



**Etablissement public de santé  
mentale de Caen  
(Calvados)**

**13-17 mai 2013**

Contrôleurs :

- Thierry Landais, chef de mission ;
- Céline Delbauffe ;
- Vincent Delbos ;
- Anne Galinier ;
- Bernard Raynal.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé mentale de Caen.

Un rapport de constat a été adressé le 14 janvier 2014 à son directeur, lequel a fait connaître ses observations en retour le 20 février 2014. Le présent rapport de visite a intégré celles-ci.

## **1 Conditions générales de la visite**

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement public de santé mentale (EPSM) le lundi 13 mai 2013 à 15h30. La visite avait été annoncée le 7 mai, soit six jours plus tôt.

Une réunion de présentation de la mission a aussitôt eu lieu en présence du directeur de l'établissement devant vingt personnes : personnel de direction, communauté médicale – président de la commission médicale d'établissement (CME) et chefs de pôles –, cadres soignants, responsables des services administratifs (service de la gestion des malades).

Une visite de l'ensemble de l'hôpital a ensuite été organisée.

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

Destinées aux personnes hospitalisées, à leur famille et aux personnes travaillant au sein de l'établissement, les affiches annonçant la visite avaient été diffusées dans les services de soins et les lieux collectifs.

Le directeur de cabinet du préfet du Calvados, le président du tribunal de grande instance (TGI) et le parquet de Caen ont été avisés par téléphone le 14 mai 2013. Le directeur de l'EPSM avait informé l'agence régionale de santé (ARS) de cette visite.

Les contrôleurs ont pu circuler dans l'ensemble de l'établissement dans des conditions permettant l'exercice de leur mission. Ils 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.

Une visite de nuit a eu lieu dans la soirée du 15 mai au cours de laquelle les contrôleurs se sont entretenus avec l'équipe de sécurité et d'accueil et la cadre de santé de nuit, puis se sont rendus dans deux unités afin de rencontrer le personnel et les patients.

Au cours de leur mission, les contrôleurs ont eu sur place un entretien avec :

- le président de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ;
- le chef du pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire ;

- deux représentants de l'aumônerie ;
- la vice-présidente exerçant les fonctions de juge des libertés et de la détention (JLD) ;
- deux des trois organisations syndicales représentatives des personnels (la troisième a remis un courrier aux contrôleurs) ;
- les représentants de l'association de psychiatrie et de santé mentale « Apsy ».

Les contrôleurs se sont déplacés dans les locaux de la représentation départementale de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) pour y rencontrer trois intervenants.

Un entretien téléphonique a eu lieu, après la mission, avec le président de l'association Advocacy France et Basse-Normandie, chargée de médiation sociale dans le domaine de la santé mentale et représentante des usagers à l'EPSM de Caen.

Compte tenu du délai imparti à la mission, il a été fait le choix de ne pas contrôler l'ensemble des unités d'hospitalisation et de se concentrer sur celles relevant des quatre pôles qui couvrent les secteurs de psychiatrie de l'agglomération de Caen, soit au total douze unités. Cette décision a été indiquée dès la réunion de présentation.

## **2 PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT**

### **2.1 L'historique**

Du fait de son histoire, l'établissement public de santé mentale de Caen est encore communément appelé « Bon Sauveur », du nom de la communauté religieuse fondée en 1723 dont le livret d'accueil de l'hôpital indique que « les sœurs se proposaient de tenir les petites écoles, soigner à domicile les malades indigents (...) et recevoir les premières malades mentales femmes ». Après la Révolution française, le futur recteur de l'académie de Caen, Pierre-François Jamet, réunit les religieuses ayant survécu et leurs malades dans l'ancien couvent des capucins, situé dans le quartier Saint-Ouen, à l'emplacement actuel de l'hôpital.

Les années qui ont suivi ont correspondu à une extension progressive du nombre des personnes prises en charge, avec l'éducation des enfants sourds en 1806 et les soins mentaux pour les hommes en 1818. La communauté du Bon Sauveur de Caen a connu ensuite une extension importante avec un nombre de malades supérieur à 1 000 au début des années 1970.

En 1975, la congrégation religieuse a rétrocédé la gestion de l'hôpital au département du Calvados.

### **2.2 L'implantation**

L'hôpital est situé en plein cœur du centre-ville de Caen, à environ 200 m de l'hôtel de ville. Il occupe une emprise de treize hectares. Depuis la gare SNCF, l'établissement est accessible par les transports en commun (tramway et bus). Trois arrêts de bus (lignes 2, 8 et 21) sont disposés aux abords des différentes entrées, ainsi qu'une station V'eo (location de vélos urbains).

Située rue Saint-Ouen, l'entrée principale de l'EPSM est l'unique voie d'accès pour les véhicules. La signalisation n'existe qu'aux abords de l'entrée principale ; néanmoins, le Bon Sauveur est une institution parfaitement repérée par la population. L'établissement compte de nombreuses zones de stationnement des véhicules – treize parkings au total avec des places réservées aux personnes à mobilité réduite – et des deux-roues.

Sur l'arrière de l'hôpital, côté centre-ville, un second passage est destiné aux piétons : le portail – équipé d'une sonnette et d'un visiophone – est ouvert entre 7h et 21h30 et permet notamment aux patients de sortir du domaine pour accéder plus rapidement en ville par la rue des Blanchisseries qui est en réalité une impasse, « l'impasse des Blanchisseries ». Un panneau y indique l'adresse de l'entrée principale et avertit que l'accès est « strictement réservé aux patients, visiteurs et professionnels ». Un plan de situation de l'hôpital se trouve en entrant sur le domaine.

Le domaine est contenu dans une enceinte formée par un mur ou une clôture grillagée.

L'hôpital est bordé, côté Ouest (porte d'entrée), par l'église Saint-Ouen, le siège de la direction régionale des affaires culturelles, une zone pavillonnaire et par des immeubles d'habitation de cinq étages (dont certains sont encore en cours de construction) et, côté Est (passage pour piétons) par le stade Héлитas et le lycée Malherbe de Caen.

Les différents bâtiments font l'objet d'une signalétique parfois hasardeuse ; bien qu'aucune toponymie générale n'ait été mise en place, certaines voiries sont dénommées, notamment une « allée sans tabac ».

### **2.3 La psychiatrie dans le département du Calvados**

Le département du Calvados correspond à un territoire d'une superficie de 5 548 km<sup>2</sup> et à une population recensée en 2012 à 699 591 habitants (trentième rang sur le plan national). La densité de population<sup>1</sup> est de 117 habitants/km<sup>2</sup>. Selon l'INSEE, la moitié de la population est âgée de moins de 40 ans<sup>2</sup> et le département figure dans le premier tiers des départements français selon le produit intérieur brut par habitant.

Le Calvados est organisé en neuf secteurs de psychiatrie adulte, réparties dans quatre structures hospitalières, l'EPSM et les trois établissements suivants :

- le centre hospitalier universitaire (CHU) Côte de Nacre à Caen, pour le secteur 14 G 01 (Bernières, Caen-Nord, Courseulles, Douvres-la-Délivrande, Lion-sur-Mer, Ouistreham et Saint-Aubin) ;

---

<sup>1</sup> La densité de la population à l'échelle nationale est de 122 habitants/km<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> La pyramide des âges du département du Calvados est la suivante :  
 plus de 75 ans : 7,2 % ;  
 60 - 74 ans : 13,16 % ;  
 40 - 59 ans : 25,52 % ;  
 20 - 39 ans : 28,53 % ;  
 0 - 19 ans : 25,6 %.

- à l'Ouest du département, les établissements hospitaliers du Bessin à Bayeux, pour le secteur 14 G 05 (Balleroy, Bayeux, Caumont-L'éventé, Creully, Isigny-sur-Mer, Ryes, Tilly-sur-Seulles et Trévières) ;
- au Sud-Ouest du département, le centre hospitalier de Vire, pour le secteur 14 G 06 (Aunay-sur-Odon, Le Bény-Bocage, Condé-sur-Noireau, Saint-Sever-Calvados, Vassy et Vire).

L'EPSM dessert un bassin de population d'environ 420 000 habitants, soit 60 % de la population du Calvados, et couvre les six autres secteurs de psychiatrie adulte du département, communément dénommés par leur géographie :

- le secteur 14 G 02 dit de « Caen Est » ;
- le secteur 14 G 03 « Caen Sud » ;
- le secteur 14 G 04 « Caen Ouest », couvrant aussi Evrecy et Villers-Bocage ;
- le secteur 14 G 07 « Lisieux », couvrant aussi Livarot, Orbec et Saint-Pierre-sur-Dives ;
- le secteur 14 G 08 « Côte Fleurie », couvrant Cabourg, Deauville, Dozulé, Honfleur et Pont-l'Évêque ;
- le secteur 14 G 09 « Caen Plaine », couvrant Bretteville-sur-Laize, Caen, Mézidon et Mondeville.

Concernant la psychiatrie infanto-juvénile, deux secteurs sont rattachés aux hôpitaux de Bayeux et de Vire ; les deux autres (14 I 02 et 14 I 03, « Caen Falaise » et « Lisieux Pays d'Auge ») le sont auprès de l'EPSM qui ne dispose cependant d'aucune structure d'hospitalisation à temps complet réservée aux enfants.

Il n'existe aucune clinique psychiatrique privée dans le Calvados.

Pour l'ensemble du département, quarante-quatre médecins psychiatres libéraux exercent leur activité et sept comme employés dans des structures associatives.

## 2.4 L'organisation fonctionnelle de l'établissement

Dans le cadre de la gouvernance, l'EPSM s'est organisé en douze pôles d'activités pour accomplir sa mission qui, outre les six secteurs décrits plus hauts, sont les suivants :

- pôle « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ». Comme cela a déjà été mentionné, ce pôle ne comporte pas d'unité de soins intra-hospitalière ;
- pôle « Psychiatrie pénitentiaire et d'addictologie », comprenant un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et un centre d'aide et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD). Le service médico-psychologique régional (SMPR), qui assure principalement le suivi psychologique de la population de la maison d'arrêt et du centre pénitentiaire de Caen, est implanté dans les locaux de ce dernier.
- pôle « Pharmacie, médecine, biologie, odontologie » ;
- pôle « Information médicale » ;
- pôle « Prestations » ;
- pôle « Gestion ».

Au 20 avril 2013, l'établissement est une structure pavillonnaire de quinze bâtiments, comptant au total **355 lits d'hospitalisation** à temps complet, répartis de la manière suivante :

- pôle « Caen Est » : 53 lits ;
- pôle « Caen Sud » : 59 lits ;
- pôle « Caen Ouest » : 58 lits ;
- pôle « Lisieux » : 66 lits ;
- pôle « Côte Fleurie » ; 63 lits ;
- pôle « Caen Plaine » : 56 lits.<sup>3</sup>

Au sein de chaque pôle, les unités d'hospitalisation sont réparties en général entre unités d'admission et unités de moyens et longs séjours. Toutes accueillent ou sont susceptibles d'accueillir des personnes hospitalisées sans leur consentement.

L'EPSM compte également cinquante-cinq unités extrahospitalières : vingt-trois centres médico-psychologiques (CMP), vingt centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et douze hôpitaux de jour (HJ). Dans le champ médico-social, il gère également un service d'accueil médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et la maison d'accueil spécialisée (MAS) de Boulon.

## 2.5 Les bâtiments

Depuis les années 1970, l'hôpital a acquis progressivement des locaux qui appartenaient auparavant à la communauté du Bon Sauveur. Son extension s'est réalisée dans la partie Sud du domaine qui comporte aujourd'hui quarante-deux bâtiments, de dimensions, de construction et de style très différents. Il en résulte aujourd'hui un ensemble qui présente une grande hétérogénéité avec des réalisations récentes réussies (80 places récemment créées), non loin de services qui ne bénéficient pas de l'avis favorable de la commission de sécurité et d'accessibilité incendie (pour 105 lits).

L'occupation de l'espace des unités d'hospitalisation révèle les étapes successives de constitution du site de l'établissement.

Côté Nord, dix unités sont implantées dans la partie historique de l'hôpital : « L'archipel », « L'escale », « Les glycines », « Intermezzo », « Les mimosas », « Le patio », « Père Jamet », « Post cure », « Sainte-Bernadette » et « Les tilleuls ».

Au Sud, les huit unités ont été construites récemment, telles celles composant « L'Odyssée » – regroupant les trois unités « Alize », « Hélios » et « Neptune » –, dans les années 2000 (« Lucien Bonnafé »), ou 1980 pour les unités du pôle Caen Ouest, « Vastel » et « Vicq d'Azur ».

Le bâtiment L'Odyssée est un édifice de construction récente de deux niveaux et quatre-vingt-un lits conçu par un architecte parisien spécialisé dans la réalisation d'équipements publics et, notamment, d'établissements de santé. De forme légèrement

---

<sup>3</sup> Conformément aux indications données au cf. 1, les contrôleurs ont visité les unités rattachées aux quatre pôles caennais : Caen Est, Caen Sud, Caen Ouest et Caen Plaine.

hélicoïdale, il est décrit comme très adapté.

Entre ces deux zones, la partie centrale de l'hôpital est utilisée par les différents services administratifs et généraux de l'EPSM.

Le bâtiment de l'administration se trouve à proximité de l'entrée principale ; il héberge notamment l'accueil principal, la direction et ses services dont le bureau des admissions et l'institut de formation des aides-soignants.

L'ensemble est fonctionnel et agréable.

Le centre de l'hôpital est occupé par les services communs qui sont installés dans des bâtiments anciens : ateliers, services techniques, cuisine centrale, blanchisserie, gymnase, salle de spectacle, restaurant du personnel.

Les locaux de la médecine du travail présentent un état particulièrement dégradé.

L'aumônerie et la maison des usagers où se tient la permanence des associations de familles et de patients, sont installées à côté l'une de l'autre dans un bâtiment historiquement central mais qui est devenu, au fil du temps, éloigné des unités nouvelles et du bâtiment de la direction.

Selon les indications recueillies, leur déplacement serait prévu dans une prochaine tranche de réalisation de travaux.

## 2.6 L'activité

Le rapport d'activité de l'année 2012 retrace l'évolution des journées d'hospitalisation dans les pôles de psychiatrie adulte et infanto-juvénile (hors MAS), avec une tendance constatée depuis 2008 à la progression des prises en charge en hôpital de jour et une diminution des hospitalisations complètes :

Années	Nombre de journées d'hospitalisation				Total (1+4)
	à temps complet (1)	de jour (2)	de nuit (3)	à temps partiel (4) : 2+3	
2008	121 881	21 689	4 253	25 942	<b>147 823</b>
2009	117 790	21 358	3 819	25 177	<b>142 967</b>
2010	110 300	22 400	3 498	25 898	<b>136 198</b>
2011	111 017	24 338	2 836	27 174	<b>138 191</b>
2012	108 923	23 152	2 163	25 315	<b>134 238</b>

*Nombre de journées d'hospitalisation*

Le rapport indique que la durée moyenne de séjour est passée de 21 jours en 2008, à 20 jours en 2009 et à 19 jours depuis 2010.

Le nombre de séjours est resté stable sur la période.

Pour l'activité de 2012, le poids de chaque pôle dans l'activité de l'établissement apparaît dans le tableau suivant :

<i>Pôles</i>	<i>Sur la totalité des hospitalisations</i>	<i>Sur les hospitalisations à temps complet</i>
<i>Caen Est (G 02)</i>	17,58 %	18,16 %
<i>Caen Sud (G 03)</i>	15,53 %	13,77 %
<i>Caen Ouest (G 04)</i>	17,76 %	17,34 %
<i>Lisieux (G 07)</i>	13,92 %	15,30 %
<i>Côte Fleurie (G 08)</i>	17,72 %	18,39 %
<i>Caen Plaine (G 09)</i>	17,48 %	17,04 %

*Part relative de chaque pôle dans l'activité de l'établissement*

Pour l'ensemble de l'EPSM, la part des journées réalisées en hospitalisation de jour par rapport aux journées réalisées toutes hospitalisations confondues, est de 17 %.

L'hospitalisation à temps complet comprend une grande partie de chambres individuelles

Le taux d'occupation des lits (hospitalisations à temps complet) oscille entre 84 % (2012) et 88 % (2008 et 2010).

L'hospitalisation à temps complet des **mineurs** s'effectue dans les services adultes ; l'activité de cette hospitalisation est retracée ci-dessous :

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<i>File active</i>	46	50	51	50	55
<i>Journées réalisées</i>	1 843	2 308	1906	1 515	1 210
<i>Nombre de séjours</i>	87	71	73	71	73
<i>Durée moyenne</i>	21	32	26	21	17

*Hospitalisation à temps complet des enfants et des adolescents*

Le tableau suivant retrace l'activité des unités dépendant des pôles pris en compte par la mission :

Unité d'hospitalisation	14 G 02 Caen Est				14 G 03 Caen Sud			14 G 04 Caen Ouest				14 G 09 Caen Plaine		
	USI	Neptune	Tilleuls	Nuit	Helios	Ste Bernadette	Nuit	« Vastel »	Vic 2	Vic 3	Nuit	Bourneville	Bonnafé	Nuit
2012														
Taux d'occupation	82,9	89,4	94		86,4	82,05		91,5	70,6	78,6		73,7	98	

Activité des unités d'hospitalisation contrôlées

## 2.7 Le personnel

L'EPSM de Caen emploie 1 214 salariés et ne rencontre pas de difficulté majeure de recrutement, tant en personnel médical que non médical.

### 2.7.1 Le personnel médical

Les effectifs médicaux ont été stables aux cours des dernières années.

En 2011, 59,30 ETP (équivalents temps plein) de praticiens hospitaliers étaient occupés par soixante-neuf médecins, 59 % de sexe féminin.

Un seul médecin est de nationalité étrangère ; 52 % du corps médical est âgé de 41 à 55 ans. En 2011, 5,8 % des praticiens ont quitté l'établissement ; il a été mis fin à deux contrats et cinq praticiens ont été recrutés.

Quarante-six praticiens hospitaliers travaillent à temps plein, trois entre 0,9 et 0,7 ETP, huit à 0,6 ou 0,5 ETP et six à moins de 0,5 ETP.

Les effectifs médicaux des pôles étudiés sont les suivants :

15 mars 2013	Urgence psychiatriques		14 G 02 Caen Est		14 G 03 Caen Sud		14 G 04 Caen Ouest		14 G 09 Caen Plaine		Commun <sup>4</sup>		SIMP	
	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P
	PHTP	1	1	4	3	3	3	4	3	3	4	2,6	1,8	3
PH temps partiel			0,6		0,6				0,6	0,6				1,2
Assistant spécialité			1			1								
Assistant généraliste				0,2										
Attaché			0,2		0,3						1,1	1,7		0,6
PH contractuel				1			1				1,5			0,6

Effectifs médicaux

Les journées d'absence des médecins au cours des trois dernières années ont été les suivantes :

<sup>4</sup> Pharmacie, laboratoire, odontologie, étudiants hospitalier, interne de spécialité.

	2009	2010	2011
<i>Maladie</i>	89	84	149
<i>Maternité</i>	121	111	362
<i>Formation</i>	DM <sup>5</sup>	DM	236

*Tableau des absences médicales*

### 2.7.2 Le personnel non médical

La durée hebdomadaire de travail est de 35 heures pour les postes de jour et de 32 heures et 30 minutes pour les postes de nuit. Les journées de travail de 7 heures et 40 minutes génèrent vingt jours de réduction du temps de travail (RTT)<sup>6</sup>.

Le personnel soignant présente une relative stabilité avec, en 2011, 5,5 % de départs cumulant les départs à la retraite, les mutations et les demandes de disponibilité.

#### **Tous les postes sont pourvus.**

Le nombre de journées d'absence cumulées par agent est de seize jours en moyenne. 14 % des agents travaillent à temps partiel.

Le personnel féminin représente 70 % (854 femmes/ 1 214 agents) du personnel de l'ensemble de l'établissement et 73 % (670 femmes/ 914 agents) du personnel soignant.

Les équipes soignantes de nuit sont constituées au minimum de deux agents.

Elles sont mutualisées par pôle et encadrées par quatre cadres de santé qui assurent un roulement par deux.

Les contrôleurs ont rencontré le cadre de santé de nuit, qui se déclarait « passionnée par ce travail de nuit, mais en grande difficulté en raison du jeune âge de ses enfants » ; en effet l'affectation des cadres de nuit est limitée dans le temps, une rotation en fin de délai étant garantie par le directeur de soins. Ainsi cette cadre avait été dans l'obligation d'accepter ce poste.

Les agents ont en moyenne 44 ans.

Des élèves infirmiers des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) de Caen, Falaise, Lisieux sont accueillis en stage au centre hospitalier.

<sup>5</sup> Données manquantes.

<sup>6</sup> Lors de la mise en œuvre des 35h les personnels travaillent 38h20 par semaine et ont 20 jours annuels de RTT. S'ils travaillent 35h ils n'auraient pas les jours de RTT.

Les effectifs des agents, par pôle contrôlé, sont les suivants :

Pôle	14 G 02	14 G 03	14 G 04	14 G 09	Total	
	Caen Est	Caen Sud	Caen Ouest	Caen Plaine	établissement	
2012	Agent	Agent	Agent	Agent	ETP	Agent
Cadres supérieurs de santé	1	1	1	1	55,6	56
Cadres de santé	4	5	5	4		
Infirmiers	61,2	54,8	58,4	57,9	431	445
Aides-Soignants	32,4	26,6	31,8	24,8	281,2	287
Agents de service hospitalier	3	4	5	4	67,97	69
Assistants médico-psychologiques	0,5		3	3		
Secrétaires médicales, adjoints administratifs	3,8	3,8	3	3,8	103,7	109
Ergothérapeutes	1	1	1	1	19,8	21
Psychologues	1,8	1,5	2,5	3	32,49	36
Psychomotriciennes						
Assistants de service social	1,8	2,5	2	2		18
Personnels médicotechniques					9,5	10
Ouvriers	1	1		1	146,2	148
TOTAL	111,5	101,2	112,7	105,5	1176	1214

Tableau par pôle des effectifs du personnel

Les effectifs d'agents par unité d'hospitalisation à temps plein, au 31 décembre 2012, sont les suivants :

Unité d'hospitalisation	14 G 02 Caen Est				14 G 03 Caen Sud			14 G 04 Caen Ouest				14 G 09 Caen Plaine		
	USI	Neptune	Tilleuls	Nuit	Hélios	Ste Bernadette	Nuit	«Vastel»	V/c 2	V/c 3	Nuit	Bourneville	Bonnafé	Nuit
2012														
Cadres de santé	1	1			1	1		1	1	1		1	1	
Infirmiers de jours	11,8	14,4	10		14,4	13		13,2	9,4	7,9		13,7	14,6	
Infirmiers de nuit				7			7				8			6
Aides-soignants de jour	5,8	7,8	8,8		6	7,8		7,9	5,6	7,31		8,8	7	
Aides-soignants de nuit				7			7				8			6
Agents des services hospitaliers		1	2		1	1		2	2			2	2	
Assistants médico-psychologiques		0,5						1	1			1	1	
Assistants de service social		0,9			1								2	
Ergothérapeute								1						
Ouvrier	1													
TOTAL	19,6	25,6	20,8		23,4	22,8	14	26,1	19	16,2	16	26,5	27,6	12

Tableau des effectifs par unité d'hospitalisation à temps plein

En 2011, vingt-six agents ont pu accéder à une **formation promotionnelle** : quatre en institut de formation continue dans l'action sociale (IFCAS), un en certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS), quatorze en institut de formation en soins infirmiers (IFSI), quatre en institut de formation d'aide-soignant (IFAS), trois en assistants médico-psychologiques. 327 agents ont suivi une

formation incendie.

Les **accidents de travail** (AT) font l'objet d'une surveillance particulière par la direction des ressources humaines :

	2009	2010	2011	2012
<i>AT avec arrêt</i>	70	61	62	DM
<i>Chute</i>	27	33	27	26
<i>Soulèvement</i>	18	18	10	DM
<i>Agités</i>	65	50	45	26
<i>Accident d'exposition virale</i>	4	3	2	DM
<i>Total</i>	165	143	149	111

Tableau des accidents du travail (source : DRH).

En 2012, 111 déclarations d'accident de travail ont été faites dont 33 ont été suivies d'un arrêt de travail en moyenne de 23 jours (1 040 jours au total). Les accidents les plus fréquents sont les chutes ou glissades (24 %), le contact avec des patients agités (24 %), les accidents de trajet (9 %).

Les **congés maternité** sont habituellement remplacés. En 2012, il y a eu soixante-quinze congés de maternité (4 552 jours au total), et dix-huit congés de paternité.

## 2.8 Les données financières

### 2.8.1 Le compte de résultat principal

L'évolution 2011-2012 du compte de résultat principal est traduite dans le tableau ci-dessous :

CHARGES	Réalisé 2011	Réalisé 2012	Ecart en €	En %
<i>Titre 1 : Charges de personnel</i>	54 231 680	55 691 031	1 459 351	2,69
<i>Titre 2 : Charges à caractère médical</i>	1 122 598	967 789	- 154 809	- 13,79
<i>Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général</i>	6 507 221	6 047 211	- 460 010	- 7,07
<i>Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions, financières</i>	2 777 207	3 267 081	489 874	17,64
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	64 638 706	65 973 113	1 134 407	2,06

<b>PRODUITS</b>	<b>Réalisé 2011</b>	<b>Réalisé 2012</b>	<b>Ecart en €</b>	<b>En %</b>
<i>Titre 1 : Produits versés par l'assurance maladie</i>	57 380 504	57 867 240	486 736	0,85
<i>Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière</i>	3 035 361	3 049 410	14 049	0,46
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	64 627 872	65 618 515	990 643	1,53
<b>RESULTAT</b>	<b>- 10 834</b>	<b>- 354 598</b>		

*Compte de résultat principal 2011-2012*

Les dépenses de personnel représentent 84,7 % de l'ensemble des **charges d'exploitation 2012** ; la forte progression des dépenses en ce domaine est pour l'essentiel, la conséquence des revalorisations statutaires du personnel infirmier.

Au niveau du titre 2, les dépenses de médicaments diminuent de 58 000 euros, les prestations médicales extérieures de 8 000 euros, l'informatique à caractère médical de 14 000 euros.

Au niveau du titre 3, le poste « entretien et réparations » diminue de 251 000 euros, les denrées alimentaires de 35 000 euros, les prestations informatiques extérieures de 233 000 euros.

Au niveau du titre 4, le poste « intérêts des emprunts » augmente de 62 000 euros, les dotations aux amortissements de 103 000 euros, la provision pour risques de 424 000 euros.

Les **produits d'exploitation** proviennent pour 88,20 % de l'assurance maladie.

Le compte de résultat principal pour 2012 est en déficit de 354 598 euros ; ce compte était en excédent de 2007 à 2009, en déficit de 178 000 euros en 2010 et de 11 000 euros en 2011.

## **2.8.2 L'investissement**

La politique d'investissement était conditionnée par le fait que, le 1<sup>er</sup> janvier 1976, l'hôpital a été érigé en établissement public ; pour ce faire, il a dû racheter la moitié du patrimoine appartenant à la congrégation et louer l'autre moitié, cela jusqu'en 2007. C'est à compter de 2008 que l'établissement est devenu totalement propriétaire des lieux.

Cet épisode historique a entraîné certaines conséquences sur le niveau des amortissements disponibles.

Les principales restructurations entreprises se sont étalées depuis 2004 :

- 2004 : rénovation d'un centre médical ;
- 2005 : rénovation et restructuration du pavillon « Bourneville » et rénovation du pavillon « L'escale » ;
- 2009/2010 : rénovation et mise en sécurité incendie du pavillon « »Vastel« ».

A côté de ces rénovations, des constructions ont été effectuées :

- 2004 : construction du pavillon « Bonnafé » ;
- 2009 : construction de l'ensemble « pharmacie/laboratoire/administration » ;
- 2011/2012 : construction d'un ensemble immobilier, « pavillon Odysée », comprenant trois unités de vingt-sept lits pour trois secteurs différents.

En 2011, les investissements effectués se sont chiffrés à 4 801 000 euros :

- 3 721 000 euros pour les travaux,
- 979 000 euros pour les équipements,
- 101 000 euros pour les logiciels informatiques.

Le remboursement du capital de l'emprunt s'est élevé à 1 950 000 euros.

Le financement de cet investissement a été réalisé pour 1 534 000 euros par autofinancement et pour 4 426 000 euros par un prélèvement sur le fonds de roulement.

### 2.8.3 Les comptes de résultat annexes

Le compte de résultat annexe de la maison d'accueil spécialisée (MAS) se solde par un excédent de 22 374 euros.

Le compte de résultat annexe du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) se solde par un excédent de 95 153 euros.

Le compte de résultat annexe du service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) se solde par un excédent de 12 177 euros.

Le compte de résultat annexe de l'institut de formation aide-soignant (IFAS) se solde par un déficit de 28 674 euros.

### 2.8.4 Le rapport de gestion du trésorier (exercice 2012)

En synthèse il est indiqué :

*« Dans un contexte d'allocations budgétaires resserrées, l'établissement public de santé mentale de Caen a pu maintenir un niveau de valeur ajoutée en progression. Mais les effets positifs d'une bonne maîtrise des consommations intermédiaires ont été fortement limités par la hausse des charges de personnel.*

*Le repli de la marge brute et l'augmentation des charges financières, déjà constatés en 2011, se sont accentués en 2012. L'établissement ne peut financer la totalité de ses charges fixes (dotation aux comptes d'amortissements et de provisions et intérêts de la dette). De plus, il mobilise plus des deux tiers d'une capacité d'autofinancement en recul au remboursement du capital de sa dette. Ces constats devront conduire l'établissement à maîtriser l'évolution de ses charges pour, notamment, redresser sa capacité d'autofinancement.*

*Cependant, la structure du bilan reste saine et équilibrée. Le programme ambitieux d'investissements avait été mené avec la volonté de limiter le recours aux financements extérieurs (emprunts). Malgré cette prudence, le volume d'endettement pèsera sur les capacités financières futures de l'établissement. »*

### 2.8.5 Les perspectives pour l'année 2013

Il a été indiqué aux contrôleurs que la revalorisation des produits devrait être de 0,45 %. A effectif constant, les charges, notamment celles du personnel, devraient continuer à augmenter, ce qui devrait entraîner un déficit bien supérieur à celui de 2012.

Par ailleurs, les dépenses d'investissement vont être très surveillées. Eu égard notamment au rapport du trésorier, la direction sera très attentive au suivi des futures dépenses d'investissement.

### 2.9 Les patients hospitalisés sans leur consentement

Au 14 mai 2013, le service de la gestion des malades (bureau des entrées) comptabilisait :

- au titre des soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), 133 personnes, dont 53 en hospitalisation complète (80 programmes de soins) ;
- au titre des soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE), 76 personnes, dont 34 en hospitalisation complète.

Au total, 87 patients étaient hospitalisés sans leur consentement. Compte tenu d'une occupation de 348 lits, la proportion des personnes en SDRE et SDDE était de 25 %.

Extrait du rapport d'activité de l'EPSM pour l'année 2012, le tableau suivant retrace l'évolution des soins psychiatriques sous contrainte de 2008 à 2012 :

Années	Journées			Entrées		
	SDRE (ex HO)	SDDE (ex HDT)	Total	SDRE (ex HO)	SDDE (ex HDT)	Total
2008	22 160	14 665	<b>33 825</b>	307	405	<b>712</b>
2009	21 121	12 863	<b>33 984</b>	338	424	<b>762</b>
2010	19 950	11 555	<b>31 505</b>	341	395	<b>736</b>
2011	21 936	11 692	<b>33 628</b>	338	385	<b>723</b>
2012	19 696	12 439	<b>32 135</b>	283	418	<b>701</b>

*Evolution des soins psychiatriques sous contrainte de 2008 à 2012*

Entre 2011 et 2012, le nombre de journées a diminué globalement de 4,4 %. Cette évolution correspond à une baisse de 10,2 % du nombre de journées concernant des patients admis en SDRE, pondérée par une élévation de 6,4 % du nombre de journées pour les patients admis en SDDE.

Les admissions en SDRE ont diminué de 16,3 % entre 2011 et 2012 ; celles en SDDE ont augmenté de 8,6 %.

Les durées moyennes de séjour (DMS) des patients en SDRE et en SDDE restent

relativement stables, comme le montre le tableau suivant :

<i>DMS en jours</i>	<b>SDRE (ex HO)</b>	<b>SDDE (ex HDT)</b>	<b>Total</b>
2008	72,18	36,21	<b>51,72</b>
2009	62,49	30,34	<b>44,60</b>
2010	58,580	29,25	<b>42,81</b>
2011	64,90	30,37	<b>46,51</b>
2012	69,60	29,76	<b>45,84</b>

*Durées moyennes de séjour des patients en SDRE et en SDDE*

Le tableau suivant pointe les SDRE concernant les patients détenus :

<i>Années</i>	<b>Journées</b>	<b>Séjours</b>	<b>DMS en jours</b>
2006	460	43	10,70
2007	728	73	9,97
2008	383	54	7,09
2009	714	84	8,50
2010	541	102	5,30
2011	460	96	4,79
2012	625	94	6,65

*Nombre de SDRE concernant les patients détenus*

L'hospitalisation des patients détenus a augmenté en 2009 et est restée stable depuis.

### **3 LES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET L'EXERCICE DES DROITS**

#### **3.1 L'arrivée des patients**

##### **3.1.1 Le service des admissions**

Les admissions à l'EPSM de Caen peuvent se faire selon trois modalités :

- en soins libres, sur indication d'un praticien de CMP ou d'un médecin traitant ;
- en hospitalisation sans consentement, directement dans le service, comme cela peut être le cas pour une personne détenue, ou pour un patient connu du service accompagné par sa famille, les pompiers ou les forces de police ;
- en hospitalisation sans consentement, à partir du service d'accueil des urgences

de l'hôpital général.

Les admissions en soins libres sont gérées par le service de l'accueil. Ce service n'est pas médicalisé et seule l'existence d'une place disponible désignera le service d'hospitalisation. Dans l'éventualité où un patient est hospitalisé dans une unité relevant d'un autre secteur que son lieu d'habitation, il sera considéré comme « hébergé » par l'unité qui l'accueille.

L'interne en psychiatrie et le médecin généraliste de garde l'examinent dès son admission dans l'unité ; par la suite, le patient est pris en charge par l'équipe de psychiatre de son secteur de rattachement.

Il n'est pas rare, a-t-il été précisé aux contrôleurs par un médecin généraliste, que l'état du patient ne soit pas compatible avec une admission en secteur psychiatrique et qu'un transport au centre hospitalier de Caen soit nécessaire afin d'assurer une surveillance médicale continue.

Un transfert dans une unité relevant du secteur d'habitation du patient sera programmé dès que possible.

L'EPSM de Caen ne dispose pas d'une unité d'admission d'urgence. Les urgences psychiatriques sont admises au centre hospitalo-universitaire (CHU) de Caen depuis 1992. Le service des urgences psychiatriques est rattaché au pôle psychiatrique du CHU.

### **3.1.2 Le service d'accueil des urgences du CHU**

Les contrôleurs se sont rendus au service d'accueil des urgences du CHU, situé à 15 minutes en voiture de l'EPSM.

#### **3.1.2.1 Les effectifs**

L'équipe d'urgence psychiatriques est composée de jour de :

- un praticien hospitalier temps plein du CHU ;
- un praticien hospitalier temps plein de l'EPSM ;
- un interne en psychiatrie du CHU ;
- cinq ETP d'infirmiers de l'EPSM. Les infirmiers travaillent selon des horaires identiques à ceux des infirmiers du service des urgences : 6h45-14h25 le matin, 13h40-21h20 l'après-midi, 21h-7h la nuit.

La nuit, l'équipe est composée de deux infirmiers – un du CHU, l'autre de l'EPSM –, un interne en psychiatrie et un praticien hospitalier en psychiatrie sur place.

La garde du senior est assurée :

- en semaine : de 18h30 à 0h en astreinte opérationnelle sur place, de 0h à 8h30 à domicile ;
- les samedis, dimanches et jours fériés : de 8h30 à 12h et de 18h30 à 0h, sur place et, le reste du temps, en astreinte opérationnelle à domicile.

Les seniors ne disposent pas de chambre de garde.

Il a été précisé aux contrôleurs que, bien que les agents viennent d'institutions différentes, une excellente ambiance de travail se retrouve au sein d'une équipe

extrêmement soudée.

### **3.1.2.2 Les locaux**

Les locaux des urgences psychiatriques sont situés au sein du service d'accueil des urgences. Ils comportent trois bureaux d'une surface totale de 60 m<sup>2</sup> communiquant entre eux.

Chacun est équipé d'un poste informatique avec le logiciel de gestion des malades du CHU. Il n'y a pas d'interface avec le logiciel de l'EPSM. Les soignants du service de psychiatrie peuvent, avec leur identifiant, se connecter au dossier médical du patient et accéder à la fiche spécifique « psychiatrique ».

### **3.1.2.3 L'admission des patients au SAU**

Lorsqu'un patient se présente au service d'accueil des urgences (SAU), quel que soit le motif de la consultation, il sera évalué par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) et par le médecin régulateur (présent de 8h à 16h).

Le patient relevant d'une prise en charge psychiatrique est alors admis dans un box spécialement aménagé. Il est alors vu en consultation par l'infirmier psychiatrique et l'interne. Il ne lui est pas demandé de se déshabiller.

Il a été indiqué aux contrôleurs, que les médecins de *SOS-médecins* rédigeaient souvent un certificat de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) afin de faire intervenir les forces de police sur le lieu de prise en charge du patient.

Lorsqu'ils sont sous l'emprise de l'alcool, les patients nécessitant des soins psychiatriques à la demande d'un tiers selon une procédure d'urgence (SPDTU) sont, si cela est nécessaire, gardés aux urgences jusqu'au complet dégrisement. Ils sont ensuite transférés dans une unité d'hospitalisation à plein temps de l'EPSM.

Les personnes en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat sont le plus souvent prises en charge directement par l'équipe de l'EPSM qui va les chercher à domicile. Elles passent plus rarement par les urgences de psychiatrie.

Les patients ne nécessitant pas d'hospitalisation sortent du service avec un rendez-vous pour une prise en charge dans le centre médico-psychologique (CMP) dont ils relèvent. En cas d'urgence le senior de garde prendra un rendez-vous plus rapide. Un relais sera assuré par les infirmiers avec le médecin traitant, le médecin qui a adressé la personne aux urgences et le CMP.

### **3.1.2.4 Le transfert du CHU à l'EPSM**

Lorsqu'une hospitalisation à l'EPSM est nécessaire, un inventaire contradictoire des effets personnels est effectué par les infirmiers psychiatriques au SAU. Les objets de valeur sont déposés au coffre du CHU et ne seront transférés à l'EPSM que le lendemain.

Il est fait appel pour le transport à une société privée d'ambulance avec laquelle le centre hospitalo-universitaire a passé convention. Les patients sont, le plus souvent, transférés après avoir été sédatisés ; il est également possible qu'un membre de l'équipe soignante accompagne le patient pendant le transport, si cela s'avère nécessaire.

### 3.1.2.5 L'activité des urgences psychiatriques

L'activité du service de psychiatrie augmente progressivement depuis de nombreuses années. Le taux d'hospitalisation en 2011 était de 25,2 % à UHCD et de 41,8 % en hospitalisation classique dont 56,2 % en psychiatrie (67,3 % au CHS de Caen).

Années	Activité psychiatrique globale sur le site des urgences	Dont tentatives de suicide	Appels téléphoniques $\geq 20$ mn
2009	5 339	1 412	786
2010	5 423	1 332	693
2011	5 582	1 116	705
2012	5 706	1 116	758

*Activité des urgences psychiatriques*

### 3.1.3 La notification de la décision et les informations données aux malades

La loi du 5 juillet 2011 prévoit que la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement doit être informée, « le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission » et de chacune des décisions de maintien en soins.

A l'EPSM, les décisions relatives à l'admission en SDRE ou SDDE, au maintien de la mesure ou à la définition de la forme de prise en charge sont notifiées au patient à l'aide d'un document écrit élaboré par le service « gestion des malades ». Ce document informe le patient de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours, ainsi que des garanties qui lui sont offertes en application de l'article L 3211-12-1 du code de la santé publique. Il reprend une partie des dispositions de l'article L 3211-3 de ce code en précisant notamment au patient qu'il peut :

- « communiquer avec le procureur de la République et/ou le président du tribunal de grande instance ;
- saisir la commission départementale des soins psychiatriques ;
- saisir la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge en cas d'hospitalisation ;
- porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- émettre et recevoir des courriers ;
- se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix ;
- consulter le règlement intérieur de l'établissement. »

Ce document indique également qu'un recours contre la décision « peut être présenté sur le bien fondé de la mesure ou sur la forme auprès du tribunal de grande instance » dont l'adresse est précisée.

La cellule du registre de la loi, chargée du suivi des mesures de soins sous contrainte, prépare les courriers de notification en trois exemplaires et les transmet aux unités de soins concernées par l'intermédiaire du vagemestre. Seules les copies des arrêtés préfectoraux ou municipaux sont transmises aux patients ; les décisions du directeur de l'établissement ne sont pas communiquées.

Le courrier ne comporte pas de coupon détachable destiné à en accuser réception mais, en le signant, le patient reconnaît avoir été informé de sa situation juridique et de ses droits et avoir reçu une copie de la notification ainsi que de l'arrêté, le cas échéant.

Un exemplaire de la notification est remis au patient, un autre est classé dans son dossier médical et le dernier est destiné au registre de la loi.

#### **3.1.4 Le livret d'accueil**

Composé de seize pages, le livret d'accueil remis aux arrivants a été élaboré en 2005. A l'intérieur sont glissés neuf feuillets volants : un document relatif au traitement de la douleur et deux autres à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et à sa composition, la charte du patient hospitalisé, le plan de l'EPSM, un guide de l'accès au dossier du patient, une liste de la répartition des communes par secteur, une présentation des différents secteurs, ainsi que le questionnaire de sortie.

Ce livret décrit l'histoire et l'organisation de l'établissement, encore dénommé centre hospitalier spécialisé, les différents modes d'hospitalisation, la protection des biens des patients et le déroulement de leur séjour. Les droits du malade sont énumérés : le libre choix du praticien, le droit d'accès au dossier médical, la possibilité de désigner une personne de confiance. Sont également mentionnées l'existence d'un traitement informatisé des données administratives et médicales et les voies de recours.

Aucun de ces documents ne donne la moindre information sur les possibilités de recours spécifiques aux hospitalisations sous contrainte, ni ne fait référence à la loi du 5 juillet 2011.

Selon les informations recueillies, un nouveau livret d'accueil était en cours d'impression et devait remplacer l'ancien à compter du mois de juin 2013.

#### **3.1.5 Le recueil des observations des patients**

La loi du 5 juillet 2011 prévoit que la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement doit être informée de toutes les décisions la concernant et être à même de faire valoir ses observations avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge.

Il n'existe pas de formalisme de recueil des observations des patients ; selon les informations données aux contrôleurs, le moment privilégié pour les recueillir est celui des entretiens avec les praticiens hospitaliers, notamment ceux effectués pour les certificats de vingt-quatre heures, de soixante-douze heures et de huit jours. Elles seront éventuellement consignées dans le dossier médical.

### 3.1.6 La désignation d'une personne de confiance

Le livret d'accueil mentionne, dans ses deux versions – celle en vigueur au moment de la visite et celle en cours d'impression –, le droit pour le patient de désigner une personne de confiance. Cette possibilité est proposée au patient dans les unités d'hospitalisation lors de l'entretien d'admission ou, ultérieurement, dès que son état de santé le permet.

En 2007, le bureau « gestion des malades » a élaboré un document d'information sur ce thème, ainsi qu'un formulaire de désignation de la personne de confiance, tous deux diffusés dans les différents services de soins.

Le formulaire de désignation comporte une rubrique par laquelle le patient atteste avoir reçu, par l'équipe soignante, l'information relative à la personne de confiance. Le patient précise s'il souhaite ou ne souhaite pas désigner une personne pour l'assister pendant la durée de son hospitalisation. Dans l'affirmative, la personne de confiance est avertie de sa désignation et manifeste son accord en complétant et signant le formulaire. Une rubrique est réservée à la révocation éventuelle de la personne de confiance. Ce document, une fois renseigné, est intégré dans le dossier du patient.

Les contrôleurs n'ont pu obtenir de données sur le nombre de personnes de confiance effectivement désignées, cette information nécessitant une recherche dossier par dossier.

## 3.2 La levée des mesures de contrainte

### 3.2.1 Le contrôle de droit exercé par le juge des libertés et de la détention

L'activité du juge des libertés et de la détention a fortement augmenté entre 2012 et les quatre premiers mois de 2013 : 197 situations avaient été examinées en 2012 et 130 pour les quatre premiers mois de 2013, soit, en tendance annuelle, 390 saisines, ce qui correspondrait à une augmentation de presque 100 %.

MOIS	SAISINE 6 MOIS			SAISINE 15 JOURS		
	HO CAS PART	HO PREF	HDT	HO CAS PART	HO PREF	HDT
janvier	0	1	0	0	10	15
février	0	1	0	0	5	18
mars	0	1	1	0	5	20
avril	2	2	1	0	5	16
mai	1	2	0	0	7	14
juin	0	3	0	0	7	21
juillet	0	2	0	0	6	12
août	0	2	0	0	7	14
septembre	0	4	1	0	6	15
octobre	2	0	0	0	7	23
novembre	1	3	0	0	7	16
décembre	0	3	1	0	9	13
TOTAL	6	24	4	0	81	197

Saisines du JLD en 2012 (Source : EPSM Caen, service des admissions)

MOIS	SAISINE 6 MOIS			SAISINE 15 JOURS			TOTAL
	HO CAS PART	HO PREF	HDT	HO CAS PART	HO PREF	HDT	
janvier	0	1	0	0	8	20	29
février	1	3	0	2	12	16	34
mars	0	4	1	1	5	23	34
avril	1	1	0	0	10	21	33
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>35</b>	<b>80</b>	<b>130</b>

Saisines systématiques du JLD pour le 1<sup>er</sup> quadrimestre 2013 (Source : EPSM Caen, service des admissions)

L'essentiel de cette augmentation provient de la forte croissance des examens liés aux SPDRE lors des saisines du JLD à quinze jours.

En outre, en 2012, quinze patients ont demandé la mainlevée de leur hospitalisation.

### 3.2.2 Les décisions du juge des libertés et de la détention

Un juge des libertés et de la détention au tribunal de grande instance de Caen a été plus particulièrement désigné pour assurer le contentieux de l'hospitalisation sans consentement. L'actuel magistrat est en poste depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013. En plus de ce contentieux, il est chargé d'un service pénal. Seul un quart de son temps est consacré aux fonctions de juge des libertés et de la détention.

Plusieurs centres hospitaliers du département relèvent de sa juridiction : Bayeux, Vire et le CHU de Caen, en sus de l'EPSM du Bon Sauveur. Dans ce dernier établissement seulement, la règle est que l'audience se tient au sein de l'EPSM dans une salle d'audience réservée à cet usage.

Le tableau suivant, établi pour les quatre premiers mois de 2013, indique le nombre d'audiences tenues à l'EPSM et celles qui se sont déroulées au TGI :

MOIS	EPSM	TGI	TOTAL
janvier	31	1	32
février	34	2	36
mars	31	3	34
avril	33	0	33
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>6</b>	<b>135</b>

Localisation des audiences du JLD (4 premiers mois 2013)

Le tableau ci-dessus montre que, s'agissant des audiences dites systématiques (aux échéances de quinze jours et six mois), à une exception près, toutes se sont tenues à l'EPSM. Il n'est jamais fait appel, depuis l'EPSM, à la visioconférence. Est évoquée auprès des contrôleurs l'augmentation du nombre de patients, comparissant **en pyjama** lors des audiences. Les contrôleurs n'ont pas constaté ce fait lors de leur passage dans la salle d'attente de la salle d'audience.

Les audiences se déroulent deux demi-journées par semaine, le mardi et le jeudi matin. L'après-midi est réservé aux audiences pour les patients hospitalisés dans les autres établissements du département du Calvados. Peuvent s'y ajouter les examens des situations de patients de l'EPSM pour lesquelles le juge des libertés et de la détention

estime nécessaire que leur comparution s'effectue au tribunal.

A chaque audience, sont examinées de six à huit situations.

MOIS	<i>Mainlevée de la mesure</i>	<i>dit n'y avoir lieu à statuer</i>	<i>constate MLV HC ss débat</i>	<i>Obstacle médical A L'AUDIENCE</i>	TOTAL
janvier	0	0	1	1	29
février	0	2	0	2	34
mars	1	4	0	2	34
avril	0	2	0	0	33
TOTAL	1	8	1	5	130

*Types de mesures décidées par le JLD (1<sup>er</sup> quadrimestre 2013)*

<b>Mesures de protection des patients à l'audience</b>			
Tutelle	Curatelle	Sauvegarde de Justice	Absence de mesure
2	3	1	21
5	5	0	20
5	3	0	19
5	4	0	22
17	15	1	82

*Mesures de sauvegarde judiciaire pour les patients à l'audience du JLD (1<sup>er</sup> quadrimestre 2013)*

La **salle d'audience** est un espace affecté à cet usage, situé dans un bâtiment à l'écart des unités d'hospitalisation, à côté du cabinet dentaire. Elle est signalisée en différents endroits du site de l'EPSM. Elle se compose d'un hall d'entrée où le patient, accompagné par un ou deux soignants, attend et peut s'entretenir avec son avocat. Cette salle ne dispose d'aucun dégagement qui permettrait de disposer d'une certaine confidentialité, qui, de l'avis de l'ensemble des interlocuteurs du contrôle, est inexistante.

La salle d'audience, proprement dite, est une grande salle de réunion, affectée exclusivement aux audiences du juge des libertés et de la détention. Elle est ouverte sur le hall d'entrée afin d'assurer la publicité des débats. Des portes en verre permettent, le cas échéant, de statuer à huis clos.

A gauche, dans cette salle, une table reçoit le juge qui siège en robe et son greffier équipé d'un poste informatique fourni par l'EPSM.

La salle comporte une vingtaine de sièges installés à environ 3 m de la table où siège le juge. Aucune table n'est à la disposition de l'avocat pour qu'il puisse, éventuellement, déposer des documents ou consulter les pièces d'un dossier.

Les avocats sont peu présents aux audiences, même si le barreau de Caen a instauré une formation pour constituer un pôle de spécialistes. Selon les informations recueillies, la défense ne semble pas assurée de manière parfaitement satisfaisante, nombre d'avocats venant plaider des « nullités inadéquates ».

La comparution des malades est la règle. Il est indiqué dans certaines unités que le passage devant le JLD est préparé avec l'équipe soignante afin d'expliquer au patient les enjeux de l'audience. Les impossibilités médicales de comparaître demeurent exceptionnelles et quelques équipes procèdent à une réévaluation de l'état clinique du

patient afin de vérifier si l'impossibilité est toujours actuelle.

Il est demandé aux médecins de présenter des certificats circonstanciés afin de déterminer la motivation de la décision judiciaire de maintien ou de mainlevée de la mesure d'hospitalisation. Des réunions entre le magistrat et les médecins sont programmées afin de préciser les demandes du juge. Il n'est pas, cependant, fait état de difficultés particulières dans les relations entre le corps médical (qui était en attente de l'intervention du juge de manière structurée) et l'autorité judiciaire, malgré des décisions rendues depuis le début de l'année 2013 qui ont pu surprendre.

Ainsi, il est rapporté la pratique de l'hospitalisation à l'EPSM de patients détenus au titre des dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale au seul motif qu'admis en unité pour malades difficiles (UMD), celle-ci ne disposerait pas de place disponible. Il a été décidé d'une mainlevée d'une telle mesure d'hospitalisation.

### 3.2.3 Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé fait l'objet d'une lettre de convocation transmise par le directeur mentionnant :

- la composition du collège ;
- le nom du patient concerné ;
- la date à laquelle l'avis doit être rendu au plus tard.

L'avis rendu par le collège comporte :

- la date de la réunion ;
- l'ordre du jour ;
- l'objet de l'avis ;
- la composition du collège ;
- l'avis du collège.

Pour les SPDT, il a été relevé les quelques avis suivants dans les registres de la loi :

- « évolution clinique positive sous contrainte. La patiente reconnaît elle-même que la mesure de soins sans consentement participe à sa stabilisation et à son évolution. Mesure sécurisante » ;
- « peut se rendre à l'ergothérapie, seul, tous les jeudis, entre 14h et 16h à partir du jeudi ... » ;
- « peut bénéficier de sorties seul, dans l'enceinte de l'EPSM, tous les jours entre 9h30 et 18 h » ;
- « peut bénéficier de sorties seul, à l'extérieur de l'EPSM tous les vendredis de 14 h à 16 h à partir du vendredi ... pour des démarches personnelles » ;
- « peut bénéficier de sorties seul, pour se rendre au Greta du Calvados, adresse ..., les mardis de 9 h à 12 h et les jeudis de 9 h à 12 h ».

Au jour du contrôle, quatorze patients nécessitaient un avis du collège des professionnels de santé, dont quatre en raison de leur hospitalisation en UMD et dix au motif de leur hospitalisation au titre des dispositions de l'article L. 122-1 du code pénal.

### 3.2.4 Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à douze heures

Le registre de la loi comporte des mentions relatives aux sorties accompagnées.

Pour les SPDT, il a été relevé les quelques avis suivants :

- « sorties seul tous les jours à l'extérieur de l'hôpital de 9h à 17h ; sorties seul tous les vendredis de 9h au dimanche 17h » ;
- « consultations médicales à l'EPSM - visites à domicile du CMP » ;

Pour les SPDRE :

- « Le patient demeure au domicile de sa mère ; le patient bénéficie de consultations médicales régulières au CMP de ... ; son traitement comporte un traitement neuroleptique retard toutes les quatre semaines effectué à l'hôpital de jour de ... ; le patient est régulièrement à l'hôpital de jour de ... ; le suivi infirmier et social se poursuivra au CMP de ... ; des sorties hors département sont supprimées ; le patient se rendra pour l'audition au tribunal à ... , le ... et pour une autre journée au mois de juin (date encore non précisée) » ;
- « sorties la journée seul de 9h à 18h30 » ;
- « à compter du jeudi ... M... va intégrer progressivement l'appartement associatif du secteur situé ... Il continuera à bénéficier de sorties seul dans la journée ainsi que les week-ends. Il ira en permission dans l'appartement associatif du jeudi matin 11h au vendredi après-midi 16h et du dimanche après-midi 14h au lundi après-midi 16h. Il est convenu qu'il poursuive sa prise en charge à la ferme thérapeutique de ... les mardis et mercredis de chaque semaine de 8h30 à 17h30 où il a l'habitude de se rendre seul en bus vert ».

Le bureau des admissions tient à jour une liste des patients qui ne sont pas rentrés de sorties. Au 15 mai 2013, aucun n'était dans cette situation mais quatre personnes étaient identifiées pour des absences d'une durée de quelques heures.

### 3.3 Le registre de la loi

Un seul registre existe pour les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) et les admissions en soins psychiatriques à la demande de tiers (SPDT) – appelées aussi, dans l'établissement, « admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat » et admissions en « soins psychiatriques sur décision du directeur ».

Chaque registre comporte 100 folios.

Ils sont ouverts par le représentant du maire qui signe sur la page de garde, le premier folio et le dernier folio.

Il existe dans l'établissement deux types de registres, appelés :

- un registre « actif » ;
- un registre « supplément ».

Les entrées sont notées sur le registre actif. Toutes les pièces concernant le patient sont photocopiées et réduites à 50 %, collées sur les folios. Le tampon de l'établissement est apposé, partie sur le document, partie sur le folio. Les quatre pages du registre actif n'étant

pas suffisantes, les pièces suivantes sont apposées sur le registre supplément. Si ce dernier n'est pas suffisant, les pièces sont apposées sur un registre supplément suivant.

Les pièces collées sont des photocopies car les originaux, que ce soit pour les SPDRE ou les SPDT, sont transmis au service de l'agence régionale de la santé ; il est alors noté : « transmis le... »

Il est mentionné sur le registre actif : « suite au supplément numéro..., folio numéro... » et sur le registre supplément : « suite du registre actif numéro..., folio numéro... ».

Ainsi, le dossier d'un patient peut être consigné sur plusieurs registres.

Les contrôleurs ont consulté quinze registres, à savoir :

- huit registres actifs ou « initiaux » : numéros 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206 ;
- sept registres « supplémentaires » : numéros 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28.

Les contrôleurs ont constaté, sur les registres en activité, les éléments suivants :

- le registre numéro 206, dernier ouvert, comporte 23 folios utilisés. Le premier folio concerne un patient en SPDT entré le 26 avril 2013, le dernier folio utilisé concerne un patient en SPDT entré le 13 mai 2013 ;
- le registre supplément numéro 28, dernier ouvert, comporte 88 folios utilisés. Le premier folio concerne un patient en SPDRE entré le 27 février 2013, le folio 88 concerne un patient en SPDRE dont certaines pièces du dossier sont sur le folio 20 du même registre et sur le folio 63 du registre numéro 204.

Les pièces relatives à un seul patient peuvent être sur plusieurs registres. La lecture du dossier le concernant n'est pas aisée.

Sur le premier folio du registre, sur lequel est inscrite l'entrée d'un patient SPDRE, sont collés l'arrêté préfectoral d'admission et l'arrêté préfectoral de sortie.

Les décisions d'admission établies par le directeur pour les SPDT ne sont pas collées sur les registres.

La méthodologie employée a nécessité la mise en œuvre par les agents de ce service de deux autres registres.

D'une part, un registre dit « répertoire annuel des registres », sur lequel les patients sont inscrits par ordre alphabétique et par ordre d'entrée, comprend :

- le nom du patient ;
- la mention « RE » pour les SPDRE, voire « RE-MA » pour les patients détenus, la mention « DE » pour les patients SPDT, puis les numéros du registre et du folio sur lesquels l'admission a été effectuée et les numéros du registre et du folio si des pièces sont inscrites sur un registre « supplémentaire » ;
- la date d'entrée ;
- la date de sortie.

A titre d'exemple, une patiente mentionnée « DE », entrée le 1<sup>er</sup> novembre 2012, est répertoriée sur le registre numéro 203, folio numéro 64, ainsi que sur le registre

supplémentaire numéro 27, folio 100. Cette patiente n'est pas sortie.

Une autre patiente « DE », entrée le 22 janvier 2013, est répertoriée sur le registre numéro 204, folio numéro 73. Elle a été admise en soins libres le 4 février 2013.

Aux fins de s'y reconnaître, les agents mettent en évidence, au surligneur jaune, les informations sur les patients dont la mesure de contrainte a été levée.

Par ailleurs, un registre appelé « planning » mentionne les patients en SPDTRE avec la date d'entrée, les différents types de certificats à effectuer (48 heures, 72 heures, huit jours, un mois, six mois...), ainsi que les dates, voire les heures qui figurent dans la colonne concernée. Les patients, dont la mesure de contrainte a été levée, sont également mis en évidence au surligneur jaune.

### 3.3.1 Les admissions

Le tableau suivant retrace l'activité en ce qui concerne les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers :

	<b>SPDT classique (2 certificats)</b>	<b>SPDT urgence (1 certificat)</b>	<b>SPDT péril imminent Pas de tiers</b>	<b>Total</b>
2012	69	200	85	354
2013(1 <sup>er</sup> quadrimestre)	20	61	27	108

*Admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT)*

En 2012, les admissions pour péril imminent ont représenté 24 % des admissions, 25 % en 2013.

Les vingt dernières SPDT ont été examinées par les contrôleurs : quatre étaient « classiques », sept étaient « en urgence » et neuf étaient « sans tiers ».

Sur les onze SPDT de cet échantillon, le tiers était :

- la mère : cinq fois ;
- le fils ou la fille : deux fois ;
- le concubin ou la concubine : deux fois ;
- la sœur : une fois ;
- la curatrice : une fois.

Le tableau suivant retrace l'activité, en ce qui concerne les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat :

	<b>Art.321 3-1 CSP (préfet)</b>	<b>Art. 3213-2 CSP (maire)</b>	<b>Art. 122-1 CP Art. 706-35 CPP</b>	<b>Art. D 398 CPP (détenus)</b>	<b>Total</b>
2012	15	47	0	92	154
2013 (1 <sup>er</sup> quadrimestre 2013)	5	15	1	33	54

*Admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDTRE)*

Les admissions des personnes détenues en application de l'article D.398 du code de procédure pénale représentent 59,74 % des admissions en 2012 et 61,11 % en 2013.

Les admissions en application de l'article 3213-2 du code de la santé publique représentent 75,80 % des admissions (hors article D.398) en 2012 et 75 % en 2013.

### 3.3.2 Eléments relevés sur le registre de la loi

#### **SPDT relevant de l'article L 3212-3 CSP (urgence)**

Le registre comporte les pièces suivantes :

- demande du tiers manuscrite du 26 avril 2013 ;
- certificat médical d'admission du 26 avril 2013 ;
- certificat de 24 heures du 27 avril 2013 ;
- certificat de 72 heures du 29 avril 2013 prescrivant l'arrêt des soins psychiatriques et la levée de la mesure.

#### **SPDT relevant de l'article L 3212-1 CSP (deux certificats)**

Le registre comporte les pièces suivantes :

- demande d'admission sur papier pré-imprimé du 26 avril 2013 ;
- certificats médicaux d'admission du 26 avril 2013 à 12 h : un médecin extérieur et un médecin hospitalier ;
- certificat médical de 24 heures du 27 avril 2013 à 11 h ;
- certificat médical de 72 heures le 29 avril 2013 à 12 h ;
- certificat médical de huitaine le 2 mai 2013 à 14h15, prescrivant une poursuite des soins psychiatriques sous une autre forme qu'en hospitalisation complète définie par le programme de soins joint. Le programme de soins a été établi le 2 mai 2013 à 14h20.

#### **SPDT Art. 3212-1 CSP (péril imminent sans tiers)**

Le registre comporte les pièces suivantes :

- certificat médical du 9 mai 2013 à 10h11 attestant : « aucun tiers n'est joignable ce jour » ;
- certificat médical du 10 mai 2013 à 10 h ;
- certificat de 72 heures du 12 mai 2013 à 9h45 ;
- certificat médical de levée de la mesure du 13 mai 2013 à 16 h ;
- le directeur avait pris la décision d'admission le 9 mai 2013, la décision de maintien le 13 mai 2013 et la décision de levée de la mesure le 14 mai 2013 avec une levée avec effet du 13 mai 2013 ; d'autre part, par mail du 9 mai 2013, le directeur avait saisi deux praticiens hospitaliers de l'établissement en stipulant : « merci de me communiquer les coordonnées d'un proche de M... pour permettre l'information prévue par la loi en cas de péril imminent sans tiers au livre de la loi ».

#### **SPDRE Art. 3213-1 CSP (préfet)**

Le registre comporte les pièces suivantes :

- certificat médical pour admission du 20 janvier 2013 à 4 h ;
- arrêté préfectoral du 20 janvier 2013 pour admission à l'EPSM de Caen, après admission provisoire au centre hospitalier régional de Caen-centre Esquirol ;
- certificat médical d'un praticien hospitalier du CHR de Caen du 20 janvier 2013 à

11h58 ;

- certificat médical du 22 janvier 2013 à 10h15, acceptant le transfert à l'EPSM de Caen le 21 janvier 2013 à 16h4 et prescrivant une hospitalisation à temps complet ;
- arrêté préfectoral du 23 janvier 2013 ;
- notification de l'arrêté préfectoral du 23 janvier 2013, non signée par la patiente ;
- certificat de 72 heures du 22 janvier 2013 à 11h30 ;
- certificat médical de huitaine du 25 janvier 2013 à 10h30 ;
- ordonnance du JLD du 29 janvier 2013, signée par la patiente le jour-même ;
- certificat médical mensuel du 15 février 2013 à 12h05 ;
- arrêté préfectoral du 18 février 2013 avec maintien de la mesure pour une durée de trois mois ;
- notification de l'arrêté préfectoral, signée par la patiente le 21 février 2013 ;
- certificat médical du 15 mars 2013 à 11h40, prescrivant la poursuite des soins sous une autre forme qu'en hospitalisation complète ;
- programme de soins du 15 mars 2013 à 11h40 ;
- arrêté préfectoral du 18 mars 2013 acceptant le programme de soins ;
- notification à la patiente, signée le 25 mars 2013 ;
- certificat médical du 17 avril 2013 à 10h25 avec programme de soins ;
- arrêté préfectoral du 18 avril 2013 acceptant le programme de soins ;
- notification de l'arrêté à la patiente le 19 avril 2013, signée par elle.

#### **SPDRE Art. 3213-2 CSP (mairie)**

Le registre comporte les pièces suivantes :

- certificat médical du 6 février 2013 demandant l'admission ;
- arrêté du maire du 6 février 2013 ;
- certificat médical de 24 heures du 7 février 2013 ;
- arrêté préfectoral du 7 février 2013 ;
- notification de cet arrêté, signé par le patient le 8 février 2013 ;

La procédure se poursuit avec les différents certificats médicaux, arrêtés préfectoraux, ordonnance du JLD (12 février) et ce jusqu'à un certificat médical du 2 avril 2013 à 9h30, demandant la poursuite des soins psychiatriques sous une autre forme qu'en hospitalisation complète définie par un programme de soins, ce qui a été notifié et signé par le patient. Il n'a pas été pris d'arrêté préfectoral.

#### **SPDRE Art. D 398 du code de procédure pénale (CPP)**

Le registre comporte les pièces suivantes :

- certificat médical du 3 mai 2013 ;
- arrêté préfectoral du 3 mai 2013 ;
- certificat de 24 heures du 3 mai 2013 à 12 h ;
- notification de l'arrêté préfectoral, non signée ;

- certificat médical de 72 heures du 6 mai 2013 à 12h35, proposant l'arrêt des soins psychiatriques et la levée de la mesure ;
- arrêté préfectoral du 6 mai 2013, mettant fin à la mesure et transfert à l'établissement pénitentiaire.

**SPDRE Art. D 39 CPP avec levée d'écrou du 14 novembre 2012 et maintien en SPDRE avec des hospitalisations complètes et des programmes de soins**

Le registre comporte les pièces suivantes :

- arrêté préfectoral d'admission du 19 octobre 2012 ;
- maintien en hospitalisation complète sur prescription de différents certificats médicaux ;
- levée d'écrou du 14 novembre 2012 ;
- arrêté préfectoral du 16 novembre 2012 demandant le maintien au titre de l'article 3213-1 du code de la santé publique sur la base d'un certificat médical du 14 novembre 2012, prescrivant la poursuite des soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète ;
- certificat médical du 10 décembre 2012 à 11h, prescrivant un programme de soins ;
- arrêté préfectoral du 11 décembre 2012, confirmant le programme de soins ;
- certificat médical du 18 mars 2013 à 11h, prescrivant une hospitalisation complète
- arrêté préfectoral d'hospitalisation complète, pris le 19 mars 2013 ;
- certificat médical du 26 mars 2013 à 11h45, prescrivant un nouveau programme de soins ;
- confirmation par un arrêté préfectoral du 27 mars 2013, notification signée le 28 mars par le patient.

Le JLD, par ordonnance du 2 novembre 2012, avait décidé l'hospitalisation complète.

Eu égard à la procédure, une autre ordonnance du 26 mars 2013 avait également prescrit une hospitalisation complète.

**SPDRE Art. L 3213-3 (patient venant d'UMD)**

Le registre comporte les pièces suivantes :

- arrêté du préfet des Côtes-d'Armor du 24 août 2012, ordonnant la sortie d'unité pour malades difficiles (UMD) pour réintégration en soins psychiatriques dans son département d'origine à l'EPSM de Caen dans les meilleurs délais ;
- certificat médical du 7 septembre 2012 d'un praticien de l'UMD stipulant : « dans l'attente de son transfert, le séjour de M... à l'UMD doit être poursuivi ; la mesure de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat reste justifiée » ;
- arrêté du préfet du Calvados du 28 août 2012, ordonnant la réintégration en soins psychiatriques à l'EPSM de Caen dans les meilleurs délais ;
- certificat médical d'un praticien hospitalier de l'EPSM de Caen, confirmant l'admission dans cet établissement le 7 septembre 2012 ;
- ordonnance du JLD du 6 novembre 2012, décidant du maintien de l'hospitalisation

complète ;

- saisine du JLD par le patient, le 15 janvier 2013, d'une demande de levée ;
- ordonnance du JLD du 24 janvier 2013, décidant le maintien de l'hospitalisation complète ;
- ordonnance du JLD du 2 mai 2013, décidant à nouveau le maintien de l'hospitalisation complète.

### **3.4 L'information sur la visite des autorités**

Les visites de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), ainsi que celles du procureur de la République sont annoncées par voie de note.

Les demandes de rendez-vous sont possibles.

Les différentes visites relevées sont les suivantes :

- 3 mai 2011 : visite du président du tribunal de grande instance de Caen (TGI) ; signature registre supplémentaire 22, folio 36 ;
- 28 juin 2011 : visite du vice procureur ; signature registre 194 sur l'index, registre 195 folio 100, registre 196 folio 77 ;
- 5 avril 2012 : visite de la CDSP ; visa du registre 200 folio 70 ;
- 13 décembre 2012 : visite du vice procureur ; signature registre 202 sur l'index, registre 203 sur l'index, registre 204 folio 15, registre supplémentaire 27 folio 17, registre supplémentaire 26 sur l'index.

### **3.5 La commission départementale des soins psychiatriques**

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), prévue à l'article L.3222-5 du code de la santé publique est composée de :

- un médecin psychiatre à l'EPSM, chef du pôle Lisieux, qui en assure la présidence ;
- un médecin généraliste, désigné par le conseil départemental de l'ordre des médecins ;
- un psychiatre, qui exerçait, avant sa retraite, à l'EPSM, désigné par le procureur général près la cour d'appel de Caen ;
- une vice-présidente au tribunal de grande instance de Caen, suppléée par une juge au tribunal d'instance, les deux magistrates ayant été désignées par le premier président près la cour d'appel de Caen ;
- une représentante de l'association UNAFAM (familles) ;
- un représentant de l'Association ADVOCACY (usagers).

Le secrétariat de la CDSP est assuré par un membre de l'agence régionale de santé de Basse-Normandie (département santé publique et environnementale).

Les membres de la commission sont nommés pour une durée de trois ans.

La CDSP exerce son activité sur l'ensemble des structures hospitalières du département. Elle sera mentionnée, avec son adresse, dans le prochain livret d'accueil, la version du document encore en circulation évoquant la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

Le rapport d'activité pour l'année 2011 indique la tenue d'une seule réunion et l'examen de deux dossiers. Aucune visite n'a été organisée. Une seule réclamation a été enregistrée par la CDSP. Les réunions se tiennent dès lors que le quorum de trois membres est atteint.

Le rapport d'activité 2012 n'a pu être communiqué aux contrôleurs. Selon les indications recueillies, deux visites ont eu lieu en 2012, le 12 septembre 2012 au centre hospitalier de Bayeux et le 5 avril à l'EPSM. Un compte rendu a été rédigé pour chacune des visites. Concernant la visite de l'EPSM, la CDSP a examiné les registres de la loi et consulté le livret d'accueil ; les locaux des unités des pôles Caen Est et Lisieux ont été visités et cinq patients ont été reçus dans chaque pôle. Les principaux motifs d'entretien porteraient sur les modalités des programmes de soins – à titre d'exemple, un patient se plaignait de devoir se rendre quatre fois par semaine en hôpital de jour – plutôt que des demandes de levée d'hospitalisation.

Pour la même année, la CDSP s'est, en outre, réunie, dans les locaux de l'ARS, à trois reprises, le 27 février, le 14 juin et le 12 novembre. Au cours de cette dernière réunion, il a été procédé à l'examen, d'une part, de onze dossiers des personnes hospitalisées depuis plus d'un an, ayant un programme de soins et n'ayant jamais rencontré le JLD et, d'autre part, de cinq dossiers concernant des personnes hospitalisées depuis plus de trois mois et admises à la demande du directeur de l'établissement sur la base du péril imminent (absence de tiers). Concernant certains programmes de soins, la commission relève leur caractère « très limité », leur « manque de clarté » ou « de précision ».

La CDSP a également examiné quatre demandes de levée de mesure de soins psychiatriques que lui avaient adressées des personnes hospitalisées. Les réponses écrites portent sur des décisions de non-lieu à statuer (en raison d'un contrôle juridictionnel exercé récemment) ou sur des indications de la possibilité de saisir le JLD. Dans un cas, les membres de la commission ont noté que les certificats mensuels étaient « peu motivés ». Le nom des patients figure dans les comptes rendus mais il a été indiqué que la décision avait été prise de ne faire apparaître, à l'avenir, que les initiales.

Depuis le début de l'année 2013, une seule visite a eu lieu, en février, au CHU de Caen.

La prochaine réunion est programmée pour le mois de juin 2013, sans la présence de la présidente en raison des fonctions qu'elle occupe au sein de l'EPSM. Le compte rendu de réunion établi le 12 novembre 2012 fait état de l'interrogation des membres de la commission « sur leur présence à la CDSP pour l'examen de dossiers dont ils peuvent avoir à traiter dans le cadre de leurs activités professionnelles courantes (examens médicaux ou audience de patients) ».

L'établissement concerné est chargé de diffuser une information en direction des patients pour les aviser de la visite. Quelques jours à l'avance, l'information est donnée dans les unités mais aussi dans les structures extrahospitalières. Selon les témoignages reçus, des affiches sont apposées et le personnel relaie l'information. Les entretiens ont lieu au sein des unités, généralement dans un salon de visite ou dans une pièce libre de toute autre utilisation.

Deux membres de la commission – dont un psychiatre qui consulte préalablement le dossier médical – reçoivent les patients. Compte tenu de l'absence fréquente du psychiatre

désigné par le premier président de la cour d'appel, il arrive que les entretiens aient lieu avec la présidente qui suit le patient en sa qualité de médecin, ce qui l'oblige à ne pas intervenir.

Lorsqu'une personne en programme de soins souhaite être entendue par la commission, elle doit se déplacer à ses frais dans les locaux de l'EPSM, ce qui a été mentionné comme un obstacle dans l'accès à ce droit.

Un membre de la CDSP a regretté que la commission n'ait pas compétence pour entendre les personnes admises en soins libres qui le demanderaient.

### **3.6 La protection juridique des majeurs**

Ce service est situé dans le bâtiment administratif récemment construit.

Le hall franchi, il convient de se rendre, sur la droite, dans un couloir qui sert de salle d'attente équipée de fauteuils. Trois bureaux sont affectés à ce service.

D'une superficie de 21 m<sup>2</sup>, le bureau de la mandataire judiciaire, responsable du service, comprend une armoire contenant les différents dossiers de patients.

Les patients n'ont pas accès au bureau de la secrétaire comptable.

Le bureau (24 m<sup>2</sup>) des deux assistantes tutélaires, est équipé d'une banque d'accueil.

Les quatre agents disposent d'une fiche de poste qui définit leurs activités.

Les assistantes tutélaires peuvent disposer de tâches déléguées : gestion des dossiers des personnes protégées ; préparation, instruction et suivi de leur dossiers, réception, recherche et exploitation des informations administratives, financières, fiscales et personnelles concernant les personnes protégées.

Les assistantes gèrent les dossiers des patients par lettre alphabétique : lettres A à K pour l'une (quarante-sept dossiers), lettres L à Z pour l'autre (cinquante-neuf dossiers).

La secrétaire comptable perçoit les ressources, règle les dépenses, vérifie, justifie et émet les ordres de paiement qui doivent être effectués par le trésor public.

La chef de service est la seule mandataire judiciaire à la protection des majeurs.

#### **3.6.1 Le fonctionnement**

Le service est ouvert du lundi au vendredi, de 8h30 à 16h30.

Trois associations tutélaires existent à Caen :

- l'association tutélaire et calvadosienne (ATC) ;
- l'association tutélaire des majeurs protégés ;
- l'association de l'union départementale des associations familiales.

D'après les informations orales fournies aux contrôleurs, elles gèrent entre 6 000 et 6 500 majeurs protégés

Lors du premier entretien avec le mandataire judiciaire, il est remis au patient trois documents :

- une notice d'information aux personnes majeures protégées, laquelle contient

plusieurs paragraphes : rappel des différentes formes de protection, éléments à transmettre au service, situation du service des majeurs protégés, horaires d'accueil, téléphone, fax, adresse postale, modalités de retenues éventuelles sur les ressources, confidentialité ;

- la charte des droits et libertés de la personne majeure protégée ;
- une liste de numéros de téléphone et adresses utiles.

Ces documents font l'objet d'une attestation de récépissé ainsi libellée : « Je soussigné, M..., certifie avoir expliqué et remis ce jour les documents suivants... » Le document est signé par la personne protégée et le mandataire judiciaire.

Pour chaque patient il est ouvert un dossier comprenant cinq parties :

- une partie bleue, à finalité juridique : jugement, état civil... ;
- une partie verte, retraçant les charges : impôts ;
- une partie ressources ;
- une partie médicale et sociale : mutuelle, caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), maison départementale des personnes handicapées (MDPH)... ;
- une partie « documents divers » : l'un de ces documents contenait une correspondance avec l'assistante sociale.

Ce n'est pas dans ce service que les majeurs protégés viennent retirer l'argent, étant donné qu'il existe une banque des patients dans l'établissement. La mandataire judiciaire remplit un imprimé du type suivant, relevé par les contrôleurs, autorisant un patient :

- « à percevoir son argent personnel déposé sur son compte et ce jusqu'à nouvel ordre
- à sa convenance, en fonction de son dépôt ;
  - dans la limite de 62 euros par semaine répartis comme suit :
    - 42 € le lundi (tabac)
    - 20 € le jeudi (espèces)

Consignes particulières : soit 2 euros de plus pour faire face à l'augmentation du prix du tabac. De plus, tous les premiers lundis du mois, autorisation pour 15 € de produits d'hygiène ».

Il peut également être délivré des bons d'autorisation de dépenses en espèces avec montant indiqué, pour des motifs particuliers, ce qui est toujours retiré à la banque des patients.

Les principales difficultés rencontrées sur l'exercice 2012 concernent :

- des situations administratives et/ou familiales plus complexes avec des situations financières très précaires, la perte de documents, la lourdeur des démarches à effectuer... ;
- des expulsions locatives, des logements insalubres ou inadaptés : durant l'année 2012 le nombre de procédures d'expulsion a triplé. Au moment du contrôle, quatre procédures étaient en cours : deux ont été suspendues par l'acceptation d'un accord avec le bailleur, une procédure d'expulsion a été ordonnée car la

personne s'était engagée à quitter son domicile inadapté ; une procédure est en cours d'instruction ;

- la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Certaines personnes hospitalisées demandent à être représentées par un avocat. En 2012, la mandataire a assisté à treize audiences.

### 3.6.2 L'activité

Entre le 15 novembre 2012 et le 14 décembre 2012, soit dix-neuf jours de travail, il a été :

- reçu vingt-trois appels téléphoniques par jour ;
- reçu physiquement dix-sept personnes par jour ;
- expédié vingt et un courriers par jour ;
- reçu dix-huit courriers par jour ;
- effectué deux visites à domicile par jour ;
- effectué trente et une écritures comptables par jour.

Sur l'exercice 2012, il a été géré :

- quatre-vingt-cinq mesures de sauvegarde de justice ;
- dix-neuf mesures de curatelle renforcée ;
- deux mesures de tutelle.

Ce chiffre est en baisse par rapport aux exercices antérieurs du fait de la diminution du nombre de personnes hospitalisées à plein temps.

Sur les 106 mesures, 68 concernaient les hommes et 38, les femmes.

La répartition des tranches d'âges est la suivante :

- 40/59 ans : 62 ;
- 60/75 ans : 32 ;
- 18/39 ans : 9 ;
- 75 ans et plus : 3.

## 3.7 La banque des patients

Elle se situe dans le bâtiment administratif. Son accès est indépendant de l'entrée principale du bâtiment.

### 3.7.1 Les locaux

Dès le franchissement d'une porte vitrée, une salle d'attente d'une superficie de 8,43 m<sup>2</sup>, est aménagée avec trois fauteuils, neuf chaises, une table basse, un panneau d'affichage pour les informations diverses, un panneau pour les cartes postales reçues des patients et des tableaux effectués par les patients à l'ergothérapie de l'établissement. Une affiche indique : « Prenez un ticket, merci de patienter ».

Le bureau d'accueil, d'une superficie de 33 m<sup>2</sup>, comprend deux banques de 1,60 m de long chacune et d'une hauteur de 1,10 m. Outre un bureau de travail, la pièce renferme

deux coffres, deux armoires de dossiers et deux ordinateurs avec leur imprimante.

### **3.7.2 Le personnel**

Deux agents régisseurs et mandataires suppléants sont affectés au bureau d'accueil ; une troisième personne a été formée pour, éventuellement, assurer les suppléances des deux agents et une continuité de service.

### **3.7.3 Le fonctionnement**

La « banque » est une régie de dépenses et de recettes. Il a été indiqué que cela était plus compréhensible que l'appellation « régie ».

Ses horaires d'ouverture, du lundi au vendredi, sont de 9h à 12h et de 13h à 16h. La salle d'attente est ouverte à partir de 8h15.

A l'arrivée des patients dans les unités de soins, il leur est remis un imprimé intitulé « Dépôt d'argent ou objets de valeur », qui est signé par le déclarant et un agent de l'unité.

Cet imprimé comporte, au verso, la liste des « objets déposables » : somme d'argent, titres et valeurs, moyens de règlement, objets de valeurs...

Pour les dépôts, il a été mis en place une fiche en trois exemplaires dont un pour le déposant, un pour le dossier de soins, un pour la banque.

Pendant la période d'hospitalisation, il est possible d'effectuer des retraits ou des dépôts complémentaires. Une fiche spéciale est prévue.

En dehors des heures d'ouverture de la banque, les dépôts sont effectués à l'accueil central situé à l'entrée de l'établissement. Un coffre y a été installé avec un dispositif spécial permettant uniquement le dépôt.

Les retraits sont faits librement ; il est alors établi un acquis signé par le patient.

Le patient peut donner pouvoir à une autre personne, lequel doit être signé par le mandataire, le mandant et le régisseur. Dans tous les cas, le mandataire doit présenter sa pièce d'identité et celle du patient.

Dans les unités de soins, il a été désigné un sous-régisseur pour les patients ne pouvant pas se déplacer. Celui-ci dispose, en permanence, d'une avance d'argent fournie par la banque et peut, avec la même procédure qu'à la banque, remettre de l'argent au patient.

Pour les patients sous mesure de protection juridique au service de l'établissement, les retraits doivent être autorisés, ponctuellement ou régulièrement, par le mandataire judiciaire.

Les patients sous mesure de protection d'un organisme extérieur peuvent retirer de l'argent dans la limite d'une autorisation écrite (par mail ou télécopie) donnée par la mandataire judiciaire, à condition que le compte soit alimenté.

Les achats dans les cafétérias de l'établissement, gérées par une association, sont possibles pour les majeurs protégés : une facture mensuelle est établie par le responsable de la cafétéria et payée par la banque.

Il a été créé un « compte de fonds personnel » pour les patients qui ne dépensent pas en totalité leur argent de poche de la semaine, afin qu'ils n'accumulent pas des sommes importantes dans leur chambre : le patient demande lui-même l'ouverture de ce compte, décide de son approvisionnement ainsi que de son retrait de sommes d'argent.

Le médecin peut décider, pour les patients, du jour de passage à la banque et du montant d'argent à délivrer.

Certains patients peuvent effectuer des travaux pour lesquels il leur est attribué un « pécule », conformément aux textes en vigueur : ils sont payés tous les mois à la banque où ils peuvent créer un compte.

A la sortie du patient, il lui est remis l'intégralité de son dépôt contre récépissé.

Il est rappelé que si le patient sort le week-end, la restitution du dépôt doit être effectuée avant le vendredi 16h.

Des affiches informent des dates de fermeture exceptionnelle de la banque. Les contrôleurs ont constaté qu'une telle affiche indiquait que la banque serait fermée le lundi 20 mai (Pentecôte) et que « les personnes percevant leur argent de poche habituellement le lundi peuvent le retirer le vendredi 17 mai 2013 ».

### 3.7.4 L'activité

L'activité de la banque des patients est résumée dans les tableaux suivants.

<i>Dépôts chèques</i>	<i>Dépôts argent Objets valeur</i>	<i>Total dépôts</i>	<i>Nombre de passages pour retraits</i>
590	1 892	2 482	16 726

*Nombre d'opérations en 2012*

<i>Chèques</i>	<i>Argent-Mandat</i>	<i>Total</i>	<i>Montant retraits</i>
580 916,12	64 493,32	644 4069,44	470 204,58

*Valorisation des dépôts en 2012*

Sur cet ensemble on peut noter que les sous-régisseurs des unités de soins ont versé une somme totale de 52 393,84 euros et qu'il a été payé aux cafétérias une somme de 5 053,82 euros.

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

Seule l'église catholique est représentée au sein de l'aumônerie, à proximité de l'unité Père Jamet.

L'aumônerie est installée dans la partie historique de l'établissement. Elle dispose d'une pièce principale d'une surface de 40 m<sup>2</sup> pour la célébration des offices (avec un oratoire, un clavier et vingt-huit chaises) et deux pièces adjacentes, l'une servant de bureau équipé du téléphone (ligne intérieure et accès à l'extérieur) et de matériel informatique (ordinateur et imprimante), l'autre de local de rangement accessible pour les personnes en fauteuil roulant. Des sanitaires occupent aussi l'espace. Les murs sont décorés de tableaux réalisés par les patients. Un rafraîchissement de la peinture des murs serait utile mais, selon les indications recueillies, il est plutôt prévu de rapprocher l'aumônerie – de même que la maison des usagers – des unités récemment construites.

Un prêtre et une femme laïque se partagent le poste prévu dans le budget de l'EPSM. Les deux exercent à mi-temps : le premier est présent le lundi, le jeudi et le vendredi ; la seconde, le mardi, le mercredi et le jeudi. Ils assurent la visite dans tous les services de l'hôpital. Ils sont assistés dans leur mission par dix bénévoles.

Une permanence se tient chaque jeudi après-midi quand les deux personnes sont présentes, de même que le premier dimanche de chaque mois entre 14h30 et 16h ; soixante-neuf personnes, dont une famille, ont été accueillies en 2012.

Chaque dimanche, à 9h30, le prêtre célèbre la messe à l'aumônerie. Au moment de Noël, l'évêque de Caen est présent.

Les patients des unités sont informés de la présence de l'aumônerie par des affiches. Le livret d'accueil mentionne sa présence et les modalités de son intervention. « Les nouveaux venus viennent surtout nous voir par un effet de bouche à oreille entre patients ». Beaucoup sont signalés par le personnel ou les familles, par téléphone ou de vive voix.

Les membres de l'aumônerie se rendent périodiquement dans les unités. Ils signalent leur présence auprès du personnel qui fréquemment leur indique des personnes à rencontrer. Les entretiens se déroulent dans les salons de visite, dans le parc, voire en chambre si le patient le demande et si le personnel l'autorise.

En 2012, 5 455 personnes ont été visitées ; 1 074 personnes ont assisté à une messe. En août, un patient hospitalisé a participé au pèlerinage de Lourdes.

Aucune difficulté n'a été signalée. La qualité de l'accueil dans l'ensemble des unités a été soulignée, de même qu'un « esprit maison » qui se caractérise par le respect (« ici, tout le monde se salue ») et l'absence de propos infantilisants chez le personnel à l'adresse des malades. Selon les membres de l'aumônerie, la fête annuelle de l'hôpital et l'existence d'une chorale avec le personnel contribuent à la bonne ambiance générale.

L'aumônerie participe aux formations proposées par l'EPSM. Des rencontres sont périodiquement organisées avec les différents acteurs hospitaliers.

Un rapport annuel rend compte de l'activité de l'aumônerie. Il y est évoqué un accompagnement spirituel mais aussi une présence permettant « un espace de liberté autre que celui encadré par les soignants, et qui permet un autre type de rencontre », particulièrement importante en raison du fait que bon nombre de patients sont très isolés de leur famille et de leurs proches.

Le rapport se conclut sur le souhait de « connaître davantage la "politique" des soins en psychiatrie, pour adapter, à l'avenir, le service d'aumônerie ».

Pour les autres religions, les demandes des patients sont prises en compte par le personnel de l'unité qui s'adresse à la direction pour prévenir les responsables de ces cultes. Selon les informations recueillies, aucun autre ministre du culte n'intervient à l'EPSM.

## **3.9 La communication avec l'extérieur**

### **3.9.1 La télévision**

Aucune chambre n'est équipée de téléviseur mais toutes les unités disposent d'une salle meublée de fauteuils dans laquelle un poste est installé. Certaines unités ont deux salles de télévision depuis l'époque où il était possible de fumer, une des deux étant réservée aux non fumeurs.

Tous les téléviseurs ne sont pas équipés de télécommandes.

Les patients ont la possibilité de regarder la télévision jusqu'à l'heure du coucher, en général aux alentours de 23h. Dans toutes les unités, il a été indiqué qu'exceptionnellement cela pouvait aller au-delà, en fonction des programmes (la prolongation d'un match de football, par exemple).

Il est apparu que la télévision constituait une occupation majeure des journées des patients.

### **3.9.2 Les visites**

Le site Internet de l'hôpital reprend les termes du livret d'accueil qui mentionne la nécessité de contacter l'unité d'hospitalisation, pour connaître non seulement les horaires précis de visites, mais aussi la possibilité d'une limitation ou d'une suspension momentanée en fonction de l'état de santé du patient.

Même autorisées par le médecin, les visites sont toujours conditionnées par l'acceptation du patient qui peut faire connaître, auprès du cadre de santé de son unité, son choix de ne pas en recevoir. Les visites des enfants ne sont, en principe, pas autorisées.

Les horaires de visite sont propres à chaque unité : en général, toutes acceptent les visiteurs de 14h30 à 19h. Elles se déroulent dans des salons prévus à cet effet, dans d'autres espaces communs (salle de jeux, de télévision, cafétéria), voire dans le parc si le patient est autorisé à s'y rendre.

Les documents d'information susmentionnés indiquent que « pour des motifs liés à un comportement inadéquat », un visiteur pouvait se voir interdire l'entrée de l'établissement. Selon plusieurs témoignages, le fait d'avoir des relations sexuelles est un de ces motifs.

### **3.9.3 Le téléphone**

La plupart des unités autorisent les patients à conserver leur téléphone portable personnel ; les chargeurs des téléphones sont conservés au bureau des infirmiers – et les appareils y sont mis en charge – pour éviter tout risque de geste dangereux avec les cordons.

L'unité «Vastel» du pôle Caen Ouest constitue une exception qui est motivée par le respect du droit à l'image de chacun (patient, soignant, tiers) du fait que ce type d'appareil permet des prises de vue.

Sans interdire, les documents d'information de l'EPSM – site Internet et livret d'accueil – en recommandent toutefois le dépôt à la « banque », en faisant état de « mesures de sécurité, pour éviter tout risque de perte ou de vol et afin de ne pas compromettre la tranquillité des personnes hospitalisées et le fonctionnement du service ».

Dans la plupart des unités, les patients peuvent utiliser les appareils de type *point phone*, qui fonctionnent avec des cartes d'unités téléphoniques vendues dans le commerce et les cafétérias de l'hôpital. Les numéros correspondant au *point phone* figurent en général au-dessus des appareils, ce qui permet aux patients de pouvoir être rappelés.

Disposés dans les couloirs de circulation ou les salles communes, dépourvus de coque, ces téléphones ne permettent aucune confidentialité et soumettent les patients à des conditions de conversation particulièrement inconfortables.

En revanche, il est possible de trouver des cabines téléphoniques dans les parcs ou dans le secteur de l'entrée principale à proximité du bâtiment administratif.

Dans toutes les unités contrôlées, il est apparu que les patients, ne disposant pas des moyens, notamment financiers, de téléphoner, étaient autorisés à utiliser gratuitement un poste sans fil du service.

Les modalités d'appel (horaires, fréquence...) sont définies au sein des unités.

L'usage du téléphone peut faire l'objet de restrictions d'utilisation sur prescription médicale.

#### **3.9.4 Le courrier**

Aucune limitation n'est apportée à la liberté d'envoyer et de recevoir du courrier.

Le courrier adressé aux personnes hospitalisées est distribué par le vagemestre qui le dépose, selon les unités, directement dans l'unité ou au niveau du pôle, en même temps que l'ensemble des autres plis destinés au service. Le courrier reçu est remis au patient, enveloppe fermée. Le courrier n'est pas lu par le personnel.

Le patient dépose son courrier affranchi auprès du cadre de santé qui se charge de son acheminement auprès du vagemestre.

Selon les informations recueillies, très peu de patients reçoivent leur courrier personnel à l'hôpital, notamment en raison du fait que la plupart ne l'a pas fait suivre.

#### **3.9.5 L'informatique**

Rares sont les patients qui disposent de leur ordinateur portable. Pour les mêmes raisons que celles invoquées pour les téléphones portables, ils ne sont pas laissés à la disposition des patients, mais conservés à la « banque ».

Dans aucune unité, il n'existe de salle informatique ou de poste informatique qui pourrait être mis à la disposition des patients, notamment pour lire leur messagerie électronique. Les unités récemment construites n'ont pas été équipées de prises informatiques à disposition des patients et connectées à un réseau.

De manière générale, il est apparu qu'aucune réflexion sur l'informatique et l'accès Internet pour les patients n'avait été menée au niveau de l'hôpital.

Concernant l'ensemble de ces points relatifs à la communication des patients avec l'extérieur, des illustrations de pratiques particulières sont expliquées *infra* à propos du fonctionnement de chaque unité.

### 3.10 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 (CRUQPC) a remplacé la commission de conciliation à l'EPSM de Caen en 1999. Ses membres ont été renouvelés le 13 mars 2013 ; outre le directeur, ou le directeur adjoint, président de droit, en sont membres le médiateur médecin titulaire et son suppléant, le médiateur non médecin titulaire et son suppléant, deux représentants des usagers et leurs suppléants ainsi que le président de la commission médicale d'établissement. Le secrétariat de la CRUQPC est assuré par la juriste de l'établissement, également chargée de la gestion des plaintes et réclamations et des demandes d'accès au dossier médical.

La commission s'est réunie deux fois en 2012 (le 14 mai et le 10 décembre) et, au jour de la visite, une fois en 2013, le 25 mars.

Les contrôleurs ont consulté les deux derniers rapports d'activité – 2011 et 2012 – ainsi que les procès-verbaux des réunions tenues en 2012.

Si la principale mission de la CRUQPC est de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches, elle contribue également à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des malades et de leurs proches. Ainsi, les rapports et procès-verbaux montrent que la CRUQPC débat et émet des recommandations sur des sujets tels que :

- le développement des animations pendant le week-end et l'aménagement des espaces de convivialité ;
- la modification et l'actualisation du livret d'accueil ;
- la modification des questionnaires de sortie et l'organisation de leur circuit de remise et de collecte ;
- l'affectation dans les services d'espaces visant à garantir l'intimité des échanges entre les patients et leurs proches.

A l'issue de l'année 2012, la CRUQPC a, notamment, émis les recommandations suivantes :

- mettre en place un comité de liaison alimentation ;
- améliorer l'information relative aux droits des patients ;
- mener une réflexion qui aboutirait à la mise en place d'un dispositif permettant au patient de changer de médecin ;
- poursuivre la rénovation de l'hébergement ;
- instaurer la traçabilité de la remise des questionnaires de sortie.

L'évaluation de la satisfaction des patients se fait uniquement *via* l'analyse des questionnaires de sortie insérés dans le livret d'accueil. En 2012, 603 questionnaires de sortie ont été retournés à l'établissement et 351 en 2011. Les rapports d'activité ne précisent pas le taux de retour de ces questionnaires mais laissent apparaître une disparité entre les pôles. Ainsi, en 2012, 229 questionnaires de sortie renseignés émanaient de patients hospitalisés au sein du pôle Caen Plaine et 11 du pôle Caen Ouest.

En 2012, l'analyse de ces questionnaires fait apparaître un taux de satisfaction global –

« très satisfait » et « satisfait » cumulés – de 82,67 %. Les commentaires les plus récurrents concernent le manque d'activités, notamment le week-end, et la vétusté des locaux.

En 2012, trente-huit demandes de communication de tout ou partie du dossier médical ont été formulées auprès de l'établissement ; vingt et une ont abouti à la transmission du dossier. Le délai moyen de transmission des dossiers de moins de cinq ans était de trente-neuf jours et celui de ceux de plus de cinq ans, de trente jours<sup>7</sup>. Aucune réclamation liée à un manquement de l'établissement relatif à la communication des dossiers patients n'a été adressée à l'EPSM de Caen.

### 3.11 Le traitement des plaintes et réclamations

Le livret d'accueil, dans sa version en cours lors de la visite, ne fait aucune référence aux plaintes et réclamations adressées au représentant légal de l'établissement ; seule la feuille volante relative à la CRUQPC, glissée à l'intérieur du livret, l'évoque.

Les plaintes et réclamations doivent être adressées par écrit à la direction, elles sont ensuite transmises à la juriste de l'établissement chargée de leur traitement. Elle procède d'abord à l'enregistrement de la réclamation, puis adresse un courrier à son auteur en accusant réception. Selon le rapport d'activité 2012 de la CRUQPC, le délai entre la réception de la réclamation et celui de l'envoi de ce premier courrier au patient est de 3,8 jours. Le service ou le chef du pôle concernés sont ensuite saisis afin d'apporter des éléments de réponse. Enfin, la direction adresse, dans un délai moyen de vingt-deux jours, une réponse circonstanciée à l'auteur de la réclamation.

En 2011, l'établissement a été saisi de vingt-huit plaintes, réclamations et demandes diverses ; de dix-sept en 2012 et de vingt-deux entre le 1<sup>er</sup> janvier et 15 mai 2013.

Certains pôles sont manifestement plus concernés que d'autres ; le pôle Caen Ouest a ainsi fait l'objet de douze des dix-sept réclamations de l'année 2012.

Les principaux motifs de réclamation sont relatifs :

- à des demandes de changement de médecin, cinq en 2012, soit 29,4 % des réclamations ;
- au comportement du personnel - soignant ou non - , trois en 2012, soit 17,6 % des réclamations ;
- aux conditions d'hébergement, trois en 2012, soit 17,6 % des réclamations.

### 3.12 Les associations de patients et de leurs familles

Une « maison des usagers » héberge deux associations d'usagers, l'union nationale des amis et familles des malades mentaux du Calvados (UNAFAM 14) et l'ADVOCACY Basse-Normandie, association de médiation sociale dans le domaine de la santé mentale. Les locaux sont situés dans la partie historique de l'EPSM, à côté de l'aumônerie.

---

<sup>7</sup> L'article L 1111-7 du code de la santé publique prévoit que le patient peut accéder aux informations « au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans »

Le nouveau livret d'accueil et le site Internet de l'EPSM mentionnent l'existence de ces associations et donnent leurs coordonnées postales, téléphoniques et informatiques.

Les contrôleurs se sont entretenus avec les représentants des deux associations, qui siègent dans plusieurs instances de l'hôpital, à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) et au conseil de surveillance.

Le mardi entre 10h et 12h et le jeudi de 16h à 18h, l'UNAFAM tient une permanence hebdomadaire dans des locaux situés à la périphérie de Caen où elle dispose de deux appartements thérapeutiques. Une fois par mois, la permanence du jeudi se tient à la maison des usagers au sein de l'hôpital. Pour le département du Calvados, l'association compte 110 membres, dont 12 ont une activité bénévole au service de l'accueil, de l'écoute, du conseil et du soutien des familles.

Si la qualité du dialogue avec le personnel soignant et de la participation aux instances de l'établissement a été signalée, l'UNAFAM a, en revanche, regretté auprès des contrôleurs le « manque de coopération avec les familles » de la part de la communauté médicale dans son ensemble. Selon ses représentants, il serait difficile de pouvoir s'entretenir avec un psychiatre au sujet de l'évolution de la santé d'un fils ou d'une fille, même lorsque ces derniers seraient d'accord, au nom du respect de l'« alliance thérapeutique » entre médecin et patient.

Les associations ont néanmoins souligné les difficultés d'effectifs qui caractérisent la vie des unités : « le principal retour des permanences porte sur le manque de personnel qui n'a pas suffisamment de temps pour écouter les patients autant que nécessaire ».

Une telle défiance s'illustrerait aussi autrement : les brochures de présentation de l'association ne sont pas distribuées au sein des unités de l'EPSM ; les modules de formation des familles à une meilleure compréhension de la maladie et à l'adoption de règles de « savoir être » ne peuvent être organisés en relation avec les psychiatres.

Propre à l'EPSM, cet état d'esprit, « qui ne contribue pas à la compréhension entre patients et soignants et entre médecins et familles », ne se retrouverait pas ailleurs, notamment au sein du pôle installé au CHU. Un représentant d'une association a suggéré qu'un document rappelant l'existence de ces organismes et leur rôle au sein de l'EPSM pourrait être transmis au personnel afin d'améliorer leur visibilité.

De manière générale, les représentants des associations ont fait part d'autres problèmes : l'absence de loisirs pendant le week-end, notamment du fait de la fermeture des cafétérias ; la difficulté d'obtenir un changement de médecin ; le départ progressif du personnel expérimenté vécu par les patients comme une perte de points de repères.

Les représentants de l'UNAFAM ont salué le choix du juge des libertés et de la détention de tenir ses audiences au sein de l'hôpital (à la différence des autres structures du département qui connaissent la visioconférence). Ils ont déploré que certains patients aient dû se rendre à l'audience vêtus d'un pyjama. Quelques difficultés ont été aussi signalées concernant l'information de familles, dans le cadre de soins à la demande d'un tiers, qui n'aurait pas été réalisée dans des délais permettant d'assister à l'audience.

## 4 Les conditions d'hospitalisation

### 4.1 Éléments communs à tous les secteurs

#### 4.1.1 La restauration

La prestation de restauration est entièrement effectuée par l'établissement qui possède une cuisine rénovée et dûment équipée.

La distribution dans les services respecte le principe de la liaison froide, la remise à température s'effectuant dans les unités.

##### 4.1.1.1 Les locaux

L'unité de production se situe dans des locaux rénovés en 1997.

Un quai de déchargement pour les livraisons se trouve au rez-de-chaussée du bâtiment. Il est possible de se rendre rapidement dans les différents magasins de stockage, une fois effectué un contrôle qualité des produits livrés. Le lavage des chariots et du matériel nécessaire à la distribution s'effectue également à ce niveau.

Distinct du quai de déchargement, un emplacement est aménagé, permettant aux camions isothermes de recevoir les chariots de nourriture devant être transportés dans les différentes unités. Cette opération s'effectue, pour le déjeuner, entre 9h30 et 11h30 et, pour le dîner entre 13h30 et 14h45.

Le premier étage est essentiellement occupé par les zones de production et de préparation des barquettes, ainsi que par les différents ateliers : boucherie, charcuterie, pâtisserie... Une zone technique existe également, avec une cellule de refroidissement, une laverie pour les équipements sensibles, des zones de stockage dans différents réfrigérateurs affectés...

Le plan de maîtrise sanitaire a été validé par la direction départementale de la protection de la population<sup>8</sup> en 2009. La démarche HACCP – guide des bonnes pratiques en restauration – est mise en place pour les équipes des unités centrales mais aussi pour celles des unités de soins.

##### 4.1.1.2 Le personnel

Trente-cinq personnes sont affectées à la cuisine, représentant différents métiers (bouchers, charcutiers, pâtissiers, etc.), dont une diététicienne.

Un planning hebdomadaire des agents de la cuisine est effectué dans les différents secteurs de travail : transport, magasin, distribution pain, refroidissement, plonge, boucherie, légumerie, desserts, diététique, pâtisserie.

Un planning de production est établi quotidiennement avec l'un des personnels responsables ; un planning de livraison des repas l'est aussi pour les différentes unités avec l'heure de la livraison et la température des barquettes, le document devant être émarginé.

---

<sup>8</sup> Anciennement direction des services vétérinaires.

La cuisine est ouverte à 6h30. Certains horaires de travail peuvent aller jusqu'à 16h30 mais il existe aussi des horaires de 7h à 15h40.

Dans chaque unité de soins, un agent des services hospitaliers est le référent de la cuisine, chargé de réceptionner, remettre en température, organiser la réception et la distribution, s'assurer que la prestation est correctement réalisée et vérifier si les différents types de menus commandés sont bien ceux distribués aux patients concernés.

#### **4.1.1.3 Les menus et la distribution**

Un menu dit «normal » est livré.

Des régimes spécifiques sont prévus et conditionnés dans des barquettes de couleur différente :

- barquette rose : sans sel ;
- barquette verte : hypo/salé ;
- barquette jaune : mixé midi ;
- barquette blanche : mixé soir ;
- barquette bleue : hypo/sans sel ;
- barquette noire : sans porc ;
- barquette grise : sans poisson.

Une commission des menus a été instituée comprenant, outre les responsables de la cuisine, la diététicienne et les différents référents d'office de toutes les unités. Lors de la réunion de la commission du 18 octobre 2012, il a été traité des résultats de prélèvements de surface dans les offices, des difficultés de livraison dans une unité, de l'évolution des menus en diététique, de l'orientation du plan alimentaire, de la consommation de produits sucrés et des grilles de menus des trois semaines suivantes.

Le comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) doit se réunir pour la première fois en juin 2013.

Lors de la visite d'une unité par les contrôleurs, le menu normal comprenait :

- pour le déjeuner : pâté de foie, blanquette d'agneau, pommes de terre persillées, vache qui rit, fruit du jour ;
- pour le dîner : potage saint-germain, jambonneau froid, haricots verts vinaigrette, fromage frais.

Certains plats de ces menus comportaient un astérisque, par exemple le pâté de foie et le jambonneau froid, signifiant qu'ils pouvaient être remplacés à la demande. Cette pratique a pu être constatée pour d'autres plats prévus aux menus des semaines suivantes : par exemple, le rôti de porc saumure froid, la langue de porcelet ravigote, le jambon, le filet mignon de porc.

Le menu normal est affiché dans les services, de même que les différents types de menus spécifiques.

A titre d'exemple, les contrôleurs ont constaté que le menu normal du dîner avait été

adapté dans l'unité dans laquelle ils se trouvaient<sup>9</sup>.

Dans une autre unité, pour dix-neuf présents, ont été distribués :

- pour les entrées : quatorze potages vermicelle, un potage sans sel, quatre potages aux marrons ;
- pour la viande : onze filets de hoki pané, un supplément de jambon blanc, un supplément de steak haché, un parfait de charolais, quatre brocolis poisson blanc, un dos de colin basquaise hypocalorique sans sel, deux dos de colin basquaise hypocalorique ;
- pour les légumes : douze trios de brocolis, un trio de brocolis hypocalorique sans sel, deux trios de brocolis hypocalorique, deux suppléments purée, un supplément purée de légumes verts ;
- pour le fromage : douze port salut<sup>®</sup>, trois mini ligne<sup>®</sup> sans matière grasse ;
- pour le dessert : quinze fruits du jour, une coupelle de compote de fruits, trois coupelles compote pommes ananas, deux suppléments forme suisse nature ;
- pour le pain : dix-huit pain normal, un pain sans sel.

D'autre part, la diététicienne se rend dans les unités pour élaborer et, par la suite, faire réaliser des menus diététiques. A titre d'exemple, pour une journée ont été élaborés les repas diététiques suivants :

- sans gluten : un ;
- végétarien : un ;
- sans lactose : deux ;
- hypocalorique : trente.

Le pain est distribué, frais, dans les différentes unités, le matin, du lundi au dimanche.

Le petit déjeuner est confectionné dans les unités, chacune disposant d'un percolateur permettant de réaliser, le café, le lait, le chocolat, l'eau chaude. Chaque service a un stock de beurre et de confiture en portions individuelles.

Le goûter comprend du pain, du beurre, du jus de fruits, du café, du lait et une portion de gâteaux secs.

Le petit déjeuner est servi entre 8h et 9h ; le déjeuner, entre 12h et 13h ; le goûter, entre 16h et 16h15 ; le dîner, entre 18h45 et 19h30.

Les contrôleurs ont pu également constater qu'une tisane était proposée aux patients avant le coucher.

Toute la restauration se prend dans un restaurant desservi par l'office de l'unité.

---

<sup>9</sup> Les plats distribués ont été les suivants : vingt-deux potages Saint-Germain du menu normal, dix-sept jambonneaux froids, un supplément de jambon blanc, un plat de jambon hypocalorique, quatre émincés de volaille, vingt et un haricots verts vinaigrette, deux suppléments de purée, un supplément de carottes, un supplément de riz, un plat de haricots verts ciboulette hypocalorique, vingt et un plats de fromage frais vanille, un entremet vanille, un supplément forme suisse nature, mais aussi vingt-deux rations de pain pour les vingt-deux présents.

Suivant le type de patients se trouvant dans l'unité, il est organisé une distribution de type « self service » ou une distribution à la table.

En self service, les plats, comprenant six à huit parts, sont réchauffés puis mis en barquettes individuelles et déposés sur une rampe, les patients venant se servir sous le contrôle de l'agent référent.

Pour la distribution à la table, le conditionnement est réalisé par le personnel pour chacun des patients.

Dans certaines unités, deux services étaient organisés : le premier, pour des patients dont il était nécessaire de réaliser une surveillance particulière, voire, le plus souvent, les faire manger ; le deuxième service, pour les patients autonomes.

Pour les anniversaires des patients, un gâteau entièrement confectionné par les pâtisseries de l'hôpital est réalisé. Il suffit pour cela de le commander. A titre d'exemple, les contrôleurs ont vu un bon provenant d'une unité indiquant : « commande d'un gâteau anniversaire bavarois "Primevères" seize personnes pour le 24 mai 2013 à livrer la veille par le chauffeur de la cuisine ». En moyenne, 3 000 gâteaux d'anniversaire sont confectionnés par an.

Pour les structures extra hospitalières, les repas confectionnés sont intégrés dans des containers isothermes que l'un des responsables de la structure vient chercher à la cuisine ; cette pratique est également mise en œuvre lorsque des sorties de patients sont organisées.

Pour l'année 2012, la cuisine a fabriqué 363 373 repas.

La journée alimentaire, hors personnel, s'établit à 13,28 euros, soit 6,64 euros par repas.

Aux fins de s'assurer du respect des procédures, un responsable de la cuisine se rend régulièrement dans les unités pour effectuer un contrôle des températures des aliments et recueillir les doléances ou satisfactions<sup>10</sup>.

#### **4.1.1.4 Les contrôles**

Un plan de maîtrise sanitaire a été élaboré.

Quarante-deux documents sont remplis tels que : désinfection des mains, contrôle de température, contrôle de la réception des denrées ...

En cas de difficultés particulières, un document est élaboré, intitulé « urgent-alerte alimentaire », comprenant différents items qui permettent de définir un risque potentiel et appellent immédiatement des mesures, telles que le blocage du produit, l'information du fournisseur, l'information du service de soins...

---

<sup>10</sup> A titre d'exemple, le 23 janvier 2013, outre un relevé des températures (salade bulgare 8°5, couscous grain 63°6, semoule 95°2, purée 78°3), les observations suivantes ont été consignées : « pain en quantité suffisante ; content d'avoir des gâteaux pour les mixés ; pas de purée dans les barquettes ; mixer la soupe à l'oignon ; du mal à manger les carottes râpées ; content des repas des fêtes ; le film se décolle sur les barquettes ; pas de beurre le matin ; salade pas terrible ; beaucoup de vert ».

Il a été également élaboré un plan d'échantillonnages comprenant 117 points qui doivent être contrôlés.

Le 10 novembre 2011, la direction départementale de la protection des populations – service qualité et sécurité des aliments – a transmis un rapport pour une inspection effectuée le 8 novembre ; la lettre indiquait : « Il a été constaté une bonne tenue générale de la cuisine centrale et un suivi régulier liés au plan de maîtrise sanitaire ».

Par lettre du 22 novembre 2012, cette même direction indiquait : « J'ai l'honneur de renouveler à votre établissement un agrément sanitaire définitif sous le numéro... pour l'activité : cuisine centrale, restauration collective à caractère social ».

Un laboratoire extérieur réalise régulièrement un prélèvement des surfaces, le dernier effectué datant du 2 avril 2013.

Ce même laboratoire extérieur effectue un contrôle de « pots témoins » ; pour les différents contrôles effectués le 19 avril 2013, il a été noté : « Résultat satisfaisant pour l'unité analysée ».

#### **4.1.2 L'hygiène**

Les déchets ménagers sont ramassés tous les jours, sauf le dimanche, à l'aide d'un véhicule adapté. Tous les deux jours, ils sont amenés par les mêmes services de l'établissement dans les services mis en place par la ville.

Un tri est opéré entre les différentes catégories : déchets ménagers, verres, cartons, plastiques déchets verts, huile, déchets informatiques, tubes électriques, pneus.

Un local particulier, le « bunker », a été créé pour les déchets à risque : les produits de laboratoire, l'huile de vidange et les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI). Tous ces déchets sont ramassés, une fois par semaine, avec un véhicule adapté, par l'équipe des transports.

Si, lors d'une semaine, il était nécessaire d'effectuer un transfert supplémentaire vers le « bunker », un conteneur spécifique de trente litres serait mis à disposition des services de soins avant d'être immédiatement transporté.

Le vendredi, une entreprise extérieure ramasse dans le « bunker » les produits stockés et les amène dans un incinérateur agréé à cette fin.

Un « service d'entretien et d'hygiène des locaux » a été créé dans l'établissement sous la supervision d'un technicien supérieur. Le service comprend trente-neuf agents : vingt-neuf travaillent uniquement dans les unités de soins, dix dans les autres services.

Dans les unités de soins, leur activité dépend de l'organisation du service. « En tout état de cause, leur travail s'arrête à la porte de la chambre ». Les agents interviennent exclusivement dans les locaux communs, tels que couloirs, lieux de vie, sanitaires, bureaux, escaliers, hall d'accueil, services administratifs.

Les agents interviennent, en binôme, six jours par semaine : l'un intervient du lundi au vendredi, l'autre du mardi au samedi.

Quatre hommes sont chargés, avec un équipement adéquat, d'effectuer le nettoyage des vitres, le décapage des sols et des murs, la dératisation, la désinsectisation, la

décontamination éventuelle.

Une infirmière hygiéniste est détachée à plein temps. Parmi ses fonctions, elle est chargée de coordonner et de former les référents hygiénistes des différents pôles.

#### **4.1.3 La blanchisserie**

Elle est installée dans des locaux anciens entièrement restructurés.

Durant l'année 2012, les travaux ont été réalisés dans le secteur du linge sale, eu égard aux risques professionnels importants : risques infectieux, lombalgiques, sonores, musculo-tendineux...

Le rez-de-chaussée est consacré à la buanderie : le principe de la séparation des circuits sale et propre est respecté.

Le premier étage est consacré aux activités de lingerie, de marquage du linge, y compris le linge personnel des patients.

Avant distribution, tout le linge stocké est filmé par une machine spéciale.

L'équipement de la buanderie est adapté à l'activité. Il comprend notamment : six machines à laver (deux de 20 kilos, deux de 110 kilos, deux de 180 kilos), trois séchoirs, un tunnel de séchage, un enrouleur pour le grand plat, un tunnel de finition pour les vêtements professionnels et les pyjamas...

La lingerie a été récemment équipée d'une machine à code barres qui permet de marquer tout le linge, habits professionnels et linge personnel des patients : lorsque les patients souhaitent pour la première fois confier leur linge, celui-ci est remis individuellement à la blanchisserie pour qu'un code barres soit attribué à chaque vêtement, ce qui permet de reconnaître, immédiatement et pour l'avenir, le titulaire du vêtement et son lieu d'hospitalisation. Un logiciel a été spécialement mis en place.

Le secteur de la blanchisserie emploie vingt-quatre personnes, dont l'horaire de travail se situe pour la plupart de 8h à 15h40.

Le linge sale mis dans des chariots spécifiques est ramassé tous les jours, sauf le samedi et le dimanche, à l'aide d'un véhicule conduit par un chauffeur faisant partie de l'équipe de la blanchisserie. Une distribution de linge propre est effectuée du lundi au vendredi.

Chaque unité de soins entrepose, dans sa lingerie-relais, des couvertures, draps, taies d'oreillers, etc.

Les draps et les taies d'oreillers peuvent être changés tous les jours. Le linge personnel l'est tous les trois ou quatre jours. Les couvertures peuvent être changées à la demande tous les jours ; le jour de la visite, 90 kilos de couvertures ont été lavés. Les matelas sont changés et désinfectés tous les deux à trois ans. Les pyjamas, torchons, blouses sont changés à la demande et, souvent, tous les jours.

Le linge contaminé est déposé dans des sacs biodégradables avant de suivre un circuit spécial, jusqu'au repassage.

Les patients peuvent donner leur linge personnel à laver. Il leur est remis le lendemain.

En 2012, il a été traité 79 746 kilos de linge appartenant aux patients.

Sur l'ensemble de l'année 2012, il a été lavé 495 169 kilos de linge, la blanchisserie entretenant aussi le linge de structures non hospitalières. Tous les mois, il est entretenu entre 1 842 kilos et 2 088 kilos de linge.

Une traçabilité de l'entretien des chariots à linge et des locaux à linge dans les services de soins a été mise en œuvre, de même qu'un protocole fixant les modalités de transfert et de prise en charge du linge contaminé.

Un référent qualité a été désigné pour assurer la liaison avec les référents hôteliers des services utilisateurs.

Après une formation des personnels, il a été mis en place un système RABC<sup>11</sup>, afin de maîtriser les risques de bio contamination du linge, notamment durant le transport. L'infirmière hygiéniste a été particulièrement sollicitée à ce propos.

#### 4.1.4 Les activités

A l'exception d'activités sportives gérées par l'association APSI, l'EPSM de Caen n'a pas souhaité mettre en place de service centralisé d'activités. Les activités thérapeutiques sont, pour la plupart, développées au sein des unités d'hospitalisation.

Lorsqu'un équipement spécifique est requis, comme c'est le cas pour l'activité « Snozelen<sup>12</sup> », un soignant de l'unité d'hospitalisation se déplace, sur le lieu aménagé, avec le patient pour faire l'activité.

L'association APSI développe, depuis plusieurs années, une activité thérapeutique à médiation sportive proposée à l'ensemble des patients de l'ensemble des unités intra et extra hospitalières.

Le tableau ci-après synthétise l'évolution de son activité, en termes de nombre de participants :

<i>Evolution depuis 2009</i>			
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<i>Caen Est</i>	6	2	4
<i>Caen Sud</i>	5	4	5
<i>C Ouest</i>	10	1	3
<i>Lisieux</i>	5	2	6
<i>Côte Fleurie</i>	11	6	3
<i>Caen Plaine</i>	8	7	17
Total	45	22	38

*Synthèse de l'activité de l'association APSI depuis 2009*

L'APSI est une équipe intersectorielle constituée d'infirmiers, d'aides-soignants et

<sup>11</sup> RABC : Risk analis biocontamination control.

<sup>12</sup> Une pièce spécifique pour cette activité a été aménagée dans l'unité les « Glycines ».

d'assistants médico-psychologique (AMP) sous la responsabilité d'un médecin et d'un cadre supérieur de santé. La direction de l'EPSM y a détaché l'équivalent d'un ETP. Elle a noué de nombreux partenariats avec des organisations sportives locales :

- avec le « Caen Tennis Club », pour l'utilisation, à titre gratuit, d'un court de tennis chaque vendredi matin ;
- avec la mairie de Caen, pour la mise à disposition des installations d'un gymnase durant des plages horaires, l'encadrement étant assuré par un éducateur sportif de la ville et deux soignants de l'EPSM. Cette activité réunit environ 130 participants tout au long de l'année ;
- avec un club de Boule Lyonnaise de Venoix, pour lequel un créneau horaire, le mercredi matin, est mis à disposition ainsi que l'encadrement par un entraîneur du club.

En 2012, cette association a organisé sept activités sur cinq demi-journées ; depuis le début de l'année 2013, neuf activités sur six demi-journées ont pu être organisées. Ainsi ont été mises en place, par la seule association ou avec des partenaires, les activités suivantes depuis le début de l'année 2013 :

- en janvier 2013, un séjour thérapeutique à la station de ski des Saisies (Savoie) avec « Sport en tête », pour six patients encadrés par trois soignants. La prise en charge a été assurée par les patients eux-mêmes. Cette activité est menée avec le centre hospitalier de Saint-Lô (Manche), ce qui permet de mutualiser le transport des malades ;
- en février 2013, une participation à un tournoi de tennis de table à Rennes (Ille-et-Vilaine), avec l'association « Sport en tête » ;
- en mars 2013, une participation au tournoi de badminton à Mayenne avec « Sport en tête » et une manifestation sur le site de l'EPSM, le « Printemps du sport », permettant des initiations à différentes pratiques sportives pour une centaine de patients qui y ont assisté.

Les dirigeants de l'association regrettent l'absence d'activité de piscine en l'absence d'un partenariat avec le conseil général du Calvados afin de disposer de l'encadrement que nécessiterait une telle activité.

Il est relevé que des patients hospitalisés à temps plein et disposant d'autorisations de sortir se rendent seuls à certaines des activités organisées en ville.

La dimension intersectorielle de l'association permet de disposer de l'accompagnement de professionnels en nombre suffisant.

L'admission à l'activité sportive se fait sur prescription médicale du psychiatre de l'unité. Seize soignants sont mobilisés autour des activités sportives, pour moitié des infirmiers et pour l'autre des aides-soignants.

En outre, il existe un gymnase, installé au premier étage d'un bâtiment qui sert également pour la blanchisserie et la lingerie de l'établissement. Il est utilisé essentiellement par les équipes soignantes de l'extrahospitalier. Un planning commun aux différentes unités permet de connaître les disponibilités d'usage, notamment pour des activités de tennis de table.

Selon les informations recueillies sur place, cet équipement n'a pas été rénové depuis de nombreuses années et souffre d'une certaine obsolescence le rendant peu attractif pour les patients. Son installation en étage rend, de surcroît, son accès difficile pour des personnes à mobilité réduite.

#### **4.1.5 Le service des transports**

L'établissement dispose d'un parc de 108 véhicules, tous acquis par l'intermédiaire de l'union des groupements d'achats publics (UGAP) à l'exception du véhicule réfrigéré servant au transport de l'alimentation qui est loué.

Suivant leur configuration géographique, les différents pôles de psychiatrie peuvent utiliser entre quatre et six véhicules.

Les autres types de véhicules sont affectés à des services logistiques : vagemestre, sécurité, ramassage des ordures...

Les associations de l'établissement disposent en général d'un véhicule de transport de sept à huit places afin de mettre en œuvre des sorties de patients. Ces véhicules sont acquis par l'hôpital et remboursés par l'association : l'hôpital effectue l'entretien et est titulaire du contrat d'assurance ; l'association prend à sa charge les frais d'essence.

L'entretien courant des véhicules est assuré par les services de l'établissement, ce qui correspond à environ 75 % des besoins.

Sur l'exercice 2012, 926 767 kilomètres ont été parcourus par les véhicules de l'hôpital.

Le service des transports comprend quatre agents, dont trois peuvent effectuer de la mécanique courante. Les chauffeurs pour la livraison du linge et de la restauration ne font pas partie de cette équipe ; ils sont intégrés dans l'équipe de restauration ou de la lingerie.

Un des chauffeurs est titulaire du certificat de capacité ambulancier mais il reste intégré à l'équipe, l'établissement ne disposant ni d'ambulance, ni de véhicule sanitaire léger.

Les personnels assurent une présence de 8h à 17h et travaillent le samedi matin. Leur activité est essentiellement orientée, en dehors des véhicules logistiques, vers le transport des patients pour des consultations extérieures ou des sorties diverses.

Afin d'assurer une continuité du service et le transport des patients bénéficiant d'une prescription médicale, l'établissement a passé un marché avec une entreprise privée qui stipule : « Le présent marché a pour objet la prestation de transports de patients effectués sous la responsabilité juridique et financière de l'EPSM. Les transports sont effectués en véhicule sanitaire léger (VSL) ou en ambulance. Sont exclus les transports ne relevant pas d'une prescription médicale, les transports relevant du libre choix du patient et les transports effectués par le SMUR. Il s'agit d'assurer le déplacement des patients vers des points de consultation médicale (centres hospitaliers, cabinets médicaux...) ou à l'occasion d'une permission temporaire de sortie (retour au domicile...), soit en VSL, soit en ambulance selon l'état de santé du patient ».

Ce marché stipule également : « Le montant annuel du marché est compris entre : montant minimum : 85 000 euros - montant maximum 115 000 euros. L'estimation des besoins est, pour six mois : 356 transports réalisés en VSL et 608 transports réalisés en

ambulance ».

Les transports vers une unité pour malades difficiles (UMD) sont toujours assurés par une ambulance pour l'aller et souvent un VSL pour le retour.

Les transports pour un patient détenu sont toujours réalisés par une ambulance.

#### 4.1.6 Les instances

##### 4.1.6.1 Le CLIN

Les contrôleurs ont pris connaissance du bilan d'activité 2012 du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Le CLIN a tenu trois réunions plénières, les 22 mars, 28 juin, 29 novembre 2012. Il a été relevé cinq accidents d'exposition au sang et, à une seule reprise, la détection d'une bactérie multi-résistante. La consommation de solution hydro-alcoolique est en augmentation de 6% par rapport à 2011 ; en 2012, 418 litres ont été consommés.

Une campagne de vaccination contre la grippe saisonnière a été effectuée ; 168 patients de l'EPSM, 48 patients de la MAS et 146 agents en ont bénéficié.

Durant l'année 2012 le CLIN s'est investi dans plusieurs domaines :

- la surveillance de l'environnement hospitalier :
  - qualité de l'eau : trente-deux prélèvements d'eau chaude sanitaire ont été effectués en juillet 2012 (deux sont non-conformes) et trente-deux autres prélèvements ont été effectués en novembre 2012 (cinq sont non-conformes). En outre, 140 prélèvements d'eau froide ont été réalisés sur l'année ;
  - circuit des déchets ;
  - circuit du linge ;
  - méthode HACCP appliquée au circuit des repas : 342 prélèvements ont été réalisés sur huit mois ;
  - suivi des travaux ;
  - les infections ;
  - les analyses microbiologiques ;
  - le suivi des infections : vingt-deux cas de gale en 2011, cinq en 2012 ; un cas de tuberculose pulmonaire ;
  - le suivi des résistances aux antibiotiques des germes urinaires.
  - les indicateurs du réseau régional d'hygiène et du CCLIN-Ouest : cinq accidents avec exposition au sang, dont un par piqûre ; une bactérie multi-résistante ;
  - la surveillance des consommations : antibiotiques, produits d'hygiène des mains (418 litres de solutions hydro alcooliques, 15 litres de savon antiseptique, 2 122 litres de savon) ;

- la prévention : des actions ont été menées au niveau du prélèvement des surfaces, du prélèvement sanguin veineux périphérique, du prélèvement capillaire ;
- les formations-informations :
  - ateliers d'hygiène : 132 personnes ont participé à la préparation des différents protocoles ;
  - formations : bio nettoyage, prélèvement des surfaces, enquête nationale de prévalence...

D'autre part, le CLIN a suivi et participé à différentes enquêtes et mis en œuvre un tableau de bord des infections nosocomiales.

Un programme d'action du CLIN a été établi pour 2013, lequel reprend et poursuit certaines actions engagées en 2012 et prévoit des actions nouvelles.

#### **4.1.6.2 Le CLUD**

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) s'est réuni à cinq reprises en 2012.

Une journée d'information "douleur" a été organisée en partenariat avec le réseau régional douleur de Basse-Normandie.

Une « cible douleur » a été insérée dans la fiche de constantes du dossier infirmier.

En octobre 2012, un infirmier référent douleur à mi-temps a été accueilli dans un bureau du SIMP.

#### **4.1.6.3 Le CLAN**

Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) a été constitué en début d'année 2013.

#### **4.1.6.4 L'espace éthique pluri-professionnel**

Cet espace a été créé à l'issue d'une journée de réflexion en décembre 2011.

En 2012, deux rencontres, à propos des chambres de soins intensifs, se sont tenues. Les contrôleurs ont pris connaissance d'un des deux comptes rendus de réunion.

En février 2013, une rencontre autour du traitement hormonal chez les adolescents au cours des dysharmonies avec « pulsionnalité » sexuelle forte s'est tenue.

## **4.2 L'hospitalisation à temps plein**

### **4.2.1 L'hospitalisation au secteur 14 G 02 (Caen Est)**

#### **4.2.1.1 Présentation du pôle**

Le pôle Caen-Est accueille les patients du secteur 14 G 02 qui regroupe, à Caen, les quartiers de Saint-Jean, Le port, Vaucelles-Est, Sainte-Thérèse Demi-lune, La Guérinière et les communes à l'Est des rives de l'Orne. La population du secteur, de 77 000 habitants, est urbaine et rurale.

Le pôle est constitué de :

- trois unités d'hospitalisation complète ;
  - une unité d'hospitalisation temps plein d'admission de vingt-sept lits, l'unité « Neptune » ;
  - une unité d'hospitalisation temps plein de moyens et longs séjours de quatorze lits, l'unité « les Tilleuls » ;
  - une unité intersectorielle (UIS) de moyens et longs séjours de vingt lits, dont onze sont attribués au secteur Caen-Est ;
- des places d'hospitalisation à temps partiel : vingt-cinq places d'hôpital de jour et deux places d'hébergement de nuit ;
- des structures extrahospitalières : quatre centres médico-psychologiques (CMP), un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

L'activité globale du service a diminué en 2012 (file active 1 429) par rapport à 2011 (file active 1 548), en particulier pour les patients en hospitalisation complète, dont la durée moyenne de séjour s'est allongée de cinq jours entre 2011 et 2012. L'activité ambulatoire ne s'est pas modifiée au cours de deux dernières années.

Deux conseils de pôle et six réunions médecins-cadres se sont tenus en 2012.

#### **4.2.1.2 Le projet thérapeutique**

##### **• L'unité d'admission**

Au cours de l'année 2012, le projet de transfert de l'unité d'admission dans un bâtiment nouvellement construit s'est concrétisé.

Ce nouveau bâtiment, « Odysée », regroupe trois unités d'admission de trois secteurs. L'équipe s'est attachée à maintenir cette unité « ouverte », les conditions architecturales ayant nécessité une adaptation des conditions de travail des équipes.

La cafétéria du bâtiment est animée par les soignants du secteur 14 G 02, grâce au financement de l'association « Entr'aide ». Ce lieu de rencontre est ouvert en semaine ; les patients et leurs familles peuvent s'y rendre librement.

##### **• L'unité de longs séjours**

Au moment du contrôle, l'unité de moyen et long séjour « les tilleuls » était « portes fermées », en raison de l'état psychique d'un seul patient présent dans l'unité depuis de nombreux mois. Des travaux d'aménagement devaient débuter au cours du mois de juin, devant permettre à tous les patients d'accéder librement au jardin sécurisé, sans réduire les lieux de vie de certaines catégories de patients.

##### **• Les hospitalisations sans consentement du secteur**

Lors de la visite des contrôleurs, d'après les éléments fournis par le service des admissions, les hospitalisations sans consentement du pôle étaient les suivantes.

	<i>SPDRE</i>		<i>SPDT</i>	
	Hospitalisé	Programme de soins	Hospitalisé	Programme de soins
<i>UIS</i>	6	4		
<i>Neptune</i>	12	5	2	2
<i>Tilleuls</i>	4	9		
<i>Hôpital de jour</i>	2	5		1

*Répartition au sein du pôle des patients hospitalisés sans leur consentement*

Si les patients hospitalisés sans consentement sont bien identifiés par les équipes soignantes, la majorité ne se distingue pas des autres patients, en particulier, ils sont autorisés à garder leurs vêtements personnels.

- **Les chambres d'isolement**

L'unité « Neptune » comporte une chambre sécurisée et une chambre de soins intensifs, l'unité « les Tilleuls » aucune, l'UIS une chambre de soins intensifs. La chambre de soins intensifs (CSI) de l'unité d'admission a été occupée durant 358 jours pendant l'année 2012 (taux d'occupation de 98 %) ; la chambre sécurisée a été occupée durant 353 jours (taux d'occupation de 96 %). Aucune feuille de surveillance du patient n'était affichée à l'entrée de la chambre.

Soixante et un patients du secteur ont dû être accueillis dans la CSI d'un autre service. Ce fort taux d'occupation peut s'expliquer par l'ouverture de cette unité et le besoin d'un temps d'observation avant de permettre au patient d'y circuler librement.

La CSI de l'unité intersectorielle (UIS) a été occupée 332 jours (soit 91%).

#### **4.2.1.3 Le personnel du service central**

Les unités extra hospitalières du pôle sont réparties sur la totalité du secteur.

Les unités d'hospitalisation sont à l'opposé l'une de l'autre sur le site de l'EPSM. Le secrétariat, les bureaux des médecins, du cadre supérieur de santé et des assistantes sociales ont été aménagés dans le pavillon « Odysée ». Ce pavillon dispose également d'une grande salle de réunion intersectorielle.

Les effectifs des différents professionnels intervenant sur le pôle, au jour du contrôle, sont les suivants.

**A L'effectif du personnel médical**

	<b>N</b>	<b>EPT</b>
<i>PH Temps plein</i>	3	3
<i>Assistant généraliste</i>	1	0,2
<i>Interne</i>	1	1

**B L'effectif du personnel socio-éducatif et psychologue**

	<b>N</b>	<b>EPT</b>
<i>Assistant socio-éducatif</i>	2	1,8
<i>Psychologue</i>	2	1,8

**C L'effectif du personnel administratif et logistique**

	<b>N</b>	<b>EPT</b>
<i>Assistant médico-administratif</i>	3	2,8
<i>Adjoint administratif hospitalier</i>	1	1

**D L'effectif du personnel paramédical compétent pour toutes les unités d'hospitalisation**

	<b>N</b>	<b>EPT</b>
<i>Cadre supérieur de santé</i>	1	1
<i>Cadre de santé</i>	5	5
<i>Ergothérapeute</i>	1	1
<i>Infirmier de nuit</i>	7	7
<i>Aide-soignant de nuit</i>	7	7

Le personnel de nuit est mutualisé entre les deux unités d'hospitalisation complète du pôle. L'ergothérapeute travaille essentiellement avec des patients hospitalisés.

**4.2.1.4 L'unité Neptune**

L'unité « Neptune » est une unité ouverte.

La capacité théorique de l'unité est de vingt-sept lits, répartis en quinze chambres

individuelles et six chambres doubles.

Elle dispose d'une chambre d'isolement dite de « soins intensifs » et d'une chambre dite « sécurisée ».

### **A Les patients**

Au jour de la visite, l'unité comptait vingt-sept patients présents (dix-huit hommes et neuf femmes) :

- vingt personnes étaient admises en soins libres ;
- deux étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- cinq étaient en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).
- Aucun patient n'était noté en soins ambulatoires sous contrainte.
- Le patient le plus âgé avait 80 ans et le plus jeune, 23 ans.
- La plus longue hospitalisation datait de 244 jours.
- Aucun mineur n'était hospitalisé.

### **B Le personnel**

#### **- L'effectif du personnel paramédical de l'unité**

Les infirmières et aides-soignantes de nuit sont affectées par pôle.

Lors de la visite des contrôleurs l'effectif de soignants de jour était le suivant :

	<b>N</b>	<b>ETP</b>
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>Infirmiers</i>	15	14,6
<i>Aides-soignants</i>	8	7,8
<i>Assistant médicopsychologique</i>	1	0,5
<i>Agent des services hospitaliers</i>	1	1
<i>Psychologue</i>	1	1

Les deux assistantes sociales sont présentes dix demi-journées par semaine à l'unité « Neptune »

- **Le personnel médical**

L'organisation médicale de l'unité est la suivante :

	<i>Lundi</i>	<i>Mardi</i>	<i>Mercredi</i>	<i>Jeudi</i>	<i>Vendredi</i>
<i>Matin</i>	4 PH	4 PH	3 PH	5 PH	4 PH
<i>Après-midi</i>	1 PH	2 PH <sup>13</sup>	2 PH	1 PH	1 PH

Ainsi le praticien qui prend en charge un patient en CMP, continue à le suivre pendant son hospitalisation.

**C L'organisation du service**

Les personnels soignants travaillent en horaire de journée d'une durée de 7 heures et 40 minutes. Certains horaires peuvent être décalés, permettant une meilleure présence des soignants pendant la journée.

A titre d'exemple au cours de la première semaine du mois d'avril 2013, l'équipe de jour<sup>14</sup> (matin et après-midi) a été, à trois reprises, composée de seize agents, à une reprise de quatorze, à une reprise de douze et à deux reprises, le samedi et le dimanche, de onze soignants.

Lors des quatre-vingt-six prises de poste, trente-neuf se sont faites sur des horaires décalés. Cela traduit une grande souplesse d'organisation et une adaptation aux besoins des salariés.

- **Les réunions de service**

Le temps de chevauchement de l'équipe de matin et d'après-midi, d'une durée de trente minutes, permet quotidiennement un passage de consignes.

Des réunions de synthèse avec les médecins se tiennent hebdomadairement.

Des réunions du personnel d'encadrement se tiennent mensuellement.

Il existe, dans l'unité, une bonne communication entre les différentes équipes professionnelles. Les informations concernant la vie de l'EPSM sont également relayées par un des infirmiers du service fortement impliqué dans la vie syndicale et participant aux nombreuses instances de gouvernance de l'établissement.

**C Les locaux**

L'unité « Neptune » se situe au rez-de-chaussée et au premier étage du bâtiment « Odyssée ». Le service a emménagé le 9 octobre 2012. Les locaux sont neufs ; à l'usage, peu de défauts de conception ont été identifiés. Un programme de petits travaux, pour des

<sup>13</sup> Egalement disponibles pour les unités « Tilleuls » et UIS.

<sup>14</sup> Cadre de santé compris.

aménagements spécifiques, est en cours.

L'entrée dans le bâtiment « Neptune » est libre dès l'arrivée des personnels du poste d'accueil à 8h30. Ce poste, exposé aux courants d'air, est l'objet de travaux de modification.

L'unité « Neptune » est parfaitement signalée au sein du bâtiment. Après avoir traversé la cafétéria, on entre dans l'unité proprement dite. Celle-ci est fermée la nuit par une porte à double battants en verre.

La porte de l'unité ouvre directement sur l'**atrium**, lieu de vie d'une surface de 91 m<sup>2</sup>. Cet espace est divisé, par des claustras, en plus des petits espaces meublés de fauteuils, de canapés à deux ou trois places regroupés autour d'une table basse. Au centre de la pièce, deux tables entourées de quatre chaises, le long des murs quelques fauteuils de malades complètent l'aménagement. Elle est très largement éclairée par un grand dôme d'éclairage zénithal. Deux claustras délimitent un espace plus intime où se trouve le *point phone*. Cet espace ne permet aucune confidentialité lors des communications téléphoniques.

Plusieurs portes, toutes vitrées, donnent sur l'atrium. Elles desservent successivement, de gauche à droite, les locaux décrits ci-après.

D'une surface de 12 m<sup>2</sup>, une pièce, obscure, est équipée de deux fauteuils de malades. Elle est utilisée par certains patients pour s'isoler avec leur famille lors des visites. Elle dessert deux bureaux de 10 m<sup>2</sup> chacun, l'un pour le cadre de santé et l'autre polyvalent. Ces bureaux sont équipés d'un bureau, de trois chaises, d'un meuble de rangement, d'un poste informatique. Ils sont éclairés par une large fenêtre vitrée du sol au plafond, ouvrant dans sa moitié supérieure.

D'une surface de 60 m<sup>2</sup>, **la salle de restauration** est équipée de tables rectangulaires ou rondes à quatre places, d'un meuble de rangement bas. Un des côtés de cette salle est occupé par une banque permettant aux patients de se servir en self-service. Cette banque ouvre sur la cuisine et sur la pièce de stockage. Ces deux pièces sont équipées d'un lave-vaisselle, un réfrigérateur-congélateur, un four à micro-ondes, un four traditionnel, deux éviers double bacs, de meubles de rangements muraux haut et bas. La cuisine ouvre sur l'extérieur du bâtiment par une porte par laquelle sont livrés les chariots repas. La laverie ouvre sur le local des poubelles. L'ensemble de cet équipement est très fonctionnel et donne entière satisfaction aux agents y travaillant.

Un petit hall dessert un ascenseur, un escalier permettant d'accéder aux chambres du premier étage, un local de linge sale et poubelle d'une surface de 7 m<sup>2</sup> et un couloir qui donne accès à la zone d'hébergement.

Une première **zone d'hébergement** de nuit est desservie par un couloir de 25 m de long. Elle comporte trois chambres doubles et quatre chambres simples. Elle peut être fermée par deux doubles portes pleines, à chaque extrémité du couloir ; elles étaient ouvertes lors de la visite des contrôleurs. Les chambres sont des quadrilatères quelconques de surfaces inégales, de 24 m<sup>2</sup> en moyenne pour les chambres doubles et de 18 m<sup>2</sup> en moyenne pour les individuelles. Elles sont toutes équipées d'une salle d'eau avec une douche à l'italienne, une cuvette de WC en faïence, un lavabo (deux dans les chambres doubles) surmonté d'un miroir et d'une rampe d'éclairage. Aucune patère ou porte-serviettes n'ont été installés en prévention des tentatives de pendaison.

Deux **salons de télévision**, d'une superficie de 12 m<sup>2</sup> chacun, sont faiblement éclairés par un éclairage zénithal. La porte et la cloison donnant sur l'atrium sont vitrées. Ils sont équipés d'un poste de télévision à écran plat, un lecteur de DVD, six fauteuils de malades, un meuble où sont rangés, dans un salon, quelques livres apportés par le personnel soignant et, dans l'autre salon, des jeux de société. Ces deux salons, initialement prévus pour les patients fumeurs et non-fumeurs, sont particulièrement appréciés des patients et des soignants car ils permettent des regroupements par affinité.

Une double porte peinte donne accès à deux **sanitaires**, l'un pour les soignants, l'autre pour les patients, d'une surface de 4 m<sup>2</sup> chacun. Ils sont équipés d'une cuvette de WC en faïence et d'un lave-mains. Un couloir, de 35 m de long, permet l'accès à une **deuxième zone d'hébergement** de nuit. Fermé par la porte vitrée donnant accès à l'extérieur du bâtiment et utilisé par les ambulances, le couloir dessert, sur la gauche, les locaux suivants :

- une chambre sécurisée, occupée, lors de la visite des contrôleurs, par un patient pouvant bénéficier de moments de sortie de la chambre. Elle est équipée d'un sas comportant une table murale ; la porte est percée d'un oculus (équipé d'un store vénitien) donnant sur la salle d'eau. Elle est meublée uniquement d'un lit médicalisé fixé au sol. La fenêtre donnant à l'extérieur a été pourvue d'un film occultant. Un cabinet de toilette, identique à celui des autres chambres, est accessible depuis la chambre sécurisée ;
- une chambre individuelle ;
- un bureau, initialement prévu pour les entretiens infirmiers, transformé en salle de soins. La pièce est équipée d'une armoire à pharmacie, un réfrigérateur mural, un chariot de distribution des médicaments, un chariot d'urgences avec un aspirateur à mucosité portable, un bureau et un poste informatique ;
- une salle de soins, transformée en bureau d'entretien infirmier, en raison de la proximité de la chambre de soins intensifs interdisant toute confidentialité lors de la dispensation des traitements. Cette salle est équipée d'un chariot à pansements et d'un fauteuil de prélèvements. Elle communique par une porte avec la chambre de soins intensifs ; cette porte est équipée d'un oculus, la cloison voisine est équipée d'une imposte fixe de 0,8 m de long sur 0,6 m de large. L'imposte et l'oculus sont pourvus de stores vénitiens. Sur le rebord de l'imposte, un réveil est tourné vers la chambre et visible depuis celle-ci.

A droite, sur le côté gauche du couloir donnant à l'extérieur du bâtiment, se trouvent les deux pièces suivantes :

- une chambre d'isolement, dite de « soins intensifs ». Cette chambre est équipée d'un sas identique à celui de la chambre sécurisée décrite supra. Elle est meublée d'un sommier métallique fixé au sol, un matelas, de draps et de couvertures et d'un oreiller. Lors de la visite des contrôleurs, elle était occupée mais le patient était sorti de sa chambre. A côté du lit, étaient posés deux bouteilles d'eau minérale en plastique, quelques feuilles de papier et un stylo à bille. La fenêtre est occultée par un film plastique opacifiant. La porte du cabinet de toilette était ouverte ; elle peut cependant être fermée par une serrure électromagnétique déblocable depuis la salle de soins infirmiers. Ce cabinet de toilette est équipé d'une colonne en acier inoxydable comportant une cuvette de WC et un lavabo muni d'un bouton presseur pour obtenir l'eau froide. Ce type de matériel se

trouve fréquemment dans les cellules de garde à vue et dans les cellules des quartiers disciplinaires des établissements pénitentiaires. L'ambiance de la chambre est dictée par le mobilier. Deux portes donnent dans cette chambre : une (cf. supra) donne dans le bureau infirmier, l'autre est la porte d'entrée par le sas ; les chambranles en ont été renforcés par des pièces métalliques rajoutées a posteriori ;

- une salle de bains de 20 m<sup>2</sup>, équipée d'une baignoire de balnéothérapie, un lavabo, une douche à l'italienne, une cuvette WC en faïence. Il a été précisé aux contrôleurs que cette pièce était à usage individuel. Elle donne dans un sas qui comporte deux portes ouvrant chacune dans le couloir, de part et d'autre d'une porte double pleine qui a été imaginée par l'architecte comme délimitant une zone d'hospitalisation fermée.

Toujours à droite, mais sur le côté droit du couloir, la salle d'accueil infirmier est le centre de vie de l'unité. Traversante et entièrement vitrée du côté atrium, elle comporte trois portes : une donnant sur l'atrium, une donnant sur le couloir de la zone d'hébergement de nuit « ouverte » et une donnant sur le couloir de la zone d'hébergement de nuit pouvant être fermée. Les deux portes ne peuvent pas être ouvertes sans clé à partir du couloir. Cette salle est équipée d'une armoire métallique contenant les dossiers médicaux, deux planifications murales pouvant se fermer<sup>15</sup>, un chariot à dossier, un bureau, une table, huit chaises, deux postes informatiques.

Une porte double pleine pouvant fermer à clé (mais ouverte pendant la visite des contrôleurs) délimite une extrémité de couloir qui pourrait être une zone fermée et qui dessert :

- cinq chambres simples, équipées comme les autres chambres de l'unité mais pourvues, soit d'un sas simple, soit de deux sas doubles donnant accès à deux chambres ;
- deux salons d'entretien, obscurs, de 5 m<sup>2</sup> de surface ;
- un local ménage ;
- une salle de pause et de détente, équipée d'un office pourvu d'un évier et de placards muraux. Cette salle de 20 m<sup>2</sup> est meublée d'une grande table rectangulaire pouvant accueillir vingt personnes.

A l'extrémité droite de ce couloir, une double porte vitrée donne accès à un **jardin clos** de 70 m<sup>2</sup>. Il est en **libre accès** pour les patients de jour comme de nuit. Ils peuvent y **fumer**.

L'escalier et l'ascenseur donnent accès, à l'étage, à :

- trois chambres doubles, d'une surface de 21 m<sup>2</sup> chacune ;
- deux chambres simples, d'une surface de 18 m<sup>2</sup> chacune, pouvant accueillir des personnes en fauteuil roulant ;
- une salle de bains, équipée à l'identique de celle du rez-de-chaussée ;
- une chambre dite « septique », d'une surface totale de 25 m<sup>2</sup>, précédée d'un sas où peut être entreposé le matériel de protection (sur-blouse à usage unique,

---

<sup>15</sup> Les soins y sont planifiés à la semaine.

bavette, gants, sac de DASRI<sup>16</sup>), pouvant également accueillir une personne en fauteuil roulant ;

- une salle d'activités, équipée d'une table et de six chaises.

Toutes les chambres de l'unité sont équipées, par personne, d'un lit médicalisé à roulettes, un chevet, une chaise, une table murale, un grand placard ne fermant pas à clé et un éclairage à la tête du lit.

#### ***D Le fonctionnement de l'unité***

##### ***- Les personnels***

Le personnel de jour prend son service à 6h30. Il entre dans l'unité par la porte « logistique » située à proximité de la cuisine, la porte du bâtiment n'ouvrant qu'à l'arrivée du personnel de l'accueil à 8h30. Cette configuration oblige le personnel soignant à traverser l'unité de soins en tenue civile et à monter à l'étage pour se changer dans le vestiaire. Des travaux vont être effectués à l'accueil, afin de permettre un accès pour le personnel soignant, même lorsque le service est fermé.

L'unité est ouverte dans la journée. Elle est fermée de 18h30 à 8h30 mais les patients peuvent accéder 24h sur 24 à la cour intérieure pour fumer. La salle de restauration n'est ouverte que lors des repas.

Les chambres des patients sont en libre accès dans la journée, elles ne sont pas équipées de verrou intérieur ; une serrure permet leur fermeture de l'extérieur avec un passe.

La sécurité des personnels est assurée par le port de dispositif d'alarme pour travailleur isolé (DATI) ou protection du travailleur isolé (PTI). L'unité « Neptune » est rattachée au groupe d'entraide de la zone géographique sud comportant : les unités « Bonnafé » et « Bourneville », la cafétéria Caen Plaine et le bâtiment « Odyssée ».

##### ***- Les patients***

L'unité accueille tous les types de pathologies psychiatriques sans spécialisation particulière, y compris les difficultés psycho-sociales et les pathologies liées à la toxicomanie. Le 15 mai 2013, vingt-sept patients étaient hospitalisés dans l'unité, trois étaient hébergés (deux à l'unité « Hélios », un à l'unité « Alizée ») dont un patient en chambre de mise à l'écart.

Le secteur couvre à la fois une zone urbaine où sont implantés deux hôpitaux de jour et une zone rurale où est également implanté un hôpital de jour.

Les patients sont admis dans l'unité par quatre voies :

- à l'issue d'une consultation aux urgences de psychiatrie du CHU ;
- à partir du CMP ;
- par SOS-médecins ou un médecin généraliste ;
- en admission directe sur présentation spontanée d'un patient connu du service.

---

<sup>16</sup> Déchets d'activités de soins à risque infectieux.

Le patient se présente à l'accueil administratif (différent de l'accueil du bâtiment « Odysée ») où un agent administratif établira l'admission sur le logiciel Pastel (logiciel de gestion patient) et le logiciel Cortexte<sup>17</sup> (logiciel de gestion du dossier médical).

Il est ensuite accompagné jusqu'à l'unité par un personnel de l'accueil lorsque cela s'avère nécessaire.

Une fois dans l'unité, un premier entretien avec un infirmier et le plus souvent un psychiatre a lieu dans un bureau de consultation. Le patient est ensuite accompagné dans sa chambre, après une brève présentation du service. Un inventaire contradictoire de ses effets personnels est fait, les objets interdits sont retirés, les éventuelles armes détruites.

Une liste d'interprètes présents dans l'hôpital est disponible à l'accueil ; pour les langues rares, il est possible de faire appel à un interprétariat téléphonique.

La mise en pyjama est imposée au patient, sur prescription médicale, pour les patients hospitalisés sans consentement, lorsque les risques de fugue sont importants et dans le cadre de la prise en charge des addictions (le plus souvent alcoolique). Elle est maintenue pendant le temps d'accueil et d'observation.

Le livret d'accueil est remis au patient lors de sa première hospitalisation dans l'unité, il n'est pas à nouveau remis au cours des hospitalisations itératives. L'infirmier qui accueille le patient l'informe des modalités d'hospitalisation (soins libres, SPDT, SPDRE) et des modalités de recours. Un double de l'arrêté préfectoral est donné au patient. Les adresses des autorités permettant un recours ne sont pas affichées dans l'unité.

Les patients peuvent garder avec eux, la somme d'argent qu'ils désirent, leur téléphone portable, leur ordinateur<sup>18</sup> (après avoir signé une décharge en cas de vol). S'ils le souhaitent ceux-ci peuvent être rangés dans des casiers numérotés dans la salle d'accueil infirmier. Le tabac et le feu sont laissés aux patients qui ne sont pas en chambre d'isolement.

Il peut arriver que l'unité soit pleine et qu'un patient soit hébergé dans l'unité d'hospitalisation d'un autre secteur. Un infirmier et un psychiatre de l'unité « Neptune » se déplacent alors pour le prendre en charge.

Un bilan biologique d'entrée, une mesure de l'indice de masse corporelle<sup>19</sup> (IMC) ainsi qu'un électrocardiogramme sont systématiquement effectués. Le médecin généraliste ne voit pas en consultation tous les entrants. Il passe tous les jours dans l'unité et voit les patients à la demande. En cas d'urgence, il est fait appel au médecin généraliste de garde. Il examine quotidiennement les patients sous contention physique.

Les activités thérapeutiques sont volontairement peu développées dans l'unité. Aucune activité de groupe n'a été mise en place. Les activités prescrites sont individuelles. Il est possible de proposer :

---

<sup>17</sup> Le logiciel Cotexte n'est pas totalement développé sur l'EPSM. Un dossier médical papier continue à être utilisé.

<sup>18</sup> L'unité n'est pas équipée de wifi.

<sup>19</sup> Dans le cadre du dépistage du syndrome métabolique secondaire aux traitements psychiatriques.

- l'activité « Snozelen », basée sur la perception de la lumière, des odeurs, du son, du toucher. Un patient bénéficiait de cette activité une heure par semaine au cours de la visite des contrôleurs ;
- une activité esthétique, qui permet de pratiquer des soins en chambre ;
- une activité théâtre, au centre culturel ;
- des activités sportives, animées par du personnel soignant.

Il est proposé par les soignants de l'unité de participer à des jeux de société ou à une partie de baby-foot. Les contrôleurs ont pu rencontrer un patient qui effectuait des coloriages sur des supports de son choix « Mickey avec des grandes oreilles », fournis par le cadre de santé.

Le quotidien *Ouest-France* est disponible dans l'unité.

Les repas sont servis en self-service dans la salle de restauration qui n'est ouverte qu'au moment des repas. Les menus sont affichés dans l'atrium.

Les traitements sont dispensés avant les repas dans ce qui est couramment appelé « pharmacie » et qui correspond à la salle de soins. L'équipe de soins est particulièrement attentive à la confidentialité de la distribution des médicaments.

Dans cette unité, les patients reçoivent rarement du **courrier** ; celui-ci leur est remis, sans contrôle de l'équipe, dès réception.

Les patients peuvent poster leur courrier dans les boîtes à lettre situées à l'extérieur de l'hôpital ou les remettre à l'équipe soignante.

Les **visites** de familles sont autorisées l'après-midi.

Les horaires, bien que définis, restent souples et les visites peuvent même avoir lieu le soir après la fermeture de l'unité.

Elles ont, le plus souvent, lieu dans l'atrium, comme ont pu l'observer les contrôleurs.

Elles peuvent également avoir lieu dans les chambres, la cafétéria ou le jardin.

### ***E L'activité***

En 2012, l'unité a accueilli 337 patients<sup>20</sup>, à l'occasion de 556 séjours, au cours de 8 810 journées d'hospitalisation.

L'unité a été occupée à 89,2 %, avec une durée moyenne de séjour de trente et un jours.

Du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 1<sup>er</sup> mai 2013, vingt-trois patients ont été admis en SDRE et cinquante-huit en SDT.

L'ergothérapeute a pratiqué 522 séances individuelles pour des patients de l'unité d'admission.

Cette activité a lieu dans un atelier commun aux trois pôles du pavillon « Odysée ».

---

<sup>20</sup> Dont présents au 1<sup>er</sup> janvier.

#### 4.2.1.5 L'unité « Les Tilleuls »

L'unité est située dans la partie Nord de l'établissement dans un bâtiment ancien.

Elle comporte quatorze lits, répartis en huit chambres individuelles et trois chambres doubles.

L'unité est fermée en raison de la présence d'un seul patient en hospitalisation libre mais dont les fugues systématiques le mettent en danger.

##### **A Les patients**

Les patients admis dans l'unité sont parmi les plus déficitaires et dépendants du secteur.

Lors de la visite des contrôleurs, dix patients étaient admis en soins libres, quatre sur décision du représentant de l'Etat.

Huit patients étaient des hommes.

Le patient le plus âgé avait 75 ans ; le plus jeune, 38 ans.

La personne la plus anciennement présente dans l'unité y a été hospitalisée en février 2004.

##### **B Le personnel**

###### **- L'effectif du personnel paramédical de l'unité**

L'unité des Tilleuls accueille des patients au long cours, dont les besoins d'aide aux gestes de la vie quotidienne et de nursing sont plus importants que dans les unités d'admission.

Ainsi le nombre d'infirmiers est équivalent au nombre d'aides-soignants :

	<b>N</b>	<b>ETP</b>
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>Infirmiers</i>	9	8,80
<i>Aides-soignants</i>	9	8,80
<i>Agent des services hospitaliers</i>	2	1,80
<i>Psychologue</i>	1	1

L'assistante sociale est présente une demi-journée par quinzaine pour les patients et assiste toutes les semaines à la réunion de synthèse.

###### **- Le personnel médical**

Un praticien hospitalier est présent dans l'unité une demi-journée par semaine, un interne en psychiatrie une demi-journée par semaine.

Le médecin généraliste passe dans l'unité tous les matins

### **C Les locaux**

L'unité comporte deux niveaux :

- au rez-de-chaussée se trouvent le lieu de vie, une chambre dite de repos et une chambre dite de soins. Ce niveau est fermé la nuit ;
- au premier étage se trouvent les chambres d'hébergement fermées durant la journée.

Après avoir sonné, on entre dans l'unité par une double porte vitrée fermée à clé. Cette porte donne directement dans une pièce de 45 m<sup>2</sup>, équipée d'une table ronde, de chaises et de fauteuils de malades. Lors de la visite des contrôleurs, cette salle était occupée par plusieurs patients déambulant ou regardant la télévision.

Cette salle dessert, à droite, un premier couloir.

La partie droite de ce couloir dessert :

- une pièce de 25 m<sup>2</sup>, dite de **mise à l'écart**. La cloison donnant sur le couloir est vitrée à mi-hauteur. Il a été précisé aux contrôleurs (comme ils ont pu le constater) que cette pièce est, en permanence, occupée dans la journée par un patient qui ne peut absolument pas vivre avec d'autres patients, la promiscuité entraînant chez lui de grandes crises d'angoisse. Cette pièce est uniquement équipée d'un fauteuil de malade ;
- une chambre de 25 m<sup>2</sup>, équipée d'un lit médicalisé, utilisée pour procéder aux soins des patients pendant la journée. Elle permet également une mise en contention rapide lorsque cela s'avère nécessaire.

Une salle de réunion, d'une surface de 30 m<sup>2</sup>, et un bureau polyvalent, d'une surface de 25 m<sup>2</sup>, sont accessibles depuis la partie gauche du couloir. En face se trouvent, d'une part, un local WC permettant d'accueillir une personne en fauteuil roulant et, d'autre part, le bureau du cadre de santé d'une surface de 20 m<sup>2</sup>, équipé d'un bureau, deux chaises, une armoire et un poste informatique.

Sur le côté gauche, un autre couloir dessert :

- à gauche, le bureau infirmier et la salle de soins, d'une surface totale de 25 m<sup>2</sup> ;
- à droite, une salle à manger, d'une surface de 50 m<sup>2</sup>, occupée par des tables de formes différentes et des chaises. Elle permet d'y placer des patients seuls à table ou d'installer un fauteuil roulant. Un office donne dans la salle à manger et également sur l'extérieur par une porte-fenêtre. Les repas sont livrés en liaison froide, une fois par 24h. L'office est équipé d'un évier, un lave-vaisselle, un réfrigérateur, un chariot ;
- en face, une *salle* d'une surface de 45 m<sup>2</sup>, fermant par une demi-porte. Dans cette salle, sont installés deux patients sur des fauteuils de malades. Ils sont tous les deux attachés à ce fauteuil par une ceinture ventrale. Une des deux personnes est également équipée d'un casque de protection. Une troisième personne, qui ne peut supporter de rester habillée, déambule dans cette pièce. Aucun autre meuble n'est présent dans la pièce dont les murs sont abimés et la peinture écaillée. Le personnel de santé peut surveiller en permanence, par-dessus la

demi-porte, ces trois patients dont l'état de santé impose une mise à l'écart. Une porte-fenêtre, fermée à clé, donne sur la cour de l'unité.

Des travaux sont programmés afin de déplacer la salle où sont installées les personnes mises à l'écart et, ainsi, de permettre librement l'accès à la cour, pour les autres patients de l'unité.

Au fond de cette salle, une porte donne sur un large couloir qui dessert :

- à gauche, une véranda où les patients peuvent recevoir leur famille. Cette véranda donne accès à un vaste local désaffecté ;
- en face, une salle d'activités (utilisée par l'ergothérapeute), équipée d'une table ronde, une table rectangulaire, de chaises, un évier et des meubles de rangement où est entreposé du matériel de peinture ;
- à droite, un monte-malade, dont il a été précisé qu'il tombait fréquemment en panne ;
- une salle d'eau, (10 m<sup>2</sup>), comportant une douche à l'italienne et un WC et pouvant accueillir une personne en fauteuil roulant.

Un escalier donne accès à l'étage où un long couloir dessert huit chambres individuelles, trois chambres doubles, deux salles de bains et deux salles de douche. Au milieu du couloir se trouve un renforcement équipé de quelques fauteuils de malades et d'un poste de télévision et la salle pour les infirmiers de nuit.

Toutes les chambres sont équipées d'un local sanitaire avec WC et lavabo, dont la plupart des portes sont fermées à clé.

Les portes des chambres sont pourvues d'un oculus carré, de 0,40 m de côté, occulté par un store vénitien.

Bien que les locaux soient vétustes, leur entretien a été régulier et les peintures et huisseries sont en bon état.

### ***D Le fonctionnement de l'unité***

**L'unité est fermée.** Aucun accès, vers l'extérieur ou vers la cour de l'unité, n'est ouvert. Les personnes admises en soins libres doivent demander au personnel soignant qu'on leur ouvre afin de sortir fumer, se promener ou aller déjeuner au méli-mélo.

Lors de la visite des contrôleurs, trois patients pouvaient sortir de l'établissement : l'un au foyer d'accueil occupationnel, l'autre au méli-mélo, le troisième au bureau de tabac.

L'accès aux chambres est interdit pendant la journée.

La presque totalité des patients a besoin d'aide pour se laver et se vêtir : la moitié des patients est aidée pour la douche le matin, l'autre moitié le soir. Les patients prennent une douche quotidiennement.

Les repas sont servis :

- pour le petit déjeuner, entre 8h45 et 9h30, afin de permettre aux soignants d'aider les patients à s'habiller ;
- pour le déjeuner, entre 12h et 12h30 ;

- pour le goûter, à 16h ;
- pour le dîner, entre 19h et 19h30.

Le linge des patients est entretenu par la lingerie centrale.

Au cours de l'année 2012, différentes activités (piscine, pâtisserie, peinture, coiffure esthétique), ainsi que des sorties (équithérapie, sorties en ville, à la mer...), ont été proposées. Deux séjours thérapeutiques ont pu être organisés ; neuf patients y ont participé.

L'ergothérapeute prend en charge individuellement deux patients une fois par semaine.

### ***E L'activité***

Le renouvellement des patients de cette unité est très faible : en 2012, l'unité a admis cinquante-trois patients au cours de 4 808 journées d'hospitalisations.

Le taux d'occupation a été de 93,8 %, pour une durée moyenne de séjours de 136 jours.

#### **4.2.1.6 L'unité intersectorielle (UIS)**

L'unité intersectorielle est commune aux pôles Caen Est et Caen Sud.

### ***A Les patients***

En 2012, l'unité a reçu quarante-trois patients, dont douze en SPDRE et onze en SPDT. Au total, le nombre de journées d'hospitalisation s'est élevé à 6 082 et la durée moyenne de séjour à 54 jours.

Au jour du contrôle, vingt patients étaient hospitalisés au sein de l'UIS, treize hommes et sept femmes. L'hospitalisation la plus longue remontait à 2009, soit quatre ans. Le patient le plus âgé avait 77 ans et le plus jeune, 23 ans.

Huit patients étaient en admis en soins libres, un en SPDT et onze en SPDRE. De plus, l'unité reçoit quatre patients en hospitalisation séquentielle, lorsque ceux qui sont en hospitalisation complète sont absents du fait de permissions de sortie.

Tous les patients de l'UIS sont en programme de soins avec des sorties. L'unité ne reçoit jamais de mineurs.

### ***B Les personnels***

	<b><i>N</i></b>	<b><i>EPT</i></b>
<i>Praticien hospitalier à temps plein</i>	2	2
<i>Praticien hospitalier généraliste</i>	1	
<i>Assistant</i>	1	1

Si les deux psychiatres sont comptabilisés à l'effectif du pôle Caen Est, à l'inverse, l'assistant l'est à celui du pôle Caen Sud. Les généralistes relèvent de l'unité de soins somatiques.

L'effectif paramédical de l'unité est retracé dans le tableau ci-dessous renseigné par le cadre supérieur de santé :

	<i><b>N</b></i>	<i><b>ETP</b></i>
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>Infirmiers<sup>21</sup></i>	12	11,40
<i>Aides-soignants</i>	5	5
<i>Assistante sociale</i>	2	2
<i>Assistant médico-psychologique</i>	0	0
<i>Agent des services hospitaliers</i>	1	1
<i>Psychologue</i>	1	1

Selon les effectifs fournis par la direction des ressources humaines, l'effectif au 31 décembre 2012 était de 19,6 ETP.

A cet effectif, il convient d'ajouter les deux cadres supérieurs de santé des deux pôles qui consacrent chacune une part de leur temps à l'encadrement de l'unité intersectorielle.

Selon les informations fournies aux contrôleurs, les assistantes sociales interviennent également sur les autres unités des deux pôles ; de même, si aucun assistant médico-administratif n'est spécialement affecté à l'unité, ces agents affectés à chacun des deux pôles se chargent d'assurer la gestion des dossiers médicaux et les certificats.

### ***C Les locaux***

L'unité dispose de **vingt lits** répartis dans six chambres à un lit et sept chambres à deux lits. Elle comporte également **une chambre de soins intensifs**.

Au jour du contrôle, vingt patients étaient présents, neuf venant du pôle Caen Sud et onze du pôle Caen Est.

Il s'agit d'une unité installée au rez-de-chaussée du bâtiment Père Jamet ; elle a été entièrement rénovée en 2009, époque à laquelle elle est devenue bi sectorielle.

#### **L'unité est ouverte.**

Les locaux sont disposés le long d'un couloir traversant. A gauche, après un bureau d'entretien, réservé aux psychologues et aux soignants, la chambre de soins intensifs ne se distingue pas des autres : la porte d'accès est pleine et donne sur un sas d'où une seconde porte dotée d'un oculus permet de pénétrer dans la chambre. Celle-ci est équipée d'un lit scellé au sol. Un second oculus permet, depuis la salle de soins infirmiers, d'avoir une vue sur

<sup>21</sup> Cinq de l'effectif du pôle Caen Sud et sept du pôle Caen Est ;

la chambre. Cette ouverture est équipée d'une horloge.

Selon les indications données, la chambre de soins intensifs n'est jamais utilisée pour les patients de l'UIS : elle sert de chambre de soins intensifs « de prêt » pour les autres unités mais lorsqu'elle est occupée, la charge de sa surveillance pèse sur l'équipe soignante.

La chambre est occupée régulièrement par des patients hospitalisés au titre des dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale. Ils sont alors maintenus en permanence dans la CSI et il est rapporté que ces situations pèsent lourdement sur le travail des équipes soignantes qui vivent alors en permanence dans l'appréhension de la fugue.

En poursuivant le long du couloir on trouve :

- une première salle d'activités équipée d'un baby-foot et une table. Elle est ouverte ;
- une seconde salle d'activités comprenant une kitchenette qui sert à l'ergothérapeute ;
- une salle à manger avec la possibilité, en fonction de l'état de santé des patients, de distribuer les repas selon une formule de self-service ;
- un second bureau en attente d'aménagement : il devrait servir de bureau d'entretien ;
- une douche réservée aux hommes ;
- une salle de soins infirmiers, où est installée la pharmacie de l'unité. La distribution de médicaments s'y effectue. De cette salle, les soignants ont une visibilité sur la chambre de soins intensifs dont ils peuvent commander à distance les occultations (stores).

Au fond, une pièce sert à la fois de lingerie et de vestiaire.

Au total, l'unité comporte six douches, six WC et deux salles de bains.

#### ***D Le fonctionnement de l'unité***

L'unité intersectorielle est un service de **préparation à la sortie** qui concentre son activité autour du retour à domicile. L'équipe est mixte, à la fois par l'appartenance aux deux pôles qui lui conduisent des patients, comme par le travail en intra et en extra hospitalier. Elle se définit comme un relais entre la crise aiguë nécessitant une hospitalisation complète et la sortie de l'EPSM.

La vocation de l'UIS est de servir de sas entre l'hospitalisation complète et un retour en extra hospitalier. Les patients qui s'y trouvent sont tous stabilisés. Le travail qui est mené s'articule donc beaucoup avec les familles ou les tuteurs.

L'UIS gère des appartements thérapeutiques dans la ville de Caen, dont une résidence avec un service d'accueil soignant. De plus, un travail étroit est mené avec l'équipe soignante de soutien à domicile du pôle Caen Ouest.

L'apprentissage de l'autonomie des patients est au centre du fonctionnement de l'unité : ainsi, a été installée, au rez-de-chaussée, une lingerie avec une machine à laver le linge et un sèche-linge dont l'usage, réservé aux patients, constitue un objectif de soins, selon les propos rapportés aux contrôleurs.

Les plus grosses difficultés rencontrées tiennent au manque de places disponibles en aval, notamment dans les maisons de retraite de long séjour car « l'étiquetage psychiatrique est mal vu ». Les patients en SPDRE judiciaire, pour lesquels il n'existe pas de solutions extérieures, se retrouvent fréquemment à l'UIS., sauf s'ils présentent de gros troubles du comportement, ce qui a pour effet, pour eux, de transformer ce service en unité de long séjour.

#### **4.2.2 L'hospitalisation au secteur 14 G 03 (Caen Sud)**

##### **4.2.2.1 Présentation du pôle**

Le pôle Caen-Sud regroupe deux unités d'hospitalisation, l'une, de vingt-sept lits, chargée de l'admission, installée au pavillon « Hélios », l'autre, de vingt-deux lits, située au pavillon « Père Jamet », dite « J2B2 », pour des moyens et longs séjours.

Est également à la disposition du pôle, l'unité intersectorielle (UIS), rattachée, pour son administration, au pôle Caen-Est.

Le pôle comprend trois hôpitaux de jour, deux CMP, un CATTP. A l'extérieur du site de l'EPSM, il dispose également d'une cafétéria qui a une vocation intersectorielle et sert, le midi, des repas pour des patients mais aussi pour des habitants du quartier.

La population concernée par le secteur de Caen Sud est de 70 000 habitants, regroupant le centre ancien de la préfecture du Calvados et six cantons du département du Calvados (les deux regroupant la ville de Falaise ainsi que ceux de Morteaux-Couliboeuf, Bourguebus et Thury-Harcourt)

Le pôle est installé dans deux édifices, situés dans deux parties opposées du site et distants l'un de l'autre d'environ 800 m :

- le bâtiment « Odyssée » (unité « Hélios ») de forme hélicoïdale, dont il occupe l'une des ailes ;
- le bâtiment « Père Jamet ».

##### **4.2.2.2 Le projet thérapeutique**

Le pôle comprend deux unités d'hospitalisation, l'une d'admission, l'unité « Hélios » et la seconde, « Père Jamet », de moyen séjour pour de patients délirants psychotiques, en attente de places dans des structures plus adaptées telles que des maisons d'accueil spécialisées. Chacune de ces unités dispose d'espaces clairement distingués, notamment par la distance. Cette situation est récente puisque, jusque dans le courant de l'année 2012, l'unité d'admission était installée dans l'autre partie de l'immeuble qui abrite l'unité « Père Jamet », l'unité « Sainte Bernadette », fermée au moment du contrôle.

En outre, le pôle dispose, avec le pôle Caen Est, d'une unité inter sectorielle (UIS) (cf. *supra* § 4.2.1.6).

La principale difficulté évoquée par les équipes rencontrées est la conciliation entre le respect de principes de sécurité et la loi, d'une part, face à des principes cliniques, d'autre part.

Ainsi, à l'unité « Hélios », si tous les soignants se déplacent avec des systèmes de protection individuelle des travailleurs isolés (PTI), aucun déclenchement d'alarme n'est intervenu, selon les informations fournies aux contrôleurs, depuis la fin de l'année 2012, soit

plus de cinq mois.

Une ergothérapeute exerce à temps plein pour l'ensemble du pôle et, depuis le début de l'année 2013, intervient exclusivement en activité intra-hospitalière. Elle est installée dans un atelier situé au rez-de-chaussée du bâtiment « J2B2 ». Lorsque des personnes prises en charge en extra hospitalier disposent d'une prescription d'ergothérapie, elles viennent à l'EPSM.

L'atelier principal est installé au bâtiment « Père Jamet » pour les prises en charge à orientation psychiatrique. A l'unité « Odyssée », existe un atelier partagé avec les autres unités et une salle à l'étage pour des activités « non dangereuses ». Son intervention est de trois ordres :

- sur le psychisme avec des prises en charge précoces ;
- pour donner des avis aux équipes soignantes sur la motricité des patients ;
- d'ordre neuropsychologique pour entamer des processus de rééducation avec des patients ayant des troubles bi polaires.

L'ergothérapeute travaille à la confection de rosaces avec les patients, ce qui permet de travailler sur les limites. Elle dispose d'un budget annuel de 1700 euros alloué par l'association du pôle. La seconde activité concerne la cuisine, réalisée par groupes de quatre à cinq patients, avec pour finalité de faire préparer complètement un repas. Elle participe aux réunions des équipes soignantes tous les quinze jours. La file active est de vingt-cinq patients. Les activités se déroulent le mercredi matin à l'unité « Hélios », le mercredi et le vendredi après-midi à l'unité « J2B2 », les autres demi-journées étant consacrées à des prises en charge individuelles.

Au total, le pôle comprend **cinquante-huit lits** d'hospitalisation à temps complet répartis ainsi :

- vingt-sept à l'unité « Hélios » ;
- vingt-deux à l'unité « Père Jamet » ;
- neuf à l'unité intersectorielle.

#### 4.2.2.3 Le personnel du service central

- ***L'effectif du personnel médical***

	<i>N</i>	<i>EPT</i>
<i>PH Temps plein</i>	3	3
<i>PH généraliste</i>	1	0,2
<i>Assistant</i>	1	1

• **L'effectif du personnel socio-éducatif et psychologue**

<i>Cadre supérieur de santé</i>	1
<i>Cadres de santé</i>	5
<i>Infirmiers</i>	54,8
<i>Aides-soignants</i>	26,6
<i>Agents des services hospitaliers</i>	4
<i>Assistants médico-psychologiques</i>	
<i>Secrétaires médicales, adjoints administratifs</i>	3,8
<i>Ergothérapeute</i>	1
<i>Psychologues</i>	1,5
<i>Psychomotricienne</i>	
<i>Assistants de service social</i>	2,5
<i>Personnel médico-technique</i>	
<i>Ouvrier</i>	1
<b>TOTAL</b>	<b>101,2</b>

**4.2.2.4 L'arrivée dans les unités d'hospitalisation**

A l'arrivée dans les unités d'hospitalisation, les modalités sont très sensiblement différentes selon que le patient est admis dans l'unité « Hélios », l'unité d'admission, ou dans l'unité « Père Jamet », unité de moyen ou long séjour.

Dans les deux situations, l'un des médecins somaticiens du pôle, vient à l'admission pour examiner le patient et, chaque fois que cela est nécessaire, sur demande de l'équipe soignante.

**4.2.2.5 L'unité « Hélios »**

**A Les patients**

L'unité comprend vingt-sept lits, vingt-cinq étant occupés au jour du contrôle : vingt-deux patients étaient en SPDRE et trois en soins sur décision du directeur de l'établissement à la demande d'un tiers, tous ayant des autorisations de sortie.

**B Le personnel**

- **Les personnels soignants**

	<b>N</b>	<b>ETP</b>
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>Infirmiers</i>	9	8,80
<i>Aides-soignants</i>	9	8,80
<i>Agents des services hospitaliers</i>	2	1,80
<i>Psychologue</i>	1	1

Les horaires de travail sont de 6h30 à 14h10 pour l'équipe du matin, de 13h50 à 21h 30 pour l'équipe d'après- midi. Le matin, l'équipe soignante comporte six personnes dont un minimum de trois infirmiers (deux les fins de semaine) et, l'après- midi, cinq personnels soignants (dont au minimum deux infirmiers). En fonction du nombre de patients en permission de fin de semaine, l'effectif peut être réduit d'un personnel soignant durant ces périodes.

De nuit, quatre cadres de santé sont d'astreinte par roulement pour l'ensemble de l'EPSM. Pour l'équipe de nuit, deux systèmes d'affectation coexistent :

- d'une part, des agents sont affectés pour une période de trois ans renouvelable une fois, ce qui permet d'avoir une rotation des personnels et de sortir d'un système avec des agents exclusivement affectés au service de nuit ;
- d'autre part, il demeure des soignants qui travaillent exclusivement en service de nuit.

Au sein de l'unité, la part des arrêts de travail est très réduite.

L'organisation des soins est décrite comme bénéficiant d'un nombre plutôt satisfaisant d'infirmiers, dont trois sur quatorze ont la qualification d'infirmier de secteur psychiatrique. L'équipe comprend également six aides-soignants et deux ASH.

Les équipes sont féminisées (cinq hommes sur vingt-deux agents).

#### - *L'effectif du personnel médical*

Quatre praticiens hospitaliers et une assistante spécialisée, ainsi qu'un interne, exercent à l'unité « Hélios ». Le chef de pôle est présent à l'unité tous les matins et quatre après-midis par semaine, les autres psychiatres sont tous présents huit demi-journées dans la semaine et répartissent leur temps entre l'unité « Hélios », l'unité « Père Jamet » et l'UIS.

Les bureaux de consultation et le bureau du chef de pôle sont installés au premier étage de l'unité « Hélios » et des patients suivis en extra hospitalier se rendent fréquemment dans ces locaux pour consulter.

### **C Les locaux**

L'unité est installée dans le bâtiment « Odyssée », dont elle occupe l'un des trois tripodes. Il s'agit d'une unité d'admission.

L'accès est commun aux trois unités installées dans ce bâtiment.

Une fois franchie la porte à commande automatique, on entre dans un hall d'où s'effectue la distribution entre les unités d'hospitalisation et, à l'étage, vers les bureaux médicaux et quelques lits.

L'unité, située à droite de l'entrée du pavillon « Odyssée », dispose d'une double porte, susceptible d'être fermée, mais qui, durant toute la visite des contrôleurs, était **ouverte**. Il est précisé aux contrôleurs que cette pratique est la règle.

Une fois la porte franchie, on entre directement dans une grande salle de vie équipée de fauteuils et de tables.

A droite de cette pièce, une salle à manger en est séparée par une baie vitrée. La salle à manger communique avec un office dont une porte donne sur le jardin et le passage d'accès au pavillon.

Au fond de la salle de vie, deux salons ont été séparés par des cloisons vitrées et servent de salle de télévision. Ils comportent chacun six sièges et un petite table.

A l'intérieur de la salle de vie, deux espaces-salon, non séparés mais isolés par des claustras, permettent aux familles de rendre visite à un proche en étant partiellement isolés des autres patients.

A gauche de l'entrée dans l'unité, trois bureaux servent respectivement de bureaux d'entretien (deux) et de bureau du cadre de santé de l'unité.

L'unité compte **vingt-sept lits** : elle dispose de six chambres doubles et de treize chambres individuelles.

A l'arrière de la salle de vie, sont installées les chambres des patients. Cinq chambres, portant les numéros 75 à 80, situées à gauche du couloir, constituent une zone qui peut avoir une fonction « contenante ». Ces chambres sont situées à l'arrière gauche de la salle de vie, au centre du couloir desservant les chambres.

Ce couloir conduit, au fond, à une cour intérieure qui n'a pas été finie d'être aménagée (elle ne comporte ni siège ni table) et qui est utilisée comme fumoir.

Chaque chambre dispose d'une fenêtre dont les ouvertures sont à battants verticaux et qui ne peuvent s'ouvrir complètement. Toutes sont dotées de stores dont les commandes sont utilisables depuis l'intérieur de la chambre. Elles donnent sur le parc de l'EPSM.

La chambre n° 75 est la **chambre de soins intensifs** de l'unité. Elle est mitoyenne de la salle de soins. Toutes les commandes (luminaires notamment) sont dans la salle de soins qui dispose de deux vasistas, dotés d'un store d'occultation, permettant de voir à l'intérieur de la CSI lorsque celle-ci est occupée par un patient. Lors du contrôle, la chambre n° 75 n'était pas occupée. Les fenêtres de la CSI sont opacifiées.

La salle de soins a été réaménagée récemment : une cloison a été percée afin de disposer d'un bureau de dispensation de médicaments qui soit un peu plus éloigné de la chambre de soins intensifs.

La salle de soins dispose d'une armoire à pharmacie qui est alimentée chaque semaine par la pharmacie centrale de l'établissement. Les prélèvements ont lieu tous les jours.

La chambre n° 71 est située au bout du couloir, près de la porte de sortie de l'unité par laquelle accèdent les ambulances lorsqu'elles conduisent ou ramènent un patient. Il s'agit d'une chambre de mise à l'écart utilisée pour des patients qui doivent être séparés des autres en raison de leur vulnérabilité, notamment.

Un second couloir, perpendiculaire au premier, comprend quatre chambres (n° 64 à 68) qui sont doubles : elles sont toutes équipées de deux lavabos d'un cabinet de toilette fermé comprenant une douche et un WC.

**A l'étage**, sont installés :

- une salle d'activités servant pour des prises en charges individuelles en ergothérapie mais aussi pour des activités de peinture (d'une durée de 45 mn en général) et de chant, conduites par des aides-soignants avec les patients dans le cadre du projet thérapeutique ;
- six chambres pour des patients, dont trois doubles et trois simples. L'une des chambres simples peut être utilisée pour recevoir une personne à mobilité réduite. Ces chambres sont généralement utilisées pour des patients stabilisés et sont équipées comme celles du rez-de-chaussée de l'unité. Toutes ont une vue sur le parc de l'EPSM ;
- de l'autre côté du couloir de distribution de ces chambres, un local de rangement, un local à linge propre et un local à linge sale.

Cette partie, accessible du niveau du rez-de-chaussée par un ascenseur à code et par un escalier dont la porte est fermée, communique avec la zone des consultations médicales par une porte fermée en permanence. Le long d'un couloir, et du côté extérieur, sont installés le secrétariat du pôle, le bureau du chef de pôle et du cadre supérieur de santé, des bureaux de médecins et de psychologues.

Du côté intérieur du couloir de distribution des bureaux, deux retours permettent de servir de salle d'attente. Cette partie est accessible directement par un escalier qui aboutit au hall d'entrée dans le pavillon « Odysée », ce qui permet d'y recevoir des patients en hospitalisation libre.

S'ils regrettent de ne pas avoir été suffisamment associés à la conception des locaux, les professionnels rencontrés en soulignent les aspects thérapeutiques dans leur conception-même, comme dans les aménagements et le choix des couleurs.

### ***D Le fonctionnement de l'unité***

Un seul service de repas est assuré, pour le petit déjeuner de 8h à 9h, pour le déjeuner de 12h à 12h45 et pour le dîner de 19h à 20h. A l'exception de prescriptions médicales et pour les patients en chambres de soins intensifs, les repas sont pris dans la salle à manger. Les repas sont livrés deux fois par jour, le matin entre 9h et 9h30 et le soir à partir de 13h45.

Des patients en hébergement d'autres secteurs sont fréquemment admis mais la prise en charge médicale reste confiée au secteur d'origine.

Le recours à la **contention** dans l'unité répond aux protocoles mis en place sur l'ensemble de l'EPSM. A l'arrivée dans l'unité « Hélios » le **placement en chambre de soins intensifs** est systématique même s'il dure peu de temps (quelques heures) afin de pouvoir laisser un peu de temps à l'équipe soignante pour observer le patient. En outre, dès qu'un patient est placé en CSI, le médecin somaticien vient tous les jours.

Il existe un sac de contention comprenant divers instruments permettant de réaliser ces opérations. Il est systématiquement joint à tout transport pour aller chercher un patient placé en SPDRE. La chambre de mise à l'écart comporte un lit scellé au sol.

La pratique de l'isolement est limitée dans le temps, de l'ordre de deux heures. Lorsqu'il y a une difficulté, il est fait appel à l'interne de garde. Il n'existe pas de chambres d'apaisement sur l'ensemble de l'unité mais le grand nombre de chambres individuelles

(quinze) permet de pouvoir disposer d'un lieu pour apaiser le patient, ce qui est perçu comme une amélioration dans la qualité de soins, l'ancien bâtiment de l'unité « Hélios » ne permettant pas cette pratique.

L'usage du **téléphone** est « clinico-dépendant » : il en va ainsi principalement des téléphones portables, la règle étant plutôt d'en laisser l'utilisation aux patients. L'unité est équipée d'un *point phone* situé dans la salle de vie à la disposition des patients. Ils peuvent être appelés ou se faire appeler. Le téléphone permet de communiquer en étant assis. Installé contre l'un de murs de la salle de vie, il ne permet cependant pas d'avoir une communication confidentielle. Aussi, pour pallier cet état de fait, des communications sont autorisées dans le bureau des soignants.

Le **courrier** venant de l'extérieur est distribué par le vagemestre de l'EPSM au cadre de santé qui effectue la distribution. Très peu de patients disposent d'**ordinateurs** portables, de tablettes ou de téléphones intelligents (*Smartphones*).

Les **visites** des familles ont lieu en principe l'après-midi, mais ces horaires ont un caractère indicatif, ainsi que les contrôleurs sont pu le constater lors de la visite. La difficulté principale rencontrée par les équipes soignantes concerne la visite des jeunes enfants pour lesquels il est, en général, prévu d'organiser la rencontre familiale dans un lieu plus sûr, comme la cafétéria située au centre du pavillon, qui dispose d'une terrasse aménagée avec des tables et des chaises pour recevoir lorsque le temps le permet.

Lorsque des **sorties en famille** sont autorisées pour moins de douze heures, les parents viennent chercher le patient et le ramènent : il existe une forte réactivité de l'équipe qui a fait du maintien des liens familiaux un axe central de son travail thérapeutique. Aussi, lorsqu'elles sont décidées par l'équipe, les sorties sont organisées dans des délais très brefs. Pour les patients qui ne peuvent retourner dans leur famille, des ordres de mission sont accordés qui permettent des sorties accompagnées pour des durées inférieures à douze heures, par exemple au moment de Noël.

Ces sorties de brève durée sont utilisées largement pour accompagner des patients à la ferme thérapeutique de l'EPSM distante de quelques kilomètres. Il s'agit d'un service d'admission mais certains patients peuvent être hospitalisés pour de longues durées : il est ainsi évoqué la situation d'un malade en SPDRÉ mais au statut encore indécis au plan pénal et qui est à l'unité depuis plus d'un an, dans l'attente d'une décision judiciaire. Des patients étrangers peuvent être présents au sein du pôle, essentiellement dans des suivis extra hospitaliers, en raison de la proximité existant entre un centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) et l'un des CMP du pôle. Lorsqu'un problème de langue se présente, il est fait appel à des interprètes dont la liste a été établie par l'EPSM.

Il est fait un usage important des ressources culturelles de la ville de Caen en accompagnant des patients à des manifestations artistiques.

A l'unité « Hélios », la **notification des décisions** prises se fait dans le bureau du cadre de santé avec, soit la lecture de la décision par la personne, soit une lecture en commun. Il est indiqué que, généralement, les patients comprennent qu'une décision a été prise à leur rencontre « par le préfet qui les a fait hospitaliser ». Pour les SPDT, notamment lorsqu'ils ont été décidés dans le cadre d'un péril imminent, la compréhension est souvent plus difficile par le patient. A l'issue de l'information qui est donnée, trois exemplaires des décisions sont

signés et l'un d'eux est remis à la personne, qui peut le conserver avec elle. Cette notification est faite dans les vingt-quatre heures de l'arrivée.

A l'arrivée, l'entretien avec le patient est présenté comme « déterminant » car il contribue à établir une relation de confiance avec lui : « la première notification est presque un outil de médiation ».

Il n'y a pas de port systématique du **pyjama** par le patient, sauf lorsqu'une nécessité médicale existe (patient en état de dissociation). Lorsque la décision est prise, elle est toujours réévaluée, afin de permettre au patient de récupérer des habits de jour le plus rapidement possible. En chambre de soins intensifs, à l'inverse, le port du pyjama est systématique.

Lorsque des **enfants de 14 à 15 ans** se trouvent hospitalisés dans cette unité pour adultes, les équipes soignantes indiquent faire preuve d'une vigilance particulière, afin d'éviter que la vulnérabilité des mineurs soit utilisée. Ils sont alors installés dans une chambre seule, au niveau du rez-de-chaussée, et font l'objet d'une surveillance « quasi-constante » de l'équipe soignante. Lorsqu'un mineur est susceptible de fuguer, l'unité est alors fermée à clé et l'ouverture pour les autres patients se fait à la demande.

Lors du contrôle, aucun mineur n'était présent dans l'unité, le dernier ayant été placé une quinzaine de jours auparavant.

### ***E L'activité***

Du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 1<sup>er</sup> mai 2013, dix patients ont été admis en SPDRE et six en SPDT.

En 2012, le nombre de journées d'hospitalisation s'est élevé à 6 688, correspondant à 105 entrées durant l'année.

La file active a été de soixante patients.

La durée moyenne de séjour a été de soixante-quatre jours.

#### **4.2.2.6 L'unité « Père Jamet », dite « J2B2 »**

L'unité « Père Jamet » est couramment désignée par l'acronyme « J2B2 » qui évoque la période où les deux unités du pôle étaient réunies dans le même bâtiment (Jamet et Bernadette), ainsi que leur localisation commune au deuxième étage de cet immeuble.

### ***A Les patients***

Lors du contrôle, dix-neuf patients étaient présents pour vingt-deux lits. Un patient d'un autre secteur occupait la chambre de soins intensifs depuis quarante-huit heures.

A cette même date, un patient était hospitalisé à la demande d'un tiers depuis novembre 2012 et quatre en SPDRE, le plus ancien depuis 1992 et le plus récent depuis février 2013.

### **B Le personnel soignant**

<i>Cadre de santé</i>	1
<i>Infirmiers de jour</i>	13
<i>Aides-soignants de jour</i>	7,8
<i>ASH</i>	1
<b>TOTAL</b>	<b>22,8</b>

### **C Les locaux**

L'unité « Père Jamet » est installée au deuxième étage d'un bâtiment ancien dont une partie est désaffectée et l'ensemble prochainement voué à la démolition, en raison du passage, sur l'emprise, d'une future ligne de tramway de l'agglomération caennaise.

L'unité est **fermée**.

De la porte d'accès, située à gauche à l'extérieur de l'immeuble, les personnes souhaitant s'y rendre doivent se signaler par un visiophone. Un escalier ou un ascenseur permettent d'accéder au deuxième étage, dont la porte d'accès à l'unité est constamment close.

L'unité comprend vingt-deux lits répartis en six chambres individuelles, deux chambres à trois lits et cinq chambres à deux lits.

Les chambres sont situées le long d'un couloir central comportant, près de la porte d'accès, une salle de bains refaite récemment et équipée aux normes. Les chambres sont réparties de part et d'autre du couloir.

Le long du couloir sont distribuées successivement les pièces suivantes :

- à gauche, la salle à manger des patients qui comprend deux accès depuis le couloir, l'un pour les patients, le second donnant d'abord sur l'office où est installé un monte-charge, deux réfrigérateurs et un lave-vaisselle. Le responsable de la cafétéria, située au rez-de-chaussée de l'immeuble, réceptionne les repas qui sont livrés par la cuisine centrale à 9h le matin et 13h l'après midi, et les dépose dans le monte-charge ;
- la salle des transmissions infirmières, équipée de bacs dans lesquels sont rangés les dossiers de soins ;
- un accueil, séparé du couloir par une baie vitrée et qui sert en réalité comme salle de jeux « pour des jeux calmes ». Cette pièce est utilisée comme bibliothèque. Les patients reçoivent le quotidien local (*Ouest-France*, payé par l'association « Caen Sud » et, également, l'hebdomadaire *Femme actuelle*) ;
- au fond, une seconde pièce, séparée de la première par une cloison vitrée, qui est utilisée comme salle de relaxation, par une infirmière et une aide-soignante ayant reçu une formation à la technique dite de Snoezelen<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Il s'agit d'une technique de relaxation fondée sur la stimulation et l'exploration sensorielles associée à une démarche d'écoute et d'observation.

Un retour permet d'accéder à deux chambres, les seules dont les portes sont dotées d'un oculus qui est, pour l'une, occulté par un rideau rose. Ces deux chambres ne comportent pas de cabinet de toilette. Entre elles, est installé un bureau de médecin.

Les chambres sont situées à droite le long du couloir. La chambre n°12 dispose d'un cabinet de toilette, d'un poste de télévision ; l'intérieur peut en être vu par un œilleton. La chambre n° 4 est une chambre à trois lits disposant de trois armoires et d'un seul cabinet de toilette fermé qui préserve l'intimité. Elle était occupée, lors du contrôle, par deux personnes.

Deux corridors perpendiculaires viennent compléter l'ensemble :

- le premier donne accès à deux WC et deux anciennes salles d'eau reconverties en salon d'esthétique animé par une aide-soignante, ainsi que trois chambres (n°1, 2 et 3). La première dispose d'un lavabo, la seconde d'une seule fenêtre renforcée et la troisième, ancienne chambre de mise à l'écart, dispose d'un lit scellé au sol, sans lavabo, et d'une fenêtre doublée ;
- le second, situé plus au fond de l'unité, comprend un local pour le rangement d'un fauteuil médicalisé, une salle de douche pour personnes à mobilité réduite et deux WC (l'un pour les patients, le second pour le personnel).

#### ***D Le fonctionnement de l'unité***

Le service des repas est assuré dans la salle à manger de l'unité. Le responsable de la cafétéria, située au rez-de-chaussée de l'immeuble, réceptionne les repas, qui sont livrés par la cuisine centrale à 9h le matin et 13h l'après-midi, et les dépose dans le monte-charge.

Pour fumer, les patients doivent demander à sortir de l'unité et descendre au rez-de-chaussée où un accès au jardin intérieur est possible. Un perron permet aussi de fumer à l'abri des intempéries.

Les règles de fonctionnement sont identiques à celles des autres unités, à la différence notable du régime de fermeture des portes : alors qu'à l'unité « Hélios », les portes sont ouvertes sauf exception, à l'unité « Père Jamet » les portes sont constamment fermées. Un ascenseur interne à l'unité permet, sans franchir la porte, de descendre au rez-de-chaussée du bâtiment mais il est nécessaire aux patients d'être accompagnés dans ce transport.

#### ***E L'activité***

L'unité, au 18 avril 2013, comportait vingt-deux lits installés, répartis en six chambres simples, cinq à deux lits et deux à trois lits.

En 2012, le nombre de journées d'hospitalisation s'est élevé à 6052 et 159 patients ont été admis. Trente-deux l'ont été admis en SPDRE (20 % de l'ensemble des patients admis) et onze en SDT (6,9 %).

La durée moyenne de séjour a été de quatre-vingt-quatre jours, durée sensiblement plus longue qu'à l'unité d'admissions Hélios.

La file active a été de soixante patients.

Le taux d'occupation a été de 79 %.

### 4.2.3 L'hospitalisation au secteur 14 G 04 (Caen Ouest)

#### 4.2.3.1 Présentation du pôle

Le territoire du pôle-secteur 14 G 04 couvre l'ouest de l'agglomération caennaise (dont le quartier Saint-Ouen où est implanté l'EPSM), ainsi que les communes d'Evrecy (1 616 habitants) et Villers-Bocage (3 001 habitants). La superficie du secteur est vaste, Evrecy et Villers Bocage se trouvant respectivement à 13 et à 23 km de Caen.

La population du territoire est hétérogène avec des zones urbaines, périurbaines et rurales. Elle compte plus de 90 000 habitants, Caen Ouest étant le secteur le plus peuplé du département.

En dehors des unités d'hospitalisation, l'offre de soins du secteur comprend les structures suivantes (toutes implantées à Caen) :

- un centre médico-psychologique (CMP), situé dans une tour d'habitation HLM ;
- un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), situé boulevard Yves Guillou ;
- un hôpital de jour de quinze places, dans le quartier Saint-Gerbold.

Les données d'activité pour 2012 font apparaître, par rapport à 2011 :

- une diminution de la file active globale, de 1 448 à 1 370 patients (-5,4 %) ;
- une forte diminution de la file active à temps complet, de 677 à 516 patients (-23,8 %) ;
- une diminution du nombre de journées en hospitalisation complète, de 20 006 journées à 18 858 (-5,7 %) ;
- une augmentation des admissions en SPDRE, de 1 079 journées à 1 291 journées (+19,6 %). Le nombre de journées concernant les patients détenus est passé de 100 à 173 ;
- une stabilité des hospitalisations en SPDT, 3 557 journées en 2011 et 3 586 journées en 2012 (+0,8%).

#### 4.2.3.2 Le projet thérapeutique

Le projet du service consiste à permettre une continuité des soins entre les structures intra et extrahospitalières.

A ce titre, la volonté de maintenir les unités ouvertes est essentielle pour permettre une cohérence dans la prise en charge.

Les sorties accompagnées et les activités à l'extérieur sont encouragées, grâce au financement de l'association Caen Ouest qui est liée par convention à l'EPSM (permettant le versement d'une subvention). Dans le même esprit, l'accès à la cafétéria est ouvert en journée.

Dans ce contexte, et compte tenu d'équipes soignantes composées en majorité de personnel féminin, le patient détenu se retrouve en permanence enfermé dans la chambre de soins intensifs (CSI).

La prise en charge médicale se caractérise par une orientation de type psychanalytique, privilégiant, dans la mesure du possible, les entretiens par rapport aux traitements médicamenteux.

Un « contrat interne du pôle Caen Ouest » a été signé le 21 octobre 2009 entre le directeur de l'EPSM et le médecin chef du pôle. Il s'articulait autour d'un « projet de rénovation et d'humanisation » des locaux d'hospitalisation ouverts en 1978 et dans un état passablement dégradé.

L'unité « Vastel » a été refaite en 2010, alors que l'opération de restructuration des unités « Vicq » a été gelée en début d'année 2013.

Dans la partie du rapport d'activité 2012 consacrée au pôle Caen Ouest, il est écrit : « Néanmoins, les équipes soignantes se sont beaucoup investies dans ce projet et la nécessité d'humanisation des conditions d'accueil reste d'actualité. Entendant l'argumentaire de la direction concernant une prochaine rénovation, les soignants ont patienté et ont continué à accueillir les patients dans des conditions plus que précaires (sécurité incendie minimale, chambres dortoirs, WC sans chasse d'eau, fuites, froid, humidité, pannes d'ascenseur récurrentes (dont la dernière de 4 semaines)... Malgré cela, les travaux toujours imminents ont été finalement annulés et les équipes se retrouvent devant une absence de projet concret. »

#### 4.2.3.3 Le personnel du service central

##### *A L'effectif du personnel médical*

	<i>N</i>	<i>EPT</i>
<i>Praticiens hospitaliers psychiatres<sup>23</sup></i>	4	4
<i>Interne</i>	1	1
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

##### *B L'effectif du personnel socio-éducatif et psychologue*

	<i>N</i>	<i>EPT</i>
<i>Assistants socio-éducatifs</i>	2	2
<i>Psychologues</i>	3	2.5
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>4.5</b>

<sup>23</sup> Au moment du contrôle, trois des quatre psychiatres étaient opérationnels, le dernier se trouvant en congé de maladie depuis cinq mois.

### **C L'effectif du personnel administratif et logistique**

	<b>N</b>	<b>EPT</b>
<i>Assistants médico-administratifs</i>	3	3
<i>Adjoint administratif hospitalier</i>		
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

### **D L'effectif du personnel paramédical compétent pour toutes les unités d'hospitalisation**

	<b>N</b>	<b>EPT</b>
<i>Cadre supérieur de santé<sup>24</sup></i>	1	0,8
<i>Infirmiers de nuit</i>	8	8
<i>Aides-soignants de nuit</i>	8	8
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>16,8</b>

#### **4.2.3.4 L'arrivée du patient en unité d'hospitalisation**

Selon les patients, l'arrivée s'effectue en urgence ou de manière programmée, notamment à la suite d'une visite à domicile réalisée dans le cadre du CMP.

Dans le premier cas, la personne est conduite, en ambulance, des urgences du CHU à l'unité « Vastel » où ont lieu toutes les admissions. Elle est admise sur la base d'un document appelé « prière d'admettre », signé par un médecin généraliste ou des urgences.

Dans le second cas, la personne est susceptible de venir seule à l'EPSM. Elle peut se rendre directement à l'unité « Vastel » – ce qui est souvent le cas quand le patient y a déjà effectué un précédent séjour – ou se présenter au bureau des entrées (bâtiment de l'administration) où deux secrétaires médicales référentes du pôle procèdent aux formalités d'admission à partir du « prière d'admettre ».

Un médecin psychiatre, à défaut l'interne, reçoit la personne pour un premier entretien qui se tient au niveau du rez-de-chaussée de l'unité « Vastel ». Il peut arriver que l'évaluation réalisée à ce stade ne confirme pas l'admission, auquel cas, en fonction de son état clinique, la personne repart chez elle ou est conduite aux urgences du CHU.

La personne hospitalisée est ensuite prise en charge, selon l'horaire d'arrivée, par un ou deux soignants dans un entretien durant lequel les circonstances de l'arrivée dans l'unité sont reprises avec elle et le fonctionnement du service lui est décrit. Il est ensuite procédé à une visite de la chambre qui lui est attribuée qui, en général, se trouve au premier étage de

<sup>24</sup> Le cadre supérieur de santé bénéficie d'une décharge syndicale à hauteur de 0,20 ETP.

l'unité, afin de permettre une meilleure observation. Le livret d'accueil n'est pas donné à ce moment que le personnel ne considère pas comme le plus opportun : « le document est remis en cours d'hospitalisation – généralement dans les deux ou trois jours qui suivent – quand le patient est dans de meilleures dispositions et se montre plus réceptif, à l'occasion d'un entretien avec un soignant qui répond aux questions et effectue des commentaires ».

Un inventaire contradictoire des effets et valeurs du patient est dressé dont un exemplaire lui est remis et un autre placé dans son dossier.

La décision d'imposer le **port du pyjama** résulte, en principe, d'une indication médicale et n'est pas systématique au moment de l'arrivée. Compte tenu du caractère ouvert de l'unité, le personnel soignant préconise, en revanche, le pyjama qui « facilite la surveillance et le repérage ». Selon les indications recueillies, ce point est fréquemment débattu lors de réunions de service.

La **notification** des arrêtés d'hospitalisation sans consentement et des droits afférents est réalisée à partir du certificat de 72 heures. Elle est réalisée par un personnel soignant qui transmet au patient l'arrêté préfectoral, ainsi que les certificats médicaux fondant la décision d'hospitalisation sous contrainte. Si elle l'accepte, la personne signe le document de notification ; sinon, le personnel mentionne le refus ou l'incapacité de signer.

À cette occasion, il a été indiqué qu'une information était donnée sur la présentation à venir devant le juge des libertés et de la détention et sur la possibilité d'être assisté par un avocat.

#### **4.2.3.5 L'unité d'admission « Vastel »**

La capacité théorique de l'unité « Vastel » est de **vingt-cinq lits**, répartis dans neuf chambres individuelles (dont une est dite « sécurisée ») et huit chambres doubles.

L'unité dispose **d'une chambre d'isolement**.

L'unité « Vastel » est une unité **ouverte**.

##### ***A Les patients***

Au jour de la visite, l'unité comptait vingt patients présents, onze femmes et neuf hommes :

- treize personnes étaient admises en soins libres ;
- quatre étaient en soins à la demande d'un tiers (SPDT) ;
- deux étaient en soins sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE).

Une personne était notée en programmes de soins.

Le patient le plus âgé avait 77 ans et le plus jeune, 31 ans.

La plus longue hospitalisation datait de septembre 2012.

## **B Le personnel**

### **- L'effectif du personnel paramédical de l'unité**

	<b>N</b>	<b>ETP</b>
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>Infirmiers (IDE) Jour</i>	14	12,2
<i>Aides-soignants (AS) Jour</i>	7	6,4
<i>ASH</i>	2	2
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>21,6</b>

### **C L'organisation du service**

L'effectif présent du personnel soignant est fixé, *a minima*, à hauteur de cinq agents le matin (trois IDE et deux AS ou trois IDE, un AS et un ASH) et quatre l'après-midi (deux IDE et deux AS ou deux IDE, un AS et un ASH). Cette organisation a été jugée insuffisante par les intéressés, d'autant qu'un infirmier est requis pour la salle de soins et qu'il arrive fréquemment que quatre personnes soient seulement présentes le matin.

Le personnel soignant effectue un service hebdomadaire de 38h20 (vingt jours de RTT par an). Il bénéficie de quatre jours de repos hebdomadaire par période de quinze jours, dont deux jours consécutifs sur un samedi et un dimanche.

Lors du mouvement de personnel qui s'effectue chaque année, les responsables sont attentifs à maintenir la mixité dans la composition des équipes. Au moment du contrôle, la majorité du personnel masculin infirmier du pôle était affectée dans les structures extrahospitalières, l'unité « Vastel » comptant cinq infirmiers pour neuf infirmières. La présence d'un personnel masculin n'est pas systématique dans chaque service. Il est alors plus fréquemment fait appel à l'équipe de sécurité « soins ».

Au moment du contrôle, le nombre d'appareils de protection du travailleur isolé (« DATI ») était insuffisant pour que chacun agents en service puisse en avoir un.

Il a été indiqué que l'absentéisme chez le personnel soignant était particulièrement faible, ce fait étant imputé à la souplesse dans la gestion du planning qui prend en compte, dans la mesure du possible, les demandes du personnel – jeune dans sa majorité – qui ont trait à des considérations de jeunes parents.

Les médecins sont présents tous les jours de la semaine au sein de l'unité, les consultations ayant lieu, en général, plutôt le matin.

Les psychologues et les assistantes sociales interviennent, sans qu'aucun planning fixe soit établi.

## **Les réunions de service**

Les réunions organisées dans le service sont les suivantes :

- les **transmissions** journalières, qui ont lieu à chaque relève du personnel : entre 6h30 et 7h et entre 21h et 21h30, dans la pièce située derrière la salle de soins, avec deux IDE qui prennent leur service plus tôt ou le terminent plus tard ; entre 13h50 et 14h40, dans la salle de réunion du second étage, avec la totalité des équipes du matin et de l'après-midi, à l'exception d'un IDE et un AS du service du matin, qui restent à proximité des malades ;
- le **staff médical**, réunion clinique, qui se tient le mardi à 10h30 avec le médecin, les autres psychiatres, le cadre de santé de l'unité, l'assistante sociale, les secrétaires du pôle et le personnel soignant de l'unité en service. Aucun psychologue n'y participe. Un point est fait sur les personnes admises dans la semaine écoulée et sur les patients présents. La présence à la réunion clinique de représentants des structures extrahospitalières et de l'unité « Vicq » souligne la vocation de « Vastel » d'être une unité d'admissions et de court séjour ;
- la **réunion de fonctionnement**, organisée chaque trimestre, entre le cadre de santé et l'équipe soignante présente, portant sur des thèmes liés à l'actualité du service (organisation, planning, gestion des conflits, etc.). Un compte rendu est rédigé et diffusé auprès de l'ensemble du personnel.

Les contrôleurs ont pris connaissance de celui établi à la suite de la dernière réunion qui s'est tenue le 27 mars 2013. Sur trois pages, il mentionne six points : « congés d'été, entretien annuel, référents de Vastel [délégués volontaires sur certaines activités, par exemple pour les commandes à l'économat, la pharmacie, les petits travaux et le linge...], infos Vicq 2 et 3, *check-list* du séjour patient [liste des tâches incombant aux soignants], organisation du service ». Sur ce dernier point, il est indiqué que les transmissions sont « mal organisées », que « le manque d'échange clinique semble une évidence. L'équipe souhaiterait une réunion mensuelle avec l'un de nos psychologues » et relève que, durant le « *rush* du midi (...), les infirmiers sont débordés ». La réunion suivante était programmée dans la deuxième quinzaine du mois de juin 2013 ;

- la **réunion médecins/cadres**, trimestrielle, concernant l'ensemble du pôle (intra et extrahospitalier). Le secrétariat rédige un compte rendu. Un compte rendu, choisi au hasard parmi ceux rédigés en 2012, fait état de cinq points concernant l'ergothérapie, une réaffectation interne, les injections de produits retard, les certificats médico-légaux et l'éventuelle fermeture du CATTP le dimanche ;

Il n'existe pas de réunion « soignants-soignés » au sein de l'unité, au nom de sa vocation particulière à ne pas accueillir des patients à long terme.

### **D Les locaux**

#### **- Les chambres**

La superficie des chambres individuelles est de 11,5 m<sup>2</sup>, celles des chambres doubles variant entre 13 et 15 m<sup>2</sup>.

Les chambres doubles sont meublées de deux lits, deux tables de chevet, deux armoires, deux placards. Aucune ne dispose de paravent. Pour que la table de chevet puisse

être placée à côté de chaque lit, compte tenu de la superficie des chambres, les liseuses se trouvant à la tête de chaque lit auraient dû être installées chacune sur un mur opposé ; cela a été fait ainsi dans certaines chambres mais non dans d'autres où, de ce fait, la table de chevet se retrouve au pied du lit... Dans une chambre, la liseuse a été posée trop près de la fenêtre et se retrouve décalée par rapport à l'emplacement du lit.

Toutes les chambres sont équipées d'un cabinet de toilette, totalement encloisonné et fermant de l'intérieur, avec lavabo (surmonté d'un miroir en plastique, ne renvoyant pas une vision déformée) et cuvettes de WC<sup>25</sup>. Seules certaines de ces dernières sont suspendues au mur, à la différence des autres qui sont fixées à même le sol, ce qui pose le problème de leur nettoyage par le personnel soignant. Dans la chambre 111 (individuelle), l'exiguïté du coin sanitaire le rend quasiment inutilisable pour une personne forte ou connaissant des problèmes de mobilité.

Les chambres bénéficient de clarté grâce à de larges fenêtres (1,19 m de largeur sur 0,87 m de hauteur), sous lesquelles sont installés des radiateurs muraux. Dans certaines chambres, le film posé sur les vitrages, afin de préserver du soleil et d'occulter la chambre depuis l'extérieur, a été placé côté intérieur et, de ce fait, a été détérioré. Il n'existe ni store, ni volet aux fenêtres, ce dont s'est plaint un patient, estimant que le rideau ne suffisait pas à maintenir la chambre dans la pénombre. Par ailleurs, il a été indiqué que les huisseries en aluminium posaient des problèmes d'isolation : « dans les chambres, il y fait froid l'hiver et chaud l'été ».

Les portes des chambres sont pleines et sans oculus. Si cette disposition est respectueuse de l'intimité des patients, elle a pour conséquence d'obliger les veilleurs de nuit à ouvrir la porte, ce qui s'avère bruyant et dérangent dans le sommeil, en raison de la présence d'un bourrelet en caoutchouc disposé au bas de la porte pour la sécurité incendie.

La réfection de l'unité est récente. Les sols et les murs sont propres. Dans certains endroits, le revêtement de sol est décollé entraînant un effet de cloque qui crée des difficultés d'entretien.

Les chambres ne sont pas équipées de sonnettes ou de boutons d'appel.

#### - **Les toilettes et les douches**

Hormis les chambres, l'unité compte huit WC (deux au rez-de-chaussée et trois aux premier et second étages), neuf douches (quatre à chaque étage – dont certaines munies d'un siège escamotable – et une au rez-de-chaussée dans le vestiaire des hommes) et trois salles de bains (dont une au premier étage, pour personne handicapée). La deuxième salle de bains pour personne à mobilité réduite a été transformée en local de rangement.

Dans la salle de bains du premier étage, on relève les trois défauts suivants :

- une douche s'ouvre de l'intérieur, ce qui peut causer des difficultés pour intervenir au secours d'une personne ayant fait un malaise ;
- l'exiguïté d'une autre douche fait qu'il n'y a aucun endroit sec dans la cabine pour mettre à l'abri serviettes et vêtements ;

---

<sup>25</sup> Seule la chambre 200 au second étage n'a pas de WC dans son cabinet de toilette.

- la baignoire est directement posée sur des plots en béton apparents, sans être parfaitement fixée.

- **Les espaces communs**

Le **rez-de-chaussée** ouvre sur un hall d'entrée. Sur la gauche, un salon de visites joliment décoré est équipé de six fauteuils et d'une table ronde sur laquelle sont posées des revues. La pièce sert aussi de salle d'attente pour les visiteurs.

Perpendiculaire au hall d'entrée, un couloir central de circulation dessert :

- sur la droite, trois bureaux médicaux, le vestiaire du personnel masculin, un local de ménage ;
- sur la gauche, une salle de jeux et de lecture (deux tables rondes et quatre chaises), la salle à manger, très lumineuse, d'une superficie de 40 m<sup>2</sup> (attenante à une cuisine ouverte et à un office avec un réfrigérateur où les patients peuvent laisser au frais leurs boissons), un local pour le linge sale (avec porte donnant sur l'extérieur pour l'évacuation des DASRI). En face, on trouve les salles d'ergothérapie et d'art thérapie, la salle de télévision, un bureau (équipé d'un poste informatique utilisé pour les commandes des repas), ainsi que des toilettes à disposition des patients et des visiteurs.

Deux espaces extérieurs sont accessibles du rez-de-chaussée :

- depuis la salle à manger, une terrasse donnant sur le parc est équipée de quatre salons de jardins (tables et chaises) en plastique avec des parasols. L'été, les repas et les goûters y sont pris ;
- coincé entre la salle de télévision et les ateliers d'ergothérapie et d'art thérapie, un patio de 16,66 m<sup>2</sup> est utilisé par les patients fumeurs en soirée et de nuit, lorsque la porte de l'unité est fermée et que le parc n'est plus accessible. L'endroit, qui se prêterait à être embelli par des plantes et des fleurs, est laissé sans entretien.

En face du hall d'entrée, se trouvent la cage d'escalier (équipée de cloisons antichute) et l'ascenseur.

Le **premier étage** donne sur le même type de couloir central de circulation qu'à l'étage inférieur et qui dessert :

- sur la droite, un local sanitaire pour le personnel masculin, une lingerie, un local pour le linge sale et quatre chambres ;
- sur la gauche, huit chambres, deux salles de bains, un local de ménage, le bureau du cadre de santé, la chambre de soins intensifs et la salle des soins infirmiers attenante à un espace partagé entre la pharmacie et une pièce de détente pour le personnel où se déroulent les transmissions de début et de fin de journée.

La salle des soins infirmiers n'est pas équipée d'un lit d'examen ou d'un fauteuil, ce qui ne permet pas d'y réaliser les prises de sang ou les injections.

Le **second étage** présente la même configuration :

- sur la gauche, une salle de bains, le vestiaire des patients (surnommé « la gargotte ») dans lequel sont installés trente casiers individuels, une salle

d'activités sportives (où un patient faisait du vélo d'intérieur au moment du contrôle), le vestiaire du personnel féminin (non équipé de douche, à la différence de celui des hommes), un local de rangement. En face, on trouve le bureau de l'association Caen Ouest, une salle de réunion (où se tiennent les transmissions de la mi-journée) et une salle de pause pour le personnel (dont le sol est très abîmé) ;

- sur la droite, six chambres, un salon de télévision et un local pour le linge sale.

Selon les indications données, les patients affectés dans les chambres du second étage sont ceux qui sont le plus autonomes ou dont l'état de santé nécessite une surveillance moins constante.

#### - **Le parc**

Les unités « Vastel » et « Vicq » sont entourées d'un parc d'une superficie supérieure à 1 000 m<sup>2</sup>. Le parc est en herbe et entouré de haies le long d'un grillage de clôture fermé par un portillon non verrouillé en journée. Des luminaires bas sont répartis à plusieurs endroits du parc. Entre le portail et l'accès aux deux unités subsistent les traces d'un grand cèdre dont l'abattage survenu en 2012 a marqué les esprits du personnel et des patients par son caractère imprévu.

Plusieurs bancs, tables et cendriers sont disséminés dans le parc où un vétuste panneau de basket-ball démantibulé et rouillé a été oublié.

A proximité du hall d'entrée de chaque unité, deux abris à cloisons transparentes en plastique ont été édifiés à l'intention des fumeurs qui y disposent de chaises et de cendriers.

#### **E Le fonctionnement de l'unité**

Il n'existe pas de document à disposition des patients fournissant des informations sur les règles de vie spécifiques de l'unité.

##### - *Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres*

Le portail donnant accès au parc est fermé à 19h et la porte d'entrée de l'unité à 20h jusqu'à 8h30 le lendemain matin. Dans la journée, les patients ne sont donc confrontés à aucune fermeture de l'unité.

En soirée et la nuit, un fumeur accompagné d'un veilleur peut se rendre dans le patio qui est en permanence ouvert.

Selon les indications données, il n'est jamais procédé à la fermeture à clé d'une chambre, à l'exception des chambres de soins intensifs et d'apaisement. Il n'est pas possible, non plus, de fermer sa chambre de l'intérieur.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'une sécurisation du parc était projetée avec la mise en place d'un système de fermeture à distance du portail qui serait équipé d'un visiophone.

##### - *Biens personnels*

Aucun effet n'est retiré *a priori* au patient à son arrivée, sauf un objet dangereux (un couteau opinel, par exemple) et le téléphone portable (cf. *infra*).

Les chambres sont toutes équipées d'une ou de deux armoires qui sont munies de serrures. Les patients n'en ont, toutefois, pas la clé. En fonction de l'état du patient, les armoires restent en permanence ouvertes ou fermées, y compris dans les chambres doubles. Un patient peut, en revanche, demander que la sienne soit fermée. Au quotidien, dès lors qu'un patient n'est pas soumis au port du pyjama, son armoire reste, en principe, ouverte.

S'ils ne sont pas rangés dans l'armoire de la chambre, les vêtements ou autres effets personnels peuvent aussi être placés dans le casier individuel dont chaque patient dispose à « la gargotte ».

- *Argent et objets de valeur*

L'argent et les objets de valeur (chéquier, carte bleue, bijoux...) sont déposés à la banque située au rez-de-chaussée du bâtiment administratif de l'EPSM. Les contrôleurs ont noté que tout patient, même hospitalisé sans consentement, pouvait facilement s'y rendre, le cas échéant, accompagné d'un membre du personnel.

Il est, aussi, possible de conserver une petite somme d'argent, de l'ordre de 10 à 15 euros, pour effectuer des menus achats à la cafétéria).

Le personnel déconseille les dépôts dans le casier de « la gargotte ».

- *Hygiène (corporelle, vestimentaire)*

La toilette s'effectue chaque matin avec le personnel soignant qui en vérifie la réalité ou prend l'initiative de la faire. Les salles de bains sont fermées le reste de la journée.

Le matériel de rasage est remis le temps de l'opération et repris aussitôt par le personnel. Les rasoirs personnels, même électriques, ne sont pas autorisés dans les armoires des chambres. Des rasoirs mécaniques sont fournis en cas de besoin.

Le linge personnel est, en général, nettoyé par la famille. Tous les jours de la semaine, à l'initiative de deux aides-soignantes référentes, le linge peut aussi être envoyé à la lingerie de l'hôpital, dès lors qu'il a fait préalablement l'objet d'un marquage nominatif (tâche réalisée à la lingerie-même). Un patient accompagné peut également se rendre à la lingerie.

Selon les indications recueillies, le linge est retourné dans un délai bref, « souvent le lendemain du dépôt ».

- *Entretien des locaux*

Les ASH nettoient les locaux communs, notamment la salle à manger et ses annexes.

Le personnel soignant prend en charge l'entretien des chambres – y compris les sols et le nettoyage des sanitaires – avec les patients qui sont mesure de le faire.

- *Repas*

Les repas sont pris entre 8h et 9h, à 12h et à 19h. Un goûter est proposé à 16h et une tisane peut être servie après 21h30. Les repas pris en chambre sont pris plus tôt, avant la distribution du service en salle.

Les repas sont pris en commun dans la salle à manger du rez-de-chaussée, sauf indication clinique particulière ou placement en chambres de soins intensifs et d'apaisement. Le patient en chambre d'apaisement prend ses repas dans le couloir.

Dans la salle à manger, les patients disposent de couverts et d'un couteau ; dans les chambres, il est remis une grande cuillère et un gobelet en plastique.

Au moment du contrôle, **la distribution des médicaments** s'effectuait pendant l'arrivée des patients dans la salle à manger, dans des conditions peu respectueuses de la confidentialité. Dans ses observations, le directeur de l'EPSM indique que les médicaments sont délivrés dans une pièce dédiée à cet effet et attenante au poste infirmier. Le Contrôle général prend acte de cette évolution positive.

- *Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance)*

Les **visites** ont lieu tous les jours entre 13h30 et 18h. Elles se déroulent dans le salon de visites du rez-de-chaussée quand la pièce n'est pas utilisée pour un autre usage (comme salle de jeux, notamment). Quand il fait beau, la visite peut avoir lieu dans le parc, voire, en dehors, sur le domaine de l'hôpital. Il est rare qu'elle se passe en chambre, sauf si un patient est alité, ce qui était le cas d'une patiente au moment du contrôle. Les visites sont interdites en chambres de soins intensifs et d'apaisement, même pour les patients détenus qui y sont placés en dehors de toute indication clinique ; seule la rencontre avec l'avocat est possible.

Les patients ne sont pas autorisés à conserver leur **téléphone** portable, au motif que ce type d'appareil permet des prises de vue, ce qui peut entraîner des atteintes au droit de chacun à la préservation de son image. Un *point phone* fonctionnant à cartes est fixé au mur du couloir du premier étage avec affichage du numéro pour pouvoir être appelé de l'extérieur. La confidentialité n'est pas respectée. Selon les indications données, le téléphone du service peut être mis à la disposition des personnes n'ayant pas les moyens d'appeler ou pour recevoir des appels passés par les proches sans donner d'informations relatives aux patients.

La **correspondance** des patients ne fait l'objet d'aucune restriction, ni d'aucun contrôle.

- *Télévision, radio, presse, ordinateur*

L'unité compte deux salons de télévision : quatorze fauteuils et une table ronde meublent celui du rez-de-chaussée, sept fauteuils et une table ronde celui du second étage. Il n'y a pas de télécommande à disposition. Aucune chambre n'est équipée de téléviseur et il n'est pas permis d'en apporter un. La télévision est coupée entre 22h30 et 23h, selon le programme.

En revanche, les patients peuvent avoir un poste de radio (ou un radio-réveil) dans leur chambre, de même qu'une console de jeu vidéo ou du matériel d'écoute de la musique.

L'unité est abonnée au quotidien *Ouest-France* et au magazine *Femme actuelle*.

Il n'est pas interdit d'avoir son ordinateur portable mais cela est déconseillé en raison des risques de vol. Aucun patient n'en avait au moment du contrôle. L'usage principal de l'ordinateur, faute de connexion possible à Internet, est le traitement de texte et le visionnage de DVD.

- *Tabac*

Les patients fument librement, sauf si une consommation excessive nécessite une régulation. Le tabac est alors rangé dans un casier à « la gargotte » et le patient s'y rend accompagné d'un soignant qui renseigne un tableau de consommation.

Il est possible de fumer dans le parc, notamment sous les abris prévus à cet effet ou à l'intérieur du patio.

Un pot de tabac est acheté par l'association pour les personnes en difficulté financière.

Certains patients conservent leur briquet sur eux ; d'autres doivent le ranger dans leur casier personnel. Ils ne font l'objet d'aucun contrôle à leur retour dans l'unité mais il leur est demandé de se séparer, le cas échéant, de briquet ou d'allumettes. Le personnel note épisodiquement des départs de feu ; au moment du contrôle, un patient a été placé en pyjama dans la chambre d'apaisement, à la suite d'un incident de ce type dans sa propre chambre.

Il n'existe pas de chambres réservées pour les fumeurs ou les non-fumeurs, seuls des éléments objectifs (séparation homme/femme, âge) ou cliniques, étant pris en compte dans la composition des chambres doubles.

- *Activités*

L'unité ne propose que peu d'activités, en raison de sa vocation de court séjour. Sans être référents d'activités particulières, les soignants proposent des jeux de société, la pétanque ou une aide à la rédaction de courrier. Les principales occupations consistent à regarder la télévision et à rester dans le parc.

L'accès à l'ergothérapie de l'unité s'effectue sur prescription médicale. Les contrôleurs n'ont pu rencontrer l'ergothérapeute (absente au moment de la mission) et ont pu noter le peu de connaissance du personnel soignant sur les activités conduites dans ce cadre ; la visite de l'atelier a permis de constater la présence d'un four à email, d'une cuisine et de nombreuses réalisations d'art plastique.

- *Suroccupation*

Dès que le nombre de chambres disponibles sur l'ensemble de l'EPSM est inférieur ou égal à six, une procédure est déclenchée, dite d' « alerte au lit » (ce qui n'était pas le cas au moment du contrôle) qui réunit, à 13h30, les cadres d'unités autour de la responsable du service de la gestion des malades (admissions). Selon les indications recueillies, cette situation a duré huit semaines consécutives pendant l'été 2012.

A la différence d'autres unités, l'unité « Vastel » n'est pas concernée par l'ajout de lits supplémentaires. Quand tous les lits de l'unité sont occupés, un patient admis est placé « en hébergement » dans une autre unité. Si le personnel soignant de l'unité d'accueil le prend en charge, son suivi médical continue d'être assuré par un médecin du pôle.

Au moment du contrôle, l'unité « Vastel » n'hébergeait aucun patient d'un autre pôle et aucun patient de son effectif n'était hébergé dans une autre unité. En revanche, l'arrivée de cinq patients le même jour a entraîné plusieurs changements de chambre, notamment de personnes contraintes de passer très rapidement au second étage.

- *Isolement et contention*

Hormis les indications portées dans les dossiers médicaux, l'unité ne connaît pas d'autre mode de traçabilité de l'utilisation des chambres d'isolement ou des moyens de contention.

L'unité dispose, d'abord, d'une **chambre « d'apaisement »** qui se trouve au premier étage, en bout d'aile, rendant malaisée – voire inefficace – sa surveillance par le personnel qui ne dispose, pour ce faire, que d'une vitre percée dans la seconde porte du sas d'entrée. La chambre est identique aux autres chambres, hormis la présence du sas qui donne sur un coin WC et l'absence de tout mobilier, y compris le lit qui est remplacé par deux matelas mis l'un sur l'autre, à même le sol. La chambre est maintenue fermée en permanence.

Les contrôleurs se sont entretenus avec la personne qui s'y trouvait au moment de la visite.

De 3 m de longueur sur 2 m de largeur, **la chambre de soins intensifs (CSI)**, attenante à la salle de soins, est située au premier étage, au milieu du bâtiment. Au milieu, le lit est fixé au sol. Un seau hygiénique en plastique est posé au pied du lit, à côté d'un rouleau de papier toilette. Une fenêtre, dont la partie haute peut être ouverte par le personnel, donne sur une terrasse sous laquelle se trouve l'atelier d'art-thérapie. Une lucarne vitrée donne sur la salle de soins ; de forme carrée, elle mesure 40 cm de côté et peut être occultée par un store vénitien manipulable depuis l'extérieur.

Elle est desservie par un sas donnant également sur un coin repas (et coin fumeur pour un patient détenu) équipé d'une tablette fixée au mur, d'une chaise et d'armoires murales où sont rangés des sangles de contention et deux gros poufs en mousse. Une lucarne vitrée et carrée de 36 cm de côté est percée dans la deuxième porte du sas. L'espace sanitaire de la chambre – qui comprend une douche à l'italienne, un WC et un lavabo, équipements adaptés pour une personne à mobilité réduite – n'est pas accessible depuis le sas.

La CSI souffre d'un problème d'isolation phonique dont il résulte que, de l'intérieur, on attend distinctement ce qui se dit dans la salle de soins alors que, de cette dernière, aucun son en provenance de la chambre n'est perceptible. Les contrôleurs en ont fait personnellement l'expérience. La confidentialité des échanges dans la salle de soins n'est donc pas respectée. Selon le personnel soignant, cette mauvaise insonorisation n'est pas sans conséquence pour le patient qui, entendant tout, ne comprend pas que le personnel ne réponde pas à ses demandes à travers la lucarne. En outre, ce défaut rend, de fait, inopérant le placement en CSI qui est un espace censé contenir une personne sur le plan psychique en la préservant de toute simulation extérieure.

Sur ce dernier point, le directeur de l'EPSM ajoute que « la CSI de Vastel est si mal isolée sur le plan phonique que lorsque le patient crie ou fait du bruit, le travail devient quasi impossible dans le poste infirmier ».

Comme les autres chambres, celles d'isolement ne sont pas équipées de bouton d'appel.

- *Relations sexuelles*

Lorsqu'une information de relations sexuelles entre patients est connue, les personnes concernées sont reçues pour les mettre en garde au sujet des dangers pouvant être

encourus par elles. Il leur est aussi demandé de ne pas avoir de relations sexuelles dans le lieu public que constitue le parc.

Pour cette raison également, le personnel est vigilant à ce qu'un patient ne se rende pas dans une autre chambre que la sienne.

Aucun préservatif n'est mis à disposition des patients au sein de l'unité.

- *Incidents*

La présence de cannabis dans l'établissement est indiquée par le personnel qui fait état également de la découverte régulière de bouteilles d'alcool dans le parc.

Dans le cadre d'une prescription médicale, un contrôle de substances toxiques dans les urines est susceptible d'être réalisé ; de même, un patient peut être informé, avant une sortie, qu'il sera soumis à un contrôle par éthylotest au moment de son retour dans l'unité. Il a été indiqué que ces contrôles n'avaient pas d'autre objectif que de disposer d'éléments de preuve de telles consommations, avant de reprendre avec le patient l'incident lors d'un entretien.

Suite à ce type d'incidents, une décision de mise en pyjama peut être imposée au patient. Peuvent également s'ensuivre des restrictions de sortie extérieure ou d'accès libre au parc

Selon le personnel, les **violences** dont ils sont victimes sont surtout verbales. Le cadre de santé reprend systématiquement l'incident avec le patient lors d'un entretien, tant sur le plan thérapeutique que pour marquer un soutien institutionnel au soignant concerné. Le médecin reçoit également la personne. A la suite d'un incident de cette nature, le personnel est appelé à rédiger une fiche d'événement indésirable. En cas de plainte d'un agent, une protection statutaire lui est proposée, de même que la rencontre avec le psychologue du personnel.

L'incident est en général évoqué lors des transmissions suivantes, comme tout événement marquant ou traumatisant, tel le décès d'une jeune patiente survenu par suicide en 2011, évoqué à plusieurs reprises par le personnel.

#### 4.2.3.6 L'unité de soins de longue durée « Vicq d'Azyr II »

L'unité est située au deuxième étage du bâtiment « Vicq ».

Elle est accessible, à la fois, par un escalier et par un ascenseur dont le fonctionnement est aléatoire ; lors de la visite, le personnel soignant a déconseillé son utilisation aux contrôleurs, précisant qu'il tombait régulièrement en panne. Les contrôleurs ont été témoins de ce dysfonctionnement le 17 mai : un patient est resté bloqué seul dans l'ascenseur pendant plus d'une heure avant que le personnel s'aperçoive de la situation. Les services techniques de l'hôpital et les sapeurs-pompiers sont intervenus un quart d'heure après qu'ils ont été contactés et ont pu évacuer le patient. Selon les témoignages recueillis, cet incident était le deuxième en quinze jours ; par ailleurs, au cours des dernières années, l'ascenseur est resté régulièrement hors d'usage plusieurs jours, voire plusieurs semaines, empêchant ainsi les patients les plus invalides de sortir de leurs unités.

La capacité théorique de l'unité «Vicq d'Azyr II » est de **treize lits** répartis dans neuf chambres individuelles (dont une est dite « sécurisée ») et deux chambres doubles. Trois lits

ont été administrativement supprimés en 2012 ; cependant, malgré les relances de la cadre de santé, deux n'ont pas été déménagés de l'unité par l'administration et encombrent inutilement deux chambres.

### **A Les patients**

Au jour de la visite, l'unité comptait douze patients, quatre femmes et huit hommes :

- onze personnes étaient admis en soins libres ;
- une était en soins sur décision d'un représentant de l'Etat (SPDRE).

Le patient le plus âgé avait 64 ans et le plus jeune, 18 ans.

La plus longue hospitalisation datait de 1973.

### **B Le personnel**

#### *- L'effectif du personnel paramédical de l'unité*

	<b>N</b>	<b>ETP</b>
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>Infirmiers (IDE) Jour</i>	8	7,6
<i>Aides-soignants (AS) Jour</i>	6	5,9
<i>ASH</i>	2	2
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>16,5</b>

#### *- L'organisation du service*

La cadre de santé s'efforce de maintenir un minimum de quatre personnels soignants (dont au moins une IDE) le matin mais, « en raison des congés, ce n'est pas toujours possible ». L'après-midi, le week-end et les jours fériés, l'effectif est partagé avec l'unité « Vicq d'Azyr II » : sept personnels, dont au minimum deux IDE, sont présents sur les deux étages.

Le service du matin débute à 6h40 et se termine à 14h20, celui de l'après-midi s'étend de 13h40 à 21h20. L'arrivée des personnels peut être échelonnée, deux soignants (dont une IDE) assurant la relève de l'équipe de nuit à 6h20 et les deux autres pouvant se présenter jusqu'à 7h30.

Les personnels travaillent un week-end sur deux. Le changement d'équipe s'effectue tous les quinze jours lors du week-end de repos. Cette organisation est appréciée des agents qui considèrent qu'il est rare de bénéficier de roulements aussi stables.

Le psychiatre référent, également chef de pôle, consulte le jeudi après-midi au sein de l'unité. Les patients qui souhaitent le rencontrer peuvent en faire la demande auprès des soignants qui en avisent alors le praticien. Les consultations se déroulent dans la salle de soins.

Le médecin somaticien se rend tous les matins dans l'unité, sauf lorsqu'il a été de garde la nuit précédente.

En cas de besoin, il est toujours possible de contacter le médecin généraliste de garde de l'hôpital. Les consultations peuvent se tenir dans la salle de soins ou au lit du patient, mais il n'existe pas de salle d'examen.

La psychologue et l'assistante sociale interviennent à la demande.

Une pédicure se déplace dans l'unité une fois tous les deux mois.

- *Les réunions de service*

Les transmissions journalières se tiennent entre 13h40 et 14h20 dans la salle de transmission située au rez-de-chaussée du bâtiment. Elles réunissent le personnel de l'équipe du matin et de celle de l'après-midi, à l'exception d'un soignant de l'équipe du matin qui reste avec les patients dans l'unité.

Le premier mardi de chaque mois, une réunion de synthèse clinique est organisée entre le psychiatre référent, la cadre de santé, l'assistante sociale et le personnel soignant. Elle permet une évaluation collégiale de la situation de chaque patient pris en charge.

Une réunion de fonctionnement du service est également organisée trimestriellement ; elle rassemble l'ensemble de l'équipe soignante et la cadre de santé.

### **C Les locaux**

Le bâtiment « Vicq » date de 1978 et n'a pas connu de travaux majeurs de rénovation depuis cette époque. Les locaux sont, en conséquence, vétustes ; les sols en linoléum, les peintures des murs et les dalles de plafond sont, en de nombreux endroits, dans un état d'usure prononcé.

- *Les chambres*

Cinq chambres individuelles ont une superficie de 11 m<sup>2</sup>, deux de 18 m<sup>2</sup>, une de 20 m<sup>2</sup> et la dernière, dite « chambre sécurisée », de 9 m<sup>2</sup>. Les deux chambres doubles ont une surface de 20 m<sup>2</sup>.

Les chambres doubles sont meublées de deux lits, deux tables de chevet, quatre placards et deux chaises ou fauteuils. La plupart des chambres simples sont équipées du même mobilier, en un exemplaire, mais certaines, « en raison de la pathologie des patients », ne disposent pas de l'ensemble des meubles. Il n'existe pas de liseuse, le plafonnier étant la seule lumière électrique.

La chambre sécurisée, hormis le sas qui précède son accès, ne présente pas de caractéristique particulière.

Cinq des chambres individuelles sont équipées d'un cabinet de toilette avec lavabo ; aucune des autres chambres n'en dispose.

Les chambres sont éclairées grâce à de larges fenêtres (1,25 m de largeur sur 1,25 m de hauteur) dont la partie supérieure peut s'ouvrir à l'aide d'une tige. Les chambres doubles sont dotées de trois fenêtres de ce type, les simples d'une, deux ou trois. Il n'existe ni store, ni volet aux fenêtres, seuls des rideaux permettent d'occulter la lumière.

Les portes des chambres sont munies de fenestrons de 13 cm de largeur sur 118 cm opacifiés par un film plastique.

Les chambres ne sont pas équipées de sonnettes ou de boutons d'appel.

- **Les sanitaires**

L'unité compte deux douches, deux baignoires, six lavabos et trois WC.

Selon les témoignages recueillis, le bâtiment connaît des problèmes récurrents de pression d'eau qui est parfois nettement insuffisante. Par ailleurs, il arrive fréquemment que l'eau soit juste tiède et non chaude.

- **Les espaces communs**

Au sein de l'unité, le séjour (30 m<sup>2</sup>) est équipé de deux tables rondes, une dizaine de fauteuils et un poste de télévision. Les patients qui ne peuvent descendre au réfectoire y prennent leurs repas.

Le **rez-de-chaussée** débouche sur un hall d'entrée sur la droite duquel s'ouvre un bureau d'entretien. Au fond du hall sur la droite un couloir dessert le bureau de la cadre de santé de l'unité «Vicq d'Azyr II », la salle de repos du personnel du service d'hygiène et trois vestiaires – dont deux sont dotés de sanitaires – réservés aux personnels des trois unités du bâtiment.

A gauche du hall d'entrée, un couloir dessert :

- le salon des familles, (25 m<sup>2</sup> environ), équipé d'une table ronde, deux tables basses, de chaises et de fauteuils et un poste de télévision. Des sanitaires attenants, se dégage une forte odeur d'urine. Selon les témoignages recueillis, par beau temps il fait extrêmement chaud dans cette pièce dont la fenêtre, qui est dépourvue de rideau, ne s'ouvre pas ;
- la salle à manger,(100 m<sup>2</sup>), équipée de quatre tables de deux et de six tables de quatre. Elle donne sur une terrasse, dotée de tables et de chaises en plastique et de parasols, qui accueille les patients aux beaux jours ;
- la salle de pause des personnels ;
- la salle de transmissions de l'unité ;
- la cafétéria ;
- l'atelier occupationnel.
  - **Le parc** (cf. *supra* § 4.2.3.5)

**D Le fonctionnement de l'unité**

Il n'existe pas de document à disposition des patients fournissant des informations sur les règles de vie spécifiques de l'unité.

- **Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres**

La porte d'accès au bâtiment « Vicq d'Azyr » est ouverte de 8h30 à 20h30.

L'unité «Vicq d'Azyr II » est une unité ouverte mais dont la porte palière peut cependant être ponctuellement fermée à clé une ou deux heures par jour, quand aucune surveillance n'est possible, afin d'éviter qu'une patiente se mette en danger.

Selon les témoignages recueillis, certains patients sont enfermés à clé dans leurs chambres au moment de la sieste afin « de les protéger d'éventuelles agressions d'autres patients ». Par ailleurs, les portes des chambres peuvent également être fermées à clé à certaines heures en l'absence des patients afin que ces derniers ne passent pas trop de temps dans leurs lits.

- *Biens personnels*

Selon les indications données, les patients peuvent détenir tous types d'objets à l'exception de ceux qui pourraient se révéler dangereux et des téléphones portables. A titre d'exemple, la chambre d'un patient est équipée de ses couette et housse personnelles.

- *Argent et objets de valeur*

L'argent et les objets de valeur (chéquier, carte bleue, bijoux...) ont généralement été déposés à la banque au moment de l'admission à l'unité « Vastel ».

- *Hygiène (corporelle, vestimentaire)*

L'accès aux sanitaires est libre tout au long de la journée. Il a été précisé qu'en matière d'hygiène, la politique de l'unité relevait plus de la négociation que de la contrainte et qu'une tolérance de huit jours sans douche ni bain pouvait être appliquée.

Au moment de la visite, seules deux familles prenaient en charge le nettoyage du linge personnel de leur proche hospitalisé.

Le linge sale des autres patients est placé dans des chariots spécifiques et ramassé quotidiennement, sauf les samedis et dimanches, par les services de la blanchisserie de l'hôpital ; le retour du linge propre se fait deux fois par semaine, le mardi et le jeudi.

- *Entretien des locaux*

Une partie des locaux communs aux différentes unités (couloirs, sanitaires, escaliers, salon des familles...) est nettoyée par une équipe de ménage dépendant de l'établissement.

Les ASH assurent quotidiennement l'hygiène des chambres, de la salle de soins ainsi que de la salle à manger et de ses annexes.

L'aide-soignante qui tient la cafétéria se charge de son entretien.

- *Repas*

Les repas sont pris en commun dans la salle à manger du rez-de-chaussée.

Le petit déjeuner est servi entre 8h15 et 9h. Pour le déjeuner et le dîner, deux services sont prévus, à 11h30 et 18h30 pour les patients les moins autonomes puis, à 12h et à 19h, pour ceux qui le sont davantage. Un goûter est également proposé entre 15h30 et 16h.

Il arrive que certains patients prennent leurs repas dans la salle de séjour de l'unité.

- *Relations avec l'extérieur (visite, téléphone, correspondance)*

Les **visites** ont lieu tous les jours entre 14h et 18h30. Elles peuvent se dérouler dans le salon de visites du rez-de-chaussée, dans le séjour de l'unité, à la cafétéria ou dans le parc.

Selon les témoignages recueillis, très peu de patients bénéficient de visites régulières.

Les patients ne sont pas autorisés à conserver leur **téléphone** portable. Il n'existe aucun *point phone*, ni cabine téléphonique au sein du bâtiment ou dans le parc. Les patients peuvent recevoir ou émettre des appels depuis le téléphone sans fil de la salle de soins ; les appels peuvent également être basculés sur le téléphone mural situé dans le couloir de l'unité. Les échanges téléphoniques ne sont pas contraints par des horaires fixes. Les patients peuvent s'isoler dans leur chambre afin de préserver la confidentialité de leurs conversations.

Le **courrier** est libre. Il a été indiqué que papier et enveloppes étaient remis à la demande et que les courriers étaient affranchis par l'hôpital si les patients ne disposaient pas de timbres. Il a cependant été précisé aux contrôleurs que les patients manifestaient extrêmement rarement le besoin de correspondre.

- *Télévision, radio, presse, ordinateur*

Les patients disposent de deux postes de **télévision**, l'un situé dans le séjour de l'unité, l'autre dans le salon de visites du rez-de-chaussée. La télécommande du séjour est à la disposition des patients qui peuvent choisir leurs programmes, celle du salon de visites a disparu.

La possession d'un **ordinateur** portable n'est pas interdite mais aucun patient n'en disposait au moment du contrôle. En revanche, certains patients disposent, dans leur chambre, d'un poste de radio (ou d'un radio-réveil), de consoles de jeux vidéo, d'un lecteur DVD ou de matériel pour écouter de la musique.

L'unité est abonnée au quotidien *Ouest-France* et au magazine *Femme actuelle*.

- *Tabac*

Les patients peuvent fumer librement dans le parc, notamment sous les abris prévus à cet effet, jusqu'à 20h30, heure de fermeture des portes du bâtiment. Après 20h30, ils doivent se faire accompagner d'un agent de l'unité.

La plupart des patients conservent leurs cigarettes mais certains les confient spontanément au personnel soignant afin d'éviter les vols. Les soignants conservent également le tabac des patients qui n'arrivent pas à gérer seuls leur consommation.

- *Activités*

Les activités sont mutualisées avec l'unité « Vicq d'Azyr III » ; les activités occupationnelles proposées sont les suivantes :

- un atelier occupationnel situé au rez-de-chaussée du bâtiment, dans une salle d'une superficie de 100 m<sup>2</sup> environ, est ouvert du lundi au vendredi de 9h30 à 12h et de 14h à 16h30. Il est animé par une aide médico-psychologique (AMP) qui propose de nombreuses activités telles que tissage, couture, peinture, écriture etc. Des revues et des appareils pour écouter de la musique sont également à disposition des patients qui peuvent s'y rendre dans le cadre de créneaux horaires déterminés ou librement pendant les horaires d'ouverture en fonction des indications thérapeutiques. L'AMP étant en vacances au moment de la visite, l'atelier était fermé ;
- située au rez-de-chaussée du bâtiment, la **cafétéria** du pôle, tenue par une aide soignante, est ouverte tous les jours, **sauf le week-end**, aux mêmes heures que

l'atelier occupationnel. D'une surface de 100 m<sup>2</sup> environ, la pièce est équipée de six tables, dix-huit chaises, quatre fauteuils, une table basse, un baby-foot, une armoire et quatre tabourets de bar. Outre des boissons chaudes et fraîches, sont en vente divers produits alimentaires et d'hygiène, du papier à cigarettes, des briquets, des chaussons... ;

- tous les mercredis, des sorties nature sont organisées, généralement au bord de la mer. Elles concernent douze patients, six le matin et six autres l'après-midi, accompagnés de deux ou trois soignants. Quand il fait beau temps, ces sorties peuvent durer la journée entière, un pique-nique est alors pris sur place ;
- un atelier pâtisserie est proposé tous les mardis matins à des groupes de six personnes réunies en fonction de leur niveau d'autonomie ; les gâteaux sont partagés avec l'ensemble des patients au moment du goûter ;
- deux soignants encadrent une activité jardinage. Un petit groupe de deux ou trois patients peut, ainsi, effectuer régulièrement des sorties à la jardinerie et fleurir le patio situé à proximité de la salle à manger ;
- une IDE et une AS ont reçu, en 2012, une formation à la socio-esthétique et dispensent des soins aux patients qui le souhaitent ;
- le personnel soignant accompagne individuellement, le plus souvent possible, les patients à l'extérieur de l'hôpital pour divers achats ou pour un déjeuner ou un thé en ville. Selon les témoignages recueillis, ces sorties sont très appréciées des patients.

Par ailleurs, des **activités ponctuelles** sont fréquemment organisées (piscine, barbecue, sorties thématiques...) et les patients participent régulièrement aux événements mis en place par le groupe d'animation intersectoriel.

Une centaine de livres et divers jeux de société sont à la disposition des patients au sein de l'unité.

#### - *Suroccupation*

Selon les informations fournies, cette unité de moyens et longs séjours n'est pas concernée par les problèmes de suroccupation.

#### - *Isolement et contention*

Selon les témoignages recueillis, la contention est très peu pratiquée. Lorsqu'elle l'est, la contrainte est exercée sur un temps court de quelques heures au maximum et toujours sur prescription médicale préalable.

#### - *Incidents*

Selon les déclarations du personnel, les incidents sont fréquents, voire quotidiens, mais ne donnent pas systématiquement lieu à la rédaction d'une fiche d'événement indésirable ou à une déclaration de violence hospitalière.

#### **4.2.3.7 L'unité de soins de longue durée « Vicq d'Azyr III »**

L'unité est située au troisième étage du bâtiment « Vicq d'Azyr ».

La capacité théorique de l'unité est de **treize lits**, répartis dans sept chambres individuelles dont la **chambre d'isolement** et trois chambres doubles. Comme pour l'unité

« Vicq d’Azyr II », trois lits ont été administrativement supprimés en 2012, mais un n’a pas été déménagé de l’unité par l’administration et encombre inutilement une chambre double.

L’unité « Vicq d’Azyr III » est une **unité fermée**. Dans ses observations, le directeur de l’EPSM affirme : « Aucune unité du secteur Caen Ouest n’est une unité fermée » (cf. *infra* page 104 « Ouverture et fermeture de l’unité et des chambres »).

Les unités « Vicq II » et « Vicq III » mutualisent de nombreux moyens et fonctionnent de façon semblable à plusieurs égards ; des renvois aux paragraphes relatifs à l’unité « Vicq II » sont faits afin d’éviter les répétitions.

### **A Les patients**

Au jour de la visite, l’unité comptait douze patients, six femmes et six hommes :

- onze personnes étaient admises en soins libres ;
- une était en soins sur décision du représentant de l’Etat (SPDRE).
- Le patient le plus âgé avait 77 ans et le plus jeune, 44 ans.
- La plus longue hospitalisation durait depuis 21 ans.

### **B Le personnel**

- *L’effectif du personnel paramédical de l’unité*

	<b>N</b>	<b>ETP</b>
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>Infirmiers (IDE) Jour</i>	7	6,9
<i>Aides-soignants (AS) Jour</i>	8	7,5
<i>ASH</i>	0	0
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>15,4</b>

- *L’organisation du service*

Le matin, l’effectif est composé de trois personnels soignants dont au moins une IDE. L’après-midi, le week-end et les jours fériés, l’effectif est partagé avec l’unité « Vicq d’Azyr II » ; sept personnels, dont, au minimum, deux IDE, sont présents sur les deux étages.

Le service du matin débute à 6h40 et se termine à 14h20, celui de l’après-midi s’étend de 13h40 à 21h20. L’arrivée des personnels peut être échelonnée, deux soignants (dont une IDE) assurant la relève de l’équipe de nuit à 6h20 et les deux autres pouvant se présenter jusqu’à 7h30.

Les personnels travaillent un week-end sur deux. Le changement d’équipe s’effectue tous les quinze jours lors du week-end de repos.

Le psychiatre référent se rend tous les lundis matins dans l’unité, essentiellement pour rencontrer la patiente hospitalisée en chambre d’isolement. Comme à Vicq II, il n’existe

aucun bureau de consultation dans l'unité, les entretiens s'effectuant dans la pharmacie dans des conditions pas satisfaisantes.

Le médecin somaticien se rend tous les matins dans l'unité, sauf lorsqu'il a été de garde la nuit précédente. En cas de besoin, il est toujours possible de contacter le médecin généraliste de garde de l'hôpital. Les consultations peuvent se tenir dans la salle de soins ou au lit du patient, mais il n'existe pas de salle d'examen.

La psychologue et l'assistante sociale interviennent à la demande.

Une pédicure se déplace dans l'unité une fois tous les deux mois.

- *Les réunions de service*

Les transmissions journalières se tiennent à 13h dans le bureau de la cadre de santé situé à l'étage. Les situations de l'ensemble des patients sont passées en revue.

Le premier mercredi de chaque mois, une réunion pluridisciplinaire est organisée entre le psychiatre référent, la cadre de santé, l'assistante sociale et le personnel soignant. Elle permet une évaluation collégiale de la situation de chaque patient pris en charge.

### **C Les locaux**

- *Les chambres*

Cinq chambres individuelles – dont la chambre d'isolement – ont une superficie de 11 m<sup>2</sup>, une autre, 18 m<sup>2</sup> et la dernière 9 m<sup>2</sup>. Les trois chambres doubles ont une surface de 20 m<sup>2</sup>.

Les chambres doubles sont meublées de deux lits, deux tables de chevet, quatre placards et deux chaises ou fauteuils. La plupart des chambres simples sont équipées du même mobilier en un exemplaire, mais certaines, « en raison de la pathologie des patients », ne disposent pas de l'ensemble des meubles. Il n'existe pas de liseuse, le plafonnier étant la seule lumière électrique.

Quatre des chambres individuelles sont équipées d'un cabinet de toilette avec lavabo ; aucune des autres chambres n'en dispose.

Les chambres sont éclairées grâce à de larges fenêtres (1,25 m de largeur sur 1,25 m de hauteur) dont la partie supérieure peut s'ouvrir à l'aide d'une tige. Les chambres doubles sont dotées de trois fenêtres de ce type, les chambres simples de une ou de deux. Il n'existe ni store, ni volet aux fenêtres, seuls des rideaux permettent d'occulter la lumière.

Les portes des chambres sont munies de fenestrons de 13 cm de largeur sur 118 cm opacifiés par un film plastique.

Les chambres ne sont équipées ni de sonnettes ni de boutons d'appel.

- *Les sanitaires*

L'unité compte deux douches, deux baignoires, six lavabos et trois WC ; au moment du contrôle, la chasse d'eau de l'un d'entre eux ne fonctionnait plus depuis trois ans, contraignant les personnels à utiliser une bassine d'eau pour évacuer le contenu de la cuvette.

Une des salles de bains subit un dégât des eaux dès qu'il pleut.

- *Les espaces communs* (cf. *supra* § 4.2.3.6)
- *Le parc* (cf. *supra* § 4.2.3.5)

#### **D Le fonctionnement de l'unité**

Il n'existe pas de document à disposition des patients fournissant des informations sur les règles de vie spécifiques de l'unité.

- *Ouverture et fermeture de l'unité et des chambres*

La porte d'accès au bâtiment «Vicq d'Azyr » est ouverte de 8h30 à 20h30.

Malgré les dénégations du directeur dans ses observations, l'unité « Vicq d'Azyr III » était, de fait, une **unité fermée** au moment de la visite. La porte palière est verrouillée ; une sonnette située de chaque côté de la porte permet d'appeler un personnel soignant pour en obtenir l'ouverture. Selon les informations fournies, cette situation a été rendue nécessaire afin d'éviter la libre circulation au sein du bâtiment de deux patients de l'unité dont l'un a une tendance cleptomane et l'autre une attitude parfois violente. Cependant, lorsque ces deux patients sont enfermés dans leurs chambres pendant la sieste ou en activité à l'extérieur, les portes de l'unité sont de nouveau temporairement ouvertes.

Selon les témoignages recueillis, certains patients sont enfermés à clé dans leurs chambres au moment de la sieste afin « de les protéger d'éventuelles agressions d'autres patients ». Par ailleurs, les portes des chambres peuvent également être fermées à clé à certaines heures en l'absence des patients afin que ces derniers ne passent pas trop de temps dans leurs lits.

- *Biens personnels*

Selon les indications données, les patients peuvent détenir tous types d'objets à l'exception de ceux qui pourraient se révéler dangereux et des téléphones portables.

- *Argent et objets de valeur*

L'argent et les objets de valeur (chéquier, carte bleue, bijoux...) ont généralement été déposés à la banque au moment de l'admission à l'unité « Vastel ».

- *Hygiène (corporelle, vestimentaire)*

L'accès aux sanitaires est libre tout au long de la journée. Il a été précisé que même les patients les plus autonomes bénéficiaient d'une douche accompagnée par un personnel soignant au moins une fois par semaine. Certains patients prennent une douche quotidienne, d'autres alternent douche, bain et toilette au lavabo.

Les familles prennent en charge le nettoyage du linge personnel de leur proche hospitalisé.

Le linge sale des autres patients est placé dans des chariots spécifiques et ramassé quotidiennement, sauf les samedis et dimanches, par les services de la blanchisserie de l'hôpital ; le retour du linge propre se fait deux fois par semaine, le mardi et le jeudi.

- *Isolement et contention*

Selon les témoignages recueillis, la contention est très peu pratiquée. Lorsqu'elle l'est, la contrainte est exercée sur un temps court de quelques heures au maximum et toujours sur prescription médicale préalable.

La chambre de soins intensifs (CSI), appelée « chambre d'isolement », d'une surface de 11 m<sup>2</sup> est équipée d'un cabinet de toilette, totalement encloisonné, avec lavabo d'angle et WC à l'anglaise. Elle est équipée d'un matelas en mousse plastifié posé au sol et d'une chaise. Elle n'est pas dotée de bouton d'appel. La porte de la chambre est munie d'un fenestron de 30 cm de côté. Elle est desservie par un sas équipé d'une table et une chaise où le patient peut prendre ses repas et éventuellement fumer.

Lors de la visite des contrôleurs, une patiente y séjournait depuis un an et demi.

L'isolement et la contention ne sont pas tracés ailleurs que dans le dossier du patient.

- *Incidents*

Selon les déclarations du personnel, la fréquence des incidents est extrêmement variable, « tout peut être calme pendant plusieurs mois et, le mois suivant, il peut y avoir trois ou quatre incidents d'affilée ».

Les autres points de fonctionnement de l'unité sont identiques à ceux décrits *supra* (cf. *supra* § 4.2.3.6).

#### **4.2.4 L'hospitalisation au secteur 14 G 09 (Caen Plaine)**

##### **4.2.4.1 Présentation du pôle**

Le secteur Caen Plaine, à la fois rural et urbain, d'une population de 70 000 habitants, est doté d'une configuration particulière. Il « serpente » dans la ville de Caen et s'étend à l'Est du département, atteignant le territoire de Mézidon et le village de Saint-Julien-le-Faucon. L'autre bassin de population, à prédominance rurale, est constitué par le territoire de Bretteville-sur-Laize.

D'abord, demi-secteur du fait de son association au centre pour toxicomanes, il n'est devenu secteur plein qu'en 1989. Cet historique entraîne un découpage problématique par rapport à l'application du principe de proximité qui, dans le cas présent, conduirait à la mise en place d'un grand nombre de structures extrahospitalières.

La typologie sociologique du secteur présente une grande diversité : monde rural et urbain, quartiers résidentiels et d'autres avérés difficiles et une spécificité concernant l'implantation des campus étudiants.

Il est doté de deux unités d'hospitalisation à temps plein :

- l'unité d'admission « Lucien Bonnafé » ;
- l'unité de longue durée « Bourneville ».

Il est, aussi, doté d'équipements *extramuros* :

- un centre médico psychologique sur la ville de Caen ;
- une antenne CMP-CATTP à Mézidon ;
- un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel à Caen ;

- un hôpital de jour à Caen.

Le pôle comprend en outre une ergothérapie, des appartements associatifs et relais, un atelier thérapeutique « travaux extérieurs », une association de services et un groupe d'activités physiques et sportives intersectorielles.

#### 4.2.4.2 Le projet thérapeutique

La réflexion du service est centrée sur plusieurs problèmes :

- le suivi des patients psychotiques, qui a abouti à la création, au CMP, d'une équipe spécifique constituant, à l'égard de ses patients, une interface entre le patient lui-même, les unités de pôle et les partenaires médico-sociaux. Ce dispositif a pour but de préserver le principe de continuité des soins et d'en garantir la cohérence ;
- la prise en charge des personnes âgées, pour lesquelles, au-delà de ce qui est déjà accompli avec les maisons de retraite, il est envisagé une articulation avec les groupes de travail existant au niveau de l'établissement, voire au niveau territorial ;
- le devenir du CATTP et de l'hôpital de jour : l'effectif réduit de ces structures crée des rigidités et des défauts d'adaptabilité dans leur fonctionnement. Un regroupement était à l'étude ;
- l'orientation vers des activités physiques et sportives pour des patients pris en charge en extrahospitalier, mais aussi des patients hospitalisés dans les unités.

#### 4.2.4.3 Le personnel du service central

##### *A L'effectif du personnel médical*

	<i>N</i>	<i>EPT</i>
<i>Praticiens hospitaliers psychiatres</i>	5	4,5
<i>Praticiens hospitaliers généralistes</i>	2	0,5
<i>Interne</i>	1	1
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>6</b>

##### *B L'effectif du personnel socio-éducatif et psychologue*

	<i>N</i>	<i>EPT</i>
<i>Assistants socio-éducatifs</i>	2	2
<i>Psychologues</i>	3	2,3
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>4,3</b>

**C L'effectif du personnel administratif et logistique**

	<b>N</b>	<b>EPT</b>
<i>Assistants médico-administratifs</i>	2	1,80
<i>Adjoins administratifs</i>	2	2
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>3,80</b>

**D L'effectif du personnel paramédical compétent pour toutes les unités d'hospitalisation**

	<b>N</b>	<b>EPT</b>
<i>Cadre supérieur de santé</i>	1	1
<i>Infirmiers de nuit</i>	8	8 *
<i>Aides-soignants de nuit</i>	6	6 *
<i>Ergothérapeute</i>	1	1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>16</b>

\* Interviennent sur les deux unités fonctionnelles intra-hospitalières.

**4.2.4.4 L'arrivée dans les unités d'hospitalisation**

Certains des patients sont adressés directement dans l'unité par leur médecin traitant. D'autres le sont par les soignants du CMP. Il a également été évoqué le cas de patients qui sont déjà connus du secteur et qui, de leur propre initiative, se rendent à l'unité d'hospitalisation qui les prend en charge.

La plupart des patients sont adressés par l'intermédiaire du service des urgences du CHU où se trouve une équipe d'infirmiers de l'EPSM. D'autres patients sont adressés par le service des urgences du centre hospitalier de Falaise.

A leur arrivée les patients sont vus par un personnel infirmier, par l'interne, par le psychiatre et par le médecin généraliste.

Les patients qui arrivent des urgences ont déjà vu un psychiatre, voire un médecin somaticien.

Les patients admis en hospitalisation sans consentement sont pratiquement tous, à leur arrivée, mis en **pyjama**.

La décision de maintien ou non du pyjama est prise après les différents entretiens médicaux.

Les patients admis en soins libres sont mis en pyjama si, à la suite de l'entretien médical, le médecin estime qu'il peut y avoir un risque, soit suicidaire, soit de fugue.

Dans la mesure où l'unité ne dispose pas de lit disponible, il est fait un point sur le nombre de lits disponibles dans l'ensemble de l'établissement.

Dans ses observations, le directeur de l'EPSM précise : « Quand il y a moins de six lits sur l'établissement, une alerte aux lits est déclenchée et un lit supplémentaire est installé dans quatre unités d'admission si besoin ». Selon les indications recueillies auprès des responsables des unités, trois lits supplémentaires ont pu être ajoutés.

Le tableau ci-dessous indique les conséquences d'une telle pratique :

	<i><b>Patients d'autres pôles hébergés sur Caen-Plaine</b></i>		<i><b>Patients de Caen hébergés sur d'autres pôles</b></i>	
<i>2012</i>	72	341 jours	183	423 jours
<i>2011</i>	163	502 jours	161	463 jours
<i>2010</i>	143	386 jours	129	292 jours
<i>2009</i>	106	392 jours	135	365 jours

#### **4.2.4.5 L'unité « Bonnafé »**

Le bâtiment date de l'année 2004. Il est entretenu et en bon état de fonctionnement.

##### ***A Les patients***

Au 14 mai 2013, l'unité comptait vingt-neuf patients présents, seize hommes et treize femmes :

- vingt et une personnes étaient admises en soins libres ;
- cinq étaient en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- trois étaient en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Onze personnes étaient en programmes de soins, six en SRE et cinq en SDT.

Le patient le plus âgé avait 76 ans et le plus jeune, 21 ans. La plus longue hospitalisation datait de février 2006.

Il est indiqué que des **mineurs** et des **personnes détenues** sont admis dans cette unité, comme l'indique le tableau suivant :

	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>	<b>2008</b>	<b>2007</b>	<b>2006</b>
<i>Mineurs</i>	6	17	13	19	15	21	14
<i>Durée</i>	86 jours	384 jours	139 jours	221 jours	398 jours	607 jours	19 jours
<i>Détenus</i>	26	12	21	33	13	22	11
<i>Durée</i>	117 jours	57 jours	109 jours	256 jours	71 jours	154 jours	108 jours

- *L'effectif du personnel paramédical de l'unité*

	<b>N</b>	<b>ETP</b>
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>Infirmiers Jour</i>	15	14,8
<i>Aides-soignants Jour</i>	7	7
<i>ASH Q</i>	2	2
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>24,8</b>

- *L'organisation du service*

Du lundi au vendredi :

- six agents sont présents le matin : trois infirmières, deux aides-soignants, un agent de service qualifié ;
- six agents sont présents l'après-midi, dans la même composition ;

Le samedi, dimanche et jours fériés :

- cinq agents sont présents le matin, dont trois infirmières, une aide-soignante et un ASHQ ou deux aides-soignantes ;
- cinq agents sont présents l'après-midi, dans la même composition.

L'équipe de nuit comprend trois agents dont deux infirmiers.

Les horaires du matin s'étalent de 6h40 à 14h10 et de 7h à 14h30.

Les horaires d'après-midi s'étalent de 13h30 à 21h10 et de 13h50 à 21h30.

Les horaires de nuit s'étalent de 21h à 7h.

Un cadre de santé est affecté dans l'unité.

Les praticiens hospitaliers suivent les patients quel que soit le lieu dans lequel ceux-ci se trouvent : unité d'hospitalisation plein temps, hôpital de jour, CMP...

Un interne est présent dans le service.

- *Les réunions de service*

Au niveau du pôle, plusieurs réunions sont organisées :

- les réunions du mardi, consacrées à un cas clinique ;
- une revue de morbidité, mortalité concernant les événements indésirables graves : par exemple, un patient agité adressé par un centre hospitalier qui a été mis en chambre d'isolement (appelée chambre de soins intensifs) alors qu'il était diabétique et perfusé ; ou un patient pour lequel une injection retard a été oubliée ;

- la réunion d'encadrement, hebdomadaire ;
- la réunion de la commission de formation.

Au niveau de l'unité « Bonnafé », des réunions sont organisées tous les matins entre l'équipe médicale et l'équipe soignante, ainsi que des réunions ponctuelles, par exemple sur les conséquences de la mise en place de la distribution médicamenteuse nominative individuelle. Toutes les semaines en alternance, des réunions cliniques sont organisées.

### **C Les locaux**

#### **- Les chambres**

L'unité dispose de **vingt-neuf** lits répartis en vingt et une chambres à un lit et quatre chambres à deux lits. Il existe, en plus, **une chambre de soins intensifs**.

**Une chambre à un lit** mesure 6,50 m sur 3,20 m, (soit une surface de 20,80 m<sup>2</sup>), avec une porte d'entrée mesurant 0,83 m de large. Elle dispose d'une fenêtre de 1 m sur 1,30 m avec un vasistas sur le dessus qui est le seul à s'ouvrir ; un volet roulant manuel permet d'occulter la chambre.

La chambre est équipée d'un lit sur pieds fixes d'une largeur de 0,90 m, avec un système proclive-déclive manuel. L'armoire de 0,70 m de large dispose de deux étagères et d'une penderie. Une chaise, un fauteuil, une table de 0,68 m sur 0,50 m, une table de chevet avec une partie tiroir et une partie rangement complètent le mobilier.

Un secteur douche et WC de 1,70 m sur 2,20 m, (soit une surface de 3,74 m<sup>2</sup>), est inclus dans cette chambre. La porte d'entrée mesure 0,83 m. La douche, équipée d'une barre de maintien, est à l'italienne ; le WC suspendu, avec barre de maintien et dérouleur de papier hygiénique, est en faïence ; un lavabo avec miroir complète l'équipement, ainsi qu'une patère.

Aucune prise électrique n'est installée dans ce sanitaire ; quatre le sont dans la chambre.

Une sonnette d'appel existe dans le sanitaire, ainsi que dans la chambre. Elle se répercute sur un voyant rouge situé au-dessus de la porte d'entrée, ainsi qu'au bureau infirmier.

**Une chambre à deux lits** mesure 6,50 m sur 3,80 m, soit une surface de 24,70 m<sup>2</sup> ; la structuration de celle-ci est identique aux chambres à un lit, exception faite que l'équipement est en double : deux lits, deux placards, deux fauteuils, deux chaises, deux tables, deux tables de chevet, deux lavabos, deux sonnettes.

**Une chambre de soins intensifs** est située dans un espace de 3,30 m sur 6,50 m, soit une surface de 21,45 m<sup>2</sup>. Le sas d'entrée, de 2,20 m sur 1 m, dans lequel se trouvent des chaussures, donne accès à la porte de la chambre dotée d'un oculus. La chambre de 4,12 m sur 3,30 m, soit une surface de 13,59 m<sup>2</sup>, est sommairement équipée d'un matelas au sol avec une couverture. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'un équipement avec matelas surélevé en mousse avait été commandé. La fenêtre est double et ouvrable uniquement par le personnel ; un rideau pour occultation est commandé depuis la salle de soins.

Le chauffage est au sol, ce qui, a-t-il été indiqué, ne permet pas d'installer de lit scellé.

La lumière plafonnière est réglable, un détecteur incendie est installé.

Dans la chambre, se trouve un seau hygiénique avec du papier hygiénique à côté.

Le malade, présent au moment de la visite, mangeait dans la chambre. A côté du matelas, se trouvaient une bouteille d'eau, des petits gâteaux et un verre en plastique contenant du café et du sucre.

Cette chambre donne accès à une salle d'eau de 2,20 m sur 2,20 m (soit une surface de 4,84 m<sup>2</sup>), comprenant une douche à l'italienne avec un pommeau fixe au plafond, un WC, un lavabo sans miroir. La porte d'entrée, de 2 m sur 2 m, est retenue par quatre points de fixation et ne peut être ouverte que par le personnel.

Depuis la salle de soins attenante au bureau infirmier, il est possible de voir l'intérieur de la chambre de soins intensifs par un oculus de 0,40 m sur 0,40 m pouvant être occulté par un rideau ; à côté de cet oculus, un thermomètre indique la température intérieure.

#### - **Les toilettes et les douches**

Elles sont installées dans les différentes chambres.

Les deux salles de bains communes, comportant une baignoire, un lavabo, une douche, sont peu utilisées, ce que les contrôleurs ont pu constater : du matériel y est stocké.

#### - **Les espaces communs**

A l'entrée du bâtiment se trouve l'espace **cafétéria, ouvert du lundi au vendredi** de 10h à 12h et de 13h30 à 16h45. Ici se vendent des boissons fraîches, des boissons chaudes, des jus de fruits, du café, des viennoiseries, des biscuits, des produits d'hygiène.

Un sanitaire est à la disposition des patients et des visiteurs.

Sept tables, avec quatre chaises chacune, y sont installées. Au jour de la visite des contrôleurs, sept patients occupaient ces tables.

A proximité de cette cafétéria, un atelier thérapeutique est chargé d'organiser, coordonner des travaux extérieurs pouvant être réalisés par des patients sur prescription médicale.

Les deux ailes du bâtiment sont desservies par un couloir avec, de chaque côté, une rampe de soutien.

Dans le milieu d'une des ailes, un office, avec réfrigérateur, système de remise à température, micro-ondes et distributeur de café, de lait, de chocolat, d'eau chaude, a une sortie extérieure afin de permettre les livraisons et l'évacuation.

L'office est séparé de la **zone de restauration** par une banque. La zone de restauration comprend sept tables de quatre places et une de deux places. Le petit déjeuner est servi de 8h30 à 9h, le déjeuner de 12h à 12h30, le goûter à 16h, le dîner de 19 h à 19h30.

Le service des repas se fait façon « self-service », les patients prenant sur la banque les plats qui leur sont proposés. Les menus sont affichés ; des menus spécifiques sont prévus : une ASH Q est chargée d'assurer le lien avec la cuisine centrale.

Deux **salons de télévision**, d'une surface de 15 m<sup>2</sup> chacun, permettent de voir deux programmes différents. Ils sont équipés de fauteuils et de tables basses ; des peintures sont accrochées aux murs.

Une salle de loisirs avec baby-foot, bibliothèque, jeux de société est meublée d'une table, sept fauteuils, un pouf, deux chaises.

Le bureau infirmier, la salle de soins et la pharmacie se situent à la jonction des deux ailes du service.

Des lingeeries propres et sales, non accessibles aux patients, sont installées.

Accessible par un escalier ou un ascenseur, l'étage comporte les pièces suivantes : les bureaux médicaux, le bureau du psychologue, le bureau de la cadre supérieure de santé, les bureaux des assistantes sociales, le bureau du secrétariat, une salle de repos du personnel, le local des archives, le vestiaire des personnels féminins et le vestiaire des personnels masculins.

#### - **Les cours**

Sur chacune des deux ailes, une cour avec pelouse pour fumeur est entourée d'une clôture de 1,80 m de haut. Les cours ont un espace couvert, avec six chaises et un cendrier sur pied.

Depuis le rez-de-chaussée et à partir de la cafétéria, on accède à une autre cour avec pelouse, non close, avec plusieurs tables, chaises et cendriers.

#### **D Le fonctionnement de l'unité**

Cette unité est **ouverte** de 10h à 11h45 et de 13h30 à 17h.

A l'arrivée, il est remis au patient un imprimé intitulé « Dépôt d'argent ou objet de valeur » qui rappelle l'existence de la banque des patients (cf. *supra*).

Les patients peuvent conserver leurs affaires personnelles dans leur placard. Ils peuvent aussi donner leur linge à laver à la blanchisserie centrale. Une fiche de vestiaire est établie, laquelle doit être signée par le patient ainsi que deux agents. La reprise du vestiaire doit, également, être signée.

Les locaux sont entretenus par une équipe spécialisée (cf. *supra*).

Les **visites** sont plutôt programmées à partir de 13h30 : les rencontres entre visiteurs et patients se font à la cafétéria ; exceptionnellement les visites peuvent avoir lieu en dehors de cet horaire-là.

L'unité est équipée d'un **téléphone** fixé au mur dans le couloir, sans aucune confidentialité. Les cartes téléphoniques sont achetées par les patients. Le téléphone portable est accepté sur prescription médicale, la recharge de celui-ci se fait dans le bureau infirmier dans lequel sont stockés les chargeurs.

La **correspondance** est réceptionnée et déposée pour le départ auprès du personnel ; il n'existe pas de boîte aux lettres spécifique.

Les deux programmes de **télévision** sont interrompus vers 23h. Le journal local *Ouest France* et l'hebdomadaire *Femme actuelle* sont disponibles gratuitement à la cafétéria.

Les patients peuvent disposer d'un poste de radio mais pas d'ordinateur.

Les patients sont autorisés à se rendre dans la cour dédiée aux fumeurs jusqu'à 23h.

Les patients peuvent, sur prescription médicale, participer aux activités physiques et sportives.

Au jour de la visite, aucune sur-occupation n'a été constatée. Toutefois, il a été indiqué qu'il avait pu être ponctuellement ajouté des lits : **trois lits supplémentaires** seraient possibles. Comme il a été indiqué plus haut, avant d'ajouter des lits, la possibilité d'installer des patients dans d'autres unités est recherchée.

Des sangles de contention sont stockées dans le bureau infirmier mais il a été indiqué aux contrôleurs : « Je suis là depuis un an et demi et je n'ai jamais vu celles-ci utilisées ».

Hormis les incidents signalés, qui ont fait l'objet de réunions spécifiques, il a été indiqué qu'en 2012 une agression sexuelle s'était produite, les patients et le personnel ayant été entendus par la police.

#### 4.2.4.6 L'unité « Bourneville »

Le bâtiment date de l'année 1978. Il a été réhabilité en 1991 et en 2006.

##### **A Les patients**

Au 14 mai 2013, l'unité comptait vingt-six patients présents, seize hommes et dix femmes :

- quinze personnes étaient admises en soins libres ;
- une personne était en soins à la demande d'un tiers (SDT) ;
- quatre étaient en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Trois personnes en SPDRE étaient en programmes de soins.

Le patient le plus âgé avait 78 ans et le plus jeune, 19 ans. La plus longue hospitalisation datait de février 2006.

##### **B Le personnel**

- *L'effectif du personnel paramédical de l'unité*

	<b>N</b>	<b>ETP</b>
<i>Cadre de santé</i>	1	1
<i>Infirmiers Jour</i>	12	11,60
<i>Aides-soignants Jour</i>	10	9,80
<i>ASH</i>	2	2
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>24,4</b>

- *L'organisation du service*

Tous les jours, y compris le samedi et le dimanche, cinq agents sont présents, matin et après-midi, dont deux infirmières au minimum.

Durant la semaine, une aide-soignante assure des activités thérapeutiques et d'animation pour les patients des deux unités intra-hospitalières. L'atelier d'ergothérapie ouvert à tout le pôle se situe sur l'unité de long séjour.

L'équipe de nuit comprend deux agents, dont une infirmière.

Les horaires sont identiques à ceux de l'unité « Bonnafé ».

Deux agents, dont une infirmière, sont présents la nuit.

Un cadre de santé est affecté dans l'unité.

Les praticiens hospitaliers suivent les patients quel que soit le lieu dans lequel ils se trouvent : unité d'hospitalisation plein temps, hôpital de jour, CMP...

- *Les réunions de service*

Les personnels de l'unité participent ou sont représentés aux réunions du pôle.

Au niveau de l'unité « Bourneville », des réunions ponctuelles sont organisées avec les praticiens hospitaliers.

Une réunion régulière est tenue avec l'équipe de soins et la psychologue.

### **C Les locaux**

- *Les chambres*

Cette unité dispose de **vingt-cinq lits**, répartis en onze chambres à un lit et sept chambres à deux lits, en plus d'une **chambre de soins intensifs**.

Les chambres ont toutes un WC et un lavabo. Deux chambres à deux lits ont, en plus, une douche. Deux chambres individuelles ont une douche.

L'unité se situe sur deux étages. Le premier étage est accessible par deux escaliers ou par un ascenseur.

**Une chambre à deux lits** mesure 5,10 m sur 3,90 m, soit une surface de 19,89 m<sup>2</sup>, avec une porte d'entrée mesurant 0,93 m de large. Elle dispose de deux fenêtres de 1 m sur 1 m avec un vasistas sur le dessus qui est le seul à s'ouvrir ; un volet roulant à déroulement manuel permet d'occulter la chambre.

La chambre est équipée de deux lits sur pieds fixes d'une largeur de 0,90 m mais d'une seule chaise. Deux armoires de 1 m de large sur 1,80 m de haut disposent chacune de six étagères et d'une penderie ; deux placards individuels sont intégrés dans le mur.

Un secteur sanitaire de 1,90 m sur 1,80 m, soit une surface de 3,40 m<sup>2</sup>, est inclus dans cette chambre. La porte d'entrée mesure 0,75 m de large. La douche est à l'italienne ; le WC, avec barre de maintien et dérouleur de papier hygiénique, est en faïence ; un lavabo avec miroir complète l'équipement, ainsi qu'une patère et une poubelle.

Il n'est pas installé de sonnette d'appel.

**Une chambre à deux lits** mesure 4 m sur 3,20 m, soit une surface de 12,80 m<sup>2</sup>. Elle est dotée d'un secteur sanitaire de 1,10 m sur 1,70 m (surface : 1,87 m<sup>2</sup>) avec douche, lavabo (et son miroir), WC et poubelle. Elle est équipée de deux lits, deux tables de chevet, deux chaises, deux armoires avec chacune deux étagères et une penderie. La fenêtre est occultée par un rideau en tissu aux normes anti-feu.

Il n'est pas installé de sonnette d'appel.

**Une chambre à un lit** mesure 3,2 m sur 5,20 m, soit une surface de 16,64 m<sup>2</sup>. Elle est dotée d'un secteur sanitaire, comprenant uniquement un WC et un lavabo avec miroir.

La fenêtre est occultée par un rideau en tissu aux normes anti-feu.

L'équipement comprend deux placards intégrés, un fauteuil, une table de chevet, une table de lit.

**Une chambre à un lit** mesure 4,50 m sur 2,40 m, soit une surface de 10,80 m<sup>2</sup>. Elle est dotée d'un secteur de 1,70 m sur 1,20 m (surface : 2,04 m<sup>2</sup>), comprenant uniquement un lavabo avec miroir, un porte-serviettes, un WC, une balayette, du papier hygiénique.

**Une chambre de soins intensifs**, composée d'un sas d'entrée de 1 m sur 2,70 m (soit une surface de 2,70 m<sup>2</sup>), de la chambre proprement dite mesurant 3 m sur 2,80 m (surface : 8,40 m<sup>2</sup>) et d'un sanitaire de 1,30 m sur 2,80 m (surface : 3,64 m<sup>2</sup>).

Une table et une chaise meublent le sas, le malade étant autorisé à prendre ses repas en cet espace. Un cendrier s'y trouve également, ayant récemment servi au moment de la visite.

Le sanitaire comporte une douche à l'italienne sans flexible, un WC et un lavabo.

La chambre est sommairement équipée d'un matelas au sol avec un drap et une couverture. La fenêtre est double et ouvrable uniquement par le personnel ; un rideau pour occultation est commandé depuis le local de soins.

Le chauffage se fait par un radiateur intégré au plafond.

La lumière plafonnière est réglable.

Un seau hygiénique est placé dans la chambre, avec du papier hygiénique à côté.

La porte d'entrée, de 2 m sur 0,82 m, est retenue par quatre points de fixation et ne peut être ouverte que par le personnel.

Depuis la salle de soins attenante au bureau infirmier, il est possible de voir l'intérieur de la chambre de soins intensifs par un oculus de 0,40 m sur 0,40 m, celui-ci pouvant être occulté par un rideau.

- *Les toilettes et les douches*

Deux chambres à deux lits disposent de douche et de WC.

Deux chambres à un lit disposent de douche et de WC.

Les autres chambres comportent uniquement un WC.

Trois douches collectives sont installées à l'étage, de même que quatre WC collectifs.

- *Les espaces communs*

L'entrée dans le bâtiment se fait par l'une des portes latérales donnant accès à un couloir de 35 m de long et de 1,30 m de large.

Les locaux du rez-de-chaussée sont les suivants :

- une salle de visites, mesurant 4 m sur 3,10 m (surface : 12,40 m<sup>2</sup>), équipée d'une table basse, de six fauteuils et trois fauteuils relax ;
- deux salles de télévision, d'une surface respective de 24 m<sup>2</sup> et 35 m<sup>2</sup>, équipées de fauteuils, de chaises et de tables basses ;
- une salle à manger, mesurant 10 m sur 3,50 m (surface : 35 m<sup>2</sup>), équipée de deux tables de six, deux tables de deux, une table de quatre. Elle est séparée de l'office par une banque permettant une distribution en self-service. Deux services sont organisés : le premier pour les personnes dépendantes, le deuxième pour les personnes plus autonomes. Cette salle à manger donne sur un jardin ;
- un atelier d'ergothérapie, (50 m<sup>2</sup>), ouvert de 9h à 16h40, permettant, sous l'autorité d'une ergothérapeute, de faire de la peinture, du dessin, de la poterie, de la cuisine, l'objectif étant d'évaluer les habiletés de la personne ;
- un atelier occupationnel, (21 m<sup>2</sup>), animé par une aide-soignante, permettant des activités de loisirs, de distraction (perles, couture, tricot...) et des soins esthétiques. Des journées à thème sont organisées lors des fêtes de fin d'année ;
- un jardin clos, mesurant 20 m sur 10 m, où des plantations ont été effectuées par des patients. Y poussent des framboisiers, des fleurs, des pommes de terre ;
- un bureau médical, le bureau du cadre de santé, un bureau infirmier, une salle de soins et un bureau d'entretiens infirmiers.

Outre les chambres et les sanitaires communs, le premier étage est occupé par des vestiaires, une lingerie, un bureau pour l'association et un bureau pour l'assistante sociale.

- *Les cours*

Depuis le salon télévision, il est possible de se rendre dans une cour close, avec pelouse et terrasse. Un « espace fumeurs » couvert comporte une banquette de quatre places et deux cendriers.

A l'opposé de l'entrée du bâtiment, une autre cour, également close avec pelouse, est préférée par les fumeurs, bien que dépourvue d'abri ; à 23h, les contrôleurs ont vu une patiente fumer en ce lieu. Le jardin thérapeutique se situe dans cet espace.

### ***D Le fonctionnement de l'unité***

Cette unité est ouverte de 9h30 à 12h et de 14h30 à 18h.

A l'arrivée, il est remis au patient un imprimé intitulé « Dépôt d'argent ou objet de valeur » qui rappelle l'existence de la banque des patients.

Le régisseur suppléant est installé dans cette unité. Sous l'autorité du régisseur titulaire responsable de la banque des patients, il est chargé, suivant la même procédure qu'à la banque des patients, d'encaisser ou de distribuer de l'argent, dans certaines limites.

Les patients peuvent conserver leurs affaires personnelles dans leur placard. Ils peuvent donner leur linge à laver à la blanchisserie centrale. Une fiche de vestiaire est établie, laquelle doit être signée par le patient et par deux agents. La reprise du vestiaire doit être également signée.

Les locaux sont entretenus par une équipe spécialement affectée à cette tâche, comme à l'unité « Bonnafé ».

Les **visites** ont lieu entre 14h et 18h.

Avec l'accord du médecin psychiatre référent, il est possible de sortir de l'unité, à partir de 9h30, le matin, et de 13h30, l'après-midi.

L'unité n'est pas équipée de **téléphone** fixe. Pour téléphoner, les patients doivent se rendre sur le site de l'EPSM qui dispose d'une cabine publique. Il est conseillé de déposer le téléphone portable au coffre de la banque. Très peu de patients sont autorisés à l'utiliser.

La **correspondance** est réceptionnée et déposée pour le départ auprès du personnel. Il n'existe pas de boîte aux lettres spécifique.

Les deux programmes de **télévision** sont interrompus vers 23 h. Les patients peuvent disposer d'un appareil de **radio** mais pas d'ordinateur. Le journal local *Ouest-France* et l'hebdomadaire *Femme actuelle* sont disponibles gratuitement à la cafétéria.

Les patients sont autorisés à se rendre dans les cours fumeurs toute la journée et, ponctuellement, la nuit.

Sur prescription médicale, les patients participent aux activités physiques et sportives. Hormis l'ergothérapie et les activités occupationnelles effectuées dans l'unité, il est prévu, toutes les semaines, pour les patients, des activités extérieures :

- marche à l'extérieur et piscine (mardi),
- randonnée matin et après-midi (mercredi),
- participation à une activité mise en œuvre par une association (jeudi),
- marché de Caen (dimanche).

L'unité n'a jamais été sur-occupée.

Des sangles de contention sont stockées dans le bureau infirmier mais elles ne seraient qu'exceptionnellement utilisées.

Il n'a pas été fait état d'incident majeur, même si de nombreux patients sortent de l'unité.

### 4.3 Le recours à l'isolement et à la contention

L'établissement dispose de onze chambres de soins intensifs, cinq chambres d'isolement, deux chambres dites sécurisées et dix-neuf chambres de mise à l'écart.

Le tableau ci-dessous décrit la localisation des chambres, leurs types et leurs dénominations :

<b>POLES</b>	<b>Unités</b>	<b>Dénomination et types de chambres</b>		
<i>Pôle Caen Est 14 G 02</i>		<b>Soins intensifs</b>	<b>sécurisée</b>	
<b>Neptune</b>	Service entrants	<b>1</b>	<b>1</b>	
<b>UIS</b>		<b>1</b>		
<i>Pôle Caen Sud 14 G 03</i>				
<b>Hélios</b>	Service entrants	<b>1</b>	<b>1</b>	
<b>Sainte Bernadette</b>	2 <sup>ème</sup> étage	<b>1</b>		
<i>Pôle Caen Ouest 14G04</i>			<b>isolement</b>	
<b>Vastel</b>	1 <sup>er</sup> étage	<b>1</b>	<b>1</b>	
<b>Vicq d'Azyr</b>	3 <sup>ème</sup> étage		<b>1</b>	
<i>Lisieux 14 G 07</i>				
<b>L'Intermezzo</b>	Rez-de-chaussée	<b>1</b>		
	Rez-de-chaussée	<b>1</b>		
<i>Côte Fleurie 14G 08</i>			<b>Isolement</b>	<b>mise à l'écart</b>
<b>Alizé</b>	Service entrants	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
<b>Les Glycines</b>	Rez-de-chaussée	<b>1</b>		<b>5</b>
<b>Les Mimosas</b>	1 <sup>er</sup> étage			<b>5</b>
	Post-cure			<b>3</b>
<i>Caen-Plaine 14G09</i>				
<b>Lucien Bonnafé</b>	Rez-de-chaussée	<b>1</b>		
<b>Bourneville</b>	Rez-de-chaussée	<b>1</b>		
<b>TOTAL</b>		<b>11</b>	<b>5</b>	<b>19</b>

En règle générale, toutes les unités sont dotées d'une chambre de soins intensifs.

De plus, les unités d'admission peuvent comporter une chambre d'isolement. Celle-ci ne répond pas aux critères d'admission dans la CSI et n'est pas soumise aux mêmes protocoles. Sous une dénomination différente mais répondant aux mêmes critères, certains pôles – selon les informations fournies par le département d'information médicale (DIM) – appellent chambre sécurisée une chambre destinée à séparer des patients du collectif.

Ainsi, au pôle Caen Est (14 G 02) la chambre sécurisée, avec un taux d'occupation de 96 %, n'affiche aucune feuille de surveillance du patient à l'entrée de la chambre. A l'unité « Hélios », la chambre sécurisée, située à l'extrémité du couloir près de la porte d'accès des ambulanciers, permet de recevoir une patiente qui ne peut vivre en collectivité sans se mettre gravement en danger. Elle fait cependant l'objet d'une surveillance horaire permanente.

Ainsi à l'unité « Neptune », soixante et un patients du secteur ont dû être accueillis dans la CSI d'un autre service. Ce fort taux d'occupation peut s'expliquer par l'ouverture de cette unité et le besoin d'un temps d'observation avant de permettre au patient d'y circuler librement.

La CSI de l'unité intersectorielle (UIS) a été occupée 332 jours (soit 91 %), exclusivement par des patients d'autres secteurs.

Les patients détenus sont placés de manière systématique en chambre de soins intensifs et, la plupart du temps, maintenus pendant toute la durée de leur hospitalisation (cf. *infra* §.4.4.2).

Généralement attenantes aux salles de soins, elles disposent souvent d'un sas pour y pénétrer. L'isolation phonique y est parfois défectueuse ; toutes ne sont pas équipées de bouton d'appel.

Leur utilisation est mutualisée entre toutes les unités, ce qui peut soulever des difficultés, notamment dans des unités de moyen et long séjour, lorsque la chambre d'isolement n'est jamais utilisée par le service mais est mise à la disposition d'autres pôles.

S'il est difficile de disposer d'éléments relatifs à la durée d'utilisation réelle des chambres d'isolement, les données fournies par l'équipe « sécurité/soins » permettent de connaître le nombre d'entrées en chambre d'isolement. Pour l'année 2012, 282 mises en chambre d'isolement ont été effectuées, soit 5 % du total des interventions. En moyenne mensuelle, vingt-trois mises en chambre d'isolement sont effectuées, soit une par jour ouvrable.

Un **protocole** commun à l'ensemble de l'EPSM est en place. Il décrit la configuration des CSI, les modalités de suivi et de surveillance, les dispositifs médicaux associés et les modalités d'intervention médicale. Un document-type de prescription médicale de mise en CSI est aussi commun à l'EPSM.

Un autre modèle de document, versé au dossier médical et dénommé « macro cible d'observation sur 24 heures », permet de retracer, pour chaque mise en chambre, le début, les visites des médecins psychiatre et somaticien, les constantes à l'entrée et les transmissions.

#### **4.4 L'hospitalisation des personnes dans le cadre de l'article D. 398 du code de procédure pénale**

L'EPSM de Caen est amené à hospitaliser les personnes détenues incarcérées dans les deux établissements pénitentiaires de la ville : la maison d'arrêt et le centre pénitentiaire.

##### **4.4.1 Le nombre de patients détenus**

Pour l'année 2012, le nombre d'hospitalisations s'est élevé à quatre-vingt-douze personnes (quatre-vingt-six hommes et six femmes), concernant soixante-neuf patients différents<sup>26</sup>.

Compte tenu de ce volume d'activité, la direction des soins de l'hôpital mène, chaque année depuis 2008, une étude à propos des hospitalisations de personnes issues de détention. Datée du 28 janvier 2013, la dernière note de synthèse a été communiquée aux contrôleurs.

Le nombre de séjours est globalement stable depuis quelques années (84 en 2009, 103 en 2010, 93 en 2011). La même constance est notée concernant l'établissement d'origine qui est, dans la plupart des cas, la maison d'arrêt (68 en 2009, 87 en 2010, 87 en 2011, 84 en 2012), de même que les tranches d'âge, celle des 21/40 ans étant la plus représentée. En revanche, aucune constance n'apparaît sur le mois et le jour d'hospitalisation, même si, en 2012, un tiers des hospitalisations a été réalisé un vendredi. A cet égard, la note susmentionnée s'interroge sur les deux points suivants :

- « des hospitalisations en lien avec un effectif moindre de surveillants le week-end, notamment par rapport au risque suicidaire, conduisant à recourir à l'hospitalisation pour assurer la surveillance de la personne ;
- une déstabilisation des équipes de l'EPSM dans une période où les effectifs sont moins nombreux et les prises en charge médicales principalement en lien avec la garde et les astreintes ».

La durée moyenne de séjour des patients détenus a été de 8,24 jours en 2012 (9,73 en 2009, 6,14 en 2010, 5,37 en 2011), 56 % des hospitalisations durant moins de cinq jours. Le chiffre est, toutefois, à pondérer du fait de la présence, en 2012, d'un patient pendant 125 jours. Il en résulte, mise à part cette dernière hospitalisation, une durée moyenne de séjour « réelle » de 6,89 jours.

Chaque année, certains patients détenus voient leur écrou levé durant leur hospitalisation. La situation s'est produite à huit reprises en 2012 (neuf fois en 2010 et 2011), ce qui conduit à s'interroger sur l'interprétation à donner à de telles hospitalisations au terme de l'incarcération.

##### **4.4.2 Les conditions de séjour des patients détenus**

Les personnes détenues sont hospitalisées indifféremment dans tous les pôles, dès lors que les unités sont pourvues de CSI et que celles-ci sont disponibles. Ainsi, en 2012, le pôle

---

<sup>26</sup> Deux patients ont été respectivement hospitalisés à trois et à quatre reprises.

de Lisieux a reçu le plus de patients détenus (vingt-quatre), succédant à celui de Caen Ouest qui en avait accueillis vingt-sept en 2011.

Un patient détenu est, en effet, placé de manière systématique en chambre de soins intensifs et, la plupart du temps, il y est maintenu pendant toute la durée de son hospitalisation. Sur le nombre total de jours en CSI enregistrés en 2012, leur occupation par les patients détenus a été de 758 jours en 2012 (817 en 2009, 614 en 2010, 591 en 2011), ce qui représente 17,3 % de leur utilisation générale (18,7 % en 2009, 14 % en 2010, 13,5 % en 2011), soit l'occupation permanente de 2,08 CSI (2,24 en 2009, 1,68 en 2010, 1,62 en 2011).

« L'hospitalisation des personnes venant de détention » fait l'objet d'un **protocole** mis en application en novembre 2011. Ce document de seize pages (et cinq annexes) présente successivement les interlocuteurs en milieu pénitentiaire, le déclenchement d'une procédure d'hospitalisation pour une personne incarcérée, le séjour de la personne détenue et la fin de séjour.

Après avoir mentionné que la prise en charge s'effectuait en chambre de soins intensifs, le protocole indique que les extractions de la CSI sont prescrites par le médecin. Il rappelle, ensuite, les termes de l'ANAES dans un audit clinique réalisé en 1998 : « le séjour du patient en chambre d'isolement est interrompu par des sorties de courte durée durant la journée (...) [afin de] réduire l'atteinte aux libertés d'aller et de venir, limiter les effets psychologiques négatifs de l'isolement, limiter les effets somatiques liés à l'immobilisation physique, notamment en cas de contention physique. »

Cette position de principe est immédiatement contrebalancée dans le paragraphe suivant : « **L'extraction peut être considérée comme non applicable en raison de l'état de santé du patient.** De même, ces sorties nécessitent une grande disponibilité de l'équipe infirmière, et peuvent être difficiles à mettre en place, si le patient mobilise un effectif important. **Les modalités sont fonction de la prescription médicale, de l'évaluation quotidienne réalisée par l'équipe infirmière, et de la charge en soins de l'unité** »<sup>27</sup>.

Les contrôleurs ont fait le constat que, dans toutes les unités où se trouvaient des personnes détenues, cette dernière disposition était appliquée de manière générale, ce qui, de fait, vidait de son sens le principe de l'extraction momentanée et consacrait l'absence totale de sortie de la CSI pour un patient détenu.

Les conditions de séjour des patients détenus dérogent par de nombreux aspects au principe d'égalité de soins comme « tous les autres usagers du service public hospitalier » que rappelle le protocole qui leur est consacré.

La réglementation pénitentiaire demeure applicable en ce qui concerne les relations avec l'extérieur. Le courrier (expédié et reçu) est transmis à l'établissement pénitentiaire. Les visites peuvent avoir lieu sur la base des permis de visite communiqués par l'administration pénitentiaire. La possibilité de téléphoner est mentionnée pour les personnes condamnées, le protocole l'excluant pour les prévenus qui en ont pourtant le droit depuis 2009.

---

<sup>27</sup> Passages mis en gras dans le protocole lui-même.

**En réalité, comme le personnel a pu le confirmer auprès des contrôleurs, de tels contacts avec l'extérieur sont inexistantes pour les patients détenus.**

Ces derniers sont ainsi soumis à des conditions de vie restrictives de leurs droits par rapport à la détention, puisque aucune sortie « en promenade » n'est organisée, que la possibilité de fumer s'avère très aléatoire et que la vie du patient détenu se caractérise par l'absence d'activité et de vie sociale... Selon les témoignages recueillis, un tel régime de vie provoquerait fréquemment, de la part de ce patient, la demande de réintégrer au plus vite l'établissement pénitentiaire d'où il provient, alors même que des soins à l'hôpital seraient encore nécessaires.

Contrairement à l'affirmation du protocole – « Dans un régime qui demeure celui d'une détention, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par l'état du patient et à la mise en œuvre de son traitement » –, le placement en chambre d'isolement, et surtout son maintien durant l'intégralité du séjour, ne se justifie pas pour des raisons médicales mais pour des considérations de sécurité.

Cette situation peut aussi être préjudiciable aux autres patients qui doivent parfois être déplacés en urgence pour « libérer » une chambre de soins intensifs, pour y placer, paradoxalement, un patient détenu ne relevant pas toujours d'une telle indication médicale.

Le rapport d'activité 2012 du pôle psychiatrie en milieu pénitentiaire fait état de « conditions d'accueil et de soins (...) insatisfaisantes » qui « confirment l'inégalité de traitement entre les populations psychiatriques ». **Tous les interlocuteurs rencontrés ont dénoncé la stigmatisation très forte existant sur les patients détenus par rapport à tous les autres.**

Evoquant spontanément cette réalité auprès des contrôleurs, la communauté médicale dans son ensemble a suggéré, comme une solution, l'ouverture d'une unité spécifique d'hospitalisation des personnes détenues, à l'instar de celle de huit places inaugurée en septembre 2012 en Haute-Normandie, au centre hospitalier du Rouvray – Sotteville-lès-Rouen qui porte le nom de Robert Badinter. Au moment du contrôle, aucun projet précis n'avait, semble-t-il, été défini, ni aucun débat engagé au sein des instances délibératives de l'EPSM de Caen.

## 5 LES SOINS SOMATIQUES

Le pôle Pharmacie-Médecine-Biologie-Odontologie (PMBO) regroupe l'ensemble des activités somatiques transversales de l'EPSM.

En 2012, plusieurs réunions se sont tenues : conseil de pôle, bureau de pôle et trois réunions entre le service intersectoriel de médecine polyvalente (SIMP) et la pharmacie.

Le cadre de santé du pôle participe à de nombreuses réunions concernant des activités transversales : CLIN, CLUD, CLAN et COMEDIMS<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales. CLUD : comité de lutte contre la douleur. CLAN : comité de liaison en alimentation et nutrition. COMEDIMS : commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

## 5.1 La médecine générale

### 5.1.2 Les locaux

Le service est situé dans la partie nord de l'établissement. Dans un bâtiment ancien à un seul niveau.

Il comporte :

- un secrétariat ;
- un bureau polyvalent, équipé d'une paillasse humide, une table d'examen de gynécologie, un bureau avec un poste informatique, un réfrigérateur, un chariot d'urgence, un chariot ;
- un bureau en espace ouvert, comportant trois postes de travail équipés, chacun, d'un micro-ordinateur pour les médecins du service ;
- le bureau – obscur – du médecin chef de service.

### 5.1.2 Le personnel

L'équipe de médecins généralistes est composée de cinq personnes (et un interne en médecine générale) : deux praticiens hospitaliers à temps plein, un praticien hospitalier à temps partiel (0,80 ETP), deux praticiens contractuels à 0,6 ETP chacun.

### 5.1.3 L'activité

Le service de médecine polyvalente a été créé en 2000. Son activité augmente constamment. Les soins somatiques sont dispensés dans les unités, un praticien en médecine générale étant plus spécifiquement chargé d'un secteur. En urgence, il est fait appel au praticien de garde.

Dans le service du SIMP sont effectuées les consultations de tabacologie, de gynécologie, de cardiologie et quelques consultations de médecine générale.

L'activité de médecine générale est la suivante :

<i>Consultations</i>	<i>Appel au Bip</i>	<i>Unités d'hospitalisation</i>	<i>SIMP</i>	<i>Total</i>
2008	2 302	6 114	349	8 765
2009	2 553	8 187	374	11 114
2010	2 883	9 134	167	12 184
2011	3 176	9 019	201	12 396
2012	3 046	8 987	113	12 146

Au cours de l'hiver 2012, 168 personnes de l'établissement ont été vaccinées contre la grippe saisonnière. Le chef de service du SIMP a souligné les difficultés rencontrées pour obtenir l'accord du tuteur pour ce soin.

L'établissement a déploré sept décès en 2012, dont trois suicides.

Tout entrant dans l'établissement a un bilan biologique d'entrée, un électrocardiogramme de base et une consultation de médecine générale, dès que son état psychique le permet.

Les consultations de spécialité, les actes de radiologie et l'électro convulsivothérapie (ECT) sont effectués dans des établissements privés de proximité ; les urgences somatiques sont prises en charge par le SAU du CHU de Caen.

## **5.2 La pharmacie**

La pharmacie et le laboratoire de biologie sont situés dans un bâtiment commun récemment rénové. Ils disposent chacun d'une surface de 400 m<sup>2</sup>.

### **5.2.1 Le personnel**

L'équipe pharmaceutique est composée de :

- 2,5 ETP de praticiens en pharmacie ;
- 3 internes en pharmacie ;
- 6 étudiants hospitaliers en pharmacie ;
- 4 ETP de préparateurs en pharmacie ;
- 1 ETP d'assistant ;
- 1 ETP de magasinier/entretien ménage ;
- 1 ETP de secrétaire comptable.

### **5.2.2 L'activité**

Depuis 2012, la dispensation à délivrance nominative est effective dans la totalité des unités d'hospitalisation.

Les analyses pharmaceutiques des ordonnances nominatives sont faites à 100 % ; 461 interventions thérapeutiques ont été réalisées auprès des médecins.

Les doses nominatives sont préparées pour une, deux ou quatre semaines en fonction du taux de rotation de l'unité.

Un double contrôle est effectué avant le départ de la livraison de la pharmacie.

Deux unités d'hospitalisation sont équipées en dispensation nominative informatisée avec le logiciel Cortexte. Il s'agit encore d'une phase pilote.

La préparation et l'administration de médicaments se fait individuellement dans une pièce particulière de l'unité d'hospitalisation. Les gouttes sont préparées extemporanément.

Les traitements de substitution aux opiacés ont été délivrés pour vingt-neuf patients sous méthadone et trente-huit patients sous buprénorphine haut dosage.

Quatre-vingt-quatorze patients ont reçu un traitement de substitution nicotinique.

Treize extracteurs, une pompe à nutrition parentérale, douze matelas anti-escarres dynamiques, six ventilateurs en pression positive continue ont été fournis par la pharmacie.

### 5.3 Le laboratoire

Les locaux du laboratoire sont situés au premier étage du bâtiment commun avec la pharmacie.

Le laboratoire a été qualifié en janvier 2013.

#### 5.3.1 Les personnels

L'équipe de biologie se compose de :

- 1,7 ETP de biologiste<sup>29</sup>;
- 1 ETP de secrétaire ;
- 1 ETP d'agent de service hospitalier ;
- 4 ETP de techniciens de laboratoire ;
- 3 faisant fonction d'interne en biologie (FFI).

#### 5.3.2 L'activité

Les contrôleurs ont pris connaissance de la version 6 du livret du laboratoire. Un serveur de résultat permet :

- aux médecins généralistes, d'accéder à tous les résultats<sup>30</sup> de tous les patients ;
- aux infirmiers, à ceux des patients de leur unité ;
- aux psychiatres, à ceux des patients de leur secteur.

Tous les entrants, ainsi que les patients présents dans l'établissement depuis plus d'un an, sont soumis à un examen biologique. En 2012, 2 010 bilans d'entrée et 3 281 bilans de suivi ont été effectués.

Le laboratoire assure également des activités de santé publique (prélèvement d'eau froide, prélèvements de surface).

### 5.4 Le cabinet dentaire

Le praticien en odontologie, parti à la retraite fin 2011, n'a été remplacé qu'en octobre 2012 ; il travaille deux demi-journées par semaine (0,2 ETP). Une assistante dentaire a été également recrutée à 0,5 ETP.

La pré-décontamination est assurée sur place, la stérilisation étant effectuée à l'extérieur de l'établissement.

111 patients ont reçu des soins dentaires au cours du dernier trimestre 2012.

### 5.5 La continuité des soins

#### 5.5.1 Les gardes de soins somatiques

---

<sup>29</sup> Le chef de service est professeur des universités à la faculté de pharmacie.

<sup>30</sup> A l'exception des sérologies VIH.

La continuité des soins est assurée de 8h30 à 18h30 par les médecins du SIMP.

Les gardes sur place sont assurées de 18h30 à 8h30 par une douzaine de médecins généralistes provenant du SIMP, du CSAPPA et du secteur privé.

La composition du chariot d'urgence présent dans chaque unité a été uniformisée.

### **5.5.2 Les gardes de soins psychiatriques**

Les internes en psychiatrie assurent une garde sur place de 18h30 à 8h30, du lundi au vendredi, et du samedi à 13h jusqu'au lundi à 8h30. Seize internes en assurent le roulement.

Les praticiens hospitaliers en psychiatrie assurent une garde de sécurité à domicile pour l'EPSM et une garde sur place de 24h au service d'accueil des urgences du CHU.

### **5.5.3 Les astreintes de pharmacie et de biologie**

Des astreintes de sécurité sont assurées à domicile par les internes en pharmacie et en biologie.

### **5.5.4 L'activité induite par la continuité des soins**

En 2011, les internes en psychiatrie ont effectué 359 journées de garde.

Les praticiens en psychiatrie de l'EPSM ont assuré 116 gardes et 17 demi-gardes au service d'accueil des urgences du centre hospitalier, ainsi que 351 astreintes opérationnelles pour l'EPSM avec 102 déplacements. Les déplacements sont essentiellement motivés par l'indication d'une mise en chambre de soins intensifs ou pour la signature de certificats médicaux.

Les praticiens en médecine générale ont assuré 366 gardes et 46 demi-gardes sur le site de l'EPSM.

Le nombre d'astreintes assurées par les internes de biologie et de pharmacie a été de 117 en 2011.

## **6 Les conditions de vie au travail**

### **6.1 Les conditions de travail et le dialogue social**

Les éléments suivants ressortent du bilan social 2011<sup>31</sup> :

- quarante-deux agents ont été titularisés pour trente-cinq agents ayant fait valoir leurs droits à la retraite et sept partis en mutation ;
- l'établissement dispose d'un institut de formation des aides-soignants qui recrute « sans difficulté », notamment auprès des infirmiers formés aux instituts de formation suivants : CHU de Caen, CH de Falaise, CH de Lisieux. L'établissement accueille tous les ans 800 stagiaires ;

---

<sup>31</sup> Le bilan social 2012 n'était pas établi au moment du contrôle.

- 455 promotions d’infirmières ont eu lieu, ce qui résulte de la réforme statutaire de ce corps ;
- 111 autres agents ont été promus ;
- 19 648 journées d’absence ont été comptabilisées – chiffre inférieur aux années précédentes –, soit 10 351 jours d’absence pour maladies ordinaires, congés de longue maladie, congés de longue durée, 3 606 jours d’absence pour formation, 2 532 jours d’absence pour maternité, 1 482 jours d’absence pour motif syndical, 1 131 jours d’absence pour accidents du travail ;
- 14 % des agents travaillent à temps partiel, dont vingt-trois agents à 50 % et 121 à 80 % ;
- 149 déclarations d’accidents du travail ou de trajet (AT) ont été enregistrées : 36 AT avec arrêt de travail et soins, 37 AT avec arrêt sans soins, 35 AT sans arrêt mais avec des soins, 43 AT classés sans suite. Les principaux motifs concernent les accidents liés à des contacts avec les malades agités (45) et des accidents dus à des chutes ou glissades (27) ;
- 1 612 agents ont suivi une formation, dont certains en interne : par exemple, formation sécurité incendie, formation hygiène.

Trois organisations syndicales sont représentées dans l’établissement et siègent dans les différentes instances : CGT, CFDT, Sud.

Les contrôleurs ont reçu deux organisations syndicales (CGT, Sud) et un mémorandum de la CFDT.

Les trois organisations ont fait état d’un certain nombre de problèmes, notamment l’hospitalisation des mineurs, l’hospitalisation des détenus, la sécurité, les conditions de travail (notamment les effectifs du personnel) et les conséquences sur la prise en charge.

Les différentes instances de l’établissement se réunissent : conseil de surveillance ; commission médicale d’établissement ; comité technique d’établissement ; commission des soins infirmiers, rééducation et médico-technique ; comité d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail ; commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

## **6.2 Les événements indésirables et les violences**

Quarante et un protocoles et modes opératoires sont diffusés dans l’ensemble des services.

En 2011, un comité de coordination des vigilances et des risques (COVIRIS) a été installé, aux fins d’établir un tableau de bord permettant de définir des priorités et des propositions d’actions à mettre en œuvre.

Une échelle de gravité a été établie :

- niveau 1 – dégradation de biens et matériels ;
- niveau 2 – destruction de biens ou de matériels ;
- niveau 3 – atteinte à la santé sans risque de décès ; niveau 4 – décès ou risque de décès.

A titre d'exemple, il est cité :

- agression verbale : risque psycho-social – gravité 2 ;
- agression avec arme : risque physique – gravité 4 ;
- fugue d'un patient : risque juridique – gravité 3.

Une fiche d'événement indésirable a été établie qui comprend plusieurs items : personne déclarante, personne concernée par cet événement, gravité du risque de l'événement (faible, modérée, importante, majeure), l'origine du dysfonctionnement, la description des faits, la description des conséquences, les mesures prises.

Un accusé de réception de fiche d'événement indésirable est rédigé.

Une fiche de gestion d'événement indésirable grave est prévue : elle doit faire l'objet d'une réunion de la cellule d'analyse des événements indésirables graves dans les 72 heures.

Les déclarations d'événements indésirables sont retracées dans le tableau suivant :

2006	239
2007	239
2008	238
2009	276
2010	157
2011	148
2012	204

Les déclarations 2012 ont concerné les cas suivants :

<i>Agressions et violences envers le personnel</i>	73 (dont 44 agressions physiques d'un patient envers un agent)
<i>Agressions et violences entre usagers</i>	2
<i>Altercations entre professionnels</i>	3
<i>Dysfonctionnement technique</i>	29 (dont 2 pour le système de protection de travailleur isolé)
<i>Défaut d'approvisionnement</i>	2
<i>Prise en charge des usagers</i>	47 (dont 27 pour des conditions d'hospitalisation inadaptées)
<i>Sécurité (hors agressions)</i>	7

<i>Systèmes d'information</i>	15
<i>Ressources humaines (manque d'effectif)</i>	14
<i>Autres</i>	12 (dont 3 pour blessure d'agents)

Les contrôleurs ont relevé, dans les fiches d'événements indésirables, les déclarations suivantes :

- coup de poing d'un patient au niveau de l'œil et de la joue gauche, lors de la mise en chambre ;
- fenêtre et porte de la chambre ouvertes, alors que le patient était en permission ;
- appareil saturo-mètre, parti en réparation depuis trois semaines et demie ;
- chambres du service froid : chauffages d'appoint en nombre insuffisant.

Parmi les événements indésirables graves, deux ont concerné des départs de feux sur literie. L'un a nécessité l'évacuation des patients dans la salle de restauration, les pompiers étant intervenus ; deux soignants se sont rendus, pour examen, aux urgences du CHU, un « *débriefing* » a été organisé.

L'autre départ de feu a entraîné la recherche d'autres types de matelas, même si ceux existants sont conformes aux normes.

Dans ces deux cas, les patients étaient indemnes.

### 6.3 Le travail de nuit

Les horaires de nuit s'étalent de 21h à 7h.

Le personnel de nuit comprend plusieurs catégories.

Trois personnes appartiennent à l'équipe « sécurité-accueil-malveillance ». Cette équipe, gérée par la direction des services logistiques, comprend, pour le jour et la nuit, dix-sept agents. Un des agents de cette équipe est chargé de l'accueil téléphonique, de la réalisation des formalités administratives, de la fermeture et de l'ouverture des grilles, de la surveillance des caméras installées en dehors des services de soins, de la surveillance des différents reports d'alarmes (PTI, incendie...); les deux autres agents, voire, exceptionnellement, un seul, sont chargés d'effectuer des rondes avec un véhicule sur le site.

Un agent de l'équipe « sécurité soins », géré par la direction des soins, est mis en renfort dans une unité de soins. Il est appelé, notamment, pour les difficultés intervenant dans les chambres de soins intensifs.

Les personnels soignants font tous partie d'une **équipe spécifique de nuit**, comprenant :

- quatre cadres de santé, soit, en général, deux par nuit – un seul était présent lors de la visite des contrôleurs. Ils doivent s'assurer de la présence des effectifs, faire le point sur les patients présents en chambres de soins intensifs, se rendre dans les unités de soins, gérer des situations d'urgence... ;

- quatre-vingt-dix agents, quarante-cinq infirmiers et quarante-cinq aides-soignants. Deux agents – un infirmier et un aide-soignant – sont affectés par unité, exceptionnellement trois pour des unités plus importantes (par exemple, l'unité « Bonnafé »). Un agent est mis en sureffectif pour pallier d'éventuelles défections.

Les agents effectuent cinq nuits sur une semaine et deux nuits la semaine d'après, soit 70 heures sur deux semaines, ce qui les amène à bénéficier d'une récupération toutes les quatre semaines.

Tous les agents de nuit sont affectés pour une période de trois ans, renouvelable une fois. Les agents doivent être volontaires ; de manière exceptionnelle, les agents nouvellement recrutés, peuvent être affectés six mois de nuit, après avoir fait une période de trois mois de jour.

Le temps de chevauchement pour transmission des informations avec l'équipe de jour est de trente minutes.

Un médecin somaticien est de garde toutes les nuits dans l'établissement, de même qu'un interne de psychiatrie.

Un praticien hospitalier de psychiatrie est d'astreinte à domicile ;

Un cadre administratif (directeur, attaché) est de garde.

Lors de la visite de nuit des contrôleurs :

- un seul cadre de santé était présent ;
- les postes concernant les autres catégories de personnel étaient pourvus ;
- la préoccupation essentielle concernait le nombre de lits disponibles. Les douze chambres de soins intensifs et les quatre chambres d'isolement étant toutes occupées, seuls sept lits étaient disponibles : un lit pour femme, deux lits pour hommes, quatre lits pour hommes ou femmes. A 21h45, un patient a été admis ;
- dans les unités de soins visitées, la télévision est restée allumée jusqu'à 23 h. Les patients ont bénéficié d'une distribution de tisane. Certains patients ont pu sortir fumer.

## CONCLUSION

A l'issue de la visite de l'établissement public de santé mentale de Caen, les contrôleurs formulent les observations suivantes :

Observation n° 1 : Situé en centre-ville, l'hôpital est facilement accessible et bien desservi par les transports en commun. La signalétique des différents bâtiments situés dans l'enceinte de l'établissement pourrait en revanche être améliorée (cf. § 2.2).

Observation n° 2 : Compte tenu de l'histoire de l'établissement – rachat d'une partie à la congrégation, location de l'autre partie – il importe que, pour sa restructuration patrimoniale, toutes les autorités soient attentives aux possibilités d'investissement (cf. § 2.8).

Observation n° 3 : Les locaux du bâtiment Odyssée, de création récente, présentent des caractéristiques architecturales dont les professionnels rencontrés en soulignent les aspects favorables à une bonne prise en charge thérapeutique. La restructuration en cours du parc immobilier devrait s'en inspirer (cf. § 4.2).

Observation n° 4 : Le service d'accueil des urgences, qui gère les admissions en soins libres, devrait être médicalisé. Par ailleurs, l'orientation du patient devrait prioritairement se faire en fonction de son domicile et non en fonction des places disponibles dans les unités d'hospitalisation (cf. § 3.1.1).

Observation n° 5 : Si la plupart des audiences du juge des libertés et de la détention se déroulent au sein de l'EPSM, les conditions d'installation de la salle d'audience – en raison de sa dimension excessivement grande – ne permettent pas de disposer d'un espace de confidentialité entre le patient et son conseil, ni d'un réel échange avec le juge (cf. § 3.2.2).

Observation n° 6 : L'organisation mise en œuvre pour la tenue du registre de la loi (un seul registre pour les SPRE et les SPDT – un registre « actif » et un registre « supplément » – un registre dit « répertoire annuel des registres » et un registre appelé « planning ») permet une vision complète des mouvements mais est particulièrement compliquée à comprendre et nécessite un travail important pouvant entraîner certaines erreurs. Il conviendrait de réfléchir à une nouvelle organisation (cf. § 3.3).

Observation n° 7 : Concernant la commission départementale des soins psychiatriques :

- ses remarques devraient être prises en compte, s'agissant du contenu imprécis de certains programmes de soins ou de l'insuffisance de motivation de certificats mensuels ;
- en raison des fonctions de praticien hospitalier au sein de l'EPSM qu'occupe la présidente de la CDSP, le premier président de la cour

d'appel devrait veiller à désigner un médecin psychiatre qui soit plus disponible pour la commission ;

- les modalités de rencontre avec une personne en programme de soins devraient être revues afin que l'obligation de se déplacer à ses frais dans les locaux de l'EPSM ne soit plus un obstacle dans l'accès au droit d'être entendu par la CDSP (cf. § 3.5).

Observation n° 8 : La « banque des patients » est particulièrement appréciée par ses utilisateurs ; bien située et parfaitement organisée, elle correspond aux objectifs de réinsertion de l'établissement (cf. § 3.7).

Observation n° 9 : Des démarches devraient être entreprises par la direction de l'hôpital afin que l'église catholique ne soit pas le seul culte représenté au sein de l'aumônerie (cf. § 3.8).

Observation n° 10 : Les règles concernant la possibilité de conserver son téléphone portable devraient être uniformisées au sein de l'hôpital, l'argument du respect du droit à l'image n'étant pas recevable pour justifier une telle exception dans une seule unité. Sauf prescription médicale contraire, l'autorisation générale du portable personnel permettrait, en outre, de remédier à l'absence de confidentialité et à l'inconfort des communications passées depuis les *points phones* (cf. § 3.9.3).

Observation n° 11 : Il est regrettable que les unités récemment construites n'aient pas été équipées de prises informatiques à disposition des patients et connectées à un réseau. Une réflexion devrait être menée au sein de l'établissement sur l'accès des patients à l'informatique et à Internet (cf. § 3.9.5).

Observation n° 12 : Les demandes de transmission de tout ou partie des dossiers médicaux de moins de cinq ans devraient être traitées plus rapidement afin de respecter les délais fixés par l'article L 1111-7 du code de la santé publique (cf. § 3.10).

Observation n° 13 : Les représentants institutionnels des patients et des familles devraient être davantage reconnus au sein des unités de soins et associés dans la prise en charge médicale dans son ensemble. Cet état d'esprit – qualifié de « défiance » – ne contribue pas à la compréhension entre médecins et familles et entre soignants et patients et ne peut être qu'un obstacle à l'amélioration de leur prise en charge (cf. § 3.12).

Observation n° 14 : Bien organisée, la restauration donne toute satisfaction aux usagers (cf. § 4.1.1).

Observation n° 15 : La blanchisserie permet le marquage et l'entretien du linge personnel des patients (cf. § 4.1.3).

Observation n° 16 : Il existe un niveau important d'activités offertes aux patients au sein de l'établissement mais aussi en ville. Il est dès lors d'autant plus

regrettable que le gymnase situé au centre de l'EPSM, installé en étage (ce qui rend son accès difficile pour des personnes à mobilité réduite), soit si peu attractif, faute d'investissements suffisants pour sa rénovation (cf. § 4.1.4).

Observation n° 17 : Une feuille de surveillance des patients en chambre d'isolement devrait être partout affichée à l'entrée de ces chambres (cf. par exemple § 4.2.1.2).

Observation n° 18 : Les conditions d'hébergement des patients les plus déficitaires de l'unité « Les Tilleuls » devraient être améliorées. L'ouverture de l'unité devrait être assurée tout en prenant toutes les mesures de protection nécessaires vis-à-vis de la personne fugueuse (cf. § 4.2.1.5).

Observation n° 19 : Les locaux de l'unité Père Jamet, unité fermée, sont voués à une démolition prochaine, ce qui permettra de mettre fin à des conditions d'hospitalisation dégradées (cf. § 4.2.2).

Observation n° 20 : Gelé en début d'année 2013, le « projet de rénovation et d'humanisation » des locaux des deux unités Vicq (pôle Caen Ouest) est absolument nécessaire, compte tenu des mauvaises conditions d'accueil pour les patients et de travail pour le personnel (cf. § 4.2.3).

Observation n° 21 : La vocation particulière de court séjour dévolue à l'unité Vastel (pôle Caen Ouest) ne saurait justifier l'abandon du patio – utilisé par les patients fumeurs en soirée – et, plus généralement, l'ennui des patients. Une réflexion devrait être conduite sur la mise en place d'activités, notamment par le biais de réunion « soignants-soignés » (cf. § 4.2.3.5).

Observation n° 22 : Des travaux devraient être entrepris afin de mettre fin à la mauvaise isolation phonique entre la chambre de soins intensifs et le poste infirmier de l'unité Vastel, préjudiciable à la santé et à la sécurité des patients, à la confidentialité des échanges et aux conditions de travail du personnel (cf. § 4.2.3.5).

Observation n° 23 : Des travaux de réparation de l'ascenseur du bâtiment Vicq d'Azyr sont nécessaires afin que l'ensemble des patients puisse effectivement sortir de leurs unités (cf. § 4.2.3.6).

Observation n° 24 : Les trois lits surnuméraires des unités Vicq d'Azyr 1 et 2 doivent être déménagés afin de ne plus encombrer les chambres dans lesquelles ils sont stockés (cf. § 4.2.3.6).

Observation n° 25 : Dans le secteur 14 G 09 (Caen-Plaine), les patients sont quasiment tous mis en pyjama à l'arrivée ; une attention particulière devrait être portée à cette pratique en élaborant des protocoles (cf. § 4.2.4.4).

Observation n° 26 : Il n'existe pas d'unité spécialisée pour hospitaliser les mineurs qui, de ce fait, sont hébergés au milieu des adultes, notamment à l'unité

Bonnafé (secteur 14 G 09) ; une réflexion devrait être engagée sur ce thème (cf. § 4.2.4.5).

Observation n° 27 : L'équipement des chambres de soins intensifs des unités Bonnafé et Bourneville devrait offrir des conditions d'hébergement plus dignes (cf. § 4.2.4.5 et § 4.2.4.6).

Observation n° 28 : L'organisation du travail de nuit incluant une équipe « sécurité-accueil-malveillance » est opérationnelle ; toutefois il conviendrait d'assurer en permanence la présence d'un, voire de deux cadres de santé (cf. § 6.3).

Enfin, malgré l'existence d'un protocole faisant référence à des recommandations de l'ANAES en la matière, le séjour d'un patient détenu se déroule exclusivement en chambre de soins intensifs, non pour des raisons médicales mais pour des considérations de sécurité. Cette réalité constitue une dérogation au principe d'égalité de soins et une stigmatisation par rapport aux autres patients. Il s'en suit que ses contacts avec l'extérieur sont inexistantes et que ses conditions de vie et ses droits sont restreints par rapport à la détention (possibilité de sortir en promenade, de fumer, absence d'activité...). Une réflexion devrait être menée pour mettre un terme à cet état de fait qui, de surcroît, provoque en général la réintégration précipitée en milieu carcéral, bien que des soins à l'hôpital soient encore nécessaires (cf. § 4.4.2).

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Conditions générales de la visite</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Présentation générale de l'établissement</b> .....	<b>3</b>
2.1	L'historique.....	3
2.2	L'implantation.....	3
2.3	La psychiatrie dans le département du Calvados .....	4
2.4	L'organisation fonctionnelle de l'établissement.....	5
2.5	Les bâtiments.....	6
2.6	L'activité.....	7
2.7	Le personnel.....	9
2.7.1	Le personnel médical .....	9
2.7.2	Le personnel non médical .....	10
2.8	Les données financières .....	12
2.8.1	Le compte de résultat principal.....	12
2.8.2	L'investissement .....	13
2.8.3	Les comptes de résultat annexes.....	14
2.8.4	Le rapport de gestion du trésorier (exercice 2012).....	14
2.8.5	Les perspectives pour l'année 2013 .....	15
2.9	Les patients hospitalisés sans leur consentement.....	15
<b>3</b>	<b>Les hospitalisations sans consentement et l'exercice des droits</b> .....	<b>16</b>
3.1	L'arrivée des patients .....	16
3.1.1	Le service des admissions .....	16
3.1.2	Le service d'accueil des urgences du CHU .....	17
3.1.3	La notification de la décision et les informations données aux malades.....	19
3.1.4	Le livret d'accueil.....	20
3.1.5	Le recueil des observations des patients .....	20
3.1.6	La désignation d'une personne de confiance .....	21
3.2	La levée des mesures de contrainte.....	21
3.2.1	Le contrôle de droit exercé par le juge des libertés et de la détention.....	21
3.2.2	Les décisions du juge des libertés et de la détention .....	22
3.2.3	Le collège des professionnels de santé .....	24
3.2.4	Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à douze heures.....	25
3.3	Le registre de la loi.....	25
3.3.1	Les admissions .....	27
3.3.2	Eléments relevés sur le registre de la loi .....	28
	SPDT relevant de l'article L 3212-3 CSP (urgence).....	28
	SPDT relevant de l'article L 3212-1 CSP (deux certificats) .....	28
	SPDT Art. 3212-1 CSP (péril imminent sans tiers).....	28
	SPDRE Art. 3213-1 CSP (préfet).....	28
	SPDRE Art. 3213-2 CSP (maire) .....	29
	SPDRE Art. D 398 du code de procédure pénale (CPP) .....	29
	SPDRE Art. D 39 CPP avec levée d'érou du 14 novembre 2012 et maintien en SPDRE avec des hospitalisations complètes et des programmes de soins .....	30
	SPDRE Art. L 3213-3 (patient venant d'UMD).....	30

3.4	L'information sur la visite des autorités.....	31
3.5	La commission départementale des soins psychiatriques.....	31
3.6	La protection juridique des majeurs .....	33
3.6.1	Le fonctionnement .....	33
3.6.2	L'activité .....	35
3.7	La banque des patients .....	35
3.7.1	Les locaux.....	35
3.7.2	Le personnel .....	36
3.7.3	Le fonctionnement .....	36
3.7.4	L'activité .....	37
3.8	L'accès à l'exercice d'un culte.....	37
3.9	La communication avec l'extérieur .....	39
3.9.1	La télévision.....	39
3.9.2	Les visites.....	39
3.9.3	Le téléphone.....	39
3.9.4	Le courrier .....	40
3.9.5	L'informatique .....	40
3.10	La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.....	41
3.11	Le traitement des plaintes et réclamations .....	42
3.12	Les associations de patients et de leurs familles.....	42
	<b>4 Les conditions d'hospitalisation .....</b>	<b>44</b>
4.1	Éléments communs à tous les secteurs.....	44
4.1.1	La restauration .....	44
4.1.2	L'hygiène .....	48
4.1.3	La blanchisserie.....	49
4.1.4	Les activités.....	50
4.1.5	Le service des transports.....	52
4.1.6	Les instances.....	53
4.2	L'hospitalisation à temps plein.....	54
4.2.1	L'hospitalisation au secteur 14 G 02 (Caen Est) .....	54
4.2.2	L'hospitalisation au secteur 14 G 03 (Caen Sud) .....	72
4.2.3	L'hospitalisation au secteur 14 G 04 (Caen Ouest).....	82
4.2.4	L'hospitalisation au secteur 14 G 09 (Caen Plaine).....	105
4.3	Le recours à l'isolement et à la contention .....	117
4.4	L'hospitalisation des personnes dans le cadre de l'article D. 398 du code de procédure pénale.....	120
4.4.1	Le nombre de patients détenus .....	120
4.4.2	Les conditions de séjour des patients détenus .....	120
	<b>5 les soins somatiques.....</b>	<b>122</b>
5.1	La médecine générale.....	123
5.1.2	Les locaux .....	123
5.1.2	Le personnel .....	123
5.1.3	L'activité.....	123
5.2	La pharmacie.....	124
5.2.1	Le personnel .....	124
5.2.2	L'activité.....	124

5.3	Le laboratoire.....	125
5.3.1	Les personnels.....	125
5.3.2	L'activité.....	125
5.4	Le cabinet dentaire .....	125
5.5	La continuité des soins.....	125
5.5.1	Les gardes de soins somatiques .....	125
5.5.2	Les gardes de soins psychiatriques.....	126
5.5.3	Les astreintes de pharmacie et de biologie .....	126
5.5.4	L'activité induite par la continuité des soins .....	126
<b>6</b>	<b>Les conditions de vie au travail .....</b>	<b>126</b>
6.1	Les conditions de travail et le dialogue social .....	126
6.2	Les événements indésirables et les violences .....	127
6.3	Le travail de nuit.....	129
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>130</b>