauchement entre les équipes du matin et d'après-midi est mis à profit pour prendre des rendez-vous extérieurs pour les patients et les accompagner dans leurs démarches.

La politique médicale est de ne pas mettre en œuvre d'activités du fait de la courte durée de séjour des patients dans l'unité : la durée moyenne de séjour y est de vingt-sept jours. Les patients peuvent cependant bénéficier des activités proposées par l'atelier thérapeutique.

Sur les vingt-sept patients hospitalisés le jour de la visite des contrôleurs, vingt-cinq avaient le droit de sortir dans le parc du CHS selon certaines conditions de temps définies par le médecin ; tous peuvent aller dans la cour intérieure de l'unité.

Les visites sont autorisées dès le début de l'hospitalisation.

Selon les informations recueillies, très peu de patients souhaitent se rendre à la messe. Si les effectifs le permettent, un soignant peut les y accompagner.

Les patients peuvent disposer de leurs téléphones portables mais pas de leurs chargeurs qui sont rangés dans la salle de soins, du fait du risque présenté par le cordon d'alimentation. Les soignants rechargent les batteries des appareils.

Les patients peuvent utiliser un téléphone sans fil de l'unité à partir de 14h30. Un autre poste est dédié aux appels extérieurs. Ils peuvent l'emporter dans leur chambre afin de parler en toute confidentialité.

Le courrier arrive et part tous les jours du lundi au vendredi à 11h. Il n'est vérifié à aucun moment. Une assistante sociale peut aider les patients pour les courriers officiels.

Les patients peuvent garder leur ordinateur portable à condition de justifier auprès du médecin de cette nécessité. Un patient était dans ce cas lors de la visite. Il n'avait pas accès à la wifi mais pouvait utiliser une clé 3G.

Les draps sont changés en fonction des besoins des patients et au moins deux fois par semaine. Il n'existe pas de machine à laver dans l'unité : tout le linge est envoyé à la blanchisserie dans des sacs au nom du patient.

Selon les informations recueillies, les patients peuvent prendre leur douche de 7h à 10h30 et de 17h30 à 20h, mais l'accès serait possible à la demande du patient dans certains cas. Certains gèrent seuls leur toilette, d'autres sollicitent l'aide du personnel. Les rasoirs sont donnés aux patients le temps de la toilette et sont rangés ensuite dans l'armoire fermée.

Les menus de la semaine en cours et de la suivante sont affichés sur un panneau. Les repas ont lieu de 8h à 8h30, de 12h à 13h, à 16h et de 19h à 19h30.

Dans le local sanitaire situé à proximité du salon des visites, les contrôleurs ont constaté la présence de deux vélos appartenant à des patients : un patient en HDT en a fait l'acquisition durant son séjour et l'autre l'a rapporté de son domicile. Les deux patients ont commencé par faire des promenades dans le domaine puis ont pu progressivement sortir du CHS et se rendre en ville.

Selon les informations recueillies, il arrive que des soignants viennent travailler dans l'unité sur leur temps de repos afin de ne pas annuler une activité dont ils connaissent l'importance pour un patient. Il a été indiqué aux contrôleurs la difficulté d'annoncer à un patient qu'il sera accompagné à un rendez-vous extérieur avec un psychologue, mais que, faute de temps du fait du manque d'effectifs, le soignant le laissera sans assister à l'entretien.

**Les soignants sont apparus aux contrôleurs très impliqués dans les prises en charge des patients mais paradoxalement démotivés par l'accumulation de difficultés rencontrées pour leur mise en œuvre.**

#### 4.4.2 L'unité de long cours dite « unité 2C »

Il s'agit d'une unité située dans un angle en diagonale du bâtiment administratif. Elle comporte trois parties dont deux occupent une partie des deux côtés du rectangle formant l'édifice du CHS et l'autre en forme de rotonde. Elle comprend **vingt-cinq lits et deux chambres d'isolement.**

Y sont admis des patients psychotiques chroniques ou ayant présenté une psychose infantile. Le dernier patient admis dans l'unité le 7 octobre 2010 présente un « état anxio-dépressif ». Il attendait l'ouverture de l'unité spécifique pour patients anxio-dépressifs prévue le 22 novembre 2010.

Généralement, les admissions se font en provenance de l'unité « 2A ». Cependant deux admissions directes ont eu lieu la nuit car des lits étaient vacants : un patient était hospitalisé au CHIES et l'autre était en permission de sortie.

Selon le plan de rénovation du CHS, cette unité doit être détruite en avril 2012. Selon les déclarations faites aux contrôleurs, « ce serait le pire service du CHS, mais il y a une bonne équipe et beaucoup d'activité ; les étudiants en soins infirmiers veulent y venir en stage ».

Le jour de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

- vingt-sept patients étaient hospitalisés : dix-sept hommes et dix femmes ;
- les deux chambres d'isolement étaient occupées par deux patients dont **l'un en HL**, âgé de 19 ans ;
- trois hommes étaient en HO, une femme en HDT ;
- aucun patient ne se trouvait en sortie d'essai d'HO ou d'HDT ;
- la durée d'hospitalisation la plus longue concernait un patient en HO depuis vingt-six ans ;
- le patient le plus âgé avait 80 ans, le plus jeune, 18 ans.

**Les locaux** comprennent :

- treize chambres individuelles comparables ; parmi celles-ci, la chambre n°13 est meublée d'un lit avec liseuse, d'une étagère, d'un radiateur, d'un lavabo dont la tablette et le miroir sont cassés. Du fait de l'absence de placard, des vêtements sont posés sur le radiateur. L'armoire correspondant à cette chambre est située dans le salon de coiffure. Un plafonnier et un détecteur de fumée complètent l'équipement de la pièce ;

- six chambres à deux lits similaires ; ainsi, la chambre n°19 est équipée de deux lits sur roulettes, d'une table de chevet, de deux étagères de 0,82 m sur 0,52 m, installées au-dessus du lit ainsi que des liseuses, de deux armoires fermées à clé de 1,95 m de haut, 1m de large, 0,59 m de profondeur avec une partie penderie et l'autre, trois étagères, d'une chaise, d'une poubelle, d'un lavabo avec tablette, miroir de 0,54 m sur 0,34 m, néon et porte-serviettes. Les murs sont peints en orange et sont propres. Au plafond se trouvent un détecteur de fumée et une applique. La pièce dispose de cinq prises électriques dont une située au niveau du miroir du lavabo. La porte de la chambre, de 0,93 m de large, est dotée d'un oculus de 0,30 m sur 0,14 m ;

Un clignotant rouge est installé sur le mur devant chaque chambre. Il a été indiqué qu'il permettrait de signaler un problème d'incendie dans la chambre.

- **deux chambres d'isolement ;**

Chaque chambre mesure 4 m sur 3 m soit une surface de 12 m<sup>2</sup>.

- la première est équipée d'un lit classique sur roulettes, d'une chaise, d'une armoire à deux portes, d'une étagère, d'une prise électrique et d'un **pot de chambre**. La pièce est dotée d'un cabinet de toilette, fermé à clé qui comprend un lavabo avec mitigeur, tablette et miroir. Le néon, cassé a été retiré ; sa remise en état aurait été demandée. La porte de la chambre comporte une barre de seuil, trois verrous et un oculus. La peinture est en bon état. La pièce dispose d'une fenêtre barreaudée protégée par du plexiglas, qui ne s'ouvre pas.
- la seconde chambre d'isolement dispose d'un cabinet de toilette de 0,80 m sur 0,50 m, soit 0,40 m<sup>2</sup>, comprenant un lavabo avec tablette et néon hors d'état de fonctionnement. Le reste de l'équipement est identique à l'exception du **seau hygiénique** qui remplace le pot de chambre. La peinture murale est dégradée.

Aucune chambre ne dispose de bouton d'appel, ni d'interphone alors qu'elles sont situées à distance du poste infirmier. Les personnels indiquent qu'ils entendent les coups frappés dans la porte par les patients qui auraient besoin d'aide en dehors des rondes.

- un bureau pour le cadre de santé ;
- un bureau médical ;
- un bureau infirmier ;
- une salle de soins ;
- un atelier esthétique-salon de coiffure qui est utilisé quand l'effectif du personnel soignant le permet ;

- une salle de visites équipée d'une table ronde de 1,14 m de diamètre, de trois chaises, d'un fauteuil relax, d'un porte-manteau ; des WC sont accessibles aux patients et aux visiteurs ;
- une salle de vie-salle à manger, meublée de sept tables rondes de 1,14 m de diamètre, de vingt-deux chaises, d'un vaisselier avec un office attenant ;
- une salle de télévision de l'autre côté du couloir par rapport à la salle de vie ;
- un fumoir avec trois fauteuils, une table basse, un bol servant de cendrier et un poste de télévision qui ne fonctionne pas. Il a été déclaré qu'il n'était pas souhaité que ce poste soit réparé afin que les patients ne regardent pas la télévision dans une atmosphère enfumée. Une forte odeur de tabac imprègne la pièce du fait que l'extracteur de fumée n'est pas en état de marche ;
- deux WC séparés par une porte qui ferme avec un verrou, sans abattant, dotés d'une balayette, d'un distributeur de papier hygiénique, d'un lavabo avec miroir et distributeur d'essuie-mains, vide ;
- un WC pour les patients sans abattant et deux urinoirs sans porte avec un lavabo dont le distributeur d'essuie-mains est vide ;
- un jardin ouvert aux patients de 7h30 à 23h équipé d'une table de 1,90 m sur 0,89m, de sept chaises, de deux bancs en bois de 2,20 m sur 0,25 m, de trois bancs en pierre, d'un barbecue, d'un abri contre les intempéries et d'un éclairage extérieur pour le soir. Le sol du jardin est en partie constitué de pelouse ; un saule-pleureur et quelques arbustes y sont plantés.

**L'effectif du personnel** est composé de :

- un psychiatre associé présent sept demi-journées par semaine. En cas d'absence, il est fait appel à l'un des psychiatres dont les bureaux sont situés dans le PC médical en face de l'unité ;
- un médecin généraliste assurant des consultations les lundis, mercredis et vendredis ;
- un cadre de santé ;
- treize infirmiers de jour et deux de nuit ;
- sept aides-soignants de jour et deux de nuit ;
- cinq ASH ;
- un psychologue présent une demi-journée par semaine et à la réunion de synthèse ;
- une psychomotricienne présente le mercredi après-midi et à la réunion de synthèse ;
- une assistante sociale présente une demi-journée par semaine et à la réunion de synthèse.

Une réunion de synthèse a lieu tous les lundis de 13h30 à 15h.

D'après le personnel d'encadrement, pour faire fonctionner le service, sont nécessaires trois infirmiers ou aides-soignantes et une ASH le matin et l'après-midi et un infirmier et un aide-soignant, la nuit.

Selon les informations recueillies, il arrive que les infirmiers reviennent travailler dans l'unité sur leurs temps de repos pour ne pas annuler une activité ou une sortie prévue de longue date.

Les soignants sont très attachés à maintenir des sorties telles qu'un match de football au stade de Caen (Calvados), pour six patients accompagnés de trois soignants ou des séjours thérapeutiques : deux en 2010 avec à chaque fois six patients et quatre accompagnateurs.

Sur vingt-sept patients, deux-tiers sortent seuls dans le parc. En ce qui concerne les trois patients placées en HO :

- l'un sort seul ;
- le deuxième sort accompagné ;
- le dernier sort, accompagné en raison de problèmes somatiques.

En raison de leur état, les patients n'ont pas de téléphone portable ou d'ordinateur. La cabine téléphonique étant régulièrement en panne, les soignants prêtent volontiers le téléphone sans fil du service.

Plus de la moitié des patients fréquentent les activités de l'atelier thérapeutique. Dans le cadre de la Fête de la musique en juin 2010, des activités ont été organisées sur le site. L'UNAFAM a prêté son concours.

Treize patients reçoivent leurs familles dans le salon de visites ou dans leurs chambres et un tiers sont autorisés à sortir en fin de semaine. Trois patients se rendent à la messe.

Douze patients attendent une orientation vers une structure médico-sociale : un en « colonie familiale »<sup>23</sup>, deux en famille d'accueil, deux en « Cantou »<sup>24</sup>, trois en maison de retraite, quatre en foyer occupationnel.

L'**activité** du secteur G 02 (unité d'admission et unité de long cours, soit cinquante lits), peut se retracer dans le tableau suivant :

	2005	2006	2007	2008	2009
Journées	18 233	18 506	18 825	19 084	18 898
Nombre d'entrées	383	332	413	344	386 (+12,2 %)
Durée moyenne de séjour	NR	NR	40,66	48,56	43,54

<sup>23</sup> Il s'agit en fait d'accueil familial thérapeutique qui a remplacé les colonies familiales d'Ainay-le-Château (Allier) et de Dun-sur-Auron (Cher). Les deux colonies familiales ont été intégrées dans des centres hospitaliers.

<sup>24</sup> Cantou : centre d'animation naturel tiré d'occupations utiles. On y accueille des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, ce qui suppose des adaptations de l'architecture afin d'éviter les accidents et les chutes.

Taux d'occupation	NR	NR	103,15 %	104,57 %	103,55 %
-------------------	----	----	----------	----------	----------

#### 4.5 Le secteur 27 G 03

Le secteur G 03 dessert les cantons d'Evreux-Sud, de Nonancourt et de Saint André de l'Eure, soit 79 900 habitants. 36 700 habitants, qui dépendent du secteur 27 G 05, autour de l'arrondissement de Bernay, qui ne dispose d'aucun lit d'hospitalisation au centre hospitalier général de cette commune, sont aussi rattachés à ce secteur, qui dessert ainsi une population totale de 116 600 habitants.

Ce secteur est installé dans une unité de soins normalisée (USN), de construction récente. Il doit déménager dans l'un des nouveaux bâtiments.

L'ensemble du secteur est ouvert.

L'**effectif du personnel médical** de ce secteur comprend :

- deux praticiens hospitaliers plein temps de psychiatrie ;
- trois praticiens hospitaliers associés ;
- deux praticiens hospitaliers vacataires ;
- un interne ;
- un praticien hospitalier, médecin généraliste qui exerce son activité à quart temps.

Trois de ces praticiens ont une activité à l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt d'Evreux.

Le personnel non médical comprend, sur l'une des unités (unité d'admission), vingt infirmiers et trois aides soignantes. Sur l'autre unité (unité de suite) quinze infirmiers, sept aides-soignants, trois aides médico-psychologiques. De plus, treize ASH sont ventilés entre les deux unités.

Le personnel de nuit dans chacune des unités comprend un infirmier et un aide soignant.

Le secteur dispose d'une cabine téléphonique à cartes, installée au rez-de-chaussée, destinée à l'ensemble des patients.

Une salle à manger commune aux deux unités est installée au centre du bâtiment. Les patients passent avec leur plateau à un self-service pour être servis et se rendre, par la suite, à l'une des tables de la salle à manger, qui comprend dans son prolongement un salon avec canapés, fauteuils, cheminée non activée.

Chacune des unités est dotée d'un fumoir, sans extracteur d'air.

Les activités dans différentes salles sont organisées pour tous les patients : peinture, travail manuel, sport avec tables de ping-pong, tapis de sol, bancs de musculation. Les activités sont coordonnées par un infirmier. Il est notamment prévu musculation, ping-pong, baby-foot, atelier d'écriture, dessin-peinture, jeux de sociétés, piscine à l'extérieur, promenades à l'extérieur ainsi qu'un groupe de parole soignants-soignés.

Le secteur G 03 a eu en 2009 une file active de 1 889 patients.

L'**activité** du secteur G 03 peut être mise en évidence par le tableau suivant :

	2005	2006	2007	2008	2009
Journées	30 983	32 617	34 500	33 763	28 348
Nombre d'entrées	507	491	425	425	315 (-25.88 %)
Durée moyenne de séjour (en jours)	NR	NR	45,98	44 ,51	59,79
Taux d'occupation	NR	NR	105,32 %	107,57 %	108,76 %

#### 4.5.1 L'unité d'admission, dite « unité 3C »

Elle est installée au premier étage et comprend **vingt-trois lits et deux chambres d'isolement**.

Le 17 novembre 2010, la situation était la suivante:

- vingt-cinq patients étaient hospitalisés : seize hommes et neuf femmes ;
- cinq hommes étaient en HO ;
- cinq hommes et une femme étaient en HDT ;
- la durée la plus longue d'hospitalisation était d'un an cinq mois et quinze jours ;
- le patient le plus âgé avait 67 ans, et le plus jeune, 20 ans.

Les **locaux** comprennent notamment vingt-trois lits dont sept étaient installés dans des chambres à un lit et huit dans des chambres à deux lits.

Les chambres à un lit ont une surface de 9,30m<sup>2</sup>. Elles disposent d'un espace sanitaire de 1m<sup>2</sup> équipé d'un lavabo. Elles sont meublées d'un lit, d'une table, d'une chaise et d'une armoire. La fenêtre, dans toutes les chambres, permet une ouverture sur 0,11 m.

Les chambres à deux lits ont une surface de 18 m<sup>2</sup>. Outre les deux lits, elles disposent d'un lavabo, de deux armoires, d'une table et de deux chaises.

Dans cette unité, sont à la disposition des patients trois douches, trois salles de bains et six WC.

A ce niveau, un emplacement est dédié aux **chambres d'isolement**. On accède à ce secteur par une porte spécifique fermée à clés. Il est possible à un infirmier de le surveiller sans y accéder depuis un local infirmier vitré. Dans la conception du bâtiment, le secteur disposait de trois chambres d'isolement à un lit et d'une à trois lits. En fait, seules deux chambres d'isolement à un lit sont opérationnelles, les deux autres étant utilisées comme lieu de stockage de divers matériels non médicaux.

Lors du contrôle, les deux chambres d'isolement étaient occupées par deux patients en HDT, Chaque chambre a une surface de 11,76 m<sup>2</sup>. Dans l'une des chambres, deux matelas sont superposés au sol, afin de protéger un patient de chutes. Dans l'autre chambre, un lit est fixé au sol. Les radiateurs sont protégés. Les fenêtres sont sécurisées et fermées à clé. Les deux chambres sont climatisées, chacune des portes d'entrée est dotée d'un oculus de 0,28 m sur 0,36 m.

Le séjour desservant cet emplacement a une surface de 28 m<sup>2</sup>. Les patients placés en isolement peuvent y prendre leurs repas si la porte de la chambre leur est ouverte.

Dans cette zone et à disposition des patients se trouve un local sanitaire de 3,50 m sur 2 m, soit une surface de 7 m<sup>2</sup>, comprenant une douche avec deux barres d'appui, un WC avec barre d'appui, un vidoir et deux lavabos. Ce local est propre. Les patients peuvent prendre une douche tous les jours, à leur demande.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les **seaux hygiéniques** dans les chambres d'isolement étaient destinés aux patients pour leurs besoins de la nuit.

#### 4.5.2 L'unité de suite, dite « unité 3D »

Elle occupe le deuxième étage et comprend **vingt-sept lits et une chambre d'isolement**.

Le 17 novembre 2010, la situation était la suivante :

- vingt-huit patients étaient hospitalisés : dix-huit hommes et dix femmes ;
- quatre hommes et quatre femmes étaient en HDT ;
- la durée la plus longue d'hospitalisation était pour les HL de six ans et neuf mois et pour les HDT de sept ans et onze mois<sup>25</sup> ;
- le patient le plus âgé avait 64 ans et le plus jeune, 25 ans.

**Les locaux** comportent notamment vingt-sept lits dont treize chambres à un lit et sept chambres à deux lits.

Dans cette unité sont installés cinq douches, huit WC et trois salles de bains.

La dimension des chambres à un lit et à deux lits est la même que celles du premier étage. A cet étage, ne sont pas comptés dans les lits officiels, quatre lits qui ne sont utilisés qu'en cas de besoin, de suroccupation ou de demande d'autres services.

L'emplacement du secteur d'isolement est identique à celui du premier étage, mais à cet étage, seule une chambre est en fonctionnement. Lors du contrôle elle était occupée par un patient en **hospitalisation libre**.

#### 4.6 L'unité de préparation à la sortie : « La Passerelle »

L'unité de préparation à la sortie « La Passerelle » est située à l'extrémité des locaux du secteur G 03. On y accède soit par une entrée spécifique, soit en passant par le hall du secteur G 03.

<sup>25</sup> Ce patient était antérieurement en HO, et la durée d'hospitalisation inclut la totalité de la période.

Cette unité a ouvert le 1<sup>er</sup> juillet 2009, au moment où le CHS était débordé par les admissions et qu'il avait été nécessaire d'installer des matelas par terre dans certaines chambres. Au départ, la structure avait débuté sous la forme d'un hôpital de jour, puis, en février 2010, des lits d'hospitalisation à temps complet ont été ouverts.

L'objectif de cette unité est d'accompagner les patients vers une alternative à l'hospitalisation dont le département de l'Eure est insuffisamment pourvu.

L'unité dispose de dix lits en chambre individuelle, d'un hôpital de jour situé dans les mêmes locaux et de cinq « logements assistés ». Il s'agit d'appartements de type F1, F2 ou F3 situés à Evreux, dont le CHS est propriétaire et qui sont sous-loués à des patients. Les infirmiers y passent régulièrement ainsi qu'une « gouvernante » qui aide à la vie quotidienne.

Le jour de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

- sept patients – six hommes et une femme – étaient hospitalisés à temps plein ;
- quatre personnes – deux hommes et deux femmes – fréquentaient l'unité en hôpital de jour ;
- tous les patients étaient hospitalisés en HL ;
- un patient était hospitalisé depuis 14 ans ;
- le patient le plus jeune avait 20 ans, le plus âgé, 56 ans ;
- du fait de la constitution d'un couple, il y avait huit chambres individuelles et une chambre pour le couple qui venait d'intégrer un appartement en ville.

Les critères d'admission à La Passerelle sont :

- avoir été hospitalisé au CHS au moins six mois ;
- être stabilisé sur le plan psychiatrique ;
- être autonome ;
- avoir eu un échec sur un projet de sortie antérieur.

Les services d'hospitalisation proposent des patients pour cette unité spécifique. La décision d'admission est prise par le psychiatre et le cadre de santé. Le jour de la visite des contrôleurs, cinq patients figuraient sur la liste d'attente.

Lors de l'ouverture de l'unité, un patient était en HO et un en HDT.

Il ne s'agit pas d'un service classique : les infirmiers exercent leur activité essentiellement à l'extérieur du CHS pour aider les patients à se maintenir dans leur nouvelle vie après des années de « chronicisation » qui leur ont fait perdre les repères de la société.

Un bilan est réalisé tous les trois mois.

**Les locaux** comprennent :

- le bureau du médecin ;
- le bureau du cadre de santé ;
- le bureau de l'assistante sociale ;

- le secrétariat ;
- le bureau de l'équipe soignante ;
- la salle de soins ;
- un espace contenant une machine à laver et un sèche-linge destiné aux patients ;
- la cuisine-salle à manger équipée de quatre tables, seize chaises et de tout le matériel nécessaire à la préparation des repas. Sept patients s'y trouvaient et confectionnaient le déjeuner ;
- une salle de télévision avec sept fauteuils relax, deux chaises, une table basse, un meuble contenant des journaux, des jeux et un dictionnaire. Elle dispose d'un poste de télévision et d'un ordinateur permettant d'accéder au traitement de texte et au réseau du CHS, mais qui n'est pas relié à internet ;
- dix chambres individuelles identiques portant le prénom de son occupant sur la porte. Elles mesurent 6,21 m sur 3,51 m soit une surface de 21,8 m<sup>2</sup> et sont équipées d'un lit, d'une armoire, d'une table de chevet, d'un bureau, d'une chaise, d'un fauteuil, d'un meuble à cinq étagères, d'un lavabo et d'un poste de télévision à écran plat. La porte est pleine et le patient a la possibilité de s'enfermer dans sa chambre.
- des sanitaires.

L'**effectif du personnel** de l'unité comprend :

- 0,4 ETP de psychiatre ;
- un cadre de santé ;
- 4 infirmiers ;
- 0,5 ETP d'assistante sociale ;
- 10 aides-soignants dont 4 de nuit ;
- 3 AMP ;
- 2 ASH ;
- 0,5 ETP de secrétaire.

D'après le personnel d'encadrement, pour faire fonctionner l'unité, il faut une infirmière, un aide-soignant ou une AMP le matin et l'après-midi et deux aides-soignants la nuit.

Une réunion de synthèse a lieu tous les mardis de 13h30 à 14h30.

Le jour de la visite des contrôleurs, quatre personnes vivant à l'extérieur mobilisaient beaucoup d'énergie pour les soignants : un patient était dans un des logements de transition, un autre et le couple dans des logements individuels. Pour ces deux dernières personnes, il s'agit d'une femme qui avait été hospitalisée durant quatorze ans dont neuf en chambre d'isolement ; son compagnon souffrait d'une pathologie chronique.

Les **activités** proposées aux patients sont le plus souvent liées à la préparation de la sortie ou tournées vers l'extérieur :

- courses pour la préparation des repas ;
- activité « autonomie alimentaire » animée par une diététicienne ;
- football sur un terrain situé dans le quartier de Navarre où se trouve le CHS ;
- entraînement de boxe dans une salle de la ville, effectué avec un aide-soignant ;
- rendez-vous dans les agences immobilières pour la recherche d'un logement ;
- rencontre avec le tuteur ;
- déplacement à la médiathèque d'Evreux le mercredi après-midi ;
- revue de presse le mercredi à 11h ;
- jeux de société et d'éveil ;
- thérapie de groupe avec les patients chroniques tous les jeudis à 11h30.

Les patients effectuent leurs démarches accompagnés par des soignants au début, puis seuls. Le projet est de passer le relais et de les faire suivre par les centres médico-psychologiques (CMP) d'Evreux<sup>26</sup>. L'équipe n'est pas en capacité d'assurer le suivi pour des patients qui souhaiteraient s'installer en dehors d'Evreux, compte-tenu du temps de déplacement que cela impliquerait.

Certains patients quittent l'unité pour être suivis directement au CMP ou dans un hôpital de jour de son secteur, d'autres sont d'abord pris en charge dans l'hôpital de jour de La Passerelle.

#### 4.7 Le secteur 27 G 04

Le secteur G 04 dessert 194 710 habitants dont 85 796 résident dans la zone comprenant les cantons d'Evreux-Est, Louviers, Pont-de-L'arche, Val-de-Reuil et Fleury-sur-Andelle. 108 914 personnes sont hors secteur et dépendent d'une partie du secteur 27 G 06, autour des villes de Vernon, Gaillon et des Andelys. Ce secteur dispose de dix lits d'hospitalisation de jour pour des HL au centre hospitalier général de Vernon.

Le secteur 27 G 04 est installé dans des anciens bâtiments, à gauche du bâtiment administratif en entrant sur le site. Il est appelé à déménager dans les nouveaux bâtiments.

Il comprend deux unités dénommées respectivement René Cassin et Henri Dunant.

**L'effectif du personnel médical** du secteur comprend :

- deux praticiens hospitaliers plein temps de psychiatrie ;
- un praticien hospitalier contractuel ;
- deux praticiens attachés associés ;
- un praticien hospitalier généraliste à plein temps.

**Le personnel non médical** comprend pour l'unité René Cassin :

<sup>26</sup> Les secteurs G 01 et G 03 ont un CMP sur la ville d'Evreux.

- 11,5 ETP d'infirmiers ;
- sept aides-soignants,
- six ASH ;

et pour l'unité Henri Dunant :

- 13,3ETP d'infirmiers ;
- 10,8ETP d'aides-soignants ;
- 3 aides médico-psychologiques ;
- 5,5 ETP d'ASH.

Ce secteur a une file active pour 2009 de 1 069 patients.

Le tableau suivant indique le nombre d'entrées depuis 2005 :

année	Nombre d'entrées
2005	317
2006	228
2007	239
2008	208
2009	273

#### 4.7.1 L'unité d'admission « René Cassin ».

Elle comprend **dix-huit lits, et éventuellement un supplémentaire, et deux chambres d'isolement.**

Le jour de la visite, la situation était la suivante :

- vingt patients étaient présents : dix sept hommes et trois femmes ;
- trois hommes étaient en HO ;
- trois hommes et deux femmes étaient en HDT ;
- un patient occupait une chambre d'isolement ;
- le patient en HL le plus ancien était rentré le 11 janvier 2010 ;
- le patient le plus âgé avait 56 ans, le patient le plus jeune, 18 ans.

Les **locaux** comprennent notamment dix-neuf lits possibles dont quatre chambres à un lit, six chambres à deux lits et une chambre à trois lits.

La chambre à un lit mesure 3,20 m sur 3,10 m soit une surface de 9,92 m<sup>2</sup>. La porte dispose d'un oculus et la fenêtre n'est pas limitée dans son ouverture. Cette chambre, comme toutes les chambres, dispose d'un détecteur de fumée. Outre le lit, elle comporte une armoire, une table de chevet, une chaise et un lavabo.

La chambre à deux lits mesure 5 m sur 3 m, soit 15 m<sup>2</sup>. Outre les deux lits elle comporte deux armoires penderie, deux tables de chevet, une chaise et un lavabo.

La chambre à trois lits mesure 5 m sur 3 m soit une surface de 15 m<sup>2</sup>. Elle comprend trois armoires mais une seule table de chevet, deux chaises, un lavabo, un des lits ne dispose pas d'un plafonnier.

Les **chambres d'isolement** mesurent 2,60 m sur 2,50 m soit une surface de 6,50 m<sup>2</sup>. Un lit est fixé au sol, son matelas repose sur un plateau en bois fixé sur le lit. La chambre est équipée d'un radiateur protégé et d'une climatisation. Un lavabo est fixé dans un placard, la fenêtre est barreaudée, la porte comporte trois points de fixation et dispose d'un oculus de 0,35 m sur 0,75 m.

L'unité comprend une salle à manger avec un coin télévision. Une cabine téléphonique existe à l'entrée ; les téléphones portables ne sont pas théoriquement autorisés mais en fait la plupart des patients en disposent.

Dans l'unité, trois douches sont disponibles pour les patients, cinq WC et une salle de bains.

Les patients peuvent disposer d'une cour clôturée de 80 m sur 20 m, soit 160 m<sup>2</sup>. Dans cette cour des activités peuvent être pratiquées (baby-foot, ping-pong...).

#### 4.7.2 L'unité de long cours « Henri Dunant »

Il s'agit d'une unité pour des patients chroniques. Elle comprend **vingt-huit lits et une chambre d'isolement**.

Le jour de la visite, la situation était la suivante :

- vingt-quatre patients étaient présents : sept femmes et dix-sept hommes ;
- la chambre d'isolement n'était pas occupée ;
- trois hommes étaient en HO ;
- une patiente était en HDT ;
- le patient le plus ancien en HL était présent depuis 2002 ;
- l'hospitalisation la plus longue sous le régime de l'HO a commencé en mars 2005 ;
- le patient le plus âgé avait 71 ans, le plus jeune, 19 ans.

Sur les vingt-huit lits, huit chambres sont à un lit et dix chambres sont à deux lits.

Certaines chambres à un lit sont d'anciennes chambres à deux lits. Elles mesurent 3,80 m sur 3,40 m, soit une surface de 12,92 m<sup>2</sup>. Elles disposent, outre le lit, d'une table de chevet, de deux armoires, d'un lavabo. Il n'y a pas de chaise.

Toutes les chambres disposent d'un détecteur incendie.

La chambre à un lit classique mesure 2,6 m sur 2,9 m, soit 7,54 m<sup>2</sup>. Elle dispose, outre le lit, d'une armoire penderie, d'une table de chevet, d'un lavabo mais pas de chaise.

La **chambre d'isolement** mesure 3,4 m sur 3,1 m soit 10,54 m<sup>2</sup>. Elle est climatisée. La porte dispose de trois points de fixation et d'une lucarne. La chambre est dotée d'un **seau hygiénique**.

Dans cette unité, sont installées une salle à manger et une salle fumeurs avec un extracteur d'air.

Les visites sont autorisées de 14h à 18h.

Un *point phone* est à la disposition des patients.

Les patients peuvent participer dans l'unité aux **activités** suivantes : peinture, informatique, soins esthétiques, ergothérapie, lecture, calcul, maintien des fonctions cognitives, baby-foot, ping-pong. Des activités sont organisées à l'extérieur, telles que activités équestres, piscine, sortie au marché, randonnée deux à trois fois par an, séjour thérapeutique de quatre jours, voire d'une semaine.

Les patients participent à la Fête de la musique, au carnaval, au spectacle de Noël organisé sur le site.

Ils ont accès à une cour fermée mais préfèrent pour la plupart se rendre sur le site de l'établissement et notamment à la cafétéria.

Dans cette unité à destination des patients se trouvent quatre douches, quatre WC et une salle de bains avec baignoire.

L'**activité** du secteur G 04 est retracée dans le tableau suivant :

	2005	2006	2007	2008	2009
Journées	18 233	18 506	18 825	19 084	18 898
Nombre d'entrées	NR	NR	260	235	287 (+22,12 %)
Durée moyenne de séjour en jours	NR	NR	68,22	79,89	63,05
Taux d'occupation	NR	NR	102,79 %	103,22 %	101,23 %

#### 4.8 Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile 27 I 02

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile ne dispose pas de lit au CHS.

Les modalités de prise en charge des enfants et adolescents s'effectuent :

- dans les structures extra-hospitalières ;
- pour les enfants de moins de 16 ans, par convention, dans une unité temps plein au CHS du Rouvray à Sotteville-Lès-Rouen (Seine-Maritime) ;
- dans les lits des secteurs de psychiatrie adulte du CHS.

Le nombre d'entrées de mineurs hospitalisés par secteur et par âge est précisé dans le tableau suivant :

Age	UIA	G01	G02	G03	G04	Total 2009	2008	2007
13 ans	1	0	0	0	0	1	0	0
14 ans	0	0	0	0	0	0	0	1
15 ans	2	0	0	0	0	2	6	6
<b>Total moins de 16 ans</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
16 ans	16	1	2	0	0	19	13	10
17 ans	15	3	1	3	0	22	20	30
<b>Total 16 – 18 ans</b>	<b>31</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>41</b>	<b>33</b>	<b>40</b>
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>47</b>

Le 19 novembre 2010, quatre mineurs étaient hospitalisés au CHS :

- un garçon né le 9 avril 1995 (15 ans), admis à l'UIA le 18 novembre 2010 ;
- un garçon né le 21 décembre 1993 (16 ans), admis à l'UIA le 25 octobre 2010 ;
- un garçon né le 27 avril 1994 (16 ans), hospitalisé à l'unité Dali depuis le 3 mars 2010 ;
- une jeune fille née le 30 août 1993 (17 ans), hospitalisée à l'unité Dali depuis le 10 septembre 2009.

#### 4.9 L'hospitalisation des détenus

Tant que l'unité fermée de douze lits<sup>27</sup> n'est pas installée, la prise en charge des personnes hospitalisées en HO dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale se fait essentiellement à l'UIA en chambre d'isolement pendant toute la durée de leur séjour au CHS.

Le nombre d'hospitalisations de détenus en HO dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale et leur provenance sont les suivants :

<sup>27</sup> Cette unité est prévue dans le projet de restructuration du CHS.

année	Maison d'arrêt Evreux	Centre de détention Val-de-Reuil	Nombre total de mesures d'HO	Taux de mesures D.398 par rapport au nombre des HO
2006	27	15	42	46,15 %
2007	29	16	45	40,18 %
2008	20	29	49	34,51 %
2009	22	22	44	33,33 %

La durée moyenne de leur séjour, de 5 jours en 2008, est passée à 7,32 jours en 2009.

## 5- LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

Au sein du CHS, Il existe seize chambres d'isolement (dont une n'était pas en service dans l'unité 3D). Lors de la visite, treize étaient occupées. Aucun secteur ne respecte les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) en matière d'équipement et de respect de la dignité des personnes qui s'y trouvent placées.

Dans les unités Dali, 2A, 2C et Henri Dunant, un **seau hygiénique ou un pot de chambre** est placé dans la chambre d'isolement, de jour comme de nuit.

Un **protocole**, validé par les instances de l'établissement en février 2008, a pourtant été diffusé par la cellule « qualité » à l'ensemble des unités de l'établissement. Il a remplacé un précédent document qui datait de 2000 avec des réajustements en 2001.

Il précise les modalités d'admission, de séjour et de sortie en chambre d'isolement avec une description très précise de l'ensemble des gestes à effectuer :

- mettre la personne hospitalisée en sécurité ;
- réaliser la prescription médicale ;
- agir dans le cadre d'une initiative infirmière ;
- dès la fermeture de la porte et durant le séjour ;
- bilan clinique et paraclinique si nécessaire ;
- assurer la traçabilité du suivi infirmier ;
- à la fin des 24 heures ;
- à la sortie de la chambre d'isolement ;
- signaler à la cellule qualité-gestion des risques tout évènement indésirable.

Les contrôleurs ont noté l'absence d'une traçabilité autre que celle tenue dans le dossier individuel du patient : il n'existe pas de registre relatif à l'occupation de chaque chambre d'isolement.

Les contrôleurs ont constaté la présence de patients hospitalisés depuis de longues durées dans des chambres d'isolement. Selon les informations recueillies, « il s'agissait de patients très déstructurés, présentant selon les moments une grande hétéro-agressivité pour lesquels les médecins « étaient dans une impasse thérapeutique ».

Dans le rapport de certification de mars 2009, la HAS note que : « la prescription médicale écrite datée et signée est prévue pour ce qui concerne l'isolement thérapeutique et les supports sont présents dans le dossier du patient. La prescription d'autres pratiques telles que la pose de barrières au lit, contention au fauteuil, mise en pyjama, n'est pas toujours retrouvée dans le dossier ». La HAS précise que : « l'établissement prévoit de systématiser la prescription médicale signée et datée pour toutes les situations de restrictions de liberté ».

Dans le cadre des évaluations des pratiques professionnelles, un groupe de travail se réunit depuis avril 2010 avec pour thème, « la libre circulation du patient ». L'étude a d'abord consisté en l'identification des mesures de restriction de liberté :

- mise en pyjama ;
- restriction de visites ;
- interdiction d'accès au parc ;
- interdiction de sortir du CHS ;
- isolement thérapeutique ;
- contention ;
- suppression de moyens de communication.

Des audits ont été réalisés sur ces mesures de restriction ainsi que sur l'ouverture des unités, la fugue et la contention hors le placement en chambre d'isolement.

Des travaux ont été réalisés : logigramme<sup>28</sup>, chemin clinique et plan d'actions.

## 6- LA SUROCCUPATION ET LES TRANSFERTS

En 2004, une délibération de la CME et du conseil d'administration a autorisé l'installation de « un à deux lits de camp » dans les unités d'admission de chaque secteur du fait de l'impossibilité de trouver un lit pour admettre un patient. Le tableau suivant indique le nombre de jours d'utilisation de ces lits :

Année	Nombre de jours d'utilisation
2004	7
2005	11
2006	70
2007	105

<sup>28</sup> Schéma décrivant les opérations logiques d'un programme.

2008	187
2009	348

Selon les informations recueillies, il arrive très fréquemment, voire systématiquement, que lorsqu'un patient bénéficie d'une permission pour un weekend, son lit soit occupé dès le samedi matin. Lors de son retour, le dimanche soir, plusieurs solutions sont alors possibles :

- si son état clinique le permet, le médecin de garde lui propose de retourner chez lui ; le personnel soignant indique cependant que le psychiatre traitant n'avait pas proposé initialement une sortie, mais une permission, ce qui signifie que les soins n'étaient pas terminés et que la sortie est prématurée ;
- un autre lit est disponible au sein de l'unité ou dans l'unité de long séjour du même secteur ;
- un lit est disponible, y compris une chambre d'isolement « porte ouverte », dans un autre secteur, y compris à l'UILC.

En 2009, il a été nécessaire de recourir par deux fois à l'installation de matelas par terre.

Selon les informations recueillies, il arrive qu'il soit nécessaire de réveiller un patient installé dans une chambre d'isolement « porte ouverte » afin d'y installer un patient arrivant en HO.

Faute de lit disponible au sein du CHS, l'administrateur de garde doit prendre contact par téléphone avec tous les établissements hospitaliers de Haute-Normandie et de Basse-Normandie, voire d'Ile-de-France, pour trouver un lit. Il sera alors nécessaire de trouver un taxi pour procéder au transfert du patient, l'ambulance du SAMU ne sortant pas du département. Il est arrivé de transférer en pleine nuit un patient à Rouen (Seine-Maritime), Caen (Calvados), Chartres (Eure-et-Loir), voire Cherbourg (Manche). Le dernier patient concerné par cette situation a été hospitalisé à Meulan-Les-Muraux (Yvelines).

Depuis l'ouverture en février 2010 de l'unité de préparation à la sortie « La passerelle » qui comporte dix lits, la situation semble s'être améliorée en matière de suroccupation. Cependant les contrôleurs ont constaté la présence d'un lit de camp au secteur G 02.

Depuis 2007, le taux moyen d'occupation des quatre secteurs de psychiatrie adulte, de l'UILC et de l'UIA sont de :

2007	2008	2009
103,69 %	104,35 %	104,85 %

## 7- LES CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL.

Du fait de la de la difficulté de recruter des infirmiers de façon à pourvoir les quarante postes vacants, il a été fait le choix d'y affecter une trentaine d'aides-soignants, recrutés sous statut de contrat à durée indéterminée (CDI). Dans ce contexte, il est prévu de créer, en 2011, un poste de cadre pour enseigner aux aides-soignants leur rôle professionnel grâce à un « référentiel de transmission des savoirs ».

Selon le rapport de l'IGAS précité, « la pratique retenue par l'établissement a pour effet de maintenir des agents dans une situation non statutaire, sous une forme hybride. En effet, les intéressés sont recrutés sans ambiguïté pour du long terme (puisqu'il s'agit de contrat à durée indéterminée) mais hors fonction publique ».

Un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) existe au sein du CHIES d'Evreux. Pour attirer les étudiants, il est proposé une allocation d'études de 450 euros aux étudiants de deuxième et troisième années s'engageant à travailler pendant quatre ans au CHS.

Les nouveaux diplômés se voient offrir en une seule fois une somme de 7 000 euros s'ils signent cet engagement de quatre ans au CHS. Selon les informations recueillies, ces initiatives n'auraient pas obtenu les résultats escomptés : seize recrutements potentiels pourraient avoir lieu à l'issue des résultats du diplôme d'Etat, fin novembre 2010.

En 2009, le taux d'**absentéisme** pour le personnel éducatif et soignant a été de 15 %. L'absentéisme est une donnée de la vie du CHS. Ce n'est pas la préoccupation de la direction des soins.

Il n'existe pas de budget permettant l'embauche de personnels intérimaires. En cas de besoin, les agents exerçant habituellement leur activité sur les structures extra-hospitalières travaillent en heures supplémentaires sur l'intra-hospitalier.

La direction tente de maintenir le plan de formation continue de l'établissement, mais il arrive que, par manque d'effectifs, des actions soient annulées. Dix promotions professionnelles pour devenir infirmier et trois de cadre de santé sont en cours.

Les unités de soins disposent de plusieurs dispositifs de protection du travailleur isolé (PTI) qui ne seraient pas bien utilisés malgré plusieurs réajustements. Les soignants estiment qu'ils se mettraient trop facilement en position d'alarme.

Un logiciel permet de déclarer en temps réel tous les événements indésirables survenant au sein du CHS. La direction a observé une augmentation du nombre de déclarations enregistrées par le cadre de proximité et le cadre supérieur de santé, expliquée semble-t-il davantage par la facilité de la démarche plus que par un changement de profil des patients. A la suite d'une déclaration, l'agent concerné ne fait pas l'objet d'une rencontre par la direction des soins.

En 2009, quarante-six accidents de travail avec arrêt ont été déclarés par l'ensemble des agents sur toutes les structures. Quatre-vingts accidents, n'ayant pas forcément entraîné un arrêt de travail, étaient liés à un contact avec un patient agité.

Une discussion est en cours, à la suite de l'accord passé sur la réduction du temps de travail et le passage aux 35 heures. Certains agents exercent leur activité « en 12 heures », notamment à l'UIA. Les agents des deux unités qui devaient ouvrir dans les jours suivant le

contrôle doivent avoir des horaires « classiques » (7h-15h et 13h-21h) alors qu'ils étaient précédemment en « 12 heures ». Cette situation crée chez les professionnels un sentiment de **désarroi perceptible**. Au jour de la visite, les personnels font part d'une grande incertitude sur les horaires de travail entre ceux qui travaillent en 8 heures et ceux dont l'horaire est en 12 heures : certains ayant organisé leur vie personnelle sur le fondement de ces amplitudes de travail sont inquiets des conséquences d'un éventuel changement ;

La direction du CHS a mis en place une cellule opérationnelle pour le personnel afin de les accompagner pendant la période des déménagements. En effet durant cette période, les soignants peuvent perdre leurs repères en changeant de bâtiments, de service, de cadre de santé et en ne s'occupant plus des mêmes patients.

Les agents peuvent émettre trois souhaits. Pour la mise en place du centre d'accueil et de crise qui ouvre le 29 novembre 2010, les soignants qui ont placé cette unité en premier vœu y auraient été affectés.

Selon la direction des soins : « il n'existe pas de climat de souffrance dans l'établissement ».

Beaucoup de personnels soignants entendus par les contrôleurs ont exprimé une grande **inquiétude par rapport au présent et à l'avenir**.

Certains cadres de santé se trouvaient en difficulté lors de la visite pour élaborer le planning de décembre 2010, faute de savoir de quels agents ils pouvaient disposer. De ce fait, les agents déjà affectés sur une unité ne savaient pas s'ils allaient pouvoir bénéficier de congés pour la période des fêtes de la fin de l'année 2010 et s'ils allaient devoir annuler des projets de vacances.

Les agents ne savent pas comment émettre des vœux sur des pôles dont ils ne connaissent, à la date du contrôle, que l'intitulé et les noms du chef de pôle et du cadre supérieur de santé, mais toujours pas le contenu de la mission.

Les personnels « rendent hommage » aux patients « pour leur souplesse par rapport à des prises en charge inacceptables ».

« Les murs tombent » autour des agents, sans que le déroulement des travaux soit explicité dans les lieux fréquentés. Tous ne suivent pas forcément leur programmation sur intranet. Certains locaux en parfait état sont destinés à être détruits, ce qui est parfois mal perçu.

Les soignants estiment qu'il y a beaucoup de réunions pour les échelons supérieurs mais se plaignent de ne pas avoir eu un dialogue suffisamment précoce avec les médecins et les cadres pour comprendre ce qui allait se passer : « les informations bougent beaucoup, il y a des ordres et des contre-ordres, on est déstabilisés ».

Les soignants constatent « un manque de confiance intercatégorielle préjudiciable au travail d'équipe spécifique de la psychiatrie ».

## CONCLUSION

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

Observation N° 1 : L'établissement a conservé la dénomination ancienne de centre hospitalier spécialisé qui n'existe plus ; l'appellation actuelle est : établissement public de santé mentale.

Observation N° 2 : La question de la démographie médicale, notamment des psychiatres devrait être envisagée dès maintenant (cf. § 2.1).

Observation N° 3 : La prise en charge à temps complet des enfants et des adolescents n'est pas correctement assurée dans le département de l'Eure. Le projet de restructuration devrait envisager la création d'une unité d'hospitalisation. (cf. § 2.1, 2.3 et 4.8).

Observation N° 4 : Même si L'hôpital est en cours de restructuration, la signalétique intérieure devrait être améliorée afin que les patients et les visiteurs trouvent aisément les unités de soins et les locaux communs (cf. § 2.2).

Observation N° 5 : Les patients dépendant des secteurs de Vernon et de Bernay représentent plus d'un quart des hospitalisations. La délégation territoriale de l'agence régionale de l'hospitalisation devrait revoir le fonctionnement de la psychiatrie dans le département de l'Eure (cf. § 2.3).

Observation N° 6 : Depuis 2007, le taux d'occupation est supérieur à 100 % dans toutes les unités de l'hôpital à l'exception de l'unité intersectorielle de long cours. Ceci implique l'installation de « lits de camps », l'utilisation de chambres d'isolement « portes ouvertes » pour des patients dont l'état ne le justifie pas ou un transfert dans un établissement parfois très éloigné. La durée moyenne de séjour est souvent élevée : entre quarante et soixante jours. Ces éléments posent la question du fonctionnement en amont des structures extrahospitalières et de l'existence en aval de possibilités d'admissions dans des établissements médico-sociaux et du suivi à y mettre en œuvre (cf. § 2.3 et 6)

Observation N° 7 : Le livret d'accueil devrait comporter les coordonnées du tribunal de grande instance d'Evreux et de Bernay et celles de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (cf. § 3.1.1)

Observation N° 8 : Les panneaux indiquant les avocats inscrits aux barreaux d'Evreux et de Bernay devraient être apposés dans les unités de soins (cf. § 3.1.1).

Observation N° 9 : Des réunions pour améliorer les dysfonctionnements observés entre la préfecture, l'ARS, le bureau des admissions dans le circuit des documents de notifications des arrêtés préfectoraux devraient être mises en œuvre (cf. § 3.1.2).

Observation N° 10 : Les assistantes sociales de l'hôpital ne devraient pas constituer le tiers en vue d'une hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) (cf. § 3.1.1). De même, le directeur de l'hôpital ne devrait pas constituer le tiers pour une HDT (cf. § 3.1.3).

Observation N° 11 : Les registres de la loi devraient être mieux tenus, notamment respecter l'échéancier en matière de certificats médicaux, identifier facilement le tiers, connaître aisément le mode d'hospitalisation (cf. § 3.1.3)

Observation N° 12 : Il serait nécessaire que le procureur de la République visite régulièrement l'établissement comme le prévoit le code de la santé publique. (cf. § 3.2).

Observation N° 13 : L'établissement de santé a mis en œuvre un protocole de communication du dossier médical qui est efficace (cf. § 3.4).

Observation N° 14 : Il serait souhaitable de favoriser l'accès des patients à l'aumônerie et à la messe (cf. § 3.5).

Observation N° 15 : Il serait indispensable que la CDHP reprenne ses travaux de manière régulière et active cf. § 3.6).

Observation N° 16 : Il est à noter l'existence d'une boîte à lettres de *la Poste* accessible aux patients pouvant se rendre à la cafétéria (cf. § 3.7.3).

Observation N° 17 : Le règlement intérieur devrait contenir des dispositions concernant les ordinateurs personnels des patients et les possibilités d'accès à internet dans toutes les unités ; de manière générale l'établissement devrait réfléchir à cette modalité de communication (cf. § 3.7.4).

Observation N° 18 : Les questionnaires de sortie, intégrés au livret d'accueil, ne pourront faire l'objet d'interprétations que lorsque les patients recevront systématiquement, comme cela devrait être le cas, ce document (cf. § 3.7.5.3 et 4.1.1).

Observation N° 19 : La mise en place d'un comité d'éthique paraît être une initiative intéressante (cf. § 3.7.5.5).

Observation N° 20 : Il serait souhaitable que les médecins collaborent davantage avec l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (cf. § 3.7.5.6).

Observation N° 21 : La direction devrait revoir le système de fabrication et de distribution des repas à l'origine de beaucoup de critiques de la part des patients. Ceux-ci ont même signé une pétition à ce sujet en avril 2010 (cf. § 4.1.2).

Observation N° 22 : L'atelier thérapeutique devrait être valorisé et conservé dans le projet de restructuration (cf. § 4.1).

Observation N° 23 : La cafétéria devrait offrir un espace de paroles différent de ceux qui existent dans les unités de soins ; il serait nécessaire que le personnel affecté à ce lieu puisse avoir du temps pour s'y consacrer (cf. § 4.1.4.2).

Observation N° 24 : La bibliothèque devrait être un lieu de vie pour les patients. Il est indispensable d'offrir un espace avec des livres et des journaux pour les patients qui souhaitent une activité de ce type (cf. § 4.1.4.3)

Observation N° 25 : Il serait souhaitable de remettre en place des consultations spécialisées au sein de l'hôpital par des praticiens du centre hospitalier général d'autant plus que celui-ci dorénavant se trouve à faible distance. (cf. § 4.1.5.1).

Observation N° 26 : Il serait indispensable d'établir des relations suivies entre le CHS et l'hôpital général situé à proximité, tant au niveau des directions que des médecins (cf. § 4.1.5.1).

Observation N° 27 : Il est apparu intéressant que l'établissement se dote d'un protocole définissant la conduite à tenir lors de la découverte de stupéfiants (cf. § 4.1.6).

Observation N° 28 : Les fumoirs devraient être dotés d'extracteurs d'air. Mieux encore, les patients de chaque unité devraient pouvoir bénéficier d'un espace extérieur (cf. § 4.2.1 et 4.3.1).

Observation N° 29 : Afin de préserver la dignité des patients, toutes les chambres d'isolement devraient comporter un sas avec un local sanitaire afin de remplacer les seaux hygiéniques et être dotées de boutons d'appel pour assurer la dignité et la sécurité des personnes isolées. (cf. § 5).

Observation N° 30 : De manière générale, le confort des personnes hospitalisées devrait être une préoccupation de l'établissement tant dans les chambres que dans les locaux communs.

Observation N° 31 : Il serait nécessaire de régler rapidement la question du lien entre la mesure de protection juridique pour un patient et l'obtention de sa place dans une structure médico-sociale (cf. § 4.3.2).

Observation N° 32 : La mise en place de l'unité « La Passerelle » qui prépare à la sortie des patients hospitalisés depuis au moins six mois, stabilisés sur le plan psychiatrique, autonomes et ayant déjà eu un projet de sortie antérieur apparaît comme une excellente initiative. Ce type de structure pourrait être proposé dans d'autres établissements (cf. § 4.6).

Observation N° 33 : Il est nécessaire de tenir dans chaque unité un registre retraçant les placements en chambres d'isolement et les mesures d'isolement<sup>29</sup> (cf. § 5).

Observation N° 34 : Les personnels soignants sont apparus très motivés mais dans un grand désarroi par rapport au fonctionnement actuel de l'hôpital. La restructuration à venir ne leur semble pas apporter la solution à toutes les difficultés rencontrées aujourd'hui (cf. § 7).

---

<sup>29</sup> Cf. recommandations du Contrôleur général du 18 juin 2009 parues au journal officiel du 2 juillet 2009.

## Table des matières

<b>1- Conditions générales de la visite .....</b>	<b>2</b>
<b>2- Présentation générale de l'établissement.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 La psychiatrie dans le département de l'Eure .....</b>	<b>3</b>
<b>2.2 La présentation générale de l'établissement.....</b>	<b>5</b>
<b>2.3 L'activité.....</b>	<b>8</b>
<b>2.4 Les données financières .....</b>	<b>10</b>
<b>3- l'hospitalisation sans consentement et l'exercice des droits .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Le statut juridique du patient hospitalisé sans son consentement .....</b>	<b>11</b>
3.1.1 Les informations données aux malades arrivants et possibilités de recours.....	11
3.1.2 La notification des droits.....	12
3.1.3 Les registres de la loi.....	12
3.1.4 Les sorties d'essai .....	14
3.1.5 Les levées des mesures de contrainte .....	15
<b>3.2 L'information sur les visites des autorités .....</b>	<b>15</b>
<b>3.3 La protection juridique des majeurs .....</b>	<b>15</b>
3.3.1 Le service de protection des majeurs au sein de l'hôpital .....	15
3.3.2 L'allocation aux adultes handicapés .....	16
<b>3.4 L'accès au dossier médical.....</b>	<b>16</b>
<b>3.5 L'accès à l'exercice d'un culte .....</b>	<b>18</b>
<b>3.6 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).....</b>	<b>19</b>
<b>3.7 La communication avec l'extérieur .....</b>	<b>19</b>
3.7.1 Les visites.....	19
3.7.2 Le téléphone .....	20
3.7.3 Le courrier.....	20
3.7.4 L'informatique et l'accès à internet.....	21
3.7.5 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge .....	21
<b>4- Les conditions d'hospitalisation .....</b>	<b>27</b>
<b>4.1 Les éléments communs à tous les pôles .....</b>	<b>27</b>
4.1.1 Le règlement intérieur.....	27
4.1.2 La restauration .....	27
4.1.3 La blanchisserie.....	29

4.1.4	Les activités communes .....	30
4.1.5	Les soins somatiques.....	33
4.1.6	La surveillance.....	35
<b>4.2</b>	<b>La fédération intersectorielle d'accueil.....</b>	<b>37</b>
4.2.1	L'unité intersectorielle d'accueil (UIA).....	37
4.2.2	L'antenne psychiatrique des urgences du centre hospitalier général.....	40
<b>4.3</b>	<b>Le secteur 27 G 01.....</b>	<b>40</b>
4.3.1	L'unité d'admission « Dali ».....	41
4.3.2	Unité de long cours « Monet » .....	46
4.3.3	L'unité intersectorielle de long cours (UILC).....	51
<b>4.4</b>	<b>Le secteur 27 G 02.....</b>	<b>55</b>
4.4.1	L'unité d'admission dite « unité 2A » .....	55
4.4.2	L'unité de long cours dite « unité 2C ».....	60
<b>4.5</b>	<b>Le secteur 27 G 03.....</b>	<b>64</b>
4.5.1	L'unité d'admission, dite « unité 3C ».....	65
4.5.2	L'unité de suite, dite « unité 3D ».....	66
<b>4.6</b>	<b>L'unité de préparation à la sortie : « La Passerelle » .....</b>	<b>66</b>
<b>4.7</b>	<b>Le secteur 27 G 04.....</b>	<b>69</b>
4.7.1	L'unité d'admission « René Cassin » .....	70
4.7.2	L'unité de long cours « Henri Dunant » .....	71
<b>4.8</b>	<b>Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile 27 I 02 .....</b>	<b>72</b>
<b>4.9</b>	<b>L'hospitalisation des détenus.....</b>	<b>73</b>
<b>5-</b>	<b>Le recours à l'isolement et à la contention .....</b>	<b>74</b>
<b>6-</b>	<b>La suroccupation et les transferts.....</b>	<b>75</b>
<b>7-</b>	<b>Les conditions de vie au travail.....</b>	<b>77</b>
<b>Conclusion</b>	<b>.....</b>	<b>79</b>

## Table des matières

<b>1- Conditions générales de la visite .....</b>	<b>2</b>
<b>2- Présentation générale de l'établissement.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 La psychiatrie dans le département de l'Eure .....</b>	<b>3</b>
<b>2.2 La présentation générale de l'établissement.....</b>	<b>5</b>
<b>2.3 L'activité.....</b>	<b>8</b>
<b>2.4 Les données financières .....</b>	<b>10</b>
<b>3- l'hospitalisation sans consentement et l'exercice des droits .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Le statut juridique du patient hospitalisé sans son consentement.....</b>	<b>11</b>
3.1.1 Les informations données aux malades arrivants et possibilités de recours.....	11
3.1.2 La notification des droits.....	12
3.1.3 Les registres de la loi.....	12
3.1.4 Les sorties d'essai .....	14
3.1.5 Les levées des mesures de contrainte .....	15
<b>3.2 L'information sur les visites des autorités .....</b>	<b>15</b>
<b>3.3 La protection juridique des majeurs .....</b>	<b>15</b>
3.3.1 Le service de protection des majeurs au sein de l'hôpital .....	15
3.3.2 L'allocation aux adultes handicapés .....	16
<b>3.4 L'accès au dossier médical.....</b>	<b>16</b>
<b>3.5 L'accès à l'exercice d'un culte .....</b>	<b>18</b>
<b>3.6 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).....</b>	<b>19</b>
<b>3.7 La communication avec l'extérieur .....</b>	<b>19</b>
3.7.1 Les visites.....	19
3.7.2 Le téléphone .....	20
3.7.3 Le courrier.....	20
3.7.4 L'informatique et l'accès à internet.....	21
3.7.5 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge .....	21
<b>4- Les conditions d'hospitalisation .....</b>	<b>27</b>
<b>4.1 Les éléments communs à tous les pôles .....</b>	<b>27</b>
4.1.1 Le règlement intérieur.....	27
4.1.2 La restauration .....	27
4.1.3 La blanchisserie.....	29

4.1.4	Les activités communes .....	30
4.1.5	Les soins somatiques.....	33
4.1.6	La surveillance.....	35
<b>4.2</b>	<b>La fédération intersectorielle d'accueil.....</b>	<b>37</b>
4.2.1	L'unité intersectorielle d'accueil (UIA).....	37
4.2.2	L'antenne psychiatrique des urgences du centre hospitalier général.....	40
<b>4.3</b>	<b>Le secteur 27 G 01.....</b>	<b>40</b>
4.3.1	L'unité d'admission « Dali ».....	41
4.3.2	Unité de long cours « Monet » .....	46
4.3.3	L'unité intersectorielle de long cours (UILC).....	51
<b>4.4</b>	<b>Le secteur 27 G 02.....</b>	<b>55</b>
4.4.1	L'unité d'admission dite « unité 2A » .....	55
4.4.2	L'unité de long cours dite « unité 2C ».....	60
<b>4.5</b>	<b>Le secteur 27 G 03.....</b>	<b>64</b>
4.5.1	L'unité d'admission, dite « unité 3C ».....	65
4.5.2	L'unité de suite, dite « unité 3D ».....	66
<b>4.6</b>	<b>L'unité de préparation à la sortie : « La Passerelle » .....</b>	<b>66</b>
<b>4.7</b>	<b>Le secteur 27 G 04.....</b>	<b>69</b>
4.7.1	L'unité d'admission « René Cassin » .....	70
4.7.2	L'unité de long cours « Henri Dunant » .....	71
<b>4.8</b>	<b>Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile 27 I 02 .....</b>	<b>72</b>
<b>4.9</b>	<b>L'hospitalisation des détenus.....</b>	<b>73</b>
<b>5-</b>	<b>Le recours à l'isolement et à la contention .....</b>	<b>74</b>
<b>6-</b>	<b>La suroccupation et les transferts.....</b>	<b>75</b>
<b>7-</b>	<b>Les conditions de vie au travail.....</b>	<b>77</b>
<b>Conclusion</b>	<b>.....</b>	<b>79</b>