
COMMISSION DEPARTEMENTALE
DES SOINS PSYCHIATRIQUES
DES HAUTS-DE-SEINE
RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉ 2022

Agence Régionale de Santé – Délégation Départementale
des Hauts-de-Seine – Service Régional des soins psychiatriques sans
consentement

Secrétariat de la CDSP Immeuble City Life 28 allée d'Aquitaine
CS 202636 92016 NANTERRE CEDEX

TABLE DES MATIERES

.....	1
Introduction	4
Chapitre 1. Impact de la crise hospitalière	5
I. Levée progressive des restrictions des activités et des échanges des patients avec l'extérieur	5
II. Difficultés de recrutement.....	6
III. Tension sur la capacité d'hébergement	8
IV. Tension sur les services d'accueil d'urgence (SAU)	9
Chapitre 2. Le respect des droits fondamentaux et de la dignité	10
I. Améliorer la connaissance des droits des patients	10
Recommandation nouvelle 1 : S'assurer que l'ensemble des pièces exigées par la procédure des SSC sont dûment complétées et validées. En particulier l'ensemble des pièces (arrêté du préfet, décision du chef d'établissement, certificats médicaux) justifiant l'hospitalisation sans consentement doivent être remises au patient lors de sa notification.	11
II. Respect de la dignité des patients	11
Recommandation nouvelle 2 : Intégrer dans le futur schéma directeur immobilier de l'hôpital Louis Mourier de Colombes les investissements nécessaires à la réhabilitation et à l'humanisation du service de psychiatrie (accès direct à l'air libre, salles d'eau, installation de mains courantes, transformation des chambres doubles en chambres individuelles, etc.).....	12
Recommandation nouvelle 3 : en vue de garantir aux patients placés à l'isolement des conditions dignes et l'accès à des installations sanitaires respectant leur intimité, remédier dès que possible au caractère carcéral, délabré ou inconfortable de nombreuses chambres d'isolement. Réaliser une mesure de ventilation de chaque chambre d'isolement afin de vérifier qu'elle respecte les dispositions du règlement sanitaire départemental.	13
Recommandation nouvelle 4 : Intégrer dans le schéma directeur immobilier (SDI) du Groupe Hospitalier Paul Guiraud l'objectif de relocaliser les chambres d'isolement, afin de prendre en charge les patients placés à l'isolement directement dans l'établissement où ils sont hospitalisés	14
Recommandation nouvelle 5 : Inscrire prioritairement les « descentes » (sortie de l'unité fermée du second étage pour accéder aux espaces extérieurs dans l'enceinte de l'hôpital Louis Mourier et au-delà) dans le respect du droit d'aller et venir librement et d'accéder à l'air libre, et non seulement pour permettre l'usage du tabac	15
F) Activités thérapeutiques et occupationnelles intégrées au projet de soins.....	16
Recommandation nouvelle 6 : Calibrer la dotation en personnel afin d'encadrer les activités thérapeutiques, occupationnelles et de détente, en particulier à l'extérieur, en priorité par les patients des unités fermées	17
III. Le droit à la vie privée.....	17
Recommandation nouvelle 7 : La Commission invite tous les établissements à mettre en place des règles d'accès au téléphone portable et à Internet permettant aux personnes en SSC de continuer de jouir de ce qui est aujourd'hui considéré comme un droit fondamental d'accès à la citoyenneté. Les interdictions ne peuvent être prescrites que sur décision médicale individuelle et motivée.	17
Chapitre 3 : Evolution du nombre de patients admis en SSC	18
I. Le nombre des hospitalisations complètes	19
II. Le nombre des patients admis en soins sans consentement (SSC)	19
III. Les modes légaux de SSC : admissions en SDT	19
IV. Les modes légaux de SSC : admissions en SPI	20

V. Les modes légaux de SSC : admissions en SDRE	20
Recommandation nouvelle 8 : La qualité des soins des patients hospitalisés en SPDRE, comprenant une évaluation clinique et sociale de leur autonomie lors des sorties de courte durée, ne saurait se voir dégradée par des refus préfectoraux systématiques.	21
Recommandation nouvelle 9 : Le certificat médical est un acte horodaté et signé par son rédacteur, qui constate ou interprète les symptômes cliniques et les examens paracliniques, présentés par un patient, dans un but justifié et établi à la demande de celui-ci ou à celle d'une autorité publique habilitée. Le médecin ne peut établir de certificat et faire constat que de faits qu'il a personnellement et cliniquement constatés, à l'instant de l'examen, sans pouvoir se prononcer sur leur évolution à court, moyen ou long terme, s'agissant notamment de la seule dangerosité psychiatrique et non sociale, qu'il n'a pas compétence à décrire.	21
VI. Conclusion de ce chapitre	21
Recommandation nouvelle 10 : La Commission encourage les établissements à explorer, avec les collectivités locales ayant créé des CLSM, la possibilité de développer les pratiques d'aller-vers dont l'un des résultats prouvés est la réduction des besoins en hospitalisation complète.	22
VII. L'attention à porter aux programmes de soins	23
Recommandation nouvelle 11 : La Commission invite les établissements à poursuivre les travaux de réorganisation des parcours de soins des patients en sorte de mettre fin aux risques de rupture de soins.	24
VIII. Des durées de maintien en SSC jugées préoccupantes	24
Recommandation nouvelle 12 : La Commission invite les établissements à respecter scrupuleusement l'obligation de convoquer chaque année le collège médical chargé d'évaluer l'opportunité de maintien des soins en faveur des patients admis en SDDE (Art L3212-7 du CSP), qu'ils soient accueillis en hospitalisation complète ou suivis en programme de soins.	25
IX. Dematéralisation du livre de la loi	26
Recommandation nouvelle 13 : Accélérer la mise en place d'un logiciel dédié tel que Panipsy, afin d'automatiser et de fiabiliser l'ensemble du suivi administratif de la gestion des SSC.	26
Chapitre 4 : Contrôle des pratiques d'isolement et de contention	26
I. La fréquence du recours à l'isolement et à la contention	27
II. La tenue du registre, outil central de la politique de réduction	31
Recommandation nouvelle 14 : Développer un script informatique pour fiabiliser les remontées automatiques des mesures d'isolement et de contention, afin de corriger les incompatibilités, les périodes de chevauchement, les doublons et les espacements entre les décisions au sein d'une même mesure, source de périodes d'ambiguïté.	32
III. Nouvelles dispositions issues de l'article 84 de la loi du 14 décembre 2020	32
Recommandation nouvelle 15 : Compléter le registre de l'isolement par l'âge et la modalité d'hospitalisation des patients concernés, et respecter les nouvelles dispositions de l'article L3222-5-1 du CSP, qui stipulent d'entrée « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. »	33
Recommandation nouvelle 16 : L'isolement psychiatrique d'un enfant ou d'un adolescent doit être évité par tout moyen ; cette pratique ne doit en aucun cas pallier l'absence de structure d'accueil adaptée à son âge	34
Recommandation nouvelle 17 : La Commission continuera d'être vigilante sur le respect des principes de maintien à disposition du malade provisoirement admis en chambre d'isolement de son lit en chambre banalisée, et d'interdiction des placements en isolement de malades que leur état médical ne justifie pas par manque de lits d'hébergement, tout en étant consciente de la difficulté de le respecter dans un contexte de saturation globale des capacités d'hospitalisation lié à l'organisation des soins où l'aller-vers demeure marginal.	34
IV. Des politiques de réduction ont-elles été définies ?	35

Recommandation nouvelle 18 : La Commission demande à tous les établissements qui ne lui ont pas remis copie de leurs protocoles d'isolement et de contention actualisés de le faire. Elle demande aux établissements qui ne l'ont pas encore fait de procéder à des audits de leurs pratiques d'isolement et de contention, incluant l'utilisation du registre, allant au-delà des aspects formels pour s'interroger sur leur bien fondé.....	35
Recommandation nouvelle 19 : La Commission salue les premières initiatives portant sur la formation des personnels et l'organisation de la prise en charge visant à répondre à l'objectif de réduction des pratiques d'isolement et de contention, et espère qu'elles aboutiront rapidement à l'inversion de la tendance observée dans la plupart des établissements d'une augmentation de l'usage de l'isolement.	36
V. L'instauration d'un recours effectif contre les mesures d'isolement et de contention	36
Recommandation nouvelle 20 : Associer la CDSP aux temps d'échange entre établissements, JLD et ARS, comme prévu par l'instruction de la DGOS du 29 avril 2021 relative aux mesures d'isolement et de contention.....	38
Chapitre 5. Etat de la démocratie sanitaire, évaluée en termes de transparence.....	38
I. La transparence progresse-t-elle ?	38
Recommandation nouvelle 21 : Transmettre pour avis les rapports annuels sur les pratiques d'isolement et de contention à la CDU et au conseil de surveillance de chaque établissement, ainsi qu'à l'ARS et à la CDSP, au plus tard le 30 juin de chaque année suivante.	38
Recommandation nouvelle 22 : Compléter le rapport annuel 2021 du Groupe Hospitalier Paul Guiraud rendant compte des pratiques d'isolement et de contention (comme dans les précédents rapports annuels) par la segmentation des principaux éléments quantitatifs des services de psychiatrie générale, afin de distinguer les deux établissements de Clamart et Villejuif (nombre de mesures, nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure, durée moyenne des mesures).....	39
Analyser ces éléments rapportés aux seuls patients en soins sans consentement,.....	39
Compléter les autres paramètres qui font défaut dans ce rapport annuel, tels que la durée maximale des mesures et le pourcentage de patients en SSC ayant fait l'objet d'une mesure.....	39
Recommandation nouvelle 23 : Redoubler d'effort au sein de l'ARS, afin de compléter le recrutement de la CDSP par la désignation par le préfet du médecin généraliste destiné à remplacer le dernier titulaire, démissionnaire depuis janvier 2020, ainsi que du médecin psychiatre à désigner par le procureur général près la Cour d'appel (en intégrant dans la mesure du possible un suppléant pour chaque membre de la Commission).....	39
Recommandation nouvelle 24 : Sans préjudice de l'obligation faite au maire de la commune de visiter au moins une fois par an les établissements de santé chargés d'assurer les SSC, il serait souhaitable pour l'édification des élus visés par le CSP qu'ils s'emparent de leur droit de visite des établissements chargés d'assurer ces soins.	39
II. La qualité du dialogue avec les directions d'établissements a-t-elle progressé ?	39
Recommandation nouvelle 25 : La Commission réitère sa demande, adressée à l'ARS, que celle-ci fasse appliquer par l'établissement de santé mentale MGEN de Rueil-Malmaison ses obligations de répondre aux demandes d'information formulées par la commission en particulier dans le cadre de son questionnaire de pré-visite	40
Conclusion :	40
Annexe 1 : Composition de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques des Hauts de Seine	40
Annexe 2 : Compétences de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques	41
Annexe 3 : Organisation de la psychiatrie publique dans les Hauts de Seine	42

INTRODUCTION

La Commission départementale des soins psychiatriques des Hauts de Seine, instituée par la loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 5 juillet 2011, est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement (SSC), au regard du respect

des libertés individuelles et de la dignité des personnes. L'annexe 1 du présent rapport précise sa composition et l'annexe 2 détaille ses compétences.

Ce rapport d'activité, organisé autour de cinq axes, reviendra sur l'impact de la crise hospitalière, le respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients, l'évolution quantitative des SSC, la poursuite de l'objectif de réduction du recours à l'isolement et à la contention, et enfin sur l'état de la démocratie sanitaire, vue à travers l'un de ses piliers que constitue la CDSP.

La Commission remercie les établissements pour la qualité de leur accueil et la disponibilité de leurs responsables. C'est dans cet esprit de dialogue qu'elle propose ou rappelle les recommandations suivantes, qui ne sont pas exclusives des autres recommandations formulées dans les précédents rapports annuels d'activité, dans la mesure où elles n'auraient pas pu être mises en œuvre.

Cette édition 2022 est basée sur les données statistiques réunies tant par la commission que par l'Agence régionale de santé auprès des établissements, dont les efforts n'ont pas toujours permis de collecter toutes les données sollicitées et pas toujours selon les mêmes références calendaires.

CHAPITRE 1. IMPACT DE LA CRISE HOSPITALIERE

La Commission a pu visiter deux fois en 2022, dans le respect des règles sanitaires, chacun des six établissements habilités à recevoir des patients admis en SSC dans le département, à l'exception de l'hôpital Louis Mourier dont la seconde visite a été repoussée au 18 janvier 2023 :

Hôpital Max Fourestier, Nanterre	23 février et 21 septembre
Hôpital Corentin Celton, Issy les Moulineaux	9 mars et 5 octobre
ESM MGEN, Rueil-Malmaison	6 avril et 9 novembre
CHS Érasme, Antony,	11 mai et 30 novembre
Hôpital Louis Mourier, Colombes	8 juin
CHS Paul Guiraud, Clamart	19 janvier et 22 juin

I. LEVEE PROGRESSIVE DES RESTRICTIONS DES ACTIVITES ET DES ECHANGES DES PATIENTS AVEC L'EXTÉRIEUR

En général, après la sortie du troisième confinement national le 3 mai 2021, les refus systématiques des permissions de sortie et les restrictions aux visites ont pu être progressivement levés

Notre recommandation précédente était : *Recommandation 1* : « Etudier tous les moyens d'autoriser à nouveau les visites aux patients et d'étendre les jours de visite à 7 jours sur 7, si nécessaire à l'extérieur de l'unité mais dans l'enceinte de l'hôpital »

La situation s'est progressivement régularisée dans le courant du premier semestre.

(Extraits de rapports de visite)

Paul Guiraud : La recrudescence de la pandémie a vu 80 patients contaminés sur le total des onze secteurs du groupe hospitalier Paul Guiraud (GHPG), dont une trentaine au pic des contaminations pour les quatre secteurs de Clamart. Les patients positifs prennent leur repas en chambre individuelle. L'établissement n'impose plus de quarantaine à l'admission des patients, et il a assoupli l'encadrement des visites. Les médecins somaticiens relancent régulièrement les patients non vaccinés. Les gestes barrière sont diversement respectés par les patients.

Louis Mourier : aucun cas n'ayant été déclaré dans le service avant la troisième vague de mars 2021, les visites et les activités ont pu reprendre un cours normal.

II. DIFFICULTES DE RECRUTEMENT

A) EN GENERAL

Le diagnostic sur l'état de la psychiatrie publique a été réalisé en septembre 2021 lors des assises de la santé mentale : un manque d'anticipation a généré la situation actuelle de désaffection. La psychiatrie est le parent pauvre d'un système hospitalier lui-même en crise : « nous sommes à l'os », or « La psychiatrie c'est de l'humain »

Les départs non remplacés accentuent les difficultés liées au sous-effectif, et entraînent une fuite vers le secteur privé. Les jeunes générations sont plus sensibles à l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée.

Au prix d'un surcoût, les établissements font appel dans l'ordre aux heures supplémentaires, à des vacataires et intérimaires pour combler les trous dans leur effectif, mais cette instabilité entraîne une perte de repère des patients.

B) MEDECINS

L'effectif reste en tension en conséquence du manque d'attractivité de la psychiatrie de secteur auprès des jeunes professionnels, pour des raisons pécuniaires et de qualité de vie au travail.

La fuite des médecins des établissements de santé mentale s'explique par la lourdeur excessive de la gestion des SSC, la rédaction des certificats médicaux, l'encadrement du recours à l'isolement et à la contention, la volatilité des plannings, exercés aux dépens de la relation avec les patients.

Cette relation est également rendue difficile par l'évolution des attitudes marquée par exemple par le non-respect des rendez-vous au CMP, y compris par les patients suivis en programme de soins.

Des médecins diplômés en dehors de l'union européenne sont intégrés comme « faisant fonction d'interne », mais ils réclament logiquement un accompagnement adapté car ils n'ont pas accès par exemple aux dispositifs sociaux tels que l'APL.

La démographie des psychiatres libéraux accuse également de nombreux départs à la retraite non remplacés, ce qui accentue la pression sur les CMP.

C) IDE

Le Ségur de la santé doit être amplifié pour répondre au déficit d'attractivité à l'origine des postes vacants. Les écoles d'infirmier(e)s diplômés d'état (IDE) font le plein en Ile de France, mais depuis l'abandon du concours et l'accès aux IFSI sur Parcours Sup, la perte en ligne des étudiants serait d'un tiers chacune des deux premières années d'études (ce qui obère également la formation d'aide-soignant).

Un tiers des élèves inscrits en IFSI ne sont pas diplômés (avec dès janvier des décrocheurs récemment issus de Parcours Sup) et ceux qui le sont refusent parfois un poste. Le nouveau format des études supérieures LMD (licence-master-doctorat) conduit d'autres étudiants infirmiers à enchaîner sur un master et à ne jamais exercer dans cette activité.

Il faudra trois ou quatre promotions pour que la situation se régularise d'ici au mieux 2024.

Dans les IFSI (comme à l'issue de l'internat pour les médecins), la psychiatrie est moins attractive que d'autres spécialités telles les soins intensifs en réanimation. Les modules dédiés et les stages en psychiatrie ont disparu du cursus, de même que la présence des professionnels du secteur sur les salons étudiants.

Dans ce contexte tendu, préserver l'intérêt du patient est difficile, d'autant que les anciens servant de référents aux plus jeunes infirmiers quittent la profession.

Dans le cadre de son plan « Ressources Humaines en Santé », l'ARS Île-de-France a mis en place depuis 2020 le dispositif de Contrat d'Allocation d'Études (CAE), afin de permettre aux établissements de santé de recruter du personnel qualifié sur des professions en forte demande et fidéliser les étudiants franciliens.

Le palliatif de l'intérim est coûteux et préjudiciable à la continuité des soins. Mais l'intérim est privilégié par le personnel non médical, en raison de la variété des missions et de la possibilité d'échapper aux conflits locaux au travail.

D) AIDES SOIGNANTS

En revanche, pratiquement aucune difficulté de recrutement n'est recensée sur le front des aides-soignants. Ils sont moins mobiles (maintien dans l'emploi durant 10 à 15 ans), en raison soit d'une moindre qualification, soit d'un accès plus aisé au logement social.

La position d'aide-soignant reste attractive, et fait l'objet de nombreuses candidatures présentant de bons profils, soit de jeunes diplômés, soit de personnes disposant déjà d'un panel d'expériences.

Louis Mourier : Par rapport à l'effectif budgété, les postes vacants seraient de deux médecins (10%), deux cadres de santé (66%), six IDE (19% de l'effectif hospitalier), deux secrétaires (20%), et un ergothérapeute (le seul budgété) ; il n'y a pas de poste vacant chez les aides-soignants.

Paul Guiraud : 23 postes d'IDE sont vacants sur une dotation de 68 en intra hospitalier (34%) ; 6 postes d'aides-soignants sont vacants sur une dotation de 72 (8%) ; trois sont en cours de recrutement ; 4 postes de médecins à mi-temps sont vacants, soit un par secteur pour une dotation de 4 à 5 (10%).

Max Fourestier : 9 postes de médecins sur 18 budgétés sont vacants (50%), un cadre de santé sur cinq (20%), 13 postes d'IDE sur une dotation de 72 (18%), une assistante sociale sur 4 (25%) ; L'arrivée d'un nouvel ergothérapeute au 1^o mars laisse encore deux postes vacants (66%) ; De même, deux postes de psychomotricien sur trois sont vacants (66%) ; Tous les postes d'aide soignants sont pourvus.

Corentin Celton : par rapport à l'effectif médical théorique, un poste d'ASH est vacant, alors que la dotation d'internes est doublée de 4 à 8, ce qui conduit au total à 12 postes occupés pour 9 postes théoriques

Un poste de cadre de santé sur 3 est vacant ; les postes d'assistante sociale (3) et de secrétaires (2) sont tous pourvus

Pour les infirmières à temps plein : En unité de soins intensifs A, le nombre théorique est de 16 postes (11 de jour et 5 de nuit). Lors de cette visite 6 postes de jours et 2 postes de nuit sont occupés.

En unité de soins intensifs B : le nombre théorique est de 11 postes (8 de jour et 3 de nuit) Actuellement 7 postes de jour sont occupés et les 3 postes de nuit sont pourvus.

Concernant les aides-soignants, l'effectif est complet sur les deux unités.

MGEN : Seulement cinq médecins sont aujourd'hui titulaires d'un CDI pour une dotation de 17 médecins (hors directeur médical). Le directeur médical assume par intérim la fonction de médecin chef de service. L'établissement ne compte plus qu'un seul interne.

La situation des IDE « n'est pas pire » que celle des médecins.

CHS Erasme d'Antony : par rapport à l'effectif théorique, on relève 12 postes de médecins vacants (41%), 4 cadres de santé (30%), 16 IDE (13%) et un psychologue (10%).

Les aides-soignants et les assistantes sociales sont en excédent de trois postes chacun, mais le déficit net total atteint 45 postes, soit 17% de l'effectif budgété

III. TENSION SUR LA CAPACITE D'HEBERGEMENT

La cellule d'appui à la recherche de lits en psychiatrie est à nouveau ouverte depuis le mois d'avril 2022 au sein du GHU Paris Psy neurosciences. Une telle cellule avait donné satisfaction l'an dernier pour les urgences psychiatriques.

Louis Mourier : L'établissement a dû fermer 8 lits de l'unité intersectorielle d'addictologie et 9 lits sur 27 dans l'unité ouverte, après un arbitrage qui a permis de rouvrir les 9 lits de l'unité intersectorielle de périnatalité et jeunes adultes (UPAJ). Ces 17 lits fermés représentent 30% des 57 lits d'hébergement adultes (hors 4 chambres d'isolement). L'UPAJ risque cependant d'être à nouveau fermée cet été en raison des départs en congé.

Paul Guiraud : Le sous-effectif avait déjà conduit à fermer 77 lits pour le GHPG, soit 20% de la capacité ; 100 lits pourraient être fermés cet été.

L'établissement de Clamart prévoit de « fermer » provisoirement cet été l'unité ouverte Fernand Léger (18 lits) et 3 chambres d'isolement, et de solliciter les autres unités et la clinique des Pervenches à Fontenay aux roses pour passer ce cap.

Max Fourestier : la réorganisation des 67 lits d'hébergement répartis en quatre unités d'hospitalisation va aboutir à 51 lits d'hébergement répartis en trois unités. Cette réorganisation s'est effectuée en décembre dernier à l'occasion du changement de direction du pôle. Les 51 lits d'hébergement sont maintenant organisés selon 3 unités intersectorielles :

-l'unité fermée de 15 lits (dont 4 chambres d'isolement) dédiée aux cas aigus

-une unité ouverte de 22 lits dédiée à la stabilisation

-une unité ouverte de 18 lits dédiée à la consolidation et à la préparation aux projets de sortie d'hospitalisation

Il s'agit donc d'une réduction de 16 lits d'hébergement (24%). Pour deux secteurs d'une population d'environ 170,000 habitants, c'est une option volontariste pour donner la priorité à la prise en charge ambulatoire

Corentin Celton : L'unité intersectorielle de psychiatrie du sujet âgé de 20 lits qui était fermée faute d'effectif suffisant (soit 29% des lits du DMU) a pu être ouverte à 50% à compter de septembre. Elle est complète au jour de la visite. Le CATTP est actuellement fermé.

MGEN : Les travaux de mise en place des dispositifs de désenfumage débutés en mai 2021 se poursuivent dans la résidence jusqu'en avril 2022. Il s'ensuit la fermeture de 22 lits sur un total de 58, et d'importantes nuisances, avec une rotation plus importante des patients

Début 2023, la résidence sera à nouveau ouverte, pour permettre les travaux d'embellissement de la clinique et le gain net de deux ou trois lits.

Erasme : la situation de sous-effectif reste compliquée sinon catastrophique. En psychiatrie adultes, elle a entraîné en octobre la fermeture des 13 lits d'une aile de l'unité intersectorielle de réinsertion (UIR).

IV. TENSION SUR LES SERVICES D'ACCUEIL D'URGENCE (SAU)

Louis Mourier : Un budget spécifique au SAU couvrira 6 postes d'IDE à temps plein et un poste de médecin psychiatre.

Paul Guiraud : l'établissement assure par convention les permanences psychiatriques de l'hôpital Antoine Béclère à part égale avec Érasme, ce qui rend difficiles la gestion et la définition des responsabilités. Ce SAU a lancé un plan de travaux de deux années, qui va encore augmenter la pression sur les médecins urgentistes de Béclère et le recours aux brancards disposés dans les couloirs.

Max Fourestier : L'établissement serait aujourd'hui complet, d'autant qu'il est aussi le SAU de référence pour les neuf communes avoisinantes. Le plateau technique du SAU doté d'un psychiatre de garde est disponible à tout moment. Un SAU tel que celui de Nanterre est parfois conduit à garder jusqu'à 72 heures un patient sur un brancard, si nécessaire sédaté ou placé sous contention.

Corentin Celton : le centre d'accueil permanent et de soins (CAPS) tout comme les urgences de l'Hôpital Européen Georges Pompidou a mobilisé des psychiatres de l'APHP pour rédiger les certificats médicaux nécessaires aux admissions.

Erasmus : L'établissement déplore la fin des gardes de nuit en psychiatrie auprès du SAU de l'hôpital Béchère, « faute de combattants » pour remplir le tableau de garde. Cette situation va obérer les relations confraternelles privilégiées avec ce SAU de proximité.

CHAPITRE 2. LE RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX ET DE LA DIGNITE

La Commission a souhaité, tout au long de l'exercice de sa mission, partager avec ses interlocuteurs le sens qu'elle donnait à l'article L 3222-5 du code de santé publique la définissant comme « chargée d'examiner la situation des personnes admises en SSC au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes ».

I. AMELIORER LA CONNAISSANCE DES DROITS DES PATIENTS

Notre recommandation précédente était : *Recommandation 2* : « La Commission réitère sa demande que tous les documents d'information sur les droits des patients soient expurgés des erreurs et omissions qu'ils contiennent et soient réécrits afin de mettre les usagers en mesure d'exercer leurs droits »

Les établissements relèvent une tendance récente à la suite des dernières évolutions législatives à une hausse de la fréquence des mains-levées décidées par le JLD, en particulier lors des audiences à douze jours, parfois déboutées en cour d'appel.

Max Fourestier : L'établissement veut développer la fonction de « patient porte-parole » en vue d'encourager auprès des patients l'autonomie, la capacité relationnelle et la prise de distance, en ligne avec le CCOMS (centre collaborateur de l'OMS) de Lille dont il est l'un des 37 établissements affiliés. Il va participer à une mission d'évaluation des Quality Rights, qui mettent l'accent sur un état d'esprit d'ouverture et de progrès, en ligne avec le CCOMS

Corentin Celton : La commission avait mis en cause la position de l'établissement sur l'opportunité de communiquer l'identité du tiers demandeur au patient admis en SDT dans l'attestation de remise au patient d'une décision relative à des SDDE

En effet, l'APHP suit l'avis de la CADA, qui précisait dans un conseil du 5 avril 2018, que « la commission rappelle sa position constante selon laquelle la personne hospitalisée ne saurait avoir accès à la demande d'hospitalisation du tiers, dès lors que la divulgation de son identité est de nature à lui porter préjudice, et ce nonobstant la circonstance que l'identité et l'adresse

du tiers ayant sollicité l'hospitalisation sont au nombre des informations pouvant être portées, dans le cadre de la procédure devant le juge de la liberté et de la détention, à la connaissance de la personne qui fait l'objet de soins psychiatriques ».

La CADA effectue traditionnellement une distinction entre les documents à caractère administratif et les documents à caractère juridictionnel pour apprécier les éléments qui peuvent être ou non transmis. Un équilibre tente d'être trouvé entre les droits des patients et les droits des tiers.

Cet avis de la CADA s'inscrit cependant dans un créneau doublement restreint par l'existence d'un risque de préjudice objectif d'une part, et par la saisine du JLD dans les huit jours de l'admission en SSC d'autre part. L'avis de la CADA ne permet donc pas de justifier une position systématique de refus de communiquer l'identité du tiers.

In fine le patient pourra avoir accès à l'information, notamment par le biais de son avocat, dans le cadre de la procédure devant le JLD. L'établissement a la responsabilité de veiller au respect des exigences légales : si le tiers n'est pas un membre de la famille, ni le tuteur ou le curateur, il convient de préciser clairement la nature des relations qui lui donne qualité pour demander cette hospitalisation.

Le tiers est convoqué à l'audience chez le JLD dans les douze jours de l'admission. La **connaissance par le patient de l'identité du tiers demandeur est une nécessité** pour que le patient (ou son avocat) puisse le cas échéant contester la régularité de la décision (qualité du tiers demandeur conforme à ce qu'impose la loi). **Le caractère contradictoire de la procédure** devant le JLD impose que toutes les pièces en possession du JLD soit préalablement communiquées à chacune des parties

MGEN : Livret d'accueil du patient en santé mentale : Il s'agit d'un dossier comprenant en fait deux livrets d'accueil, ainsi que des fiches ad hoc sur différents sujets particuliers. Le premier livret d'accueil est commun à tous les établissements de santé mentale de la MGEN. Le second est propre à l'établissement. Cet ensemble fait donc également office de règlement intérieur de l'établissement

Erasme : Les mains levées des mesures d'hospitalisation sans consentement sont déjà douze en 2022.. Des réunions régulières avec les cadres de santé, le chef de pôle et la responsable des admissions ont pour but d'améliorer les pratiques à la suite de ces mainlevées. Un tableau de bord des décisions de levée des mesures sera renseigné.

Bonne pratique : à l'occasion des auditions de patients dans leur unité d'hébergement, la commission a pu observer une affiche bien en vue, invitant les patients à qui n'aurait pas été remis le livret d'accueil à le réclamer auprès de l'équipe soignante

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 1 : S'ASSURER QUE L'ENSEMBLE DES PIÈCES EXIGÉES PAR LA PROCÉDURE DES SSC SONT DUMENT COMPLÉTÉES ET VALIDÉES. EN PARTICULIER L'ENSEMBLE DES PIÈCES (ARRÊTÉ DU PRÉFET, DÉCISION DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT, CERTIFICATS MÉDICAUX) JUSTIFIANT L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT DOIVENT ÊTRE REMISES AU PATIENT LORS DE SA NOTIFICATION.

II. RESPECT DE LA DIGNITÉ DES PATIENTS

Notre recommandation précédente était : *Recommandation 2* : « Intégrer dans le futur schéma directeur immobilier de l'hôpital Louis Mourier de Colombes les investissements nécessaires à la réhabilitation et à l'humanisation du service de psychiatrie (accès direct à l'air libre, salles d'eau, installation de mains courantes, transformation des chambres doubles en chambres individuelles, etc.) »

Louis Mourier : L'établissement précise que la situation générale du GHU réclame d'importants investissements dans les sites à vocation pérenne tels que Louis Mourier (étanchéité, sécurité incendie). A moyen terme, la situation de la psychiatrie au second étage d'un immeuble de grande hauteur sera interrogée dans le cadre du futur schéma directeur immobilier.

Max Fourestier : en raison de la pandémie, le projet architectural de rassemblement des deux établissements du groupe hospitalier a été repoussé de 2023 à 2026. Le projet a été définitivement avalisé par l'ARS cette année, et les projets d'architecte devront être déposés d'ici la fin du mois de septembre

Corentin Celton : Le duo d'artistes sélectionné par l'établissement a achevé ses fresques murales réalisées par thermocollage dans l'unité fermée, qui décorent maintenant l'ensemble des murs

MGEN : L'établissement ne compte que deux chambres doubles (une respectivement à la résidence et au premier étage de la clinique), utilisées comme chambres individuelles lors de la récente pandémie.

Erasme : Les travaux de réaménagement de L'unité d'hospitalisation pour adolescents UHADO Winnicott sont en cours de nettoyage, pour l'ouverture le 16 janvier 2023.

Le bâtiment rénové et étendu situé à l'entrée de l'établissement accueillera la structure d'hospitalisation complète de 11 lits au rez-de-chaussée, et l'extension de l'hôpital de jour au 1° étage, dont l'ouverture est cependant compliquée par la situation de l'effectif.

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 2 : INTEGRER DANS LE FUTUR SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER DE L'HOPITAL LOUIS MOURIER DE COLOMBES LES INVESTISSEMENTS NECESSAIRES A LA REHABILITATION ET A L'HUMANISATION DU SERVICE DE PSYCHIATRIE (ACCES DIRECT A L'AIR LIBRE, SALLES D'EAU, INSTALLATION DE MAINS COURANTES, TRANSFORMATION DES CHAMBRES DOUBLES EN CHAMBRES INDIVIDUELLES, ETC.)

Nous avons recommandé : *Recommandation 4* : « en vue de garantir aux patients placés à l'isolement des conditions dignes et l'accès à des installations sanitaires respectant leur intimité, remédier dès que possible au caractère carcéral, délabré ou inconfortable de nombreuses chambres d'isolement. Réaliser une mesure de ventilation de chaque chambre d'isolement afin de vérifier qu'elle respecte les dispositions du règlement sanitaire départemental. »

Corentin Celton : Le chantier de rénovation des deux chambres d'isolement s'est achevé cet été. Il a permis la mise en place d'une salle d'eau privative pour chacune des deux chambres

d'isolement afin de préserver l'intimité des patients, ainsi que le renforcement des murs, l'encastrement des aménagements à risque et un variateur d'éclairage pour moduler l'ambiance lumineuse. Ces chambres sont équipées de matelas étanche Cumbria. Un double accès depuis le sas et depuis la salle d'eau garantit la sécurité d'accès à la chambre.

Elles sont munies d'horloge installée dans le sas d'accès à la chambre et à la salle d'eau, qui indiquent le jour, l'heure et la température. Elles sont visibles de la chambre et de la salle d'eau à travers une fenêtre carrée située en face de l'horloge.

Les salles d'eau sont maintenant dédoublées et privatives ; la réalisation est particulièrement soignée, le carrelage bleu et blanc flambant neuf et l'arrivée d'eau est actionnée librement par le repérage visuel de l'utilisateur placé sous la douche.

Le plafonnier situé au-dessus du lit est commandé de l'extérieur par un variateur de couleur et d'intensité dans une gamme tamisée.

La ventilation a été revue pour se débarrasser de l'odeur perceptible lors d'une précédente visite de la commission. La peinture est rénovée

Louis Mourier : En fait, le budget relatif aux sas d'accès aux quatre chambres d'isolement s'est avéré inadapté aux règles à respecter, en particulier celle d'un double accès à la salle d'eau, depuis la chambre et depuis le sas. Cette étude technique est donc à reprendre en totalité.

Max Fourestier : Les chambres d'isolement sont précédées d'un sas où sont placées en hauteur les horloges qui marquent bien l'heure, mais dont la date n'est pas à jour dans au moins l'une d'entre elles. Elles ne sont pas visibles du patient attaché sur son lit. Les sols viennent d'être rénovés

MGEN : Changement des sanitaires pour une des chambres d'isolement, mise en place de climatisations réglables séparément. Alors qu'une chambre d'isolement est déjà conforme aux normes en vigueur, les deux chambres plus petites doivent être rénovées. Les nouvelles salles de bain sont en cours de validation. Un fournisseur est pressenti pour le carrelage et un lavabo en inox. Entre-temps, un matériel modulable monté sur roulettes doit être validé pour permettre la transformation de la chambre d'isolement en chambre d'hébergement.

Erasmus : L'établissement présente une maquette imprimée en trois dimensions, pour modéliser le remplacement d'une des deux chambres d'isolement de la micro-unité par un salon, sans impacter le jardin dédié des trois unités situées en rez-de-chaussée. Ce salon serait un exemple de lieu d'apaisement au titre des dispositifs alternatifs. Un second accès à la chambre d'isolement serait possible par la salle d'eau. Ces modifications architecturales (pour lesquelles a été obtenu un accompagnement financier) seront discutées avec les instances de l'établissement renouvelées récemment.

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 3 : EN VUE DE GARANTIR AUX PATIENTS PLACES A L'ISOLEMENT DES CONDITIONS DIGNES ET L'ACCES A DES INSTALLATIONS SANITAIRES RESPECTANT LEUR INTIMITE, REMEDIER DES

QUE POSSIBLE AU CARACTERE CARCERAL, DELABRE OU INCONFORTABLE DE NOMBREUSES CHAMBRES D'ISOLEMENT. REALISER UNE MESURE DE VENTILATION DE CHAQUE CHAMBRE D'ISOLEMENT AFIN DE VERIFIER QU'ELLE RESPECTE LES DISPOSITIONS DU REGLEMENT SANITAIRE DEPARTEMENTAL.

Nous avons également recommandé : *Recommandation 6* : « La commission invite les établissements à se rapprocher de leurs confrères d'autres départements ayant déjà mis en place une telle solution technique, afin de transposer dans leurs propres locaux une solution pour permettre aux patients sous contention de communiquer avec les soignants. »

Corentin Celton : Le dispositif initialement pensé n'est pas installable, nous pensons mettre à proximité du patient un système de sonnette. Autres solutions envisagées : détecteur de mouvement ou enregistreur vocal

Le Groupe Hospitalier Paul Guiraud explique la sur représentation de l'établissement de Clamart dans les décisions de placement à l'isolement par le fait que les patients hébergés à Villejuif sont souvent placés à l'isolement à Clamart, dont les chambres d'isolement sont considérées par le groupe comme intersectoriels.

RECOMMANDATION NOUVELLE 4 : INTEGRER DANS LE SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER (SDI) DU GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD L'OBJECTIF DE RELOCALISER LES CHAMBRES D'ISOLEMENT, AFIN DE PRENDRE EN CHARGE LES PATIENTS PLACES A L'ISOLEMENT DIRECTEMENT DANS L'ETABLISSEMENT OU ILS SONT HOSPITALISES

C) OBSERVATION DES CONDITIONS MATERIELLES DE SEJOUR

La Recommandation 6 demandait : « S'assurer de communiquer efficacement auprès des patients leur droit à être entendus par la commission lors de ses visites. Le nombre exact et l'identité des patients doivent être communiqués à la commission dès son arrivée sur le site, afin de lui permettre de programmer ces auditions en fonction des impératifs du service. »

Avant chaque visite, l'ARS transmet désormais à l'établissement pour affichage une affiche annonçant la visite de la commission, sa composition et l'énoncé de ses missions.

La commission s'attache à signaler aux établissements les « points noirs » constatés ou signalés par les patients lors de ses auditions (**41 patients rencontrés à leur demande lors de onze visites en 2022**, comparé à 57 pour douze visites en 2021).

Ceci représente une moyenne de 7 à 10 patients pour deux visites par établissement, avec une amplitude de zéro à sept patients par visite. Pour au moins 15 d'entre eux, leur admission en hospitalisation complète avait été précédé par un passage en SAU.

MGEN : Le vestiaire à disposition des patients pallie entre autres la carence des tuteurs (associatifs et libéraux) très souvent difficiles à mobiliser, « à l'exception de quelques perles »

Corentin Celton : Nous rencontrons un patient de 29 ans, qui a été admis en soins libres la veille de la visite. Il se présente en pyjama et chaussures de sport sans lacet. En fait, alors qu'il ne dispose que d'un seul tee-shirt, il s'était déshabillé avant de pratiquer le vélo d'appartement disponible dans le service. Il n'a pas pu prendre de douche pendant les 24 heures passées dans le SAU. Il en serait de même à l'hôpital, où il est resté sans serviette, shampoing, savon, dentifrice et brosse à dents.

Interrogé sur ce point précis, l'aide-soignant qui accompagnait ce patient nous informe qu'il s'agit plutôt d'un problème de communication, car les nouveaux arrivants se voit remettre (en principe systématiquement) un kit d'hygiène complet (dit kit de bienvenue)

D) LE DROIT DE DEAMBULER

La Recommandation 7 demandait : « *Inscrire prioritairement les « descentes » (sortie de l'unité fermée du second étage pour accéder aux espaces extérieurs dans l'enceinte de l'hôpital Louis Mourier et au-delà) dans le respect du droit d'aller et venir librement et d'accéder à l'air libre, et non seulement pour permettre l'usage du tabac* »

Louis Mourier : L'établissement précise que ces promenades mobilisent deux IDE sur la dotation de 4 personnes pour l'unité fermée (deux IDE et deux aides-soignants).

Paul Guiraud : La visite de l'unité Auguste Rodin a permis d'observer quelques progrès dans l'aménagement du vaste espace extérieur en jardin malgré le repos végétatif hivernal : un mur d'expression libre éphémère invite les patients à porter à la craie des inscriptions qui seront effacées à la première pluie ; des bancs et une table de pique-nique sont à la disposition des patients et de leurs proches.

La terrasse au dernier étage de l'établissement a été aménagée par des chaises longues et parasols. Malheureusement, un espace libéré par le chantier du tramway a été réutilisé par la mairie comme garage pour bus électriques

Corentin Celton : L'aménagement de la cour de détente de l'unité fermée est achevé, avec des bacs de couleur claire abritant des plantes vertes, dont certaines grimpantes pourront finir d'occulter la vue de l'immeuble résidentiel voisin, en partie déjà caché par des tôles ajourées de couleur (qui pourront être développées de part et d'autre de la cour).

Un dispositif aérien d'arrosage automatique est mis en place. La fresque décorant le mur opposé aux riverains s'est écaillée au fil du temps et devra être rafraîchie. Trois bancs de jardin sont disposés autour du gazon artificiel couvrant la moitié de la cour opposée à l'escalier desservant directement l'unité fermée. La table de ping-pong reste en place. Séparé du fond de cette cour par une grille, un jardin relativement vaste reste inexploité en raison en particulier du risque de chute en contrebas.

Dans l'attente de la rédaction du schéma directeur immobilier pour les patients de l'unité fermée de Louis Mourier en particulier, la commission maintient sa recommandation :

RECOMMANDATION NOUVELLE 5 : INSCRIRE PRIORITAIREMENT LES « DESCENTES » (SORTIE DE L'UNITE FERMEE DU SECOND ETAGE POUR ACCEDER AUX ESPACES EXTERIEURS DANS L'ENCEINTE DE L'HOPITAL LOUIS MOURIER ET AU-DELA) DANS LE RESPECT DU DROIT D'ALLER ET VENIR LIBREMENT ET D'ACCEDER A L'AIR LIBRE, ET NON SEULEMENT POUR PERMETTRE L'USAGE DU TABAC

E) LE DROIT A LA DIGNITE DES PERSONNES DETENUES HOSPITALISEES

Une précédente recommandation n°8 insistait : « *Compléter la politique démocratie sanitaire et droits des patients du groupe hospitalier CASH de Nanterre – EPS Roger Prévot, ainsi que la*

politique de limitation des mesures d'isolement, par un chapitre spécifique sur les droits des personnes détenues hospitalisées dans l'établissement »

Max Fourestier : l'établissement est responsable de l'UCSA (unité de consultation de soins ambulatoires) auprès de la maison d'arrêt de Nanterre. A ce titre, il admet également en hospitalisation complète les détenus redevables de soins intra hospitaliers au titre de l'article D398 du CPP, dans l'attente de leur transfert en UHSA (en général celle de Villejuif) pour environ un tiers des cas, ou leur retour en maison d'arrêt après stabilisation

Ces délais de transfert ont tendance à s'allonger pour atteindre trois à quatre semaines dans le premier cas, et une à trois semaines dans le second,

On relève la grande difficulté à trouver du personnel médical, même intérimaire, pour exercer en psychiatrie à la maison d'arrêt de Nanterre.

L'établissement attribue au risque d'évasion ou d'incidents le maintien en isolement de ces patients détenus. Leur pathologie peut être réactionnelle à la détention.

F) ACTIVITES THERAPEUTIQUES ET OCCUPATIONNELLES INTEGREES AU PROJET DE SOINS

La Recommandation 9 demandait : « *Calibrer la dotation en personnel afin d'encadrer les activités thérapeutiques, occupationnelles et de détente, en particulier à l'extérieur, en priorité pour les patients des unités fermées »*

Louis Mourier : Des activités occupationnelles ou à visée thérapeutiques sont proposées, un groupe de parole a lieu de façon hebdomadaire lorsque l'absence de contamination COVID le permet. Ce groupe animé par un psychologue est complété le jeudi par des entretiens individuels.

Du matériel de sport est disponible dans les trois salles communes de l'unité fermée. Deux aides-soignants sont dédiés au dessin, à la musique, au yoga, à la confection de bracelets. Le CMP est également mobilisé pour la conception et le suivi de ces activités.

Max Fourestier : l'établissement a candidaté au prix « équipes soignantes en psychiatrie » initié par la revue Santé Mentale et soutenu par la Fondation de France, qui encourage et récompense des démarches et projets de soins innovants. Il a présenté son initiative conjointe avec le théâtre des Amandiers de Nanterre, qui a mobilisé quelques comédiens pour co-animer des ateliers tous les mercredis avec l'équipe soignante.

Ce projet préparé avec un doctorant de l'université en psychologie clinique n'a finalement pas remporté de prix, mais il a impulsé une dynamique très bénéfique aux patients comme aux soignants impliqués dans cette candidature. Il est reconduit cette année et une ouverture vers le soin ambulatoire est en cours. « On n'est plus dans une vision asilaire ».

Corentin Celton : L'ergothérapeute récemment recruté prendra son poste dans le courant du mois. Deux psychomotriciens sont déjà en poste, principalement en extra hospitalier. Par ailleurs, une harpiste s'est produite à partir de juillet.

Le remplacement des jeux de société incomplets est en cours. Un effort a été fait avec la mise en place d'un baby-foot, de tables de ping-pong, la venue d'artistes. Des activités manuelles seront mises en place.

Paul Guiraud : Les activités thérapeutiques et occupationnelles intégrées au projet de soins ont pu se maintenir : Le centre d'activités physiques et sportives (CAPS) animé par un éducateur et deux psychomotriciens et rattaché à la direction des soins a obtenu le label sport et santé. Il propose de nombreuses activités sportives sur prescription médicale : football, basket-ball, VTT, équitation, marche sportive et de loisir à l'extérieur et musculation dans la salle de sport. Cette offre d'activités physiques est indispensable pour pallier les effets de la sédentarité et de l'iatrogénie générées par la chronicité, et complète l'approche diététique. Elle contribue aussi à améliorer l'image de soi. L'établissement déploie également une activité d'art thérapie.

MGEN : l'établissement a créé un quatrième poste d'animateur en activités physiques adaptées (APA), en plus des 3 ergothérapeutes. Ils sont secondés par les IDE, qui présentent souvent un cursus spécifique leur permettant une offre diversifiée d'activités. Le parc est en accès libre, à l'exception des patients placés en isolement ou de ceux assujettis à la « gestion étage » (c'est-à-dire cantonnés dans leur unité). Des activités physiques adaptées y sont régulièrement proposées.

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 6 : CALIBRER LA DOTATION EN PERSONNEL AFIN D'ENCADRER LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES, OCCUPATIONNELLES ET DE DETENTE, EN PARTICULIER A L'EXTERIEUR, EN PRIORITE PAR LES PATIENTS DES UNITES FERMEES

III. LE DROIT A LA VIE PRIVEE

La Recommandation 10 énonçait : *La Commission invite tous les établissements à mettre en place des règles d'accès au téléphone portable et à Internet permettant aux personnes en SSC de continuer de jouir de ce qui est aujourd'hui considéré comme un droit fondamental d'accès à la citoyenneté. Les interdictions ne peuvent être prescrites que sur décision médicale individuelle et motivée.*

Louis Mourier : L'établissement justifie les restrictions relatives au téléphone portable par le risque d'introduction de produits toxiques dans le service, en raison de l'existence d'un trafic actif sur la ville de Colombes. Ce trafic avait été également évoqué par le dernier magistrat désigné auprès de la commission. En revanche, ces précautions sont réservées à l'unité fermée, et cessent donc dès que les patients sont transférés dans l'unité ouverte ou qu'ils sortent d'une hospitalisation complète, ce qui en relativise la portée.

Des progrès restent donc à accomplir en général en ce qui concerne l'accès aux communications.

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 7 : LA COMMISSION INVITE TOUS LES ETABLISSEMENTS A METTRE EN PLACE DES REGLES D'ACCES AU TELEPHONE PORTABLE ET A INTERNET PERMETTANT AUX PERSONNES EN SSC DE

CONTINUER DE JOUIR DE CE QUI EST AUJOURD’HUI CONSIDERE COMME UN DROIT FONDAMENTAL D’ACCES A LA CITOYENNETE. LES INTERDICTIONS NE PEUVENT ETRE PRESCRITES QUE SUR DECISION MEDICALE INDIVIDUELLE ET MOTIVEE.

CHAPITRE 3 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS ADMIS EN SSC

Nous joignons les tableaux statistiques des hospitalisations complètes actualisés :

Établissements /Types Hospitalisation	Antony Érasme	Clamart Paul Guiraud	Colombes Louis Mourier	Issy Corentin Celton	Nanterre Max Fourestier	Rueil MGEN
Hospitalisations complètes 2020	657	969	782	303	664	697
Hospitalisations complètes 2021	754	811	582	317	597	697
Hospitalisations sans consentement 2020	314 48 %	460 47%	140 18%	149 49%	335 50%	168 24%
Hospitalisations sans consentement 2021	361 48 %	450 55%	154 26%	175 55%	307 51%	160 23%
SDRE 2020	57	37	33	2	44	36
SDRE 2021	51	53	36	6	51	36
SDT 2020	45	140	10	27	37	147
SDT 2021	70	98	6	48	30	147
SDTU 2020 % dans SSC	98 31%	95 21%	93 66%	65 44%	162 48%	49 29%
SDTU 2021 % dans SSC	107 30%	115 26%	99 64%	67 38%	141 46%	49 31%
SPPI 2020 % dans SSC	114 36%	188 41%	14 10%	55 37%	92 27%	43 26%
SPPI 2021 % dans SSC	133 37%	184 41%	13 8%	54 31%	85 28%	43 27%

Total SPPI + SDTU 2020 % dans SSC	212 68%	283 62%	107 76%	120 81%	254 76%	92 55%
Total SPPI + SDTU 2021 % dans SSC	240 66%	299 66%	112 73%	121 69%	226 74%	92 58%

I. LE NOMBRE DES HOSPITALISATIONS COMPLETES

Les données présentées dans le tableau ci-dessus doivent être tempérées par les effets de la pandémie et de la récente fermeture de lits, qui font que ces données ne sont pas strictement comparables. Le nombre de patients en hospitalisation complète dans le département s'est à nouveau réduit de 8% en 2021, après s'être réduit de la même proportion entre 2019 et 2020, en ligne avec les données nationales.

II. LE NOMBRE DES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT (SSC)

Le nombre de patients en SSC s'est à nouveau accru de 3% en 2021 pour porter leur participation de 36% du total des patients en hospitalisation complète en 2019 à 46% en 2021 (avec un minimum de 26% à Louis Mourier et un maximum de 55% à Corentin Celton et Paul Guiraud Clamart).

Dans son dernier rapport d'activité 2021, le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) rapportait une baisse de 10% du nombre de patients hospitalisés sans consentement entre l'année record 2019 et 2020 pour la France entière, sans doute en raison des effets de la pandémie. Cependant, cette dernière année montrait une hausse de 23% sur le nombre de patients de 2012.

Dans son étude de juin 2022 sur les soins sans consentement, l'IRDES relève que 26% des patients hospitalisés à temps plein en 2021 ont été pris en charge en SSC au moins une fois dans l'année.

On retrouve donc sur le département, mais **à un niveau supérieur de vingt points**, soit 77%, la tendance à une **hausse sensible du recours aux soins sans consentement**. Une première explication de cet écart est la faiblesse relative de l'offre, aussi bien intra hospitalière qu'ambulatoire, sur le département (rapport d'information relatif à l'organisation de la santé mentale par la commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale du 18 septembre 2019).

Les alternatives au secteur public : Par délégation du service public, la clinique psychiatrique d'Epinais sur Seine (93800) est habilitée à recevoir les hospitalisations sans consentement. A ce jour, c'est l'un des seuls établissements privés habilités dans la région parisienne et, à ce titre, reste la seule alternative au secteur pour ce type d'hospitalisation.

III. LES MODES LEGAUX DE SSC : ADMISSIONS EN SDT

Les admissions en SDT de droit commun (avec deux certificats médicaux) poursuivent leur régression en valeur relative de 24 à 23% du total des admissions en SSC, alors que les admissions en SDTU (un seul certificat médical qui peut être rédigé par tout médecin) sont stables à 34% du total entre 2020 et 2021, ce qui porte la participation du total des admissions en SDT et SDTU de 58% en 2020 à 57% en 2021.

Ce pourcentage se compare pour la France entière à un recul du même total (toutes admissions en SDT confondues) de 57% en 2019 à 54% en 2020 (rapport d'activité 2021 du CGLPL). Le département se situe donc sensiblement au niveau de la moyenne nationale pour ce type d'admissions.

IV. IES MODES LEGAUX DE SSC : ADMISSIONS EN SPI

Les dossiers de patients admis en SPI sont obligatoirement examinés par la commission (de même que ceux des patients dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an).

Les admissions en SPI sont le second mode d'admission par ordre d'importance : elles sont stabilisées à 30% du total en 2020 et 2021. Cette stabilisation à un niveau élevé contraste avec une progression au niveau national, de 21% du total en 2019 à 24% en 2020 (rapport d'activité 2021 du CGLPL).

V. LES MODES LEGAUX DE SSC : ADMISSIONS EN SDRE

Les admissions en SDRE progressent à peine de 12% à 13% du total des patients admis en SSC en 2020 et 2021, alors que la moyenne nationale progressait de 14% en 2019 à 15% en 2020.

Monsieur le préfet a pris **1 449 arrêtés** en 2020 dans le cadre des mesures de SDRE à comparer à **1962 en 2019 (-26%)**. Cette réduction ramène le nombre d'arrêtés en dessous de celui de 2017 (1485) après trois années de progression continue.

Les admissions des patients détenus ou sur décisions de justice sont marginales sur le département, alors qu'elles représentaient respectivement 7% et 6% des admissions nationales en SSC en 2019 et 2020. Ce contraste s'explique par l'absence sur le département de structure dédiée aux patients spécifiques (patients détenus ou considérés comme particulièrement difficiles), ainsi que par la présence d'une seule petite maison d'arrêt.

Dans le cas particulier des patients admis en SDRE, les autorisations de sortie de courte durée sont soumises par la préfecture à l'établissement de deux certificats médicaux congruents. Cette pratique constitue une atteinte aux droits du patient, en ce qu'elle n'est pas conforme à l'esprit et aux textes régissant les autorisations de sorties de courte durée, et en particulier l'article L3211-11-1 du CSP :

« Dans le cas où la mesure de soins psychiatriques a été prise en application du chapitre III du présent titre, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis favorable du psychiatre mentionné au quatrième alinéa du présent article, au plus tard quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie. Sauf opposition écrite et motivée du représentant de l'Etat dans le département, notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu. Le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire. »

Ces restrictions font l'objet d'une recommandation spécifique du CGLPL dans son rapport thématique « Soins sans consentement et droits fondamentaux » :

« Les préfets se montrent réticents à autoriser les sorties de courte durée (12 heures ou 48 heures) de certains patients faisant obstacle à la possibilité d'évaluer le comportement de ces personnes hors de l'institution. Or, ces évaluations conditionnent les possibilités ultérieures de sortie de l'hospitalisation, et il arrive même que le représentant de l'État argue de ce défaut d'évaluation pour refuser une sortie définitive. »

Sur un plan clinique, ces patients justifient d'une permission de sortie de courte durée, voire dans un second temps d'un suivi en ambulatoire avec un programme de soins permettant, le cas échéant, une réintégration en hospitalisation complète si besoin était.

Louis Mourier : La commission a relevé en particulier que de nombreuses permissions de sortie de courte durée (de moins de 12h ou 48h accompagnées par un membre de la famille du patient ont été accordées « vu l'absence d'opposition du représentant de l'état » afin de préparer sa sortie définitive. Le certificat médical précisait en l'espèce « l'évaluation de la dangerosité est compatible avec une permission à domicile »

MGEN : Une difficulté est l'exigence imposée par le représentant de l'état d'attester la non-dangerosité des patients admis en SDRE dans les demandes de permissions de sortie.

Erasmus : L'établissement déplore que les levées de mesure soient systématiquement refusées après un premier certificat médical, sous réserve de production d'un second certificat médical concordant dans les 72 heures.

Paul Guiraud : Pour les patients admis en SDRE, l'établissement doit argumenter pour chaque jour et pour chaque activité les demandes de sorties accompagnées.

Au vu d'une pression croissante des exigences sécuritaires, la commission s'efforcera à l'occasion de ses contrôles d'observer ces restrictions aux droits des patients hospitalisés en SDRE.

RECOMMANDATION NOUVELLE 8 : LA QUALITE DES SOINS DES PATIENTS HOSPITALISES EN SPDRE, COMPRENANT UNE EVALUATION CLINIQUE ET SOCIALE DE LEUR AUTONOMIE LORS DES SORTIES DE COURTE DUREE, NE SAURAIT SE VOIR DEGRADEE PAR DES REFUS PREFERATORIAUX SYSTEMATIQUES.

RECOMMANDATION NOUVELLE 9 : LE CERTIFICAT MEDICAL EST UN ACTE HORODATE ET SIGNE PAR SON REDACTEUR, QUI CONSTATE OU INTERPRETE LES SYMPTOMES CLINIQUES ET LES EXAMENS PARACLIQUES, PRESENTES PAR UN PATIENT, DANS UN BUT JUSTIFIE ET ETABLI A LA DEMANDE DE CELUI-CI OU A CELLE D'UNE AUTORITE PUBLIQUE HABILITEE. LE MEDECIN NE PEUT ETABLIR DE CERTIFICAT ET FAIRE CONSTAT QUE DE FAITS QU'IL A PERSONNELLEMENT ET CLINIQUEMENT CONSTATES, A L'INSTANT DE L'EXAMEN, SANS POUVOIR SE PRONONCER SUR LEUR EVOLUTION A COURT, MOYEN OU LONG TERME, S'AGISSANT NOTAMMENT DE LA SEULE DANGEROUSITE PSYCHIATRIQUE ET NON SOCIALE, QU'IL N'A PAS COMPETENCE A DECRIRE.

VI. CONCLUSION DE CE CHAPITRE

La Recommandation 11 était : « La Commission encourage les établissements à explorer, avec les collectivités locales ayant créé des CLSM, la possibilité de développer les pratiques d'aller-vers dont l'un des résultats prouvés est la réduction des besoins en hospitalisation complète ».

Paul Guiraud : Projet d'une plateforme de réhabilitation : elle est constituée de l'hôpital de jour de Boulogne, de l'unité mobile de remédiation cognitive et de réhabilitation psychosociale basé à l'hôpital de jour de Clamart, de l'hôpital de jour Léonard de Vinci d'Antony, de l'hôpital de jour de Suresnes, et des associations Vivre et Espérance Hauts de Seine à Suresnes.

Soins de proximité sur le secteur : l'hôpital de jour de Malakoff-Montrouge développe une approche partagée pour apporter une réponse rapide après un passage du patient au SAU, telle qu'une consultation en urgence, qui serait susceptible d'être déployée sur le pôle.

Louis Mourier : Le dispositif adolescent comprend également une équipe mobile extra hospitalière constituée de coordonnateurs de parcours (case managers), d'IDE et d'éducateurs spécialisés dans les premiers épisodes psychotiques. L'APHP a constitué pour les mineurs une communauté psychiatrique de territoire pour le nord du département, qui s'appuie également sur les établissements de Nanterre et Moisselles. Un projet a été déposé pour un centre référent et une équipe mobile régionale de périnatalité, en lien avec la pédiatrie de l'hôpital

Corentin Celton : Le pôle se félicite du délai très court pour obtenir une première consultation au CMP. Ce sont les mêmes équipes qui interviennent sans rupture sur ces deux niveaux.

MGEN : Un binôme travailleur social / IDE travaille auprès de la mairie de Rueil dans le cadre d'un projet financé par l'ARS pendant trois ans pour l'accompagnement de projet (par exemple l'obtention du permis de conduire) en contact par exemple avec le SPE (ex-Pôle Emploi) et la MDPH.

L'établissement avait fait état pour ses deux secteurs d'un délai raisonnable pour l'obtention d'un premier rendez-vous au CMP, qui peut être immédiat ou atteindre parfois un mois selon les cas. L'équipe est très réactive pour mobiliser rapidement un binôme d'accueil constitué le plus souvent d'IDE et psychologue, plus rarement d'un médecin.

L'établissement est membre actif et copilote du CLSM des deux communes qu'il dessert. Rueil Malmaison comptait déjà une cellule de veille depuis dix ans.

Erasmus : Rôle apaisant des CLSM dans l'accompagnement des patients : c'est le cas en particulier des communes de Sceaux, Antony et Suresnes (qui s'appuie également sur sa CPTS). Un projet est en discussion avec la mairie de Bourg la Reine.

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 10 : LA COMMISSION ENCOURAGE LES ETABLISSEMENTS A EXPLORER, AVEC LES COLLECTIVITES LOCALES AYANT CREE DES CLSM, LA POSSIBILITE DE DEVELOPPER LES PRATIQUES D'ALLER-VERS DONT L'UN DES RESULTATS PROUVES EST LA REDUCTION DES BESOINS EN HOSPITALISATION COMPLETE.

La Recommandation 12 était : « *La Commission invite les établissements à continuer d'exercer une grande vigilance sur l'utilisation des procédures d'exception à l'entrée en SSC que sont les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) et les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI), en particulier sur le respect des règles de rédaction des certificats médicaux initiaux lorsque ceux-ci sont rédigés par des services d'urgence extérieurs.* »

Le total des deux procédures réputées exceptionnelles (SPI et SDTU) se situe donc à un niveau devenu majoritaire, soit 64% du total en 2020 et en 2021. Les établissements doivent se conformer à l'article L 3212-1 du code de la santé publique concernant l'admission en soins psychiatrique à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, selon lequel le (premier) certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade.

La Commission constate que les admissions en Soins Psychiatriques pour Péril Imminent (SPI) et en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence (SDTU) continuent d'occuper des proportions élevées alors que ces dispositifs ont été conçus par le législateur comme d'usage exceptionnel du fait qu'ils présentent moins de garanties pour les patients, un seul certificat médical, au lieu de deux, étant requis pour ce type d'admission., rédigé par tout médecin dans le cas des SDTU, et qui ne soit pas un médecin psychiatre de l'établissement d'accueil dans le cas des SPI.

VII. L'ATTENTION A PORTER AUX PROGRAMMES DE SOINS

La Commission avait abordé la question à travers la Recommandation 13 : « *La Commission invite les établissements à poursuivre les travaux de réorganisation des parcours de soins des patients en sorte de mettre fin aux risques de rupture de soins.* »

Dans son étude de juin 2022 sur les soins sans consentement, l'IRDES relève que 41% des patients suivis en SSC en 2021 l'étaient en PDS. 45% du total des patients suivis en PDS ont fait l'objet d'une réintégration en hospitalisation complète en 2018 (guide de la HAS mars 2021).

Les programme de soins soulève de nombreuses difficultés (la nécessité pour le patient de disposer d'un domicile fixe, l'ambiguïté du cadre juridique lié à l'absence de consentement, le suivi des patients isolés non compliants, la mobilisation des équipes mobiles pour se déplacer au domicile des patients, le profil compliqué de certains patients lié aux addictions ou à leur statut juridique tel que celui des personnes reconnues irresponsables pénaux). L'articulation avec les familles, les associations et les acteurs sociaux ou médicaux de la ville est primordiale.

Louis Mourier : La proportion de patients suivis en programme de soins dans le total des patients suivis en SSC progresse de 29% en 2017 à 80% en 2021

24 patients soit 20% du total des patients suivis en PDS ont fait l'objet d'une réintégration en hospitalisation complète au cours des six derniers mois.

Paul Guiraud : De nombreux CM mensuels de suivi des PDS relèvent l'impossibilité d'examiner le patient absent sans motif à son rendez-vous, parfois pendant plus d'un an.

L'établissement nous explique qu'à la suite de ces difficultés, les patients absents à leur rendez-vous mensuel au-delà de trois mois sont l'objet d'une réintégration en hospitalisation complète

19 réintégrations en hospitalisation complète sont rapportées par l'établissement depuis le début de l'année, après 106 en 2021 (peut être en raison des effets délétères du confinement ?) et 40 en 2020.

Max Fourestier : L'établissement rapporte cinq réintégrations en hospitalisation complète à la suite d'un programme de soins au cours des huit derniers mois (16% du total des 31 patients suivis en PDS)

Corentin Celton : 19 patients ont fait l'objet d'une réintégration en hospitalisation complète entre janvier et septembre 2022 (32% des programmes de 2021),

MGEN : Cinq patients ont fait l'objet en 2022 d'une réintégration en hospitalisation complète (dont une en l'absence du patient).

Erasme : Le nombre de maintien en programme de soins est en baisse de 13% à 97 patients à la date de la visite, et la part des programmes de soins rapportée aux HTC en SSC est de 34% en 2022, Le suivi de ces PDS semble compliqué, puisque le nombre de réintégrations en hospitalisation complète s'est accru de 22 patients en 2021 à 44 en 2022.

Louis Mourier : La proportion de patients suivis en programme de soins dans le total des patients suivis en SSC progresse de 29% en 2017 à 86% en 2020. 59 patients soit 50% du total des patients suivis en PDS ont fait l'objet d'une réintégration en hospitalisation complète

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 11 : LA COMMISSION INVITE LES ETABLISSEMENTS A POURSUIVRE LES TRAVAUX DE REORGANISATION DES PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS EN SORTE DE METTRE FIN AUX RISQUES DE RUPTURE DE SOINS.

VIII. DES DUREES DE MAINTIEN EN SSC JUGEES PREOCCUPANTES

La Commission avait abordé la question à travers la Recommandation 14 : » *La Commission invite les établissements à respecter scrupuleusement l'obligation de convoquer chaque année le collège médical chargé d'évaluer l'opportunité de maintien des soins en faveur des patients admis en SDDE (Art L3212-7 du CSP), qu'ils soient accueillis en hospitalisation complète ou suivis en programme de soins.* »

Une nouvelle étude de fond sur les patients au long cours serait la bienvenue, afin d'actualiser en particulier l'étude de l'IRDES consacrée à ce sujet en 2014, qui rapportait qu'un quart des lits d'hospitalisation était occupé par les patients au long cours en psychiatrie (« L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. » Coldefy M., Nestrigue C.)

Le FAM interdépartemental de Bècheville, ouvert en septembre 2021, aurait déjà reçu 300 demandes d'admission pour 44 places d'hébergement permanent pour les personnes en situation de handicap psychique. Son démarrage reste balbutiant en raison des difficultés de recrutement.

Les patients au long cours s'expliquent par la carence de structures médico-sociales d'aval adaptées, aggravée par le moratoire des placements en Belgique acté le 28 février 2021, ainsi que par la sur représentation de patients admis en SDRE (Ce sont également les patients pour lesquels n'est pas prévue par le CSP la convocation annuelle du collège des soignants)

Paul Guiraud : 19 patients sont soignés en hospitalisation complète depuis plus d'un an (23 en janvier 2022) dont 13 admissions en SDRE (13 en janvier 2022)

46 patients sont suivis en programme de soins depuis plus d'un an (68 en janvier 2022), dont 20 admissions en SDRE (30 en janvier 2022)

Max Fourestier : Le tableau de suivi des patients en programme de soins mentionne bien la date limite de convocation annuelle du collège des soignants

19 patients sont maintenus en programme de soins depuis plus d'un an (79% du total)

9 patients sont maintenus en hospitalisation complète depuis plus d'un an : 3 en soins libres et six en SSC.

Corentin Celton : Deux patients seulement sont maintenus en hospitalisation complète depuis plus d'un an, grâce aux efforts en particulier du responsable de l'unité ouverte (ou flexible).

32 patients sont maintenus en programme de soins depuis plus d'un an (53% des 60 programmes de 2021)

MGEN : Les patients admis en SSC en hospitalisation complète depuis plus d'un an sont au nombre de 5, soit 29% des patients hospitalisés

La saisine du JLD à six mois est complétée pour tous les patients (sauf ceux en programme de soins), mais pas la convocation annuelle du collège des soignants requis pour évaluer l'opportunité du renouvellement des SSC

Les patients suivis en programme de soins depuis plus d'un an sont 21, soit 54% des patients suivis en programme de soins

Erasme : 9 patients sont maintenus en hospitalisation complète depuis plus d'un an (dont deux transférés en UMD), soit deux admissions en SDDE et sept admissions en SDRE (8% des lits resté ouverts)

47 patients sont maintenus en programme de soins depuis plus d'un an (dont deux transférés en UMD), soit 27 admissions en SDDE et 20 admissions en SDRE (48% du total)

Louis Mourier : Un seul patient est maintenu en hospitalisation complète depuis plus d'un an. 39 patients sont maintenus en PDS depuis plus d'un an, soit 57% des 69 patients maintenus en PDS.

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 12 : LA COMMISSION INVITE LES ETABLISSEMENTS A RESPECTER SCRUPULEUSEMENT L'OBLIGATION DE CONVOQUER CHAQUE ANNEE LE COLLEGE MEDICAL CHARGE D'EVALUER

IX. DEMATERIALISATION DU LIVRE DE LA LOI

La Commission avait abordé la question à travers la Recommandation 15 : » S'assurer que la consultation sur Planipsy permettra à la commission (si possible en télétravail) de vérifier la bonne tenue du registre de l'établissement, de consigner son visa et d'y faire figurer ses observations. »

Paul Guiraud : Le Groupe Hospitalier Paul Guiraud s'est assuré l'accord de principe des tribunaux de Créteil et Nanterre pour dématérialiser sur ce logiciel la tenue du livre de la Loi. Cet accord a permis le déploiement du logiciel sur les établissements du GHT (Villejuif, Clamart et Antony).

La commission a pu contrôler sur le logiciel les dossiers de patients et vérifier les informations figurant sur le registre de l'établissement. Alors que l'option du télétravail est pour l'heure exclue, la commission pourra exercer son contrôle sur place à tout moment en concertation avec l'établissement

Max Fourestier : Déploiement du logiciel Planipsy : La numérisation du livre de la loi commencera pour le GHT sud Val d'Oise nord Hauts de Seine par l'hôpital d'Argenteuil, et intégrera un suivi et des alertes automatisées sur les nombreux délais à respecter dans les différentes procédures, dont la saisine systématique du JLD du « renouvellement exceptionnel » des mesures d'isolement et de contention.

Corentin Celton : L'établissement a bénéficié d'une démonstration du logiciel Planipsy, qui lui a paru apporter un progrès dans la gestion administrative des SSC, dont le suivi des mesures d'isolement et de contention. Le siège de l'APHP a proposé qu'un test soit effectué par l'hôpital Henri Mondor auprès de l'hôpital Albert Chenevier. Ce logiciel est également utilisé à Sainte Anne.

Erasmus : Les dossiers individuels des patients sont maintenant centralisés sur logiciel Planipsy, que la commission n'a malheureusement pas eu le temps de consulter sur le poste de travail mis à disposition par l'établissement.

Une lueur d'espoir serait donc apportée par la numérisation de la gestion des SSC comme du livre de la loi. Nous reformulons donc comme suit cette recommandation :

RECOMMANDATION NOUVELLE 13 : ACCELERER LA MISE EN PLACE D'UN LOGICIEL DEDIE TEL QUE PANIPSY, AFIN D'AUTOMATISER ET DE FIABILISER L'ENSEMBLE DU SUIVI ADMINISTRATIF DE LA GESTION DES SSC.

CHAPITRE 4 : CONTROLE DES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a chargé les CDSP de la mission de contrôler le registre de l'isolement et de la contention (article L3222-5-1 du CSP). Le rôle de la CDSP dans ce domaine ne se limite d'ailleurs pas à ce contrôle, car la CDSP, officiellement destinataire du rapport annuel présenté à la CDU et au CDS des établissements, ainsi que des

statistiques concernant ces pratiques dans le département, est en mesure d'avoir une vision d'ensemble et de s'en entretenir avec les responsables des établissements.

I. LA FREQUENCE DU RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

Le département compte un ratio moyen d'une chambre d'isolement pour 16 lits d'hébergement, au-dessus du niveau national (une chambre d'isolement pour 19 lits (rapport d'activité 2019 du CGLPL), avec des extrêmes qui vont d'un espace d'isolement pour 25 lits à Corentin Celton à un pour 14 lits à Erasme et Louis Mourier.

Les chiffres repris ci-dessous sont extraits des rapports annuels 2020 et 2021 quand ils ont été communiqués à la commission (les données absentes sont indiquées NC pour non communiquées). Ces tableaux statistiques signalent globalement le maintien d'un taux important de recours à l'isolement et à la contention, en général relativement stable pour le même établissement d'une année sur l'autre, ce qui pourrait indiquer une permanence des pratiques propres à chaque établissement, et l'opportunité d'une réflexion régionale sur ce sujet.

A) MESURES D'ISOLEMENT

Établissement	Nombre de patients admis en SSC en 2020	Nombre de patients distincts isolés en 2021	Nombre de patients admis en SSC en 2021	Nombre de patients distincts isolés en 2021
Louis Mourier	140	87 62%	154	NC %
CASH Nanterre	335	133 40%	307	120 39%
Corentin Celton	149	53 36%	175	41 23%
Paul Guiraud Clamart	460	203 44%	450	NC %
MGEN	168	110 65%	160	110 69%
Érasme	314	212 66%	361	242 67%

Le nombre de patients distincts placés en isolement pour cent patients hospitalisés en SSC s'est accru au niveau du département à 54 en 2021 comparé à 50 en 2018, avec des extrêmes qui vont de 69 patients à la MGEN à 23 à Corentin Celton. Il s'agit donc de proportions élevées pour une pratique de dernier recours.

Dans son étude de juin 2022 sur les soins sans consentement, l'IRDES relève que l'isolement a concerné plus de 30% des patients hospitalisés en SSC en 2021. **Le département se situe donc vingt-quatre points (80%) au-dessus de la moyenne nationale**

Dans son rapport d'activité 2021, le CGLPL fait état d'une proportion de 19.3% des admis concernés par l'isolement, qui se compare favorablement aux 25% observés dans le département en 2021 (expliqué par la sur représentation des patients admis en SSC).

Le nombre moyen de placements en isolement par patient distinct s'est accru de 2.1 mesures en 2020 à 2.3 en 2021 au niveau du département. Les extrêmes vont de 4.5 mesures à Louis Mourier à une à la MGEN.

La durée moyenne de chaque mesure d'isolement s'est réduite au niveau du département de 7.4 jours en 2020 à 6 jours en 2021, avec des extrêmes (symétriques du nombre de mesures) qui vont de 14 jours à la MGEN à 1.2 jours à Louis Mourier.

Ces durées moyennes interpellent à la lumière tant des recommandations de la HAS (les isolements de plus de 48 heures doivent être exceptionnels) que du nouvel article 84 du 14 décembre 2020 (qui prévoyait qu'au-delà de la même limite de 48 heures « le médecin informe sans délai le JLD »).

Dans son rapport d'activité 2021, le CGLPL fait état d'une durée moyenne des mesures d'isolement de cinq jours

La durée totale moyenne passée en isolement par patient distinct s'est réduite pour le département de 15.5 jours en 2020 à 13.8 jours en 2021, avec des extrêmes qui vont de 19 jours à Erasme à 5.4 jours à Louis Mourier

Le taux d'occupation des chambres d'isolement s'est à peine réduit de 117% en 2020 à 113% en 2021 pour le département. Cette moyenne recouvre des situations différentes de 159% à Erasme à 56% à Louis Mourier. Ces taux atypiques illustrent la pratique plus ou moins développée de l'isolement en dehors des espaces dédiés (non conforme à la recommandation de bonne pratique et à ce titre réglementairement l'objet d'un suivi spécifique (pas toujours observé) dans le registre de l'isolement).

Ces données communiquées par les établissements permettent de distinguer trois cas :

- une pratique de l'isolement relativement modérée, se situant en dessous des moyennes départementales pour de nombreux indicateurs pour Max Fourestier et Corentin Celton
- une pratique en ligne avec les moyennes départementales pour Louis Mourier, la MGEN et Paul Guiraud Clamart
- une pratique relativement élevée vis à vis des moyennes départementales pour Erasme

Établissement	Nombre de patients distincts isolés en 2020	Dont nb de patients distincts contentionnés en 2020	Nombre de patients distincts isolés en 2021	Dont nb de patients distincts contentionnés en 2021
Louis Mourier	87	44 51%	NC	NC %
CASH Nanterre	133	53 40%	120	28 23%
Corentin Celton	53	16 30%	41	7 17%
Paul Guiraud Clamart	203	29 14%	NC	NC %
MGEN	110	10 9%	110	6 5%
Érasme	212	31 15%	242	31 13%

Pour cent patients placés à l'isolement, **le nombre de patients distincts placés sous contention** varie de 5 patients à la MGEN à 23 à Max Fourestier, pour une moyenne départementale qui s'est réduite de 23 patients en 2020 à 14 en 2021, Il s'agit cependant de proportions élevées pour une pratique de dernier recours.

Dans son rapport d'activité 2021, le CGLPL fait état d'une proportion de 5% des admis en hospitalisation complète (3% dans le département en 2021 : également expliqué par la sur représentation des patients admis en SSC) et 27% des patients isolés concernés par la contention.

Dans son étude de juin 2022 sur les soins sans consentement, l'IRDES relève qu'environ un tiers des patients placés à l'isolement ont été concernés par une mesure de contention en 2021, **Le département se situe donc dix-neuf points (58%) en dessous de la moyenne nationale**

La proportion de jours passés sous contention pour cent jours placés en isolement varie de 1.2 jours à la MGEN à 5.7 jours à Louis Mourier, pour une moyenne départementale qui s'est réduite pour le département de 6.3 jours en 2020 à 3.4 jours en 2021

La durée moyenne de chaque mesure de contention varie de 0.9 jour à Erasme à 3 jours à Paul Guiraud pour une moyenne départementale qui s'est réduite de 2.1 jours en 2020 à 1.6 jours en 2021. Ces durées moyennes interpellent à la lumière tant des recommandations de la HAS (les contentions de plus de 24 heures doivent être exceptionnelles) que du nouvel article 84 du 14 décembre 2020 (qui prévoyait qu'au-delà de la même limite de 24 heures « le médecin informe sans délai le JLD »).

Dans son rapport d'activité 2021, le CGLPL fait état d'une durée moyenne des mesures de contention d'une journée.

Le nombre moyen de placements en contention par patient distinct varie d'une mesure à Corentin Celton à 3.1 à Erasme. La moyenne départementale s'est accrue de 2 mesures en 2020 à 2.1 en 2021, pratiquement en ligne avec le nombre de mesures d'isolement par patient distinct.

La durée totale passée en contention par patient distinct varie de 2 jours à Max Fourestier à 6.1 jours à Paul Guiraud pour une moyenne départementale qui s'est réduite de 4.3 jours en 2020 à 3.4 jours en 2021.

Ces données permettent également de distinguer trois cas :

- une pratique de la contention relativement modérée pour de nombreux indicateurs, se situant en dessous des moyennes départementales, pour la MGEN et Corentin Celton
- une pratique en ligne avec les moyennes départementales pour Max Fourestier et Erasme
- une pratique relativement élevée vis à vis des moyennes départementales pour Paul Guiraud Clamart et Louis Mourier

Si on tente une typologie sommaire des pratiques d'isolement et de contention, on peut relever qu'aucun établissement ne cumule des indicateurs relativement élevés pour l'une et l'autre de ces deux pratiques. On observe en revanche cinq cas :

- Relativement peu d'isolement et peu de contention : Corentin Celton
- Relativement peu d'isolement et contention contrastée : Max Fourestier
- Isolement relativement contrasté et peu de contention : MGEN
- Isolement relativement contrasté et beaucoup de contention : Paul Guiraud et Louis Mourier
- Relativement beaucoup d'isolement et contention contrastée : Erasme

Il appartient aux établissements et à l'ARS d'analyser ces données (et de remettre éventuellement en question leurs pratiques), mais une hypothèse serait de distinguer les établissements qui isolent plus fréquemment des patients modérément « violents » plus nombreux (Erasme et à un degré moindre MGEN) de ceux qui isolent moins fréquemment des patients d'avantage « violents » moins nombreux, et donc plus susceptibles de relever d'une mesure de contention (Louis Mourier et Paul Guiraud Clamart), Max Fourestier occupant une position intermédiaire entre ces deux types.

Dans son rapport d'activité 2021, le CGLPL relève que l'isolement serait plus fréquent et la contention plus rare dans les hôpitaux généraux que dans les établissements spécialisés en santé mentale (on ne le vérifie pas dans le département)

II. LA TENUE DU REGISTRE, OUTIL CENTRAL DE LA POLITIQUE DE REDUCTION

En 2021, la CDSP avait conclu son bilan de la mise en œuvre de cette disposition clé par la : ***Recommandation 16*** : « Développer un script informatique pour fiabiliser les remontées automatiques des mesures d'isolement et de contention, afin de corriger les incompatibilités, les périodes de chevauchement, les doublons et les espacements entre les décisions au sein d'une même mesure, source de périodes d'ambiguïté

Les deux premières des trois censures par le conseil constitutionnel de l'article L3222-5-1 du CSP régissant le contrôle juridictionnel de l'isolement et de la contention (en juin 2020 et juin 2021) ont donné lieu respectivement aux lois de décembre 2020 et novembre 2021.

Cependant, faute d'une nouvelle loi, l'article 84 du 14 décembre 2020 est resté la référence pour la pratique tout au long de l'année 2021.

La dernière censure de décembre 2021 pour cause de « cavalier législatif » a été purgée par la loi de janvier 2022, qui a mis fin pour l'heure à cet imbroglio générateur d'instabilité juridique et d'épuisement pour le personnel concerné.

L'article 17 de la loi du 22 janvier 2022 modifiant l'article L3222-5-1 du CSP a été complété par le décret du 23 mars 2022, lui-même décliné par l'instruction de la DGOS du 29 mars 2022 destinée à accompagner les établissements dans la mise en place d'une politique de prévention du recours à l'isolement et à la contention, et par la circulaire du 25 mars 2022 du ministère de la justice.

Limiter les décisions à 12 h en 2021 (24 h en 2020) se traduit par une augmentation du nombre de décisions et une diminution de la durée moyenne des décisions.

A partir de l'année 2021, les éventuelles différentes mesures d'isolement ou de contention espacées de moins de 48h s'additionnent, ce qui devrait augmenter la durée des mesures et diminuer leur nombre.

Une mesure n'est regardée comme une nouvelle mesure que lorsqu'elle est prise au moins 48 heures après une précédente mesure,

De ce fait, la comparaison de durée ou de nombre de mesures entre 2020 et 2021 semble inappropriée. On en conclut que les seules données comparables sont le nombre de patients et le cumul des périodes d'isolement ou de contention dans l'année pour chaque patient.

Si cette recommandation reste d'actualité, la commission a soulevé de nombreux autres points de vigilance, basés soit sur les instructions de la DGOS, soit sur les bonnes pratiques observées dans certains établissements :

- Distinguer les mesures d'isolement dans un espace dédié et en dehors d'un espace dédié

- Mettre en place des audits mensuels de la tenue du registre de l'isolement et de la contention, afin de s'assurer du respect de la recommandation de bonne pratique, et des dernières dispositions de l'article 84 du PLFSS.

Analyser ces données par service et par pôle, afin d'entretenir une réflexion destinée à alimenter la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques

Traçabilité des informations réglementaires dans le DPI

Le contrôle juridictionnel des mesures de coercition institue quatre périodes dans le contrôle des mesures :

-une mesure initiale de 12 heures d'isolement ou 6 heures de contention

-trois renouvellements de durée identique restant l'affaire exclusive du médecin, ce qui porte la mesure à 48 heures d'isolement ou 24 heures de contention

-24 heures supplémentaires pendant lesquelles les proches et le JLD doivent être informés de la mesure

-au-delà de cette durée supplémentaire, c'est à dire au bout de 72 heures d'isolement ou 48 heures de contention, le JLD doit statuer dans un délai de 24 heures

Paul Guiraud : Les données extraites du DPI sont validées par un script informatique développé par le DIM, comme en 2020.

Max Fourestier : Déploiement du registre informatisé isolement et contention. Il a été réalisé par extraction du DPI DXCARE. Le déploiement du logiciel Planipsy permettra un meilleur suivi administratif des mesures

Erasmus : Les rapports trimestriels relatifs aux pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention sont discutés régulièrement en CME.

Nous maintenons donc cette recommandation :

RECOMMANDATION NOUVELLE 14 : DEVELOPPER UN SCRIPT INFORMATIQUE POUR FIABILISER LES REMONTEES AUTOMATIQUES DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION, AFIN DE CORRIGER LES INCOMPATIBILITES, LES PERIODES DE CHEVAUCHEMENT, LES DOUBLONS ET LES ESPACEMENTS ENTRE LES DECISIONS AU SEIN D'UNE MEME MESURE, SOURCE DE PERIODES D'AMBIGUÏTE.

III. NOUVELLES DISPOSITIONS ISSUES DE L'ARTICLE 84 DE LA LOI DU 14 DECEMBRE 2020

En 2021, la CDSP avait proposé la : **Recommandation 17** : « Compléter le registre de l'isolement par l'âge et la modalité d'hospitalisation des patients concernés, et respecter les nouvelles dispositions de l'article L3222-5-1 du CSP, qui stipulent d'entrée « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. »

La transformation de la modalité d'admission d'un patient admis en soins libres doit donc désormais précéder son placement en isolement. La loi a pour effet paradoxal de multiplier les décisions d'admission en SSC afin de régulariser les mesures de coercition de courte durée de patients en soins libres.

Il est évident qu'en cas d'urgence et de risque imminent de mise en danger pour lui-même et pour autrui, un patient peut exceptionnellement être placé en chambre d'isolement ou mis sous contention sur décision d'un psychiatre. Les modalités d'hospitalisation seront alors changées, mais jusque-là, une durée de 12h était admise pour les modifier, le temps nécessaire de contacter la famille, ou de faire venir un médecin extérieur à l'établissement.

Dans son rapport d'activité 2021, le CGLPL relève que le nombre de patients placés en isolement alors qu'elles sont encore en soins libres représente encore 22.2% des patients isolés.

MGEN : Le logiciel « hôpital manager » présente quelques lacunes à cet égard, telles que la persistance dans le registre de l'isolement de la mention patient en soins libres dès lors que la décision de placement en isolement est saisie antérieurement au changement de mode d'hospitalisation dans le système.

Erasme : Les patients en soins libres représentent 15% des mesures d'isolement au 30 septembre 2022, comparé à 6% en 2021, proportion cependant en réduction au fil des trimestres de 2022.

Nous maintenons donc cette recommandation :

RECOMMANDATION NOUVELLE 15 : : COMPLETER LE REGISTRE DE L'ISOLEMENT PAR L'AGE ET LA MODALITE D'HOSPITALISATION DES PATIENTS CONCERNES, ET RESPECTER LES NOUVELLES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L3222-5-1 DU CSP, QUI STIPULENT D'ENTREE « L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION SONT DES PRATIQUES DE DERNIER RECOURS ET NE PEUVENT CONCERNER QUE DES PATIENTS EN HOSPITALISATION COMPLETE SANS CONSENTEMENT. »

*En 2021, la CDSP avait également émis la **Recommandation 18** : « L'isolement psychiatrique d'un enfant ou d'un adolescent doit être évité par tout moyen ; cette pratique ne doit en aucun cas pallier l'absence de structure d'accueil adaptée à son âge »*

Dans la pratique, les mineurs font régulièrement l'objet de mesures de coercition et courent donc le risque d'être placées en SSC dans le seul but de régulariser celles-ci.

Louis Mourier : L'établissement précise que le registre de l'isolement ne reprend pas à ce jour l'âge des patients. A la demande de la commission, il précise également que d'éventuelles mesures d'isolement décidées à l'unité pour adolescents Astrolabe ne sont pas consignées dans son registre de l'isolement (à la différence du CHS Erasme pour lequel c'est le cas de l'unité pour adolescents)

Max Fourestier : Le registre de l'isolement tenu sur Excel ne prévoyait pas la mention de l'âge des patients concernés. Elle figure en revanche sur le logiciel DX Care en exploitation depuis 2022. Cette donnée est toujours absente des extractions communiquées à la CDSP.

Erasme : Les patients mineurs ne représentent plus que 6% des mesures d'isolement au 30 septembre 2022, comparé à 16% en 2021, proportion également en réduction au fil des trimestres de 2022.

Un enseignement de cette observation sera de tenir compte des patients mineurs qui ont fait l'objet d'une mesure d'isolement dans le cadre des comparaisons avec les autres établissements du département (y compris l'hôpital Louis Mourier qui dispose également d'une unité pour adolescents).

Nous maintenons donc notre recommandation.

RECOMMANDATION NOUVELLE 16 : L'ISOLEMENT PSYCHIATRIQUE D'UN ENFANT OU D'UN ADOLESCENT DOIT ETRE EVITE PAR TOUT MOYEN ; CETTE PRATIQUE NE DOIT EN AUCUN CAS PALLIER L'ABSENCE DE STRUCTURE D'ACCUEIL ADAPTEE A SON AGE

La gestion pratique de l'occupation des chambres d'isolement s'est aussi avérée une source fréquente d'incertitude pour une tenue rigoureuse du registre de l'isolement et de la contention.

Notre recommandation précédente était : Recommandation 19 : « *La Commission continuera d'être vigilante sur le respect des principes de maintien à disposition du malade provisoirement admis en soins intensifs de son lit en chambre banalisée, et d'interdiction des placements en isolement de malades que leur état médical ne justifie pas par manque de lits d'hébergement, tout en étant consciente de la difficulté de les respecter dans un contexte de saturation globale des capacités d'hospitalisation lié à l'organisation des soins où l'aller-vers demeure marginal.* »

Erasme : l'établissement a distingué dans les rapports trimestriels de 2022 les mesures d'isolement dans un espace dédié (espace de la micro-unité) et les mesures en dehors d'un espace dédié. Ces dernières ont représenté 37% du total des mesures d'isolement. Ce ratio élevé s'explique peut-être par les destructions parfois constatées dans les chambres d'isolement

Par ailleurs, 14% de ces journées d'isolement sont recensées faute de place au 30 septembre 2022, comparé à 6% en 2021 (nuit en chambre d'isolement ou en micro-unité), ce qui représente 464 journées, soit 1.3 fois la capacité d'une chambre d'isolement ou d'accueil sur un total de douze.

Ceci confirme une situation de tension générale, où coexistent des isolements faute de place (pour des patients non éligibles à l'isolement) et des isolements en dehors d'un espace dédié. La saturation des lits ne permet pas de réserver un lit miroir aux patients placés en chambre d'isolement.

Nous maintenons donc notre recommandation.

RECOMMANDATION NOUVELLE 17: LA COMMISSION CONTINUERA D'ETRE VIGILANTE SUR LE RESPECT DES PRINCIPES DE MAINTIEN A DISPOSITION DU MALADE PROVISoireMENT ADMIS EN CHAMBRE D'ISOLEMENT DE SON LIT EN CHAMBRE BANALISEE, ET D'INTERDICTION DES PLACEMENTS EN ISOLEMENT DE MALADES QUE LEUR ETAT MEDICAL NE JUSTIFIE PAS PAR MANQUE DE LITS D'HEBERGEMENT, TOUT EN ETANT CONSCIENTE DE LA DIFFICULTE DE LE RESPECTER DANS UN CONTEXTE DE SATURATION GLOBALE DES CAPACITES D'HOSPITALISATION LIE A L'ORGANISATION DES SOINS OU L'ALLER-VERS DEMEURE MARGINAL.

C'était l'objet de la Recommandation 20 : « *La Commission demande à tous les établissements qui ne lui ont pas remis copie de leurs protocoles d'isolement et de contention actualisés de le faire. Elle demande aux établissements qui ne l'ont pas encore fait de procéder à des audits de leurs pratiques d'isolement et de contention, incluant l'utilisation du registre, allant au-delà des aspects formels pour s'interroger sur leur bien fondé.* »

La commission a émis de nombreuses préconisations, basées soit sur les recommandations de bonne pratique de la HAS, soit sur les bonnes pratiques observées dans certains établissements, en vue de rédiger ou de réviser le protocole de placement en isolement et/ou sous contention.

MGEN : Le protocole Isolement et contention révisé en juin 2022, ainsi que le chronogramme du même nom, constitue plutôt un aide-mémoire destiné à respecter scrupuleusement les nombreux impératifs édictés par les derniers développements législatifs.

A cet égard, il s'éloigne de la rédaction traditionnelle de ce type de protocoles, qui s'efforçaient en particulier de s'approprier les recommandations de bonnes pratiques telles que celles édictées par la HAS en février 2017.

On a vu que cet objectif était visé par le rapport annuel rendant compte des pratiques d'isolement et de contention, mais ce rapport n'a pas vocation à se substituer à un protocole

Erasmus : Procédure de mise en chambre d'isolement, mise en chambre d'apaisement et mesure de contention : Cette actualisation datée du 2 novembre 2021 précise qu'elle fera elle-même l'objet d'une actualisation dès que la réglementation sera stabilisée. En effet, elle ne comporte que peu d'amendements par rapport à la version du 1^{er} janvier 2019, qui avait fait l'objet d'un certain nombre d'observations de la CDSP toujours applicables à ce jour, dans son rapport de visite du 2 décembre 2020.

Les novations sont le renouvellement des mesures d'isolement dans les 12 heures et des mesures de contention dans les six heures ; ainsi que le rythme de la surveillance médicale pour prévoir deux visites médicales par 24 heures en cas de renouvellement au-delà de 12 heures.

Les établissements sont concentrés en priorité sur la procédure de contrôle juridictionnel des mesures de coercition. Nous maintenons donc cette recommandation

RECOMMANDATION NOUVELLE 18 : LA COMMISSION DEMANDE A TOUS LES ETABLISSEMENTS QUI NE LUI ONT PAS REMIS COPIE DE LEURS PROTOCOLES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION ACTUALISES DE LE FAIRE. ELLE DEMANDE AUX ETABLISSEMENTS QUI NE L'ONT PAS ENCORE FAIT DE PROCEDER A DES AUDITS DE LEURS PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION, INCLUANT L'UTILISATION DU REGISTRE, ALLANT AU-DELA DES ASPECTS FORMELS POUR S'INTERROGER SUR LEUR BIEN FONDE.

La commission demandait aussi : Recommandation 21 : « *La Commission salue les premières initiatives portant sur la formation des personnels et l'organisation de la prise en charge visant à répondre à l'objectif de réduction des pratiques d'isolement et de contention, et espère qu'elles aboutiront rapidement à l'inversion de la tendance observée dans la plupart des établissements d'une augmentation de l'usage de l'isolement.* »

La réduction du recours à l'isolement permettra d'éviter des charges supplémentaires en termes de soins, de souffrance et de procédures administratives. L'objectif affiché vers lequel tendre est zéro contention et zéro isolement. De nombreuses initiatives intéressantes peuvent être signalées :

Implication du leadership et de la gouvernance dans la définition d'une politique en faveur de la réduction du recours à l'isolement

L'accompagnement, la prise en charge préventive en amont de l'hospitalisation et des soins personnalisés des patients suivis en ambulatoire, la gestion des signalements

Facteurs liés à l'aménagement des locaux : politique de rénovation et humanisation des chambres d'isolement (la couleur des murs et la musique en chambre d'isolement), **création d'espaces de détente ou d'apaisement** :

La formation aux modalités alternatives à l'isolement et à la contention, techniques et actions de désescalade et d'apaisement, à la clinique, à la prévention de la violence pour l'ensemble des équipes médicales comme paramédicales

Evaluation de la mise en œuvre : identifier grâce à l'expérience patient les alternatives possibles lors d'épisodes ultérieurs.

Les plans de prévention partagés ou plans de crise conjoints permettent aux patients de prévenir les situations de crise et d'éviter le passage aux urgences (partage des consignes et désignation des personnes de confiance). Une étude où les directives sont élaborées par le patient avec un médiateur de santé pair a constaté au bout d'un an de suivi une réduction de 30% des hospitalisations sans consentement.

La pratique d'isolement et de contention fait l'objet d'une EPP où peut participer un représentant des usagers

Développer des médiations thérapeutiques intersectorielles de type ergothérapie

Inscrire ces actions dans le cadre de la certification de l'établissement en juin 2023

Nous maintenons donc cette recommandation :

RECOMMANDATION NOUVELLE 19 : LA COMMISSION SALUE LES PREMIERES INITIATIVES PORTANT SUR LA FORMATION DES PERSONNELS ET L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE VISANT A REpondre A L'OBJECTIF DE REDUCTION DES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION, ET ESPERE QU'ELLES ABOUTIRONT RAPIDEMENT A L'INVERSION DE LA TENDANCE OBSERVEE DANS LA PLUPART DES ETABLISSEMENTS D'UNE AUGMENTATION DE L'USAGE DE L'ISOLEMENT.

V. L'INSTAURATION D'UN RECOURS EFFECTIF CONTRE LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

La commission demandait aussi : Recommandation 22 : « Associer la CDSP aux temps d'échange entre établissements, JLD et ARS, comme prévu par l'instruction de la DGOS du 29 avril 2021 relative aux mesures d'isolement et de contention. »

- A. CONTROLE PAR LE JLD DES MESURES D'ISOLEMENT

Les dernières lois relatives au contrôle des mesures d'isolement et de contention ont donné lieu au durcissement des positions de certains JLD, qui vient compliquer une situation déjà tendue.

Les motifs évoqués varient de problèmes sur la forme (tels que des documents incomplets) ou sur le fond (remise en cause de saisies informatiques rapprochées dans le temps de visites médicales pratiquées en fait selon les règles de l'art). Une difficulté réside également dans la différence d'appréciation par deux JLD de situations semblables.

Louis Mourier : Bien que la situation actuelle se caractérise par l'impossibilité de pourvoir la totalité des postes budgétés, l'établissement se mobilise régulièrement pour répondre à des appels à projets, tels que ceux ouverts dans le cadre de l'encadrement et du contrôle judiciaire de l'isolement et la contention (pour lesquels il a sollicité le recrutement d'une secrétaire et d'un médecin à temps plein)

Max Fourestier : La procédure d'information du JLD comporte un certain nombre de corrections, qui dénotent à nouveau d'un important travail de fond sur le sujet, de même que le nombre et la qualité des personnels mobilisés dans la rédaction, la vérification-validation et l'approbation de cette procédure (en tout dix personnes).

En raison de sa double localisation, l'établissement dépend des deux juridictions de Pontoise et Nanterre, qui ne sont pas alignées, par exemple dans la reconnaissance de la signature dématérialisée des médecins, alors que ces dossiers sont gérés par une équipe unique commune aux deux implantations.

Corentin Celton : Il reste à développer l'interface avec le logiciel ORBIS utilisé par l'APHP. Ce logiciel limite à deux lignes l'exposé des raisons du « renouvellement exceptionnel » d'une mesure d'isolement et de contention, ce qui a motivé la levée d'une telle mesure par le JLD de Nanterre pour motivation insuffisante.

Erasmus : L'établissement applique à compter du 19 septembre l'information et la saisine du JLD du contrôle des mesures d'isolement et de contention, qui était pour lui, en accord avec le tribunal, le dernier maillon de la nouvelle loi en attente d'application.

La dernière procédure datée de novembre 2022 sera actualisée pour prendre en compte le traitement dans le logiciel Planipsy et le cryptage des informations réclamées par le greffe du tribunal (qui réservera aux médecins l'accès aux informations sensibles)

Cette procédure de novembre 2022 actualise la première rédaction de février 2022. Elle a été entièrement refondue (tant au niveau du texte principal que de ses six annexes), en mobilisant neuf responsables représentant autant de services concernés.

- B. IMPACT SUR LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

Ce fardeau bureaucratique (deux visites médicales quotidiennes en chambre d'isolement, l'information au JLD) contribue à la perte d'attractivité des métiers, d'autant qu'il sollicite la quasi-totalité des personnels. En outre, les établissements restent réservés sur l'impact d'une telle procédure sur la promotion du droit des patients et sur l'objectif de réduction du recours à l'isolement et à la contention.

Il s'ensuit une perte de repère des professionnels qui ont beaucoup sacrifié pour accéder à cette carrière et constate que « ce boulot est devenu inintéressant ».

Les établissements confirment la tenue de réunions avec la cour d'appel de Versailles, le tribunal judiciaire de Nanterre et l'ARS, auxquelles la CDSP n'est jamais conviée, en contradiction avec les recommandations ministérielles sur le sujet.

La CDSP, qui est destinataire des rapports annuels de l'ensemble des établissements autorisés à prendre en charge les SSC, et chargée du contrôle du registre de l'isolement et de la contention, pourrait être utilement mobilisée comme commission d'appui. Nous maintenons donc cette recommandation.

RECOMMANDATION NOUVELLE 20 : ASSOCIER LA CDSP AUX TEMPS D'ÉCHANGE ENTRE ÉTABLISSEMENTS, JLD ET ARS, COMME PRÉVU PAR L'INSTRUCTION DE LA DGOS DU 29 AVRIL 2021 RELATIVE AUX MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION.

CHAPITRE 5. ETAT DE LA DEMOCRATIE SANITAIRE, ÉVALUÉE EN TERMES DE TRANSPARENCE

I. LA TRANSPARENCE PROGRESSE-T-ELLE ?

Le rapport annuel rendant compte des pratiques d'isolement et de contention institué par la loi du 26 janvier 2016 doit être transmis pour avis à la CDU et au CDS de chaque établissement, ainsi qu'à l'ARS et à la CDSP, au plus tard le 30 juin de chaque année suivante. Le panorama 2022 de ce jalon important de la démocratie sanitaire est contrasté et il **marque un certain recul** pour la réalisation de cet objectif :

- présentation en leur temps par Corentin Celton, Erasme et Paul Guiraud à leur CDU respective des rapports annuels 2017, 2018, 2019, 2020 et 2021
- présentation par la MGEN à la CDU du rapport annuel 2017 en avril 2019, du rapport annuel 2019 en mars 2021 et transmission à la même date à la CDSP du rapport provisoire 2020, présentation à la CDU du 5 décembre du rapport annuel 2021 antérieurement transmis à la CDSP.
- transmission à la CDSP par Max Fourestier des rapports annuels 2019, 2020 et 2021
- transmission à la CDSP par Louis Mourier des rapports annuels 2019 et 2020 (**2021 en souffrance**)

Ces efforts doivent donc être renforcés pour faire de ces données un outil pour réduire le recours aux mesures de coercition, en particulier pour Louis Mourier et le G H Paul Guiraud.

En effet, le rapport annuel 2021 soumis par ce dernier ne répond pas aux exigences d'exhaustivité et de transparence prescrites par les textes en vigueur, comme il est rappelé dans la nouvelle recommandation 22 détaillée ci-dessous

RECOMMANDATION NOUVELLE 21 : TRANSMETTRE POUR AVIS LES RAPPORTS ANNUELS SUR LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION A LA CDU ET AU CONSEIL DE SURVEILLANCE DE CHAQUE ÉTABLISSEMENT, AINSI QU'À L'ARS ET À LA CDSP, AU PLUS TARD LE 30 JUIN DE CHAQUE ANNÉE SUIVANTE.

RECOMMANDATION NOUVELLE 22 : COMPLETER LE RAPPORT ANNUEL 2021 DU GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD RENDANT COMPTE DES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION (COMME DANS LES PRECEDENTS RAPPORTS ANNUELS) PAR LA SEGMENTATION DES PRINCIPAUX ELEMENTS QUANTITATIFS DES SERVICES DE PSYCHIATRIE GENERALE, AFIN DE DISTINGUER LES DEUX ETABLISSEMENTS DE CLAMART ET VILLEJUIF (NOMBRE DE MESURES, NOMBRE DE PATIENTS DISTINCTS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE MESURE, DUREE MOYENNE DES MESURES)

ANALYSER CES ELEMENTS RAPPORTES AUX SEULS PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT,

COMPLETER LES AUTRES PARAMETRES QUI FONT DEFAUT DANS CE RAPPORT ANNUEL, TELS QUE LA DUREE MAXIMALE DES MESURES ET LE POURCENTAGE DE PATIENTS EN SSC AYANT FAIT L'OBJET D'UNE MESURE

La commission avait alerté : Recommandation 24 : « Redoubler d'effort au sein de l'ARS, afin de compléter le recrutement de la CDSP par la désignation par le préfet du médecin généraliste destiné à remplacer le dernier titulaire, démissionnaire depuis janvier 2020, ainsi que du médecin psychiatre à désigner par le procureur général près la Cour d'appel (en intégrant dans la mesure du possible un suppléant pour chaque membre de la Commission)

Il reste toujours à pourvoir au remplacement du médecin généraliste désigné par le préfet du département et du médecin psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel

Les rapports annuels d'activité de la CDSP de 2018 à 2021 sont accessibles sur le site de l'ARS, mais ce n'est plus le cas des postes à pourvoir au sein de la CDSP. Nous maintenons donc cette recommandation.

RECOMMANDATION NOUVELLE 23 : REDOUBLER D'EFFORT AU SEIN DE L'ARS, AFIN DE COMPLETER LE RECRUTEMENT DE LA CDSP PAR LA DESIGNATION PAR LE PREFET DU MEDECIN GENERALISTE DESTINE A REMPLACER LE DERNIER TITULAIRE, DEMISSIONNAIRE DEPUIS JANVIER 2020, AINSI QUE DU MEDECIN PSYCHIATRE A DESIGNER PAR LE PROCUREUR GENERAL PRES LA COUR D'APPEL (EN INTEGRANT DANS LA MESURE DU POSSIBLE UN SUPPLEANT POUR CHAQUE MEMBRE DE LA COMMISSION)

Devant la gravité et l'urgence de la crise profonde traversée par la psychiatrie, les élus seraient sensibilisés à la situation s'ils se conformaient à leur obligation de visite (le maire de la commune au moins une fois par an) ou s'ils se saisissaient de leur droit de visite (député, sénateur et représentant au parlement européen) des établissements de santé habilités à recevoir des patients hospitalisés en SSC

Article L3222-4-1 : « Les députés et les sénateurs ainsi que les représentants au Parlement européen élus en France sont autorisés à visiter à tout moment les établissements de santé mentionnés à l'article L. 3222-1.

RECOMMANDATION NOUVELLE 24 : SANS PREJUDICE DE L'OBLIGATION FAITE AU MAIRE DE LA COMMUNE DE VISITER AU MOINS UNE FOIS PAR AN LES ETABLISSEMENTS DE SANTE CHARGES D'ASSURER LES SSC, IL SERAIT SOUHAITABLE POUR L'EDIFICATION DES ELUS VISES PAR LE CSP QU'ILS S'EMPARENT DE LEUR DROIT DE VISITE DES ETABLISSEMENTS CHARGES D'ASSURER CES SOINS.

II. LA QUALITE DU DIALOGUE AVEC LES DIRECTIONS D'ETABLISSEMENTS A-T-ELLE PROGRESSE ?

Notre recommandation précédente n°25 était « La Commission réitère sa demande, adressée à l'ARS, que celle-ci fasse appliquer par l'établissement de santé mentale MGEN de Rueil-

Malmaison ses obligations de répondre aux demandes d'information formulées par la commission, en particulier dans le cadre de son questionnaire de pré-visite »

Nous maintenons cette recommandation, visiblement restée lettre morte :

RECOMMANDATION NOUVELLE 25 : LA COMMISSION REITERE SA DEMANDE, ADRESSEE A L'ARS, QUE CELLE-CI FASSE APPLIQUER PAR L'ETABLISSEMENT DE SANTE MENTALE MGEN DE RUEIL-MALMAISON SES OBLIGATIONS DE REpondre AUX DEMANDES D'INFORMATION FORMULEES PAR LA COMMISSION EN PARTICULIER DANS LE CADRE DE SON QUESTIONNAIRE DE PRE-VISITE

CONCLUSION :

Si le nombre des recommandations produites par la CDSP suivies d'effet au cours des dernières années apparaît relativement limité, il est loin d'être négligeable. Des marges de progression existent indubitablement, telles que mentionnées dans ce rapport d'activité.

Les rapports du CGLPL (rapports thématiques ou rapports de visite) cités dans le présent rapport d'activité sont la source de points de vigilance, dont la CDSP peut exercer le suivi au bénéfice des patients avec une fréquence supérieure à celle d'une telle autorité administrative indépendante

La Commission rappelle en conclusion les revendications portées à la fin de l'année 2022 par l'ensemble des associations de professionnels engagés pour améliorer les SSC dans les établissements psychiatriques :

- Une politique de l'état érigeant la santé mentale en grande cause nationale
- Un plan à cinq et dix ans de rénovation de la psychiatrie et de promotion de la santé mentale
- La création d'une agence nationale de la santé mentale et de la psychiatrie

Ces revendications rejoignent celle du CGLPL pour une loi de programmation traitant de la démographie médicale et infirmière, de la répartition territoriale des services et du cadre juridique d'ensemble de la psychiatrie.

ANNEXE 1 : COMPOSITION DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES DES HAUTS DE SEINE

L'arrêté préfectoral ARS-SRSPSC numéro 2020-529 du 12 novembre 2020 était venu actualiser comme suit la composition de la Commission :

Membres prévus	Membres désignés	Date de prise de fonctions
Un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel	La présence du magistrat a été abrogé par la loi du 23 mars 2019 de programmation et de réforme de la justice	NA

Un médecin psychiatre désigné par le représentant de l'Etat	Monsieur le docteur Philippe Gauthier	Septembre 2018
Un psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel	Non encore désigné (en remplacement de Madame le docteur Laurence Bigot-Plantade)	
Un médecin généraliste désigné par le Représentant de l'État	Non encore désigné (en remplacement de Monsieur le docteur Jean-Pierre Gaston Carrère, ex-Président de la Commission)	
Un représentant d'association agréée de personnes malades	Monsieur Thierry Villers, représentant la Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie (FNAPSY)	Janvier 2017
Un représentant d'association agréée de familles	Madame Isabelle Bianquis représentant l'Union Nationale des Familles et Amis de Malades Psychiques (UNAFAM)	Septembre 2020

Le secrétariat de la Commission est assuré par le Service régional des soins psychiatriques sans Consentement de la Délégation Départementale des Hauts-de-Seine de l'Agence régionale de Santé d'Île-de-France qui est invité à participer à l'ensemble des visites d'établissements.

ANNEXE 2 : COMPETENCES DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

La Commission Départementale des Soins Psychiatriques est une institution créée par la loi (article L 3222-5 du code de santé publique) « chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques [sans consentement] au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. »

Ses compétences sont ensuite détaillées dans l'article L3223-1 qui prescrit qu'elle

« 1° Est informée, dans les conditions prévues aux chapitres II et III du titre Ier du présent livre, de toute décision d'admission en soins psychiatriques, de tout renouvellement de cette décision et de toute décision mettant fin à ces soins ;

2° Reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ou celles de leur conseil et examine leur situation ;

3° Examine, en tant que de besoin, la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du

code de procédure pénale et, obligatoirement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État :

a) Celle de toutes les personnes dont l'admission a été prononcée en application du 2° du II de l'article L. 3212-1 ;

b) Celle de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an ;

4° Saisit, en tant que de besoin, le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police, ou le procureur de la République de la situation des personnes qui font l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

5° Visite les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, vérifie les informations figurant sur le registre prévu à l'article L. 3212-11 et au IV de l'article L. 3213-1 et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ;

6° Adresse, chaque année, son rapport d'activité, dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État, au Juge des Libertés et de la Détention compétent dans son ressort, au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police, au directeur général de l'agence régionale de santé, au procureur de la République et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ;

7° Peut proposer au juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil d'une personne admise en soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale d'ordonner, dans les conditions définies à l'article L. 3211-12 du présent code, la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet ;

8° Statue sur les modalités d'accès aux informations mentionnées à l'article L. 1111-7 de toute personne admise en soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale.

Les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes les demandes d'information formulées par la commission. Les médecins membres de la commission ont accès à toutes les données médicales relatives aux personnes dont la situation est examinée. »

L'ensemble de ces compétences est au service de la mission de veiller au « respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. » Une abondante jurisprudence internationale a développé ce concept et reconnu qu'une mauvaise organisation institutionnelle et des négligences dans l'attention qui leur est portée sont susceptibles d'attenter aux libertés individuelles et à la dignité de personnes dont le droit d'aller et venir est restreint.

ANNEXE 3 : ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE DANS LES HAUTS DE SEINE

La sectorisation n'est pas parvenue à égaliser l'offre entre les secteurs : les populations rattachées vont de 60361 à 96180 habitants. Un bon nombre des établissements corrigent ces inégalités en ayant créé des unités intersectorielles.

Population municipale desservie par chacun des secteurs couverts par les six établissements chargés d'assurer les SPSC (au 1^o janvier 2017),

Établissement	Secteur	Villes Concernées	Population Municipale	File active de patients (Ambulatoire)	Nombre de lits
Louis Mourier Colombes	92G06 Intersectorielles	Colombes	85 177	592 (3913)	40+4 CI 17
Max Fourestier Nanterre	92G07	Courbevoie	81 719	664 (523)	20
Max Fourestier Nanterre	92G10 Intersectorielles	Nanterre	95 105	257 (1 211)	24 23 + 4 CI
Corentin Celton Issy-les- Moulineaux	92G12	Issy les Moulineaux, Vanves	96 180	591 (3406)	49+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G16	Meudon Chaville	65 872	284 (672)	20+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G17	Clamart Le Plessis Robinson	82 071	233 (964)	18+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G18	Montrouge Malakoff	80 980	252 (1 147)	21+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G19	Châtillon Bagneux	78 273	199 (1168)	21+2 CI

	Intersectorielles	Toutes les villes	307 196		36
Mgen Rueil Malmaison	92G08	Neuilly- sur- Seine	60 361		
Mgen Rueil Malmaison	92G11	Rueil- Malmaison	78 152	409	58+3 CI
Érasme Antony	92G09	Suresnes Puteaux	92 909	536	17+2 CI UIA : 17+2
Érasme Antony	92G20	Sceaux Châtenay- Malabry Fontenay- aux-Roses	77 194	191	17+2 CI UIR : 26 lits
Érasme Antony	92G21 Intersectorielles	Antony Bourg-la Reine	83 237	235 (8410)	17+2 CI Unité Minkowski 19 lits
Totaux			1 057 230	4 298 (11 619)	467+29 CI