
Commission Départementale
des Soins Psychiatriques
des Hauts-de-Seine
Rapport annuel d'activité 2024

Agence Régionale de Santé
Service Régional des soins psychiatriques sans consentement
Secrétariat de la CDSP
Immeuble City Life 28 allée d'Aquitaine
CS 202636 92016 NANTERRE CEDEX

Avant-propos.....	4
Introduction	6
Chapitre 1. Impact de la crise hospitalière.....	7
I. Persistence de la crise démographique des soignants	7
II. Tension sur la capacité d'hébergement	9
III. Tension sur les services d'accueil d'urgence (SAU)	10
Recommandation nouvelle 1 : Sans préjuger des solutions alternatives à l'hospitalisation et afin de pallier la carence des services d'urgence, privilégier pour certains patients, ne présentant pas une urgence somatique, l'admission directe en établissement spécialisé, où sera pratiqué l'examen somatique prescrit par l'article L3211-2-2 du CSP (patients en soins libres (ou leurs proches) préoccupés par l'évolution de leurs troubles, nécessité d'ajuster un traitement médicamenteux, séjours dits séquentiels, réintégration en hospitalisation complète d'un patient en rupture d'un programme de soins, patients difficiles et autres)	12
Recommandation nouvelle 2 : Veiller à respecter dans les SAU la traçabilité des mesures de contention, ainsi que l'article L3211-2-3 du CSP, qui prescrit le transfert vers un établissement spécialisé au plus tard sous 48 heures, et la prise d'effet de la période d'observation et de soins initiale (POSI) dès le début de la prise en charge psychiatrique aux urgences	12
Chapitre 2. Le respect des droits fondamentaux et de la dignité	12
I. Améliorer la connaissance des droits des patients.....	12
Recommandation nouvelle 3 : S'assurer que l'ensemble des pièces exigées par la procédure des SPSC sont dûment complétées et validées. En particulier l'ensemble des pièces (l'arrêté du préfet, la décision du directeur d'établissement, les certificats médicaux, l'identité du tiers ayant demandé l'admission) justifiant l'admission ou le maintien en soins sans consentement doivent être remises au patient lors de sa notification.	13
Recommandation nouvelle 4 : Etudier la possibilité de mettre en place dans chaque établissement une mission dédiée aux Quality Rights telle que proposée par le CCOMS.	14
II. Respect de la dignité des patients.....	14
Recommandation nouvelle 5 : Inscrire en priorité le projet du réaménagement du secteur de soins sans consentement dans le plan d'investissement de l'hôpital Louis Mourier de Colombes pour permettre aux patients de bénéficier d'un véritable espace extérieur	14
Recommandation nouvelle 6 : 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.	16
Recommandation nouvelle 7 : Intégrer dans le schéma directeur immobilier (SDI) du Groupe Hospitalier Paul Guiraud (GHPG) l'objectif de relocaliser les chambres d'isolement, afin de prendre en charge les patients placés à l'isolement directement dans le pôle où ils sont hospitalisés	16
Recommandation nouvelle 8 : Accélérer la mise en place de badges programmables ou de bracelets d'accès afin de garantir la liberté d'aller et venir aux patients en soins libres et à ceux qui ne sont pas confinés dans l'unité fermée.	17
D) Activités thérapeutiques, occupationnelles et de détente intégrées au projet de soins.....	17
Recommandation nouvelle 9 : Calibrer la dotation en personnel afin d'encadrer les activités thérapeutiques, occupationnelles et de détente intégrées au projet de soins, en particulier à l'extérieur, en priorité pour les patients des unités fermées	18
III. Le droit au respect de la vie privée	18

Recommandation nouvelle 10 : La Commission invite tous les établissements à mettre en place des règles d'accès au téléphone portable et à Internet permettant aux personnes en SPSC 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. 19

Chapitre 3 : Evolution du nombre de patients admis en SPSC	19
I. Le nombre des hospitalisations complètes	20
II. Le nombre des patients admis en soins sans consentement (SPSC)	20
III. Les modes légaux de SPSC : admissions en SDT (soins à la demande d'un tiers).....	21
IV. Les modes légaux de SPSC : admissions en SPI (soins sur péril imminent)	21
V. Les modes légaux de SPSC : admissions en SDRE (soins à la demande du représentant de l'état)	21
Recommandation nouvelle 11 : 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. 23	
VI. Renforcer la détection et l'intervention précoce	23
Recommandation nouvelle 12 : : La commission encourage tous les établissements à consolider et/ou accélérer la mise en place d'équipe dédiée à la détection de signaux d'alerte et à l'intervention précoce pour initier ou réajuster la prise en charge 25	
VII. L'attention à porter aux programmes de soins (PDS)	25
Recommandation nouvelle 13 : La Commission invite les établissements à poursuivre les travaux de réorganisation des parcours de soins des patients en sorte de réduire les risques de rupture de soins.	27
VIII. Des durées de maintien en SPSC jugées préoccupantes.....	27
Recommandation nouvelle 14 : 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.	27
IX. Dematérialisation du livre de la loi.....	29
Recommandation nouvelle 15 : Accélérer la mise en place d'un logiciel dédié tel que Planipsy, afin d'automatiser et de fiabiliser l'ensemble du suivi administratif de la gestion des SPSC.	29
Chapitre 4 : Contrôle des pratiques d'isolement et de contention.....	29
I. La fréquence du recours à l'isolement et à la contention	30
Recommandation nouvelle 16 : Veiller à ne placer en chambre d'isolement les personnes détenues hospitalisées en unité fermée en application de l'article D398 du CPP que sur la base de leur état de santé.....	33
II. La tenue du registre, outil central de la politique de réduction.....	34
Recommandation nouvelle 17 : En vue de réduire le recours aux mesures de coercition, développer l'analyse des statistiques au-delà des rapports institués par la loi, en effectuant des analyses de ces pratiques unité par unité	34
III. Nouvelles dispositions issues de l'article 17 de la loi du 22 janvier 2022	34
Recommandation nouvelle 18 : Compléter l'extraction du registre de l'isolement et de la contention communiquée à la commission par l'identifiant anonymisé, l'âge et la modalité d'hospitalisation des patients concernés.	35
Recommandation nouvelle 19 : 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	35
Recommandation nouvelle 20: La Commission continuera d'être vigilante sur le respect des principes de maintien à disposition du patient provisoirement admis en chambre d'isolement de son lit en chambre hôtelière, et d'interdiction	

des placements en isolement de patients 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.	36
IV. Des politiques de réduction ont-elles été définies ?	36
Recommandation nouvelle 21 : la commission recommande à la direction des établissements qui en sont encore dépourvus de publier une politique générale en faveur de la réduction du recours à l'isolement et à la contention ;	37
de réviser leur protocole de placement à l'isolement afin d'explicitier les alternatives à mettre en oeuvre, afin de s'assurer que toute décision de placement à l'isolement soit prise en dernier recours ;	37
elle demande à tous les établissements qui ne lui ont pas remis copie de leurs protocoles d'isolement et de contention actualisés de le faire.	37
Recommandation 22 : accélérer la mise en place d'espaces d'apaisement, qui permettront de restreindre l'usage des chambres d'isolement aux seules circonstances prévues par la loi	39
Recommandation nouvelle 23 : La Commission invite les établissements qui ne l'ont pas encore engagé à étudier les conditions de mobilisation de l'expérience patient (élaboration des plans de prévention partagés et incorporation d'un ou plusieurs médiateurs de santé pair dans leur organisation)	40
Recommandation nouvelle 24 : La Commission recommande la mise en place systématique de réunions soignants-soignés régulières dans toutes les unités d'hospitalisation.....	40
V. L'instauration d'un recours effectif contre les mesures d'isolement et de contention	40
Recommandation nouvelle 25 : Associer la CDSP aux temps d'échange entre établissements, JLD et ARS, comme prévu par l'instruction de la DGOS du 29 mars 2022 relative aux mesures d'isolement et de contention.	41
Chapitre 5. Etat de la démocratie sanitaire, évaluée en termes de transparence	41
I. La transparence progresse-t-elle ?	41
Recommandation nouvelle 26 : 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).....	42
II. La qualité du dialogue avec les directions d'établissements a-t-elle progressé ?	42
Conclusion :	42
Annexe 1 : Composition de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques des Hauts de Seine	43
Annexe 2 : Compétences de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques	44
Annexe 3 : Organisation de la psychiatrie publique dans les Hauts de Seine	45

AVANT-PROPOS

En préambule à ce rapport de la CDSP, nous joignons la synthèse d'observations faites ces trois dernières années tout au long de nos échanges avec le personnel soignant dont nous saluons le travail trop souvent méconnu et toujours difficile.

Nous réitérons aussi notre souhait, à travers ces rencontres régulières de porter un regard particulier chaque année sur une thématique d'actualité, cette année 2024 il s'agissait des services d'urgences.

En 2025, nous serons attentifs à la place de l'hôpital psychiatrique dans la cité et à la connaissance ou non de ce lieu par les citoyens vivant sur le même secteur.

Ces éclairages spécifiques pourraient paraître loin des missions de la CDSP axées sur les soins sous contrainte, dits soins sans consentement (SSC). Toutefois, pratiquement toutes les personnes en SSC sont passées par les urgences et l'expérience qu'elles y ont vécue a une incidence directe sur la suite de leur hospitalisation.

Quant à la place de l'hôpital psychiatrique et la représentation que s'en fait le citoyen « lambda » elle est déterminante pour une meilleure inclusion sociale des personnes en souffrance psychique et pour mettre en œuvre un réseau citoyen d'aide et de soutien, limitant autant que faire se peut l'isolement et la stigmatisation des malades.

Il nous paraît important aussi, avant d'aborder chaque site et chaque préconisation, et les chiffres étayant ce rapport, de souligner de manière globale, dans cet avant-propos, ce que nous percevons depuis maintenant plusieurs années à travers des heures d'échange avec le personnel et les personnes hospitalisées :

Les difficultés accrues ces dernières années :

- Les nombreux postes vacants d'infirmiers et de médecins
- Le manque de personnel paramédical dans les équipes (psychomotriciens, ergothérapeutes, assistants sociaux...)
- Les lits fermés faute de praticiens
- Les projets financés mais en suspens compte tenu de ces difficultés RH
- La COVID et ses suites pouvant impacter la santé mentale, en particulier des plus jeunes
- L'évolution du rapport au travail=>manque d'attractivité du service public (conditions de travail plus contraignantes)
- Le poids grandissant des tâches administratives
- Le vieillissement de la population et les questions d'orientation que cela pose

Deux grands sujets d'inquiétude actuels à souligner quant à la prise en charge des patients :

- La disparité des soins sur le territoire et l'inégalité de traitement et de chance que cela induit, ce qui peut être dramatique pour l'état des patients. Cette disparité se retrouve même au niveau d'un département comme nous avons pu le constater sur les Hauts de Seine.
- L'état souvent déplorable des services d'urgence en psychiatrie et les conséquences pour les malades et leur entourage (attente pouvant dépasser 48H sur brancards avec contention pour personnes en SSC, contraire à l'article L3211-2-3 du CSP. Pas toujours de service d'urgence psychiatrique la nuit sur le 92)

Une observation récurrente :

La plupart des personnes hospitalisées en SSC le sont à la suite d'une interruption plus ou moins longue de traitement. Ils nous le disent sans hésitation. Cela soulève :

- La question du suivi en dehors des temps d'hospitalisation, suivi souvent très léger, même parfois inexistant, et pas toujours coordonné entre les services concernés. Cela rejoint l'observation précédente sur la disparité des soins, certains services étant mieux organisés que d'autres sur le 92 autour d'un suivi dedans/dehors avec prise en compte réactive des signaux d'alerte (comme une non-présentation aux rendez-vous).

-La question de la méthode pour amener le patient à comprendre et accepter l'intérêt de respecter le protocole de soins. Pour cela il doit aussi pouvoir être écouté sur ses difficultés et réticences à le suivre (ex des effets secondaires) afin d'être rassuré et de bénéficier d'un traitement le plus adapté possible. Peut-être que le recours croissant au « pair aidant » pourra améliorer à l'avenir ce point crucial ?

Un domaine en cours d'évolution, le lien avec les familles :

Le lien avec les familles et les proches des personnes souffrant de troubles psychiatriques s'est sensiblement amélioré ces dernières années. Toutefois les familles s'épuisent encore souvent, se sentant très seules, pour faire face à la maladie de leurs proches et l'aider dans son parcours de vie.

Différents programmes, en cours de développement, peuvent permettre une meilleure interaction entre elles, les soignants, et leurs proches en souffrance (exemples Pro-famille, Prospect, Bref...). Il convient maintenant de pouvoir les proposer dans tous les lieux d'hospitalisation en psychiatrie.

Par ailleurs les textes en cours pour l'hospitalisation sans consentement, en particulier ceux à la demande d'un tiers, mériteraient d'être revus et modifiés tant ils paraissent obsolètes et faire reposer injustement le poids d'une décision, avant tout médicale, sur les épaules déjà très chargées et fragilisées des familles.

Un souhait pour réduire sensiblement les soins sans consentement :

Être en mesure de tout mettre en œuvre pour que chaque personne souffrant de troubles psychiques puisse être accompagnée et soignée autant que de besoin, avec des soins de qualité, conformes aux données de la science, pour pouvoir vivre le mieux possible, dans le respect de ses droits, dans une société inclusive, lui permettant de développer tout son potentiel, de s'apaiser, et d'être dans une dynamique de rétablissement.

INTRODUCTION

La Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) des Hauts de Seine, instituée par la loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 5 juillet 2011, 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 (CSP) la définissant comme « 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.

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 ses précédents rapports annuels d'activité, dans la mesure où elles n'auraient pas pu être mises en œuvre.

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 patients admis en 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.

CHAPITRE 1. IMPACT DE LA CRISE HOSPITALIERE

La Commission a pu visiter deux fois en 2024, chacun des six établissements habilités à recevoir des patients admis en SSC dans le département. Elle a pour la première fois étendu son contrôle au secteur de la Garenne Colombes/ Bois Colombes rattaché à l'hôpital Roger Prévot mais hébergé sur le site de Max Fourestier.

Hôpital Max Fourestier, Nanterre	7 février et 2 octobre
EPS Roger Prévot, Nanterre	7 février et 2 octobre
Hôpital Corentin Celton, Issy les Moulineaux	31 mai et 16 octobre
ESM MGEN, Rueil-Malmaison	3 avril et 6 novembre
EPS Érasme, Antony,	15 mai et 18 décembre
Hôpital Louis Mourier, Colombes	12 juin et 11 décembre
EPS Paul Guiraud, Clamart	10 janvier et 11 septembre

I. PERSISTENCE DE LA CRISE DEMOGRAPHIQUE DES SOIGNANTS

A) EN GENERAL

Tous les établissements visités continuent de souffrir de graves problèmes de recrutement, d'où découlent un grand nombre de difficultés, dont la fermeture des lits, un turnover dû au recours obligé à des intérimaires et vacataires, qui empêche les soignants de bien connaître les patients, et l'épuisement qui risque de peser sur la qualité des soins. Dans l'enquête nationale menée en juin 2023 auprès des établissements publics assurant une activité de psychiatrie, plus d'un quart des postes sont vacants dans 40% des établissements.

B) MEDECINS

La psychiatrie souffre d'une certaine désaffection chez les étudiants en médecine, tandis qu'un quart des médecins psychiatres ont plus de 65 ans. Sur le plan national, la psychiatrie occupe chaque année la queue du peloton des choix aux épreuves classantes nationales, figurant dans les six spécialités les plus boudées.

La campagne nationale « Choisir psychiatrie » lancée en 2024 se poursuivra en 2025 pour combattre les idées reçues et montrer qu'il s'agit d'une discipline à la pointe de la recherche pour répondre au besoin de prendre soin de sa santé mentale.

L'évolution de la société et des contraintes du métier dissuadent les jeunes médecins de s'engager dans une carrière de praticien hospitalier. La psychiatrie de secteur souffre toujours d'un déficit d'attractivité, en raison en particulier du poids des tâches administratives liées aux SSC : rédaction des certificats médicaux et relations avec les JLD. Selon le syndicat des psychiatres

des hôpitaux, 48% des postes de praticiens hospitaliers sont vacants. Toutes les contraintes reposent sur le secteur public, alors que le secteur privé est libre du choix de ses prestations, de ses clients et de ses tarifs.

C) IDE

La désaffection des étudiants infirmiers en cours d'étude est générale depuis l'accès par Parcoursup en 2019. La disparité des rémunérations entre les secteurs public et privé (d'un à trois pour les IDE) entraîne aussi de nombreux départs, en particulier après les 18 mois d'engagement requis par les contrats d'accession à l'emploi (CAE). Le recours à l'intérim est problématique pour la cohérence des équipes, en particulier pour l'équipe de nuit, bien que la régularité soit recherchée chez les intérimaires.

L'horaire de travail sur douze heures séduit de nombreux candidats, en particulier les IDE. Dans le passé, le même horaire de travail sur douze heures avait cependant subi une certaine désaffection, à mesure que les personnels prenaient de l'âge et accusaient la fatigue.

La situation des **aides-soignants** reste satisfaisante car ils bénéficient au contraire des IDE en psychiatrie d'une meilleure image relative (tâches moins physiques et ingrates, priorité au relationnel plus valorisante).

(Extraits de rapports de visite)

Paul Guiraud : Le sous-effectif touche autant l'intra que l'extra hospitalier. Cette situation est globalement plus défavorable que celle de la fermeture des lits d'hébergement (limitée à une fraction de l'unité Fernand Léger), ce qui laisse augurer d'une (trop ?) forte pression sur le personnel présent.

Les assistantes sociales ont pu être renforcées, mais elles font face à des situations de plus en plus catastrophiques (précarisation, personnes âgées, patients frappés d'obligation de quitter le territoire français (OQTF), patients admis en SDRE/IP).

Roger Prévot : Le praticien hospitalier n'a pu assister qu'au début de la réunion, en raison de ses obligations « je suis tout seul ».

Max Fourestier : Pour l'ensemble du pôle de psychiatrie adultes, 24 postes sont vacants soit 23% de la cible. Une réorganisation à la fin de l'année 2023 a rattaché au SAU une équipe dédiée d'IDE qui appartenaient au pôle de santé mentale (les médecins restent attachés au pôle). Trois postes de médecins sur 21 sont vacants, respectivement dans l'unité mobile santé précarité pour le nord 92 (UMSP), au service d'urgences et au CMP.

Corentin Celton : 10 à 20% de l'effectif médical est vacant. Pour les travailleurs sociaux, trois postes sont vacants sur 7 sur l'ensemble de l'établissement. Deux postes d'assistants spécialistes des services hospitaliers (ASH) sont vacants dans le service

MGEN : Les six postes vacants au jour de la visite correspondaient à 8% de la cible au total, en amélioration par rapport à la dernière visite. Si ce rapprochement est correct, cette situation serait donc globalement moins défavorable que celle de la fermeture des lits d'hébergement

L'organisation du travail en journée de douze heures ne contribue pas à la continuité des soins : les personnels ne sont pas toujours présents aux staffs hebdomadaires, aux réunions flash

quotidiennes ou à l'animation des groupes.

Erasme : a recours à l'intérim, y compris pour des médecins étrangers et/ou retraités, ainsi qu'à des jeunes praticiens sous contrat en recherche d'un revenu. En intégrant les absences pour maladie, 40 postes d'IDE sont vacants sur 126. L'intérim est sollicité depuis l'été 2023 par l'établissement, qui s'efforce de fidéliser ces intérimaires.

La situation de l'effectif présent marque un certain alourdissement : on relève 9 postes de médecins vacants (25% de l'ETP théorique), un cadre de santé (11%), 24 IDE (19%) et 3 assistantes sociales (29%). Le déficit net total atteint 35 postes, soit 14% de l'effectif budgété

Louis Mourier : L'effectif s'est réduit au minimum nécessaire pour assurer la sécurité de l'unité fermée. L'effectif du SAU est aujourd'hui au complet. L'établissement a constitué au sein du SAU une équipe composée d'un médecin psychiatre et de deux aides-soignants du service de psychiatrie. Le projet initial reposait sur des IDE mais il a dû être modifié compte tenu de la difficulté à en recruter.

Une journée porte ouverte a été proposée par le service, afin de démentir l'image archaïque de la psychiatrie et proposer une perspective de carrière dynamique couvrant la psychiatrie et l'activité MCO, toutes deux présentes dans le SAU. L'encadrement est mobilisé dans cet effort de recrutement.

II. TENSION SUR LA CAPACITE D'HEBERGEMENT

Confrontés à la crise de la démographie médicale, tous les établissements visités ont dû fermer des lits de manière provisoire ou durable avec un effet d'éviction aux dépens des patients en soins libres. En cas de besoin, des lits sont libérés au prix de sorties prématurées, qui génèrent un surcroît de travail des structures ambulatoires, où les consultations ont progressé de 20%.

Dans l'enquête menée en juin 2023 auprès des établissements publics précitée, en moyenne, 7% des lits de psychiatrie étaient fermés en 2023.

Paul Guiraud : Réouverture depuis la mi-septembre dans l'unité Fernand Léger de trois lits dédiés aux pré sortants associés à l'unité ouverte Anna Marly, après les quatre lits ouverts en décembre pour compenser partiellement la fermeture provisoire des 18 lits de l'unité Fernand Léger depuis janvier 2023. Par ailleurs subsistent les six lits supplémentaires ouverts dans chaque unité. Le solde de ces mouvements serait donc la fermeture nette de cinq lits (4% de la capacité de 116 lits)

Max Fourestier : La situation est stabilisée à 40 lits d'hébergement, après l'arrivée du secteur de La Garenne Colombes- Bois Colombes. Cette amputation conduit à une tension sur la capacité et interdit de conserver une chambre miroir pour chacun des patients placés à l'isolement, ce qui conduit à une forme de maltraitance institutionnelle (loin d'être exceptionnelle sur le département).

Corentin Celton : Les dix lits fermés du service intersectoriel de psychiatrie du sujet âgé seront progressivement réouverts d'ici 2025 en fonction de la disponibilité des ressources humaines (c'est déjà le cas de deux lits au jour de cette visite).

MGEN : Les 13 lits fermés au second étage de la clinique pourraient être à nouveau ouverts en janvier 2025, après la finalisation des travaux de réhabilitation. Ils pourraient être dédiés à un service intersectoriel d'addictologie consacré aux cas simples de sevrage de tous types.

Erasme : a pu ouvrir à nouveau les 13 lits provisoirement fermés depuis octobre 2022 dans l'unité intersectorielle de réinsertion (UIR).

Louis Mourier : Les unités intersectorielles d'addictologie et l'unité de périnatale jeune adulte (UPAJ) fermées temporairement par manque de personnel (17 lits au total, soit 32% sur une capacité de 53 lits (hors 4 chambres d'isolement)) seront utilisées comme une rocade durant la période des travaux. L'unité fermée de l'aile sud sera provisoirement transférée vers l'aile ouest qui abritait ces deux unités.

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

Les conditions du passage par les services d'urgence (SAU) sont souvent dénoncées par les patients reçus en audition par la commission, en particulier dans les hôpitaux Antoine Béchère et à un degré moindre Max Fourestier. Alors que les lits d'aval font défaut, l'attente aux urgences peut atteindre plusieurs jours avant une admission en hospitalisation. Les patients sont parfois attachés sur un brancard, soit en cas d'agitation soit pour prévenir une fugue.

La commission y voit la persistance de procédures dégradées, où les établissements subordonnent l'admission en hospitalisation au passage obligé par les SAU, dont ils ne sont pas toujours en mesure d'assurer le bon fonctionnement.

En effet, par souci de prévenir tout risque somatique, les établissements privilégient le passage systématique par les urgences pour toute admission en hospitalisation complète en psychiatrie. Cependant, l'article L3211-2-2 du CSP prévoit simplement qu'un examen somatique complet du patient doit obligatoirement être réalisé dans les 24 heures suivant l'admission du patient en SSC.

Les SAU sont concernés par L'Article L3211-2-3 du CSP , qui précise :« Lorsqu'une personne remplissant les conditions pour être admise en soins psychiatriques sans consentement est prise en charge en urgence par un établissement de santé qui n'assure pas, en application de l'article L. 3222-1, la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement, son transfert vers un établissement exerçant cette mission est organisé, selon des modalités prévues par convention, dans des délais adaptés à son état de santé et au plus tard sous quarante-huit heures. La période d'observation et de soins initiale mentionnée à l'article L. 3211-2-2 prend effet dès le début de la prise en charge. »

A l'aune de ces dispositions, l'ARS avait publié en 2023 une directive pour valider qu'au-delà de ce délai de 48 heures, le patient resté à la charge du SAU sera accompagné d'office par ambulance vers le secteur dont il relève.

Par ailleurs, le passage aux urgences n'a pas d'incidence sur les règles de procédure d'admission en SSC, mais uniquement sur le début de la période d'observation et de soins initiale (POSI), qui débute par l'indication horodatée de SPSC établi pour les besoins de sa prise en charge psychiatrique aux urgences.

Les recommandations de Bonne Pratique Clinique sur la Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences validées le 31 mars 2021 par la Société Française de Médecine d'Urgence prévoient (checklist de la contention aux urgences dans le cadre de l'agitation aiguë) « Chaque établissement doit tenir un registre qui mentionne, pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le nom du médecin ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée (article L. 3222-5-1 CSP loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). Ce registre doit notamment être présenté au Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), à sa demande. »

Dès 2020, le CGLPL avait en effet recommandé : « La loi doit prévoir qu'au même titre que toute autre mesure de privation de liberté, les mesures d'isolement et de contention prises dans les services d'urgence soient tracées dans le dossier du patient ainsi que sur un registre spécifique. »

Après un an de travaux, la Mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a déposé son rapport le 11 décembre 2024, conclu par une vingtaine de recommandations, dont certaines rejoignent celles de notre commission.

Max Fourestier : Le SAU de Nanterre est embolisé par les personnes sans domicile fixe et les personnes détenues qui lui sont systématiquement adressées, même hors secteur. L'établissement a développé un projet médical conjoint avec Louis Mourier, avec pour objectif un plateau de consultation psychiatrique commun.

A l'exception des patients détenus admis au titre de l'article D398 du code pénal, l'établissement exige pour toute admission en hospitalisation le passage par le SAU, où sont pratiqués les examens somatiques d'usage et le diagnostic correspondant. Il réfléchit cependant à faire une seconde exception pour les réintégrations en hospitalisation complète directement dans le service des patients en programme de soins admis en SDRE.

Paul Guiraud : Les travaux avancent au SAU de Béclère, qui reste débordé par l'afflux des patients somatiques comme psychiques. Les permanences assurées auprès de ce SAU s'apparentent pour les soignants à « un tunnel spatio-temporel ».

En effet, ce SAU accuse de nombreux dysfonctionnements, alors qu'il serait le plus important d'Ile de France pour les urgences psychiatriques (réfèrent pour les quatre secteurs de Paul Guiraud Clamart et deux des trois secteurs d'Erasmus (le secteur 9 dépendant du SAU de l'hôpital Foch)). Une difficulté réside dans l'absence d'un service psychiatrique dans l'enceinte de l'hôpital.

Pour pallier la carence d'une garde de nuit psychiatrique aux urgences de l'hôpital Béclère, il existe depuis un an un relais vers les urgences de Percy, d'Ambroise Paré, du centre hospitalier des quatre villes (site de Saint Cloud) et de l'hôpital privé d'Antony.

En 2026, une unité d'hospitalisation courte durée (UHCD) psychiatrique sera créée au sein de ce SAU à la place de l'unité sommeil de 5 à 6 lits, pour prendre en charge la crise de courte durée. Cette UHCD va nécessiter des médecins et des IDE qualifiés.

Erasmus : participe aux consultations de jour au SAU de Béclère, y compris les weekends et jours fériés, mais n'est toujours pas en position d'assurer les gardes de nuit.

Corentin Celton : Les hospitalisations dans l'établissement sont en majorité initiées par le CAPS (centre d'accueil permanent et de soins). Si nécessaire, une admission directe en hospitalisation est organisée. L'examen somatique est réalisé de manière systématique au sein du service. En cas d'urgence somatique, il est fait appel au médecin généraliste de garde présent à l'hôpital. Une réflexion est en cours avec l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP) pour la création d'un centre renforcé d'urgence psychiatrique.

MGEN : pratique des admissions programmées directes dans la mesure de la disponibilité d'une chambre d'hébergement. Certains SAU ont parfois adressé d'autorité par ambulance à l'établissement un patient sectorisé, ce qui oblige à une solution improvisée (deux chambres individuelles ont dû être dédoublées).

Louis Mourier : Le SAU adultes s'est agrandi et a bénéficié d'une rénovation complète achevée en novembre 2023. Les boxes d'accueil sont passés de six à huit boxes, et de deux à trois boxes pour l'accueil des patients relevant de soins psychiatriques. Pour les patients du secteur, la consultation aux urgences n'excède pas trois heures en moyenne, au prix d'efforts considérables de réactivité du service de psychiatrie.

La présence des médecins, des IDE et des aides-soignants du service dans le SAU est garantie d'une connaissance fine des patients du secteur et d'un renforcement de la prise en charge. Les aides-soignants du service sont présents au SAU de huit heures à vingt heures, avec un projet d'extension de cette présence à la nuit.

RECOMMANDATION NOUVELLE 1 : SANS PREJUGER DES SOLUTIONS ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION ET AFIN DE PALLIER LA CARENCE DES SERVICES D'URGENCE, PRIVILEGIER POUR CERTAINS PATIENTS, NE PRESENTANT PAS UNE URGENCE SOMATIQUE, L'ADMISSION DIRECTE EN ETABLISSEMENT SPECIALISE, OU SERA PRATIQUE L'EXAMEN SOMATIQUE PRESCRIT PAR L'ARTICLE L3211-2-2 DU CSP (PATIENTS EN SOINS LIBRES (OU LEURS PROCHES) PREOCCUPES PAR L'EVOLUTION DE LEURS TROUBLES, NECESSITE D'AJUSTER UN TRAITEMENT MEDICAMENTEUX, SEJOURS DITS SEQUENTIELS, REINTEGRATION EN HOSPITALISATION COMPLETE D'UN PATIENT EN RUPTURE D'UN PROGRAMME DE SOINS, PATIENTS DIFFICILES ET AUTRES)

RECOMMANDATION NOUVELLE 2 : VEILLER A RESPECTER DANS LES SAU LA TRAÇABILITE DES MESURES DE CONTENTION, AINSI QUE L'ARTICLE L3211-2-3 DU CSP, QUI PRESCRIT LE TRANSFERT VERS UN ETABLISSEMENT SPECIALISE AU PLUS TARD SOUS 48 HEURES, ET LA PRISE D'EFFET DE LA PERIODE D'OBSERVATION ET DE SOINS INITIALE (POSI) DES LE DEBUT DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE AUX URGENCES

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

I. AMELIORER LA CONNAISSANCE DES DROITS DES PATIENTS

Notre recommandation précédente était : *Recommandation 1* : « : S'assurer que l'ensemble des pièces exigées par la procédure des SSC sont dûment complétées et validées. En particulier l'arrêté du préfet, la décision du directeur d'établissement, les certificats médicaux justifiant l'hospitalisation sans consentement doivent être remises au patient lors de sa notification. »

L'information du patient sur ses droits reste perfectible : les documents remis aux patients ne sont pas toujours explicites ni complets (documents relatifs à l'admission et au maintien en SSC, livret

d'accueil, règles de vie). On observe également des lacunes dans l'enregistrement des observations des patients, obligatoire pour toute décision de maintien en SSC.

Roger Prévot : L'établissement relève que la formation sur les droits des patients suscite d'avantage l'intérêt des patients suivis en ambulatoire que chez ceux accueillis dans les structures hospitalières (le groupe accueil animé par les patients du CMP est également actif dans le recueil des plans de crise conjoints). Une récente présentation à l'hôpital de jour de La Garenne Colombes a réuni 20 patients.

Max Fourestier : Une information sur leurs droits (tels que la désignation d'une personne de confiance) est délivrée aux patients de l'intra hospitalier, comme à ceux des structures ambulatoires.

Corentin Celton : Livret « vous êtes hospitalisé sans votre consentement à l'hôpital Corentin Celton » : Les références au CSP sont à compléter par la mention de l'article L3211-3, et en particulier : « Avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état. » Les droits sont à compléter par celui de désigner une personne de confiance (article L1111-6 du CSP). L'adresse de la CDSP est obsolète.

Forts de ces avancées significatives, nous reportons cependant cette recommandation :

RECOMMANDATION NOUVELLE 3 : S'ASSURER QUE L'ENSEMBLE DES PIECES EXIGÉES PAR LA PROCEDURE DES SPSC SONT DUMENT COMPLETEES ET VALIDEES. EN PARTICULIER L'ENSEMBLE DES PIECES (L'ARRETE DU PREFET, LA DECISION DU DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT, LES CERTIFICATS MEDICAUX, L'IDENTITE DU TIERS AYANT DEMANDE L'ADMISSION) JUSTIFIANT L'ADMISSION OU LE MAINTIEN EN SOINS SANS CONSENTEMENT DOIVENT ETRE REMISES AU PATIENT LORS DE SA NOTIFICATION.

La commission s'attache à signaler aux établissements les « points noirs » constatés ou signalés par les patients lors de ses auditions (**47 patients rencontrés à leur demande lors de quatorze visites en 2024**, comparé à 42 en douze visites en 2023). Ceci représente une moyenne de 3.4 patients par secteur, avec une amplitude d'un à douze.

Notre recommandation était : *Recommandation 2* : « Mettre en place au sein de l'établissement Paul Guiraud de Clamart une procédure efficace d'information des patients de leur droit d'être entendus par la commission lors de ses visites, et de communication de leur souhait d'être reçu. »

Paul Guiraud : Aucun patient ne s'était signalé pour rencontrer les membres de la commission lors de cette seconde visite, ce que l'établissement attribue au sous-effectif des cadres de santé en particulier.

La commission est reconnaissante à la direction de l'établissement pour l'information des patients à l'occasion de sa dernière visite de janvier 2025 (10 patients reçus en audition dans leur unité respective).

Soutenu par l'ARS Hauts-de-France, le programme Quality Rights de l'OMS propose une méthodologie d'observation des établissements de santé mentale qui le souhaitent, ainsi que des outils de formation afin d'accompagner les équipes de santé mentale dans leur réflexion sur l'organisation des soins et la promotion des droits des usagers.

RECOMMANDATION NOUVELLE 4 : ETUDIER LA POSSIBILITE DE METTRE EN PLACE DANS CHAQUE ETABLISSEMENT UNE MISSION DEDIEE AUX QUALITY RIGHTS TELLE QUE PROPOSEE PAR LE CCOMS.

II. RESPECT DE LA DIGNITE DES PATIENTS

A) L'ETAT PHYSIQUE DES LOCAUX, SIGNATURE DE LA DIGNITE RECONNUE AUX PATIENTS

Dans l'idéal, l'architecture doit favoriser la déambulation et offrir des espaces ouverts

Nous avons rappelé : *Recommandation 3 : « 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 : Le Projet de réaménagement du secteur des SSC d'une enveloppe autorisée de 3 MEUR permettra la rénovation du service et la création d'un espace extérieur d'environ 75 m² en balcon avancé sur le côté du service surplombant le jardin de la cafétéria, en continuité avec le service et donc préservant l'unicité de lieu. Cet accès à un espace extérieur sécurisé est indispensable pour améliorer la qualité des soins et la prise en charge des patients, le désamorçage des tensions et la réduction de la durée moyenne des séjours. Ce projet semble mobiliser très positivement l'équipe soignante.

Nous reformulons donc cette recommandation :

RECOMMANDATION NOUVELLE 5 : INSCRIRE EN PRIORITE LE PROJET DU REAMENAGEMENT DU SECTEUR DE SOINS SANS CONSENTEMENT DANS LE PLAN D'INVESTISSEMENT DE L'HOPITAL LOUIS MOURIER DE COLOMBES POUR PRERMETTRE AUX PATIENTS DE BENEFICIER D'UN VERITABLE ESPACE EXTERIEUR

Notre recommandation était : *Recommandation 4 : « Les chambres doivent être bâties, aménagées et entretenues de manière à préserver l'intimité des patients, tant vis-à-vis du personnel que des autres personnes hébergées dans l'unité.*

Paul Guiraud : En raison de la terrasse ouverte aux fumeurs, qui épouse la courbe du bâtiment côté tramway, la température était glaciale en janvier (encore plus que dans l'ensemble du bâtiment apparemment difficilement chauffable au cœur d'une semaine marquée par un épisode de grand froid. Les patients sont soit vêtus de leur manteau soit enveloppés d'une imposante couverture (sans intention de protestation).

Max Fourestier : La salle de repos du personnel a été rénovée au sein même du service, ce qui est positif pour la sécurité, de même que la salle d'activités (babyfoot, tableau noir et espace convivial).

Nouveau projet architectural de modernisation et de relocalisation : le lauréat du concours d'architecture a été désigné en juillet 2024 pour début des travaux courant 2025 et finalisation en

2029. Un jardin sera créé sur l'emprise du nouveau bâtiment de santé mentale, qui accueillera sur quatre niveaux les 197 lits d'hospitalisation de huit unités (sept secteurs et une unité grands adolescents jeunes adultes (GAJA)).

Corentin Celton : L'installation des badges Salto d'accès aux chambres d'hébergement a été finalisée dans l'ensemble des unités. C'est la solution au problème des risques d'intrusion et des nuisances causées par les patients sujets à la déambulation nocturne, en particulier auprès des patientes.

Erasme : Le schéma directeur immobilier devra permettre de remodeler l'établissement, qui vient de fêter ses 40 ans. Il va couvrir des éléments invisibles tels que la sécurité incendie et permettre entre autres la transformation des chambres doubles (9 en psychiatrie adultes) en chambres individuelles, la réhabilitation des salles d'eau, la rénovation des peintures et des revêtements de sol, l'amélioration des conditions d'accueil dans le hall, l'accueil des familles et des personnes à mobilité réduite

Louis Mourier : Office alimentaire, salle de repos, salle de soins : la rénovation a porté sur le sol, les murs, le plafond et le mobilier pour un budget de 45 KEUR. Dans le poste de soins, les meubles ont été remplacés par des chariots mobiles médicaux ou équipés situés sous paillasse ou sous les plans de travail, qui permettent le nettoyage des sols dans des conditions optimales.

B) UN AMENAGEMENT DES CHAMBRES D'ISOLEMENT RESPECTANT LA DIGNITE

Nous avons rappelé : *Recommandation 5* : « 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. »

Les conditions matérielles de l'isolement doivent respecter la dignité des patients et la conformité aux nouvelles exigences réglementaires.

Erasme : Plusieurs esquisses sont en cours d'étude et de chiffrage, pour démarrage des travaux en 2025. Les micro-unités des secteurs 20 et 21, qui bénéficient d'un accès extérieur, seront rénovées : la chambre d'accueil (la 17^e chambre d'hébergement) sera sortie de la micro-unité qui ne comprendra plus que deux chambres d'isolement. Elle sera modulable pour pouvoir être utilisée si besoin en chambre d'isolement (deux portes dont l'une avec accès direct sur le service pourra être fermée)

Paul Guiraud : L'objectif d'au moins une rénovation par an poursuivi depuis 2020 paraît peu ambitieux : à ce rythme, il faudra près d'un demi-siècle pour rénover les 49 chambres d'isolement du GHPG (les premières chambres rénovées auront alors été amorties plusieurs fois).

Louis Mourier : Le service lui-même sera totalement réaménagé pour comprendre en particulier deux chambres d'isolement (CI) accessibles par un sas permettant un double accès par la chambre et par la salle de bains. Les patients placés en CI pourront accéder au patio lors des sorties de courte durée prévues dans la Recommandation de Bonne Pratique.

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 6 : 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.

Nous avons rappelé : *Recommandation 6 : « Intégrer dans le schéma directeur immobilier (SDI) du Groupe Hospitalier Paul Guiraud (GHPG) l'objectif de relocaliser les chambres d'isolement, afin de prendre en charge les patients placés à l'isolement directement dans le pôle où ils sont hospitalisés »*

Le nombre de chambres d'isolement (CI) du GHPG s'est réduit pour les secteurs de psychiatrie générale d'un nombre théorique de 21 à 17 en activité fin 2023, avec un double déséquilibre entre les deux établissements du groupe :

D'une part dans la dotation en CI : 9 CI à Villejuif pour 7 secteurs comparé à 8 CI pour 4 secteurs à Clamart

D'autre part dans la dynamique de réduction du nombre de CI : réduction de 13 à 9 CI pour Villejuif et retour de 4 à 8 CI pour Clamart

Nous reportons donc cette recommandation :

RECOMMANDATION NOUVELLE 7 : INTEGRER DANS LE SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER (SDI) DU GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD (GHPG) L'OBJECTIF DE RELOCALISER LES CHAMBRES D'ISOLEMENT, AFIN DE PRENDRE EN CHARGE LES PATIENTS PLACES A L'ISOLEMENT DIRECTEMENT DANS LE POLE OU ILS SONT HOSPITALISES

C) LE DROIT DE DEAMBULER LIBREMENT

Les résultats préliminaires de la recherche Plaid-Care mettent en évidence la libre circulation et l'ouverture des portes des unités d'hospitalisation comme l'un des éléments communs aux établissements caractérisés par un moindre recours aux mesures de coercition.

La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable dont le déni a commencé à être sanctionné par la HAS à l'occasion des visites de certification, après une phase de rodage de 2005 à 2012.

Le CGLPL continue d'alerter sur la liberté d'aller et venir et la pertinence des mesures restrictives : les patients en soins libres doivent être exclusivement affectés dans des services ouverts :

« De cette loi, il résulte, d'une part, que pour tout patient, même en soins sans consentement, la liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement est la règle. L'exception ne peut concerner qu'un patient admis en soins sans consentement et elle doit être justifiée par son état clinique et adaptée à cet état, comme le précise l'article L. 3211-3 du code de la santé publique. »

Cette difficulté peut être contournée, par la remise aux patients des unités fermées d'un badge personnalisé programmable de déverrouillage des portes.

La Recommandation 7 *rappelait : « 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 »

Paul Guiraud : A l'occasion de la visite de certification de septembre 2023, les experts visiteurs ont relevé les restrictions à la liberté d'aller et venir dans les unités fermées, pour les patients en soins libres comme pour ceux admis en soins sans consentement (SSC). Les premiers n'étaient pas admis directement dans les deux unités ouvertes, mais ils devaient auparavant être pris en charge dans les unités fermées. Des badges d'accès seront testés dans l'unité fermée Auguste Rodin, pour gérer la circulation des patients en dehors de l'unité.

Roger Prévot : La présence de patients détenus dans le pôle mitoyen de Nanterre/ Courbevoie rend ce sujet délicat. Dans une unité fermée telle que celle-ci, la solution pourrait venir des badges d'accès hôtelier du type Salto.

Corentin Celton : Les bracelets d'accès à la chambre du patient ne semblent pas pouvoir les autoriser à quitter librement le service.

MGEN : L'exigence d'une permission de sortie liée au régime d'hospitalisation complète ne s'applique pas aux patients suivis en programme de soins, qui doivent simplement informer leur unité en cas de sortie ponctuelle de l'établissement dans le cadre d'une hospitalisation séquentielle (cas de quatre patients), et présenter leur autorisation de sortie à la loge. Leur situation est alors similaire à ceux des patients hospitalisés en soins libres.

Louis Mourier : précise que les descentes accompagnées par les soignants ne discriminent pas les patients selon leur statut vis à vis du tabac.

Dans l'attente du réaménagement du secteur des SSC du service de psychiatrie de Louis Mourier, nous reformulons cette recommandation :

RECOMMANDATION NOUVELLE 8 : ACCELERER LA MISE EN PLACE DE BADGES PROGRAMMABLES OU DE BRACELETS D'ACCES AFIN DE GARANTIR LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR AUX PATIENTS EN SOINS LIBRES ET A CEUX QUI NE SONT PAS CONFINES DANS L'UNITE FERMEE.

D) ACTIVITES THERAPEUTIQUES, OCCUPATIONNELLES ET DE DETENTE INTEGREES AU PROJET DE SOINS

La Recommandation 8 rappelle : « 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 »

Les résultats préliminaires de la recherche Plaid-Care déjà citée mettent en évidence un choix important d'activités structurées et programmées comme l'un des éléments communs aux établissements caractérisés par un moindre recours aux mesures de coercition. Le désœuvrement est une cause de frustration des patients.

Paul Guiraud : Un salon de coiffure accessible à tous les patients du pôle est en voie de finalisation dans l'unité Fernand Léger et connaît déjà un succès certain. L'établissement avait pu mesurer auprès d'une patiente suivie en ambulatoire l'ostracisme (refus de prise en charge)

dont peuvent souffrir les usagers auprès des salons de coiffure en ville, et l'importance pour l'estime de soi des soins esthétiques. Une diététicienne intervient également au CMP.

Corentin Celton : la situation est contrastée entre le ressenti des patients et les efforts déployés par l'établissement. Un patient de l'unité de consolidation témoigne : « j'en ai marre, pas d'activité en dehors du babyfoot, on a perdu le câble du vélo ; pas de sortie en dehors des sorties accompagnées de dix minutes au jardin deux ou trois fois par jour ; le chariot de la bibliothèque passe une fois par semaine ; l'accès à la console de jeux n'est pas libre ; l'accès à la cour de détente de l'unité aigue et à la salle de sport de l'hôpital de jour sont interdits. » Certains patients ont le sentiment d'être infantilisés au détriment de leur autonomie, ils portent parfois un pantalon de pyjama et ils se plaignent de l'inactivité en particulier physique,

Max Fourestier : avec l'appui de la mairie, du CLSM et de la CPTS de Nanterre, l'établissement veut faire profiter les patients des équipements sportifs de la commune (piscine, gymnase et terrains de sport) dans le double but de favoriser l'exercice physique et de se réappropriier les équipements de la ville et de se sentir plus « citoyen ».

D'autres projets d'activités thérapeutiques sont développés par l'unité de remédiation thérapeutique (URTM) avec de nombreux partenaires, tels que le théâtre, l'art thérapie, le yoga, le running (en petits groupes autour de l'hôpital), la musique avec la maison de la musique de Nanterre et la socio esthétique en collaboration avec Roger Prévôt.

Erasmus : Atelier intersectoriel de médiations thérapeutiques : certaines médiations font l'objet d'un compte rendu clinique inscrit sur le dossier patient informatisé DxCare. Cette unité contribue à la déstigmatisation des troubles psychiques par de nombreux partenariats extérieurs tels que l'accompagnement pour des inscriptions en club auprès de l'archerie club d'Antony

Louis Mourier : L'accès facilité à la salle de sport représente une avancée significative dans l'approche thérapeutique et le bien être des patients

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 9 : CALIBRER LA DOTATION EN PERSONNEL AFIN D'ENCADRER LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES, OCCUPATIONNELLES ET DE DETENTE INTEGREES AU PROJET DE SOINS, EN PARTICULIER A L'EXTERIEUR, EN PRIORITE POUR LES PATIENTS DES UNITES FERMEES

III. LE DROIT AU RESPECT DE LA VIE PRIVEE

La Recommandation 9 rappelle : « La Commission invite tous les établissements à mettre en place des règles d'accès au téléphone portable et à Internet permettant aux personnes en SPSC 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 : Les deux groupes de travail (règles de vie dans l'unité et mesures de coercition) ont été abandonnés à la suite de la mobilité parmi les cadres de santé en particulier.

Les éventuelles limitations de bon sens liées aux nécessités de la vie en collectivité peuvent faire l'objet d'une réflexion menée avec les usagers pour être intégrées au règlement intérieur du service.

L'accès au téléphone et aux services numériques doit être assuré par des connections wifi librement accessibles. Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 10 : LA COMMISSION INVITE TOUS LES ETABLISSEMENTS A METTRE EN PLACE DES REGLES D'ACCES AU TELEPHONE PORTABLE ET A INTERNET PERMETTANT AUX PERSONNES EN SPSC 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 SPSC

Les chiffres repris ci-dessous sont extraits des questionnaires de pré-visite

Établissements /Types Hospitalisation	Antony Érasme	Clamart Paul Guiraud	Colombes Louis Mourier	Issy Corentin Celton	Nanterre Max Fourestier	Rueil MGEN
Hospitalisations complètes 2022	810	682	653	366	630	258
Hospitalisations complètes 2023	784	628	611	381	606	287
Hospitalisations sans consente- ment 2022	353 44 %	406 60%	156 24%	171 47%	321 51%	161 62%
Hospitalisations sans consente- ment 2023	349 45 %	437 70%	169 28%	188 49%	343 57%	176 61%
SDRE 2022	41	34	38	6	49	16
SDRE 2023	41	75	34	3	62	16
SDT 2022 % SDDE	70 22%	68 18%	2 2%	43 26%	21 8%	0 0%
SDT 2023 % SDDE	70 23%	63 17%	2 1%	38 21%	20 7%	0 0%

SDTU 2022	107	115	98	71	140	86
SDTU 2023	94	90	113	84	163	86
SPPI 2022	135	189	18	51	111	59
SPPI 2023	144	209	20	63	98	74
Total SPPI + SDTU 2022 % dans SDDE	242 78%	304 82%	116 98%	122 74%	251 92%	145 100%
Total SPPI + SDTU 2023 % dans SDDE	238 77%	299 83%	133 99%	147 79%	261 93%	160 100%

I. LE NOMBRE DES HOSPITALISATIONS COMPLETES

Le nombre de patients admis en hospitalisation complète dans le département s'est à nouveau réduit de 4% en 2023 (3297 patients), il est inférieur de 20% à son niveau record 2019 d'avant covid, en ligne avec les données nationales.

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

Le nombre de patients admis en SPSC s'est hissé en 2023 au niveau record de 1681 patients, et une proportion également record de 51% du total des patients en hospitalisation complète, avec un minimum de 28% à Louis Mourier et un maximum de 70% à Paul Guiraud Clamart.

Dans son dernier rapport d'activité 2023, le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) rapportait une baisse de 8% du nombre de patients hospitalisés sans consentement entre l'année record 2019 et 2022 pour la France entière, sans doute en raison des effets de la récente fermeture de lits. Cependant, le nombre total de patients semble toujours orienté à la hausse sur le long terme : 2022 montrait une hausse de 37% sur le nombre de patients de 2010.

Dans son étude nationale de février 2024 « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 » l'IRDES relève que 27% des patients hospitalisés à temps plein ont été pris en charge en SPSC au moins une fois dans l'année.

On retrouve donc sur le département, mais **à un niveau supérieur de vingt-quatre points**, 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.

L'ensemble législatif de ces procédures d'admission en soins sans consentement mériterait d'être revu et d'évoluer après un travail conjoint de l'état, des établissements de santé mentale, et des représentants des associations d'usagers et de leur famille.

III. LES MODES LEGAUX DE SPSC : ADMISSIONS EN SDT (SOINS A LA DEMANDE D'UN TIERS)

Les admissions en SDT de droit commun (avec deux certificats médicaux) poursuivent leur régression en valeur relative de 13 à 12% du total des admissions en SPSC, alors que les admissions en SDTU (soins à la demande d'un tiers en urgence : un seul certificat médical qui peut être rédigé par tout médecin) régressent également de 39% à 38% du total entre 2022 et 2023, ce qui porte la participation du total des admissions en SDT et SDTU de 52% en 2022 à 50% en 2023.

Ce pourcentage se compare pour la France entière à un maintien (toutes admissions en SDT confondues) à 53% en 2022 et 2023 (rapport d'activité 2023 du CGLPL). Le département se situe donc sensiblement au niveau de la moyenne nationale pour ce type d'admissions.

IV. LES MODES LEGAUX DE SPSC : ADMISSIONS EN SPI (SOINS SUR PERIL IMMINENT)

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

Apparues en 2011, les admissions en SPI sont le second mode d'admission par ordre d'importance : elles progressent de 36% du total en 2022 à 37% en 2023. Cette importance se retrouve **à un niveau moindre de douze points sur le plan national**, à 25% du total en 2021 et 2022 (rapport d'activité 2023 du CGLPL).

Les patients concernés par cette procédure exceptionnelle d'extrême urgence sont privés de la garantie que constitue la double expertise d'un psychiatre et même de la protection liée à la demande d'un tiers. La CDSP joue alors le rôle d'un « tiers collectif ».

Ces deux procédures réputées exceptionnelles (SDTU et SPI) sont devenues les modes d'admission en soins à la demande du directeur d'établissement (SDDE) les plus utilisés, en contradiction avec l'esprit sinon la lettre de la loi, ce qui confirme la nécessité de mener une réflexion pour faire évoluer les textes.

La banalisation de la mise en œuvre de ces procédures exceptionnelles se poursuit, puisqu'elles progressent de 85 à 87% des admissions en soins à la demande du directeur d'établissement (SDDE). Elles se retrouvent logiquement dans le mode d'admission des patients placés à l'isolement en situation de crise, faute de prévention et d'anticipation.

L'impossibilité d'obtenir une demande d'hospitalisation d'un tiers doit s'entendre comme le fait que le patient n'a pas de proches auxquels on pourrait faire appel OU qu'ils existent et sont disponibles, mais refusent (pour des raisons qui leur appartiennent) de procéder à cette demande d'hospitalisation. L'admission en SPI exonère le tiers de formuler une demande d'admission, mais présente la difficulté d'obtenir un certificat médical rédigé par un médecin extérieur à l'établissement

V. LES MODES LEGAUX DE SPSC : ADMISSIONS EN SDRE (SOINS A LA DEMANDE DU REPRESENTANT DE L'ETAT)

Les admissions en SDRE progressent de 12% en 2022 à 14% en 2023 du total des patients admis en SSC, alors que la moyenne nationale reste stable à 15% du total des admissions en SPSC en 2021 et 2022.

Les admissions de patients détenus ou déclarés pénalement irresponsables restent stables au niveau national à 6% du total, alors qu'elles sont limitées sur le département aux patients détenus en attente d'une place en UHSA au titre de l'article D398 du CPP. A ce titre, Max Fourestier a admis en 2023 31 patients détenus à la maison d'arrêt de Nanterre (en progression continue depuis 2019).

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.

La Recommandation 10 rappelait : « *La qualité des soins des patients hospitalisés en SDRE, 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.* »

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. »

Les éléments d'information communiqués au préfet comprennent un avis du psychiatre, même s'il s'agit d'activités récurrentes destinées à favoriser la guérison, la réadaptation ou la réinsertion sociale du patient. A cette forte contrainte, s'ajoute une exigence d'originalité dans la rédaction (dans le temps à un horizon parfois bihebdomadaire pour le même patient, ou pour deux patients ayant le même profil clinique) qui n'est pas prévue par la loi, et pourrait s'apparenter à une forme de méfiance envers le corps médical.

Le préfet peut s'opposer à une permission de sortie, certes, mais seulement dans un certain délai, et de manière écrite et motivée. « *Ce n'est pas à lui qu'il incombe d'accorder ou de refuser à un patient une telle autorisation* ».

Ces décisions ne sont pas accompagnées d'un document précisant les voies de recours disponibles. Le CGLPL alerte et renvoie au tribunal administratif : « les fondements sur lesquels le juge administratif s'est appuyé pour contrôler la dignité des conditions de détention ne sont pas différents de ceux qu'il pourrait retenir pour contrôler la mise en œuvre des conditions de prise en charge dans n'importe quel lieu de privation de liberté. Le CGLPL, par ses rapports de visite, entend favoriser l'émergence d'un tel contentieux. »

Les voies de recours sur ce sujet sont donc limitées au tribunal administratif : Conseil d'Etat, 24 septembre 2010 (hospitalisation d'office - sortie d'essai - recours pour excès de pouvoir) : le Conseil d'Etat estime clairement que les décisions autorisant les sorties d'essai peuvent être attaquées par la voie du recours pour excès de pouvoir.

Paul Guiraud : observe « de nombreux refus de sortie pour des motifs qui ne semblent pas prendre en considération l'évaluation médicale du psychiatre en charge du suivi du patient,

mais qui relèvent d'autres considérations. Nous recevons plusieurs refus par semaine, dont la justification est souvent difficile à comprendre pour les équipes.

Notre établissement accueille également des patients issus des secteurs du Val de Marne (94) sur le site de Villejuif. Les autorisations de sorties sont adressées à la Délégation départementale du 94 de l'ARS. Nous ne constatons que très peu de refus de sortie.

Nous nous interrogeons sur les délais imposés par la Délégation départementale du 92 de l'ARS pour l'anticipation des demandes d'autorisation de sortie. Ces délais ne semblent pas raisonnables en ne tenant pas compte de l'évolution, parfois rapide, de l'état de santé des patients. »

Erasme : en réponse à une demande de sortie non accompagnée de moins de 48 heures, on relève : « au regard du profil de l'intéressé et compte tenu du fait qu'il s'agit d'une troisième demande, il apparaît inopportun que ce dernier commence un cycle de permissions de sortie sans être accompagné. ». On peut s'interroger sur la logique de ces décisions, alors que des mainlevées décidées par le médecin ne sont pas contestées par la même autorité.

Une première demande avait été refusée sur la base du non-respect du préavis exigé par la préfecture. Les demandes d'autorisation de sortie en semaine (c'est-à-dire du mercredi au vendredi) doivent être transmises deux jours ouvrés en avance avant 15 heures. Les demandes de sorties prévues jusqu'au mardi doivent être adressées le jeudi précédent au plus tard avant 15 heures.

Corentin Celton : « le délai d'une semaine imposé par la préfecture pour l'autorisation des permissions de sortie de courte durée n'est pas compatible avec l'évolution clinique de certains patients instables. »

Devant la persistance de cette atteinte aux droits fondamentaux des patients, notamment à leur droit d'accès aux soins, nous reportons donc malheureusement cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 11 : 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 PREFECTORAUX SYSTEMATIQUES.

VI. RENFORCER LA DETECTION ET L'INTERVENTION PRECOCE

La Recommandation 11 suggérait : « La commission encourage les établissements à consolider et/ou accélérer la mise en place d'équipe dédiée à la détection et l'intervention précoce. »

À la suite d'appel à projet de l'Agence Régionale de Santé, les plateformes Rehab' Centre Sud 92 et Reh'Inspir Nord ont pour objectif d'avoir une plateforme commune qui permet d'harmoniser les pratiques pour faciliter la réhabilitation psychosociale des patients. Leur mission consiste notamment à évaluer les candidats souhaitant être pris en charge. L'autre mission est de faire de la formation pour diffuser, auprès des structures qui sont susceptibles d'être concernées, une démarche de réhabilitation en dehors de l'hôpital. Elle doit répondre aux demandes directes des personnes concernées ou des familles. C'est un travail de très grande ampleur qui doit être coordonné entre les différents secteurs de psychiatrie.

La plateforme de réhabilitation 92 Nord s'est constituée en 2024 avec un médecin psychiatre, un psychologue, un travailleur social, un médiateur de santé pair, un neuropsychologue, un chargé d'insertion et une assistante. Elle implique cinq établissements (Théophile Roussel, Roger Prévot, Max Fourestier, Louis Mourier et la MGEN qui porte la structure à partir du centre ambulatoire de Rueil Malmaison).

La plateforme de réhabilitation Réhab'centre et sud du 92 a obtenu l'agrément de l'ARS pour le périmètre du GHT Psy Sud Paris : hôpitaux de jour (HDJ) de Boulogne et Garches pour Paul Guiraud Villejuif, de Malakoff et Vélizy pour le pôle de Clamart, de Suresnes et Chatenay pour l'EPS Erasme. Un neuro psychologue et une IDE seront recrutés à cette occasion.

Corentin Celton : L'établissement met l'accent sur une approche proactive des structures ambulatoires pour relancer les patients perdus de vue, en soins libres comme en programme de soins. Alors que les patients stabilisés peuvent bénéficier d'une réduction du dosage ou des traitements, « les ruptures unilatérales du traitement sont à l'origine de 99% des admissions ou réintégration en hospitalisation sans consentement ». Cette dynamique proactive, permettant d'améliorer les pratiques, se développe autour du patient pour repérer les « signaux d'alerte » dans son évolution. L'établissement suit en particulier par des relances téléphoniques ou des visites à domicile les rendez-vous manqués au CMP ou les retards dans la prise d'injection, que ce soit dans les structures ambulatoires ou au domicile des patients suivis par l'unité de soins externes (USE).

Un quatrième hôpital de jour intersectoriel de douze places sera dédié à compter de janvier 2025 dans un programme de huit semaines à la remédiation des troubles cognitifs liés à la consommation d'alcool chez les patients de 45 à 65 ans.

Erasme : L'établissement poursuit sa réflexion sur l'unité grands ados jeunes adultes (18/25 ans), qui pourrait offrir à terme 11 lits d'hospitalisation (et une chambre d'isolement)

L'hôpital de jour Jean Wier de Suresnes a un projet d'extension aux jeunes de 16 à 25 ans qui mettra l'accent sur l'éducation thérapeutique. Un financement provisoire soutiendra un dispositif similaire pour les secteurs 21 et 20, qui dispose déjà d'un psychologue et d'une IDE spécialisée en gestion de cas (le case management propose un cadre de référence de prise en charge ambulatoire des personnes atteintes de pathologies chroniques).

Le réseau d'évaluation précoce et de réhabilitation (REPERE) est un dispositif sectoriel qui permet de repérer précocement et d'accompagner rapidement vers les soins des jeunes adultes présentant des troubles psychiques émergents. REPERE fait partie de la filière d'intervention précoce en psychiatrie (FIPP) affilié au GHU Paris Psychiatrie et neurosciences à Sainte Anne.

Louis Mourier : Le CMP est attentif à la détection des signaux faibles, en lien avec les médecins généralistes et les deux centres experts. La proximité du CMP et de l'hôpital général est un atout à cet égard, ainsi que le travail d'équipe entre le CMP et le SAU.

Tous les lundi matin, l'infirmière qui gère les consultations au CMP alerte sur les situations de patients en rupture de soins ou signalés par un tiers. Il peut alors être décidé une visite à domicile, une dernière convocation, ou une préparation d'hospitalisation en milieu fermé via les urgences. Cette hospitalisation peut être programmée avec une ambulance et parfois la po-

lice, soit à partir de son domicile, soit à partir du CMP, soit lors d'une consultation. L'établissement indique qu'il a aussi recours aux visites à domicile en cas d'alerte dans l'état de santé d'un patient non connu du service. Les équipes mobiles sont mobilisées par ce travail de prévention, alors que la ville de Colombes ne compterait qu'un seul psychiatre libéral. Un lien avec le médecin traitant est recherché lors de la prise en charge en soins psychiatriques des patients.

La commission salue ces nombreuses initiatives et maintient donc cette recommandation :

RECOMMANDATION NOUVELLE 12 : : LA COMMISSION ENCOURAGE TOUS LES ETABLISSEMENTS A CONSOLIDER ET/OU ACCELERER LA MISE EN PLACE D'EQUIPE DEDIEE A LA DETECTION DE SIGNAUX D'ALERTE ET A L'INTERVENTION PRECOCE POUR INITIER OU REAJUSTER LA PRISE EN CHARGE

VII. L'ATTENTION A PORTER AUX PROGRAMMES DE SOINS (PDS)

Établissement	Nombre de patients admis en HTC en SSC en 2022	Nombre de patients distincts en PDS 2022	Nombre de patients admis en HTC en SSC en 2023	Nombre de patients distincts en PDS en 2023
Louis Mourier	156	137 88%	169	95 56%
CASH Nanterre	321	26 8%	343	27 8%
Corentin Celton	194	31 16%	211	63 30%
Paul Guiraud Clamart	423	75 18%	440	98 22%
MGEN Rueil	161	89 55%	169	134 79%
Érasme	357	97 27%	349	91 26%

La Recommandation 12 rappelait : « 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. »

Le nombre de patients suivis dans le cadre d'un PDS s'est réduit de 550 en 2020 à 508 en 2023, soit une proportion également en baisse de 35% à 30% des patients admis en SSC en hospitalisation complète, avec un minimum de 8% à Max Fourestier et un maximum de 79% à la MGEN.

Rappelons qu'il s'agit par définition de patients qui sont dans l'impossibilité de consentir aux soins, mais qui nécessitent une surveillance régulière et non plus constante dans le cadre d'une hospitalisation complète.

En d'autres termes, 23% des patients en SSC sont suivis dans le département dans le cadre d'un PDS. Dans son étude nationale de juin 2022 sur les soins sans consentement, l'IRDES relève que 41% des patients suivis en SSC en 2021 l'étaient en PDS.

Les réintégrations en hospitalisation complète des patients suivis en PDS ont progressé de 87 patients en 2022 à 135 patients en 2023, soit respectivement de 19% à 27% des patients suivis en PDS. 45% du total des patients suivis en PDS sur le plan national avaient fait l'objet d'une réintégration en hospitalisation complète en 2018 (guide de la HAS mars 2021).

Une enquête nationale réalisée par différentes associations à la même date relatait une durée du PDS supérieure à un an dans 38% des situations, sensiblement égal au niveau observé dans le département en 2023

Les établissements visités par la commission se répartissent largement autour de ces moyennes. Cette utilisation très différente d'un établissement à l'autre du PDS mériterait de faire l'objet d'une étude comparative approfondie pour mettre en valeur les bonnes pratiques et remédier aux difficultés observées, comme les modalités de recherche d'un patient qui ne répond plus.

En cas d'échec des visites à domicile et des relances épistolaires ou téléphoniques il reste la réintégration en hospitalisation complète de manière coercitive, ce qui n'est pas simple à mettre en œuvre et illustre les difficultés potentielles du cadre des SSC. Dans ce contexte, la rédaction de plans de prévention partagés peut être précieuse.

Paul Guiraud : Une précédente EPP visait le suivi des patients perdus de vue, dont certains étaient suivis en programme de soins (PDS). Les PDS peuvent être positifs pour favoriser la compliance aux traitements, mais ils génèrent parfois des certificats médicaux d'impossibilité en cas d'absence des patients aux rendez-vous.

Roger Prévot : La compliance aux traitements (en dépit des possibles effets secondaires) est abordée par exemple par le groupe d'éducation thérapeutique de l'hôpital de jour de La Garenne Colombes. L'arrêt temporaire du traitement peut faire partie du parcours de soins, tel qu'on le rencontre également en addictologie et de façon générale dans toute prise de médicaments. Il ne doit pas obérer la relation de confiance entre le patient et le médecin qui le soutient. La question du suivi se pose pour la petite proportion de patients qui a besoin de soins renforcés et qui doivent être identifiés. Pour eux, il faut développer des équipes mobiles de suivi intensif à domicile.

Max Fourestier : est vigilant sur les situations de rupture unilatérale des PDS : « Nous collaborons autant que de besoin, avec les commissariats de Nanterre et Courbevoie afin d'organiser la réintégration ou l'organisation d'hospitalisation à temps complet avec, pour chaque situation, un équipage hospitalier (médecins, infirmiers, aides-soignants). Les échanges de qualité avec nos interlocuteurs réguliers permettent d'avoir une présence policière autant que de besoin. Cette mobilisation n'ayant jamais posé difficulté n'a pas fait émerger le besoin d'un protocole d'urgence psychiatrique. »

Erasme : En cas de rupture unilatérale du programme de soins, la réintégration en hospitalisation complète s'effectue par une admission directe sans le passage par le SAU

Louis Mourier : Les réintégrations en hospitalisation complète passent toujours par les urgences psychiatriques, afin d'écarter le risque de complication somatique.

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 13 : LA COMMISSION INVITE LES ETABLISSEMENTS A POURSUIVRE LES TRAVAUX DE REORGANISATION DES PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS EN SORTE DE REDUIRE LES RISQUES DE RUPTURE DE SOINS.

VIII. DES DUREES DE MAINTIEN EN SPSC JUGEES PREOCCUPANTES

La Recommandation 13 rappelait : « 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. »

Refuser qu'un patient hospitalisé sans consentement en SDRE passe du régime de l'hospitalisation complète au programme de soins, ou que sa mesure de soins soit levée, suppose pour le représentant de l'État un examen au cas par cas, sur la base d'un certificat médical d'un psychiatre. Ce sont également les patients pour lesquels n'est pas prévue par le CSP la convocation annuelle du collège des soignants.

Selon la Cour de cassation, même s'il intervient sans le cadre de SDRE, le certificat médical n'a pas à se référer à des conditions relatives à la sûreté ou à l'ordre public. Ces justifications relèvent de la compétence du préfet.

Max Fourestier : Au total, les 16 patients admis en SDRE représentent donc à cette date 55% du total des patients suivis en programme de soins (la plupart depuis plus d'un an), alors qu'ils ne représentaient en 2023 que 10% des admissions en SSC en Hospitalisation Complète.

MGEN : 47 patients sont donc suivis en PDS depuis plus d'un an (90%), dont 15 admis en SDRE, soit 32% alors que les admissions en SDRE ne représentent que 10% du total des admissions en SSC

Erasme : Le nombre de patients maintenus en programme de soins depuis plus d'un an s'est réduit de trois patients admis en SDRE (de 22 patients à 19), alors que le nombre de patients admis en SDRE s'est accru de 23 patients à 26 (respectivement 61% et 65% du total des patients suivis en PDS)

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 14 : LE CERTIFICAT MEDICAL EST UN ACTE HORODATE ET SIGNE PAR SON REDACTEUR, QUI CONSTATE OU INTERPRETE LES SYMPTOMES CLINIQUES ET LES EXAMENS PARACLINIQUES,

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.

La Recommandation 14 rappelait : » *La Commission invite les établissements à respecter scrupuleusement l'obligation de convoquer chaque année le collège 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.* »

Le manque de disponibilité des structures aval du type FAM ou MAS explique clairement la présence de patients au long cours. Parmi les autres difficultés figurent le manque d'adhésion des patients au projet de sortie vers ces EMS ou les EHPAD, et l'obstacle pécuniaire lié au coût de ces derniers. Le déficit en assistant social contribue également à l'allongement des procédures permettant une suite au temps d'hospitalisation.

Ces situations très diverses d'un établissement à l'autre mériteraient une étude comparative.

Une étude de l'IRDES d'octobre 2014 avait documenté ce dilemme : *L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale*. Questions d'économie de la santé, Irdes, n° 202, octobre 2014. Ces patients représentaient un quart des lits d'hospitalisation. Les chercheurs notaient une forte variabilité du recours à l'hospitalisation au long cours à l'échelle des territoires de santé, fortement influencée par l'offre de soins.

« L'existence d'une offre médico-sociale sur le territoire tend à réduire ce recours, mais plus que la quantité d'offre médico-sociale, ce sont les coordinations existant entre acteurs sanitaires et médico-sociaux qui agissent pour réduire le recours aux hospitalisations de longue durée »

Face au manque de place dans les foyers d'accueil médicalisés et les maisons d'accueil spécialisées pour les personnes handicapées vieillissantes (PHV), la prise en charge en EHPAD est de plus en plus souvent envisagée

Lancé sur le plan national lors de la Conférence Nationale du Handicap d'avril 2023, le plan Inclus'if se base sur un diagnostic en Ile-de-France, qui a mis en avant que plusieurs milliers de personnes restaient sans solution, le turn-over au sein des établissements adultes est faible, l'offre est inadaptée pour des profils complexes et l'on doit tenir compte également du vieillissement des personnes et de leurs aidants. En conclusion du diagnostic, le taux d'équipement des Hauts-de-Seine est très inférieur à la moyenne nationale (pour les adultes : 0,55 places pour 1 000 habitants contre 1,03).

Les réponses à l'appel à manifestation d'intérêt ont permis d'identifier les solutions d'accompagnement telles que l'hébergement en FAM et MAS des patients atteints de TSA, psychiques et polyhandicap ; l'accompagnement par un SAMSAH ; le déploiement d'unités pour les personnes handicapées vieillissantes (PHV) à destination des personnes en établissement médicalisés et à domicile.

Paul Guiraud : dispose d'un responsable du parcours de vie des patients au long cours. Le pôle a signé des conventions avec des maisons de retraite qui lui permettent d'accompagner
--

ses anciens patients dans ces établissements, y compris si nécessaire avec un « engagement de reprise » de la prise en charge.

MGEN : La sur représentation relative des patients au long cours dans l'établissement (onze patients sur 43 présents en hospitalisation dont 23 admis en SSC) remonte à l'arrivée des patients de Neuilly en provenance de Clermont de l'Oise en 2018.

Le projet de transfert vers une MAS en Belgique d'un patient admis en SDRE en 2010 et régulièrement auditionné par la commission n'a pu aboutir, en l'absence dans son dossier des trois refus d'admission en France exigés par l'administration.

Corentin Celton : 25 patients sont maintenus en PDS depuis plus d'un an (83% du total)

Louis Mourier : 58 patients sont maintenus en PDS depuis plus d'un an. « Une fois tous les deux mois, nous discutons en équipe médicale du bien fondé de chaque mesure de PDS »

IX. DEMATERIALISATION DU LIVRE DE LA LOI

La Recommandation 15 rappelait : » Accélérer la mise en place d'un logiciel dédié tel que Planipsy, afin d'automatiser et de fiabiliser l'ensemble du suivi administratif de la gestion des SPSC. »

Paul Guiraud : Préciser le protocole de visa de la commission à apposer au livre de la loi et aux dossiers individuels des patients dématérialisés.

Corentin Celton : Le logiciel Planipsy est en cours de déploiement pour janvier 2025 : il cohabitera avec l'actuel logiciel ORBIS où seront saisis en premier lieu les différents certificats médicaux pour être scannés dans Planipsy.

MGEN : L'établissement utilise le logiciel Hopital Manager, qui propose des prestations comparables au logiciel Planipsy moyennant un certain nombre d'interfaces. Il doit intégrer la possibilité de modifier un certificat médical ou une décision de placement à l'isolement en cas d'erreur, sans risquer d'annuler totalement le document fautif.

Fort de ces dernières avancées, Nous maintenons donc cette recommandation :

RECOMMANDATION NOUVELLE 15 : ACCELERER LA MISE EN PLACE D'UN LOGICIEL DEDIE TEL QUE PLANIPSY, AFIN D'AUTOMATISER ET DE FIABILISER L'ENSEMBLE DU SUIVI ADMINISTRATIF DE LA GESTION DES SPSC.

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, 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

Alors que le recours à l'isolement dans le département se réduit de façon continue depuis 2018, le recours à la contention évolue en dents de scie mais marque cependant un certain recul depuis 2020. Les chiffres repris ci-dessous sont extraits des rapports annuels 2022 et 2023 communiqués à la commission. L'emploi de ces mesures varie de façon marquée entre les établissements. Ils signalent une relative stabilité du recours à l'isolement et à la contention 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 2022	Nombre de patients distincts isolés en 2022	Nombre de patients admis en SSC en 2023	Nombre de patients distincts isolés en 2023
Louis Mourier	155	84 54%	169	72 43%
CASH Nanterre	321	120 37%	343	161 47%
Corentin Celton	194	39 20%	211	57 27%
Paul Guiraud Clamart	423	165 39%	440	162 37%
MGEN Rueil	155	65 42%	169	74 44%
Érasme	357	242 68%	349	208 60%

Le nombre de patients distincts placés en isolement pour cent patients hospitalisés en SPSC s'est stabilisé au niveau du département à 44 en 2023 comme en 2022, avec des extrêmes qui vont de 60 patients à Erasme à 27 à Corentin Celton. Il s'agit donc de proportions élevées pour une pratique de dernier recours.

Après avoir atteint un record de 798 patients placés à l'isolement en 2020, cet indicateur est à nouveau en hausse de 3% pour atteindre 734 patients en 2023.

Dans son étude de février 2024 précitée, l'IRDES relève que l'isolement a concerné 37% des patients hospitalisés en SPSC en 2022. **Le département se situe donc sept points au-dessus de la moyenne nationale (en fait au-dessus du troisième quartile)**

La durée totale moyenne passée en isolement par patient distinct s'est réduite pour le département de 12 jours en 2022 à 11 jours en 2023, avec des extrêmes qui vont de 21 jours à Paul Guiraud à 5 jours à Louis Mourier.

Après avoir atteint un cumul record de 14,140 jours placés à l'isolement en 2018, cet indicateur est à nouveau en baisse de 5% pour atteindre 7989 jours en 2023.

Le taux d'occupation des chambres d'isolement s'est réduit de 79% en 2022 à 75% en 2023 pour le département. Cette moyenne recouvre des situations différentes de 117% à Paul Guiraud à 24% 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 l'objet d'un suivi spécifique (pas toujours observé) dans le registre de l'isolement).

La durée moyenne de chaque mesure d'isolement s'est réduite au niveau du département de 4.1 jours en 2022 à 2.2 jours en 2023, avec des extrêmes (symétriques du nombre de mesures) qui vont de 14 jours à Paul Guiraud à 1 jour à Erasme et Louis Mourier.

Ce dernier indicateur est atypique et ne reflète peut-être pas les dernières évolutions. Depuis la note de la DGOS du 9 mai 2022, une mesure comprend toutes les décisions avec des ruptures de moins de 48 heures. Autrement dit, les durées des décisions s'additionnent au sein d'une même mesure tant que les ruptures entre les décisions ne dépassent pas 48 heures.

Ces durées moyennes interpellent à la lumière tant des recommandations de la HAS (les isollements 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 »).

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

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

- **B. MESURES DE CONTENTION**

Établissement	Nombre de patients distincts isolés en 2022	Dont nb de patients distincts contentonnés en 2022	Nombre de patients distincts isolés en 2023	Dont nb de patients distincts contentonnés en 2023
Louis	84	45	72	38

Mourier		54%		53%
CASH Nanterre	120	48 40%	205	46 29%
Corentin Celton	43	7 18%	58	14 25%
Paul Guiraud Clamart	165	20 12%	162	20 12%
MGEN	65	8 12%	72	13 18%
Érasme	242	31 13%	208	22 11%

Pour cent patients placés à l'isolement, **le nombre de patients distincts placés sous contention** varie de 11 patients à Erasme à 53 à Louis Mourier, pour une moyenne départementale qui s'est réduite de 22 patients en 2022 à 21 en 2023. Il s'agit donc de proportions élevées pour une pratique de dernier recours.

Après avoir atteint un record de 183 patients placés sous contention en 2020, cet indicateur s'est réduit de 4% pour atteindre 153 patients en 2023.

Dans son étude de février 2024 précitée, l'IRDES relève que le placement sous contention a concerné 28% des patients isolés en 2022 (**Le département se situe donc sept points en dessous de la moyenne nationale**)

La proportion de jours passés sous contention pour cent jours placés en isolement varie d'un jour à Erasme à 31 jours à Louis Mourier, pour une moyenne départementale qui s'est réduite de 5 jours en 2022 à 4.4 jours en 2023.

Après avoir atteint un cumul record de 780 jours passés sous contention en 2020, cet indicateur est à nouveau en baisse de 15% pour atteindre 353 jours en 2023.

La durée totale passée en contention par patient distinct varie de 1.3 jours à Max Fourestier à 4.8 jours à Paul Guiraud pour une moyenne départementale qui s'est réduite de 2.6 jours en 2022 à 2.3 jours en 2023.

La durée moyenne de chaque mesure de contention varie de 0.7 jour à Max Fourestier à 3.5 jours à Paul Guiraud pour une moyenne départementale qui s'est réduite de 1.5 jours en 2022 à 1.4 jours en 2023.

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 »).

Ces données permettent également de distinguer trois cas :

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

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

- Relativement peu d'isolement et contention moyenne : Corentin Celton
- Relativement peu d'isolement et contention élevée : Louis Mourier
- Isolement et contention relativement moyens : Max Fourestier et MGEN
- Isolement relativement élevé et contention modérée : Erasme
- Isolement et contention relativement élevés : Paul Guiraud

Il appartient aux établissements et à l'ARS d'analyser ces données et de remettre en question leurs pratiques, mais une hypothèse serait de distinguer les établissements qui isolent plus fréquemment des patients modérément « violents » plus nombreux (Erasme) 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)

Max Fourestier : A fin août 2024, On relève 24 mesures d'isolement (correspondant à 19 patients distincts) de patients détenus admis au titre de l'article D398 du CPP, soit la totalité des 19 patients détenus hospitalisés cette année, ce qui confirme que le placement à l'isolement est systématique pour ces patients. L'établissement déplore des délais de plus en plus longs pour le transfert des patients détenus vers l'UHSA ou la maison d'arrêt initiale.

« La surreprésentation des hospitalisations sans consentement pour soins aux détenus au sein des séjours au cours desquels des mesures d'isolement ont été mises en œuvre, en comparaison aux autres hospitalisations sans consentement, interroge. Elle pourrait traduire une fréquence plus élevée d'épisodes violents au sein de cette population, mais suggère aussi que ces mesures peuvent être mises en œuvre pour répondre à des exigences de sécurité non justifiées par des motifs purement cliniques. »

RECOMMANDATION NOUVELLE 16 : VEILLER A NE PLACER EN CHAMBRE D'ISOLEMENT LES PERSONNES DETENUES HOSPITALISEES EN UNITE FERMEE EN APPLICATION DE L'ARTICLE D398 DU CPP QUE SUR LA BASE DE LEUR ETAT DE SANTE

La Recommandation 16 suggérait : « En vue de réduire le recours aux mesures de coercition, développer l'analyse des statistiques au-delà des rapports institués par la loi, en effectuant des analyses de ces pratiques unité par unité. »

Paul Guiraud : le questionnaire de pré visite présente l'analyse par service des données 2023, telle que recommandée par la commission. Ces dernières informations illustrent l'intérêt d'une analyse par service. Elle pourrait expliquer que l'unité Dora Maar présente la durée totale et le délai moyen d'isolement par patient les plus élevés en 2023, et que l'unité Camille Claudel présente la durée totale, le délai moyen par patient et la proportion de jours d'isolement passée sous contention les plus élevés en 2023

Erasmus : les écarts constatés entre les unités appellent une réflexion institutionnelle sur leur origine : la circonstance que l'unité intersectorielle d'accueil (UIA) accueille les patients entrants pourrait expliquer l'importance du recours à l'isolement, en revanche les disparités entre les unités de psychiatrie générale appellent une explication dès lors que leur patientèle ne sont pas très différentes.

Nous maintenons donc cette recommandation :

RECOMMANDATION NOUVELLE 17 : EN VUE DE REDUIRE LE RECOURS AUX MESURES DE COERCITION, DEVELOPPER L'ANALYSE DES STATISTIQUES AU-DELA DES RAPPORTS INSTITUES PAR LA LOI, EN EFFECTUANT DES ANALYSES DE CES PRATIQUES UNITE PAR UNITE

III. NOUVELLES DISPOSITIONS ISSUES DE L'ARTICLE 17 DE LA LOI DU 22 JANVIER 2022

La Recommandation 17 rappelait : « 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. »

Les isolements de patients en soins libres sont désormais proscrits. Le patient concerné doit être préalablement placé sous le régime des SPSC, hors mesures d'urgence transitoires (12 heures maximum). En effet, la circulaire DGOS du 29 mars 2022 prévoit cette possibilité : "Dans les structures d'urgence et les établissements autorisés en psychiatrie, il est possible de mettre en place, à titre exceptionnel et en cas d'urgence, pour des raisons tenant à la sécurité du patient ou d'autrui, des mesures de protection **pendant quelques heures**, en attendant soit la résolution de la situation critique soit l'hospitalisation du patient en soins sans consentement."

Max Fourestier : Compléter l'extraction du registre de l'isolement et la contention par l'âge et l'identifiant anonymisé du patient, afin de mesurer le nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une ou plusieurs mesures.

MGEN : quand une mesure est initiée et prescrite par le médecin avant que le mode de soins sous contrainte soit saisi dans le DPI (ce qui arrive régulièrement pour les patients admis en

dehors des heures d'ouverture du secrétariat, la nuit ou le week-end), le mode légal de soins du patient apparaissant dans le registre reste le mode "Soins libres", alors même que le patient est bien hospitalisé sous contrainte et même si l'erreur est rectifiée par une saisie ultérieure à la prescription de l'isolement ou de la contention.

Erasme : lorsque des patients en soins libres (PSL) se voient prescrire une mesure d'isolement de plus de douze heures et/ou une mesure de contention de plus de six heures, leur mode d'hospitalisation est modifié en soins sans consentement afin de respecter la loi.

Louis Mourier : Compléter l'extraction du registre de l'isolement et de la contention communiquée à la commission par l'âge des patients concernés

Nous reformulons donc cette recommandation :

RECOMMANDATION NOUVELLE 18 : COMPLETER L'EXTRACTION DU REGISTRE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION COMMUNIQUEE A LA COMMISSION PAR L'IDENTIFIANT ANONYMISE, L'AGE ET LA MODALITE D'HOSPITALISATION DES PATIENTS CONCERNES.

La Recommandation 18 rappelait : « *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* »

L'isolement d'un patient mineur est maintenant subordonné à la mise en place d'une mesure de SDRE, en ligne avec l'interdiction générale de placement à l'isolement d'un patient en soins libres (à la demande de l'autorité parentale pour un mineur). Jusqu'à la récente réorganisation des soins psychiatriques, la majorité en psychiatrie était fixée à 16 ans, même si le secteur infanto-juvénile pouvait aller au-delà de cet âge. Elle est maintenant alignée sur la majorité civile à 18 ans, malgré les grandes difficultés de la pédopsychiatrie.

Corentin Celton : L'établissement relève un afflux plus marqué des jeunes en raison de nombreux facteurs (le confinement pendant la pandémie du covid, l'anxiété généralisée, l'influence des réseaux sociaux), qui entraîne l'hospitalisation fréquente d'un à cinq mineurs de 18 à 16 ans, exceptionnellement 15 ans.

Erasme : L'établissement estime qu'une dizaine de patients mineurs sont hospitalisés chaque année dans ses secteurs adultes. Ils sont alors isolés dans la micro-unité. A la suite du décrochage lié au covid en 2020, la demande de prise en charge des jeunes a explosé. Par exemple, la file active des jeunes de moins de 20 ans a doublé en un an de 30 à 60 patients pour le pôle 21.

Nous maintenons donc notre recommandation.

RECOMMANDATION NOUVELLE 19 : 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 Recommandation 19 rappelait : « *La Commission continuera d'être vigilante sur le respect des principes de maintien à disposition du patient provisoirement placé en isolement de son lit en chambre banalisée, et d'interdiction des placements en isolement de patients 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 »

Paul Guiraud : 114 patients étaient hospitalisés au jour de la visite pour une dotation de 111 lits d'hébergement restés ouverts (dont un lit supplémentaire pour transformer une chambre individuelle en chambre double déployé dans chaque unité). Même en déployant la totalité des six lits supplémentaires autorisés, il n'était donc pas possible de prévoir un lit d'hébergement miroir pour chacun des patients placés en isolement. Ces derniers pouvaient donc être autorisés à sortir de l'isolement mais pas tous de la chambre d'isolement.

Max Fourestier : Il n'était pas possible de prévoir un lit d'hébergement miroir pour chacun des patients placés en isolement.

Erasme : La proportion des mesures d'isolement en dehors d'une micro-unité donc en dehors d'un espace dédié) s'est à nouveau réduite de 20% en 2022 à 9% en 2023.

Les isolements « faute de place » ne figurent plus dans le registre que si la micro-unité qui héberge un patient faute de place reste fermée afin de prendre en charge un autre patient effectivement placé à l'isolement (cas relativement fréquent au vu du taux d'occupation des chambres d'isolement)

Corentin Celton : La nature de l'isolement (dans un espace dédié ou non dédié) fait bien partie des données à saisir dans le tableau Excel, mais n'apparaît plus dans la description de l'onglet isolement (aucune mesure n'est d'ailleurs renseignée en dehors d'un espace dédié).

Nous maintenons donc notre recommandation.

RECOMMANDATION NOUVELLE 20: LA COMMISSION CONTINUERA D'ÊTRE VIGILANTE SUR LE RESPECT DES PRINCIPES DE MAINTIEN A DISPOSITION DU PATIENT PROVISOIREMENT ADMIS EN CHAMBRE D'ISOLEMENT DE SON LIT EN CHAMBRE HOTELIERE, ET D'INTERDICTION DES PLACEMENTS EN ISOLEMENT DE PATIENTS 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.

IV. DES POLITIQUES DE REDUCTION ONT-ELLES ETE DEFINIES ?

La Recommandation 20 suggérait : « la commission recommande à la direction des établissements qui en sont encore dépourvus de publier une politique générale en faveur de la réduction du recours à l'isolement et à la contention ;

De réviser leur protocole de placement à l'isolement afin d'explicitier les alternatives à mettre en œuvre, afin de s'assurer que toute décision de placement à l'isolement soit prise en dernier recours ;

Elle demande à tous les établissements qui ne lui ont pas remis copie de leurs protocoles d'isolement et de contention actualisés de le faire »

A partir de retours d'expériences et en lien avec l'Association des établissements du service public de santé mentale (ADESM), l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-

sociale (ANAP) a publié en octobre 2024 un guide pour réduire le recours à l'isolement et à la contention au sein des établissements psychiatriques. L'agence identifie quatre leviers pour agir :

Partager la démarche au moindre recours auprès de tous les intervenants

Concevoir les lieux comme des espaces d'apaisement

Mobiliser les équipes pour faire évoluer les pratiques

Rechercher l'adhésion du patient et de sa famille

Paul Guiraud : 27% des décisions 2023 (d'isolement comme de contention) étaient initiées par un médecin junior et confirmées par un psychiatre senior. Préciser si la confirmation par un psychiatre senior des décisions de placement à l'isolement et/ou sous contention initiées par les médecins juniors est validée dans l'heure qui suit après un entretien et un examen médical effectif du patient

Roger Prévot : Le pôle a très peu recours à l'isolement (le rapport annuel 2023 de l'EPS Roger Prévôt rappelle qu'il ne dispose plus de chambre d'isolement depuis décembre 2022). Les patients qui nécessitent un isolement sont transférés vers le pôle de Nanterre ou un autre pôle de l'EPS Roger Prévôt (un seul patient en 2023). En cas de nécessité, le pôle peut recourir aux techniques de packing avec une couverture lestée, qui mobilisent des ressources humaines. Tout le personnel soignant est formé à la prévention de la violence et à la désescalade.

Max Fourestier : La politique de limitation des mesures d'isolement et de contention 2024-2025 a été actualisée comme chaque année en juin 2024

Erasmus : « A noter une sensibilisation à la pratique des méthodes alternatives à l'isolement dont l'application doit être obligatoirement renseignée dans le questionnaire de prescription de placement en chambre d'isolement. »

L'établissement a renforcé la formation destinée à promouvoir ces méthodes alternatives à l'isolement (formation traditionnelle Oméga et plus récemment Evolu'Psy compétence, qui est l'organisme de formation du Centre Hospitalier Le Vinatier.)

Tout en saluant ces nombreuses initiatives, parfois déjà couronnées d'un certain succès, nous maintenons donc cette recommandation au vu de l'importance de définir ces procédures :

RECOMMANDATION NOUVELLE 21 : LA COMMISSION RECOMMANDE A LA DIRECTION DES ETABLISSEMENTS QUI EN SONT ENCORE DEPOURVUS DE PUBLIER UNE POLITIQUE GENERALE EN FAVEUR DE LA REDUCTION DU RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION ;

DE REVISER LEUR PROTOCOLE DE PLACEMENT A L'ISOLEMENT AFIN D'EXPLICITER LES ALTERNATIVES A METTRE EN OEUVRE, AFIN DE S'ASSURER QUE TOUTE DECISION DE PLACEMENT A L'ISOLEMENT SOIT PRISE EN DERNIER RECOURS ;

ELLE DEMANDE A TOUS LES ETABLISSEMENTS QUI NE LUI ONT PAS REMIS COPIE DE LEURS PROTOCOLES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION ACTUALISES DE LE FAIRE.

La Recommandation 21 suggérait : « Accélérer la mise en place d'espaces d'apaisement, qui permettront de restreindre l'usage des chambres d'isolement aux seules circonstances prévues par la loi. »

La mise en place d'une salle dédiée à la détente et l'apaisement, pour s'isoler du groupe, se reposer ou réaliser des activités libres, fait partie des solutions alternatives au placement à l'isolement recommandées par la HAS.

L'ARS a publié le 13 septembre un appel à manifestation d'intérêt (AMI) pour la réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention, qui couvre entre autres la création d'espaces d'apaisement. Cependant, « l'allocation ne couvrira qu'exceptionnellement les demandes de renfort en ressources humaines qui ont vocation à être financés par des crédits pérennes ».

Paul Guiraud : Un second espace d'apaisement est en cours de finalisation dans l'unité fermée J.F.Béranger. Destiné à accueillir un patient individuellement, il offrira un soin adapté basé sur l'idée originale du choix laissé au patient du type de siège, de couverture, d'éclairage, de musique, de lecture et autre commodité qui lui conviendront.

Les deux dernières unités fermées Camille Claudel et Dora Maar sont intégrées dans la réflexion du groupe hospitalier Paul Guiraud (GHPG) sur l'évolution conjointe des chambres d'isolement et des espaces d'apaisement. Elles vont nécessiter des travaux plus lourds qui seront définis ultérieurement.

Roger Prévot : L'établissement envisage de mettre en place un espace d'apaisement expérimental, tel que celui expérimenté au centre hospitalier Sainte Anne, qui permettrait de prévenir le recours à isolement et de réduire de moitié la durée moyenne des mesures d'isolement. Les IDE ont été sollicités pour la définition de ce projet, qui fera l'objet d'une EPP. La direction commune aux deux établissements a décidé de déployer un espace d'apaisement dans chaque unité et les commandes correspondantes ont été émises en avril 2024.

Max Fourestier : Un espace d'apaisement en réflexion dans l'unité de stabilisation a été approuvé en septembre 2024. Au vu de l'enveloppe réduite accordée à ce projet (80 KEUR), l'établissement a préféré la concentrer sur un seul espace ouvert à tous (patients et soignants si nécessaire) plutôt qu'un espace dans chacune des deux unités. Cet espace remplacera une chambre d'hébergement après condamnation de la salle d'eau et neutralisation de la plomberie. Il sera doté d'un mobilier adapté, de stores électriques, d'un vidéo projecteur, d'un variateur de couleurs et d'un environnement musical à partir d'une playlist sur clé USB.

MGEN : a déjà contacté un prestataire en vue d'une candidature à l'AMI visant les espaces d'apaisement. En effet, il dispose de deux espaces disponibles en sus de ses 58 chambres d'hébergement et trois chambres d'isolement.

Corentin Celton : la création d'espaces d'apaisement n'est pas envisagée par l'établissement, car elle se ferait au détriment d'une chambre d'hébergement.

Erasme : D'autres financements vont supporter la formation aux alternatives à l'isolement et le déploiement de chariots snoezelen dans les unités. L'établissement précise que l'accès à la salle snoezelen du bâtiment adolescents est toujours accompagné par un soignant. Deux chambres seraient équipées du système danois Wavecare.

Tout en saluant ces nombreuses initiatives, parfois déjà couronnées d'un certain succès, nous maintenons donc cette recommandation :

La Recommandation 22 suggérait : « *La Commission invite les établissements qui ne l'ont pas encore engagé à étudier les conditions de mobilisation de l'expérience patient (élaboration des plans de prévention partagés et incorporation d'un ou plusieurs médiateurs de santé pair dans leur organisation)* »

Quelle que soit le vocable adopté (directives ou mesures anticipées en psychiatrie, plan de prévention partagé, plan de crise conjoint, mon GPS (Guide Prévention et Soins en santé mentale du Psycom)), les études internationales comme nationales démontrent un impact positif sur la prévention des hospitalisations sans consentement et des mesures de coercition, majoré quand cet outil est accompagné par un médiateur de santé pair (réduction de 32% des hospitalisations sans consentement).

Paul Guiraud : L'expérience patient sera mobilisée par le développement progressif des plans de crise conjoints du type mon GPS. Cet outil sera déployé dans un premier temps en HDJ, à destination en priorité des patients ayant été hospitalisés en situation d'urgence.

Une table ronde était organisée sur ce sujet le 30 mai 2024 ouverte à l'ensemble des professionnels du GHT Psy Sud (Groupe Hospitalier Paul Guiraud, CHS Erasme et fondation Vallée).

Roger Prévot : utilise « mon GPS » ou encore « Ma boussole psy », qui vise à faciliter l'expression et le respect des souhaits des personnes, dans l'hypothèse où elles ne seraient plus en mesure d'exprimer leurs préférences.

Le projet de maison des usagers dans un local mis à disposition par la mairie va impliquer un médiateur de santé pair dont le budget sera supporté par l'ARS pendant deux ans (avant d'être logiquement pérennisé par l'établissement).

Une première médiatrice de santé pair est déjà employée au sein de l'unité de réhabilitation psycho-sociale Reha'lib à Levallois-Perret (qui a rejoint la plateforme de réhabilitation psycho-sociale du nord des Hauts de Seine).

Max Fourestier : Ce recours va être systématisé, mais « au bon moment » pour l'utilisateur comme pour les soignants. Il a fait l'objet d'un document descriptif des modalités d'usage du plan de crise conjoint rédigé en novembre 2023

Corentin Celton : Le DMU de psychiatrie et addictologie a beaucoup contribué à la certification pour quatre ans de la HAS avec la mention « haute qualité des soins ». Il a été interpellé cependant sur la nécessité de développer son action en matière de recueil des plans de crise conjoints. L'établissement réfléchit à l'intégration d'un médiateur de santé pair mobilisé sur la psychoéducation au sein des structures ambulatoires.

MGEN : Un médiateur de santé pair est employé au centre ambulatoire de Rueil à l'hôpital de jour et dans la plateforme de réhabilitation du nord des Hauts de Seine. L'établissement a répondu à l'appel à manifestation d'intérêt (AMI) publié par l'ARS pour la réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention, pour le recrutement d'un second médiateur de santé pair pour la mise en place en hospitalisation complète des directives anticipées en psychiatrie.

Erasmus : Un médiateur de santé pair est déjà intégré dans l'unité de psychiatrie générale du secteur 9. Il sera rejoint dès la fin de l'année par deux collègues en intra hospitalier des secteurs 20 et 21 également employés à temps partiel (qui est privilégié en raison de la fatigabilité de ces recrues étudiants en alternance).

Nous nous félicitons de ces avancées et nous maintenons cette recommandation.

RECOMMANDATION NOUVELLE 23 : LA COMMISSION INVITE LES ETABLISSEMENTS QUI NE L'ONT PAS EN-CORE ENGAGE A ETUDIER LES CONDITIONS DE MOBILISATION DE L'EXPERIENCE PATIENT (ELABORATION DES PLANS DE PREVENTION PARTAGES ET INCORPORATION D'UN OU PLUSIEURS MEDiateurs DE SANTE PAIR DANS LEUR ORGANISATION)

Par ailleurs, et dans le but d'apaiser les tensions au sein des unités d'hospitalisation en permettant aux patients de s'exprimer, d'être consultés sur les conditions de leur prise en charge et d'acquérir ou retrouver plus d'autonomie, nous formulons la nouvelle recommandation :

RECOMMANDATION NOUVELLE 24 : LA COMMISSION RECOMMANDE LA MISE EN PLACE SYTEMATIQUE DE REUNIONS SOIGNANTS-SOIGNES REGULIERES DANS TOUTES LES UNITES D'HOSPITALISATION.

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

La Recommandation 23 rappelait : « Associer la CDSP aux temps d'échange entre établissements, JLD et ARS, comme prévu par l'instruction de la DGOS du 29 mars 2022 relative aux mesures d'isolement et de contention. »

Depuis la dernière réforme du 22 janvier 2022, Il est devenu compliqué de dépasser les durées recommandées par la HAS. En principe, le circuit d'information du juge est en place, les informations dues au patient sont données et les proches reçoivent l'information qui leur est due.

La réforme de la justice va banaliser le rôle du JLD dans le contrôle des hospitalisations psychiatriques sans consentement, mais les audiences sont toujours tenues par le même magistrat. La loi d'orientation et de programmation du ministère de la justice du 20 novembre 2023 visait à renforcer les moyens du ministère de la justice et à améliorer l'organisation de celui-ci. A ce titre, les fonctions civiles qu'assurait le juge des libertés et de la détention (JLD) en matière de contrôle des hospitalisations sans consentement seront confiées à un juge du tribunal judiciaire au plus tard le 1^{er} novembre 2024, ce qui ne manque pas d'inquiéter au vu des phases d'apprentissage parcourues depuis la loi du 5 juillet 2011.

Paul Guiraud : « Dans 81 % des cas, la demande de prolongation de la mesure a été validée par le JLD qui a donc considéré les mesures comme étant adaptées, nécessaires et proportionnées à la situation des patients » (75% en 2022)

Les quatre premiers motifs de mainlevées sont :

- 1/ l'absence de validation par le senior
- 2/ une mesure initiale dépassant la durée réglementaire (>6h ou >12h),
- 3/ une période non couverte par une décision (« trous » dans la mesure d'isolement)

4/ les saisines tardives,

Nous constatons une baisse des mainlevées au motif d'une saisine tardive, mais une augmentation des mainlevées au motif du recours de l'interne sans validation du senior. »

Max Fourestier : Organisation de plusieurs réunions d'analyse des causes de mainlevée avec l'équipe : Participation à la réunion annuelle relative à l'isolement et à la contention organisée par le tribunal de Nanterre. Cette réunion permet l'échange sur différentes problématiques comme la discussion de causes de mainlevée.

Deux réunions d'information à destination des équipes ont été organisées avec la participation de la coordinatrice des JLD du tribunal de Nanterre concernant l'application du dispositif réglementaire.

MGEN : Un groupe étudie les levées de mesures de soins sous contrainte et les levées de mesure d'isolement/contention par le Juge des Libertés et de la Détention, dans le but de toujours mieux respecter la loi. La très nette diminution du nombre de levées en 2023 a entraîné la diminution de fréquence de tenue des réunions.

Erasme : a mis en application le 26 septembre 2022 la réforme de janvier 2022 sur les isolements. Les débuts ont marqué de nombreuses levées des mesures par le juge ; en fin d'année la procédure est fluide et les mainlevées beaucoup plus rares.

« La nécessité d'informer le juge à 48 heures d'isolement a modifié les pratiques. Nous constatons une augmentation très significative du nombre de mesures, dont la grande majorité (77%) sont inférieures à 12 heures et une diminution du nombre de journées d'isolement sur l'ensemble de l'année. »

Nous maintenons donc cette recommandation restée lettre morte.

RECOMMANDATION NOUVELLE 25 : ASSOCIER LA CDSP AUX TEMPS D'ECHANGE ENTRE ETABLISSEMENTS, JLD ET ARS, COMME PREVU PAR L'INSTRUCTION DE LA DGOS DU 29 MARS 2022 RELATIVE AUX MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION.

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

I. LA TRANSPARENCE PROGRESSE-T-ELLE ?

La Recommandation 24 rappelait : « 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) »

Dans son rapport d'activité 2023, le CGLPL rapporte la réponse de l'ARS Ile de France à ses recommandations relatives au fonctionnement des CDSP : « Les difficultés à constituer les CDSP sont notables et partagées dans l'ensemble de la région, en particulier en ce qui concerne les ressources médicales composant les commissions, tant en termes de psychiatres que de médecins généralistes : L'ARS s'est à ce sujet rapprochée des cours d'appel concernées, et prévoit également de relancer, avant la fin de l'année, un appel à candidatures

pour l'ensemble des CDSP non complètes ».

Les rapports annuels d'activité de la CDSP de 2018 à 2023 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 26 : 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)

La Recommandation 25 rappelait : « 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 SPSC, 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. »

La loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (dite loi Valletoux) prévoit à l'article 27 la participation des parlementaires élus dans la circonscription au conseil de surveillance des établissements publics de santé.

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

La recommandation n°26 rappelait : « 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 »

La commission est reconnaissante à la direction de l'établissement pour la complétude du questionnaire de pré visite à l'occasion de ses dernières visites, ainsi que la qualité de la documentation qui lui a été remise.

Max Fourestier : Les analyses de la CDSP sont partagées en CDU et à la sous-commission isolement et contention de la commission médicale d'établissement (CME) dans une démarche comparative de « benchmarking » qui lui permet de se positionner face aux autres établissements, afin d'identifier ses performances et les bonnes pratiques à mettre en œuvre pour améliorer sa prise en charge. L'ordre du jour de la CDU du 21 mars 2024 comprenait une présentation des recommandations de la CDSP à la suite de sa visite de février 2024.

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 annuels d'activité, 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 (11 ans ont séparé les deux visites du CGLPL à l'EPS Erasme ; première visite à Louis Mourier en mai 2024)

La réduction des pratiques de SPSC, d'isolement et de contention est un des objectifs de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », qui reste à atteindre. Une amélioration continue de la qualité, de l'exhaustivité et de la diffusion de ces données demeure nécessaire pour contribuer à l'objectif d'une réduction de ces pratiques.

Cette feuille de route, lancée en 2018 et enrichie en 2021 de mesures prises dans le cadre des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie n'a pas encore permis de résoudre les difficultés de ressources humaines liées à la démographie médicale.

L'instabilité politique de l'année 2024 a perturbé les quelques initiatives amorcées en cours d'année, telles que la mise en place d'un conseil national de la refondation (CNR) sur la santé mentale annoncé en septembre 2023 par le Président de la République, puis par le nouveau ministre délégué à la santé pour mai 2024.

Les établissements ont contribué à la note sur la prise en charge des troubles psychiatriques du Haut-commissariat au plan publiée le 15 juillet, avec quatre axes destinés à renforcer la coordination des acteurs sur tout le territoire : développer la prévention, améliorer la formation des acteurs, mettre l'accent sur l'intervention précoce et reconstruire le parcours de soins.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) annonce le renforcement de son soutien aux établissements psychiatriques. Isolement, contention, évaluation des PTSM, soins non programmés et séjours longs seront des thèmes d'appuis collectifs.

L'annonce en octobre par le premier ministre du choix de la santé mentale comme grande cause nationale 2025 (confirmée par son successeur lors de sa déclaration de politique générale) s'est accompagnée d'un objectif de doublement du nombre des maisons des adolescents, ainsi que la généralisation de la formation aux premiers secours en santé mentale. Un objectif aussi important sera de ne pas diluer la psychiatrie dans l'océan de la santé mentale. La maladie mentale avérée, comme toute maladie grave, demande des soins spécifiques et ne peut malheureusement pas disparaître avec simplement de la prévention ou de la détection précoce. Elle nécessite des soins de qualité, en accord avec l'évolution de la connaissance scientifique, et respectueuse du droit de chaque malade à bénéficier de soins adaptés à son état.

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

L'arrêté préfectoral ARS-UD92-SRSPSC numéro 2023-076 du 28 novembre 2023 est venu actualiser comme suit la composition de la Commission :

Membres prévus	Membres désignés	Date originale 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 Département des relations avec les usagers et Soins 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. La commission tient à souligner le bénéfice observé à la participation de représentants de l'ARS à ses réunions et souhaite que leur présence soit régulière en 2025.

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 titre Ier 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.

La sectorisation n'est pas parvenue à équilibrer l'offre entre les secteurs : les populations rattachées vont de 59388 habitants (Neuilly) à 95808 (Vanves Issy les Moulineaux). 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^{er} janvier 2023),

Établissement	Secteur	Villes Concernées	Population Municipale	FA de patients suivis en ambulatoire (dont PDS)	Nombre de lits
Louis Mourier Colombes	92G06 Intersectorielles	Colombes	86775	592 (137)	40+4 CI UPAJ 9 Addictologie 8
Max Fourestier Nanterre	92G07	Courbevoie	82074	417 (17)	
Max Fourestier Nanterre	92G10 Intersectorielles	Nanterre	95782	1418 (15)	UO 28 UF12 + 4 CI
Roger Prévot Nanterre	92G05	La Garenne Colombes/ Bois Colombes	59179	34 (11)	23
Corentin Celton Issy-les-Moulineaux	92G12	Issy les Moulineaux, Vanves	95808	591 (63)	49+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G16	Meudon Chaville	66349	865	20+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G17	Clamart Le Plessis	82741	1002	18+2 CI

		Robinson			
Paul Guiraud Clamart	92G18	Montrouge Malakoff	79137	1242	21+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G19	Châtillon Bagneux	78359	1338	21+2 CI
	Intersectorielles	Toutes les villes	306586	(98)	36
Mgen Rueil Malmaison	92G08	Neuilly- sur- Seine	59388	458	
Mgen Rueil Malmaison	92G11	Rueil- Malmaison	78265	663 (116)	58+3 CI
Érasme Antony	92G09	Suresnes Puteaux	93491	47 (15)	17+2 CI UIA : 17+2
Érasme Antony	92G20	Sceaux Châtenay- Malabry Fontenay- aux-Roses	79916	36 (24)	17+2 CI UIR : 26 lits
Érasme Antony	92G21 Intersectorielles	Antony Bourg-la Reine	83880	61 (45)	17+2 CI Unité Minkowski 19 lits
Totaux			1061965	(NS) (532)	456+29 CI