

Commission Départementale des Soins Psychiatriques des Hauts-de-Seine

Agence Régionale de la Santé – Délégation Départementale des Hauts-de-Seine
Département des relations avec les usagers et Soins sans consentement
Secrétariat de la CDSP
55, avenue des champs pierreux
92000 NANTERRE

| | |
|---------------------------|---|
| INTRODUCTION | 5 |
|---------------------------|---|

| | |
|--|---|
| CHAPITRE 1. LE RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX ET DE LA DIGNITE A-T-IL MARQUE DES PROGRES ? | 6 |
|--|---|

| | |
|---|---|
| I. AMELIORER LA CONNAISSANCE DES DROITS DES PATIENTS | 6 |
|---|---|

Recommandation nouvelle 1 : La Commission réitère sa demande que tous les documents d'information sur les droits des patients soient expurgés des erreurs et omissions qu'ils contiennent et soient réécrits afin de mettre les usagers (patients, personnes de confiance, familles, proches, tiers) en mesure d'exercer leurs droits. 6

Recommandation nouvelle 2 : La CDSP demandera au président du Tribunal Judiciaire des Hauts de Seine d'écrire aux établissements pour leur rappeler les obligations résultant de la loi concernant les salles d'audience des JLD..... 7

Recommandation nouvelle 3 : La Commission salue ces progrès et préconise l'organisation périodique de rencontres entre le groupe d'avocats du Barreau des Hauts de Seine spécialisés dans les soins sans consentement, les JLD du département, les chefs de pôles psychiatriques et elle-même pour une réflexion commune sur la façon dont l'audience obligatoire sous 12 jours peut remplir au mieux son office dans l'intérêt des patients. Elle s'efforcera d'en amorcer la tenue au cours de l'année 2020. 7

| | |
|---|---|
| II. RESPECT DE LA DIGNITE DES PATIENTS | 8 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 1. L'état physique des locaux, signature de la dignité reconnue aux patients | 8 |
|---|---|

Recommandation nouvelle 4 : Dans l'ensemble, la Commission note que les conditions matérielles des chambres d'isolement garantissent aux patients des conditions de séjour correctes. Toutefois, elle recommande vivement à l'établissement Paul Guiraud Clamart de dégager (avec ou sans l'appui de l'ARS) un budget d'investissement d'urgence pour remplacer les portes des chambres d'isolement, de façon à supprimer les deux verrous fixés sur chacune des portes des chambres de soins intensifs pour en finir avec l'impression carcérale qu'elles dégagent. Même si ces portes ne sont visibles que des patients placés en isolement, cela concerne, dans cet établissement, 48% des patients en SSC en 2019. 8

| | |
|--|---|
| 1. Un aménagement des chambres de soins intensifs respectant la dignité | 8 |
|--|---|

Recommandation nouvelle 5 : La commission invite l'ARS à définir et à recommander une solution technique pour permettre aux patients sous contention de communiquer avec les soignants qui puisse être mise en œuvre dans les établissements dont elle assure la supervision. 9

Recommandation nouvelle 6 : La Commission invite les 5 établissements qui ne respectent toujours pas la réglementation relative au placement d'horloges DANS les chambres de soins intensifs de le faire enfin..... 9

| | |
|-----------------------------------|----|
| 2. La mise en pyjama | 10 |
|-----------------------------------|----|

Recommandation nouvelle 7 : La commission invite au maintien d'une certaine vigilance sur le fait que la mise en pyjama ne peut se faire que sur prescription médicale et avoir un caractère exceptionnel et temporaire précisé dans un protocole ou tout autre document dont les patients peuvent demander à prendre connaissance..... 10

| | |
|---------------------------------------|----|
| 3. Le droit de déambuler | 10 |
|---------------------------------------|----|

Recommandation nouvelle 8 : Au total, la commission, constatant peu d'amélioration pour permettre un accès des patients à des espaces communs, y compris à l'air libre, demande aux quatre établissements précités d'accorder une priorité à cette question dans

| | |
|--|-----------|
| leurs programmes d'investissement..... | 11 |
| 4. Le droit à la dignité des personnes détenues hospitalisées | 11 |
| I. LE DROIT A LA VIE PRIVEE..... | 11 |
| 1. L'usage du téléphone..... | 11 |
| Recommandation nouvelle 9 : La Commission invite tous les établissements à mettre en place des règles d'accès au téléphone portable et à Internet permettant aux personnes sous soins sans consentement 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..... | 12 |
| 2. Le droit à l'intimité | 12 |
| Recommandation nouvelle 10 : La Commission regrette que le protocole encadrant l'utilisation de la vidéo dans les chambres de soins intensifs de la clinique MGEN de Rueil n'ait toujours pas été rédigé et soumis à la HAS. | 13 |
| 3. Le droit de recevoir des visites | 13 |
| CHAPITRE 2 : OBSERVE-T-ON UNE DIMINUTION DES HOSPITALISATIONS COMPLETES POUR LES SOINS SANS CONSENTEMENT ? | 13 |
| I. LE NOMBRE DES HOSPITALISATIONS COMPLETES | 15 |
| II. LE NOMBRE DES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT | 15 |
| III. LES MODES LEGAUX DE SOINS SANS CONSENTEMENT : ADMISSIONS EN SDT | 15 |
| IV. LES MODES LEGAUX DE SOINS SANS CONSENTEMENT : ADMISSIONS EN SPPI | 16 |
| V. LES MODES LEGAUX DE SOINS SANS CONSENTEMENT: ADMISSIONS EN SDRE | 16 |
| VI. CONCLUSION DE CE CHAPITRE..... | 16 |
| Recommandation nouvelle 11 : La Commission encourage les établissements à explorer, avec les collectivités locales ayant créé des CLSM, la possibilité de développer les pratiques d'aller-vers dont l'un des résultats prouvés est la réduction des besoins en hospitalisation complète..... | 16 |
| Recommandation nouvelle 12 : La Commission invite les établissements à continuer d'exercer une grande vigilance sur l'utilisation des procédures d'exception à l'entrée en soins sans consentement que sont les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU) et les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI), en particulier sur le respect des règles de rédaction des certificats médicaux initiaux lorsque ceux-ci sont rédigés par des services d'urgence extérieurs..... | 17 |
| I. L'ATTENTION A PORTER AUX PROGRAMMES DE SOINS..... | 17 |
| Recommandation nouvelle 13 : La Commission invite les établissements à poursuivre les travaux de réorganisation des parcours de soins de patients en sorte de mettre fin aux risques de rupture de soins. | 17 |
| CHAPITRE 3 : OBSERVE-T-ON UNE REDUCTION DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION ?..... | 17 |
| I. LA FREQUENCE DU RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION DIMINUE-T-ELLE ?..... | 18 |
| 1. Mesures d'isolement..... | 18 |

| | |
|---|-----------|
| 1. Mesures de contention..... | 20 |
| I. La tenue du registre de l'isolement et de la contention, outil central de la politique de réduction de ces pratiques, est-elle rigoureuse ? | 21 |
| Recommandation nouvelle 14 : La Commission considère que seule une instruction du ministère chargé de la santé qui intégrerait toutes les situations et donnerait des indications méthodologiques de tenue du registre pourrait ramener une cohérence qui fait grandement défaut actuellement. Elle préconise aussi que les systèmes informatiques soient paramétrés de telle sorte qu'ils verrouillent l'accès au dossier client tant que les décisions médicales relatives à la tenue du registre de l'isolement ne sont pas saisies..... | 21 |
| Recommandation nouvelle 15 : La Commission continuera d'être vigilante sur le respect des principes de maintien à disposition du malade provisoirement admis en soins intensifs de son lit en chambre banalisée, et d'interdiction des placements en isolement de malades que leur état médical ne justifie pas par manque de lits banals, tout en étant consciente de la difficulté de le respecter dans un contexte de saturation globale des capacités d'hospitalisation lié à l'organisation des soins où l'aller-vers demeure marginal..... | 22 |
| II. Des politiques de réduction ont-elles été définies ?..... | 22 |
| Recommandation nouvelle 16 : La Commission demande à tous les établissements qui ne lui ont pas remis copie de leurs protocoles d'isolement et de contention actualisés de le faire. Elle demande aux établissements qui ne l'ont pas encore fait de procéder à des audits de leurs pratiques d'isolement et de contention, incluant l'utilisation du registre éponyme, allant au-delà des aspects formels pour s'interroger sur leur bien fondé. | 23 |
| CHAPITRE 4. LA DEMOCRATIE SANITAIRE, MESUREE EN TERMES DE TRANSPARENCE, A-T-ELLE PROGRESSE DANS LES ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES DES HAUTS DE SEINE ? | 25 |
| I. La transparence progresse-t-elle ? | 25 |
| Recommandation nouvelle 18 : La Commission invite l'ARS à demander à la clinique-MGEN de Rueil de tenir les dossiers individuels de patients dans une forme lui permettant d'exercer sa mission de vérification..... | 25 |
| Recommandation nouvelle 19 : La Commission écrira de nouveau au directeur départemental de l'ARS pour lui demander d'exercer avec davantage de rigueur son rôle de tutelle des établissements publics de santé du département en veillant à ce que les rapports annuels rendant compte des pratiques d'isolement et de contention, de la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques et de l'évaluation de sa mise en œuvre, lui soient adressés effectivement et dans les délais..... | 26 |
| II. La qualité du dialogue avec les directions d'hôpitaux a-t-elle progressé ? | 26 |
| Recommandation nouvelle 20 : Le dialogue, constitutif d'une démocratie sanitaire aujourd'hui reconnue comme indispensable, existe donc, souvent de qualité, entre la CDSP et les équipes médicales et administratives des établissements en charge des soins psychiatriques sans consentement des Hauts de Seine, mais demande à être consolidé. La Commission réitère sa demande, adressée à l'ARS, que celle-ci fasse apparaître ses rapports annuels sur son site : reflet de ce dialogue, leur communication au grand public ne peut que dynamiser et enrichir ce dernier | 27 |
| CONCLUSION :..... | 27 |
| Annexe 1 : Composition de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques des Hauts de Seine | 30 |
| Annexe 2 : Compétences de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques | 30 |
| Annexe 3 : Organisation de la psychiatrie publique dans les Hauts de Seine | 32 |
| Annexe 4 : Rédaction régulièrement suggérée pour le livret d'information sur les droits des patients en soins sans consentement . | 33 |
| Annexe 5 : Observations de l'établissement Corentin Celton..... | 35 |

Introduction

La Commission départementale des soins psychiatriques des Hauts de Seine, instituée par la loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 5 juillet 2011, est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement, 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 loi du 26 janvier 2016 ayant doté les Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP) d'une nouvelle mission importante, celle de vérifier la mise en œuvre de l'obligation de tenir, pour chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné pour assurer des soins psychiatriques sans consentement, un registre de l'isolement et de la contention. La CDSP des Hauts de Seine a, dès le début 2017, profondément modifié les modalités de son travail afin d'être en mesure de l'exercer à hauteur de cette mission qui a renforcé son rôle général de surveillance du respect des droits fondamentaux de la personne dans ces établissements. Ces évolutions ont consisté essentiellement en :

- La demande, avant chacune des deux visites annuelles des établissements, de disposer d'un ensemble d'informations sur les modifications affectant leurs moyens humains et organisationnels susceptibles d'impacter les conditions de travail du personnel, à travers un « questionnaire de pré-visite ».
- L'intégration des observations faites par le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté aux points de vigilance et éléments de réflexion de la CDSP lors de ses visites des mêmes établissements.
- La formulation, après chaque visite, d'un compte rendu conclu par des recommandations, document soumis à la critique de la direction de l'établissement qui dispose de deux semaines pour exprimer des observations que la CDSP s'engage à introduire, soit sous forme de corrections, soit sous forme d'observations attribuées à la direction de l'établissement, dans le compte rendu final.
- L'attribution à chaque visite, d'un temps important de dialogue avec l'équipe soignante et l'équipe administrative de l'établissement sur la base des recommandations formulées lors de la visite précédente.
- La dévolution d'un temps minimum, en principe lors de chaque visite, à un déplacement dans une partie des locaux de chaque établissement, sans que le choix de celle-ci soit annoncé à l'avance.
- La transmission à l'équipe administrative et à l'équipe soignante, à l'issue des rencontres avec les patients qui ont demandé à rencontrer la CDSP, des réclamations exprimées par ces derniers lui paraissant justifier une réponse rapide.

Cette méthodologie s'est traduite, dans les rapports annuels que cette Commission est tenue d'écrire, pour les années 2017 et 2018, par la reprise de certaines observations et recommandations que ses douze visites (deux par établissement) lui avaient inspirées ainsi que la présentation des suites qui y avaient été données.

Avec la fin de l'année 2019 s'est achevé un cycle de trois années de mise en pratique de cette méthodologie, cycle qui a amené la Commission à organiser l'écriture du rapport de synthèse de cette année autour de quatre axes résumant sa vocation en s'interrogeant sur les évolutions qu'elle a observées et sur le rôle qu'elle a joué, en d'autres termes, en s'interrogeant sur sa propre efficacité :

- Le respect des droits fondamentaux et de la dignité a-t-il marqué des progrès ?
- Les hospitalisations pour des soins sans consentement ont-elles diminué ?
- L'objectif fondamental assigné par la loi de 2016, d'engager les établissements, à travers la tenue d'un registre de l'isolement et de la contention, à réduire ces pratiques, a-t-il été atteint ?
- La démocratie sanitaire voulue, notamment avec l'institution de la CDSP, par les lois de 1990, 2011 et 2016, a-t-elle progressé dans les établissements psychiatriques des Hauts de Seine, mesurée en termes de transparence vis-à-vis des institutions chargées du contrôle et du dialogue ?

Cette édition 2019 est basée sur les données statistiques qu'a pu réunir l'Agence régionale de santé, dont les efforts ne lui ont pas toujours permis de collecter toutes les données sollicitées et pas toujours selon les mêmes références calendaires.

Chapitre 1. Le respect des droits fondamentaux et de la dignité a-t-il marqué des progrès ?

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

Il est apparu parfois que les termes employés dans la loi ne revêtaient pas le même sens ni le même caractère de priorité pour tous ses interlocuteurs : certains de ceux-ci conféraient le primat à la sécurité des patients et des soignants, ainsi qu'à l'efficacité technique des soins. Sur un nombre non négligeable de sujets – de l'utilisation de la contention à la libre disposition des téléphones portables – la Commission a pu observer conséquemment des attitudes très différentes d'un établissement – voire d'une unité de soins - à l'autre, signes d'interprétations subjectives de notions fondamentales qui ne devraient pas en être l'objet.

Signe de cette faible priorité accordée aux droits des patients, la Commission n'a pas toujours pu rencontrer des patients lors de ses visites, comme c'est l'une de ses missions essentielles, du fait d'un affichage tardif et peu explicite de l'information relative à sa visite. Elle s'en est émue et a fait des recommandations aux directions d'établissements concernant tant le libellé des avis annonçant ses visites que la rédaction du livret d'accueil remis aux patients entrants (voir annexe 4).

Elle s'est efforcée plus généralement de construire une culture partagée à travers des recommandations nombreuses.

I. Améliorer la connaissance des droits des patients

Nos recommandations précédentes étaient :

***Recommandation 4 :** La Commission invite les établissements à réviser les documents d'information sur leurs droits qu'ils remettent aux patients en veillant à ce qu'ils soient aisément compréhensibles pour tous, s'attachant à décrire précisément le rôle et les pouvoirs de toutes les instances auprès desquelles un recours pour irrespect de ces droits peut être exercé. Les Commissions des Usagers doivent être associées à cette révision.*

***Recommandation 25 :** La Commission souhaite que l'Agence Régionale de Santé adresse un courrier à la direction générale de l'APHP pour l'alerter sur le besoin de procéder rapidement à une réédition corrigée du livret d'accueil des patients en psychiatrie dans tous ses établissements et encourage ceux-ci à éditer des documents provisoires palliant les lacunes de ce dernier.*

La Commission avait déploré des rédactions lacunaires des documents d'information destinés à éclairer les patients sur leurs droits, qu'il s'agisse des feuilles d'admissions ou des livrets d'accueil : ils se contentaient au mieux de reprendre littéralement les textes légaux et réglementaires. Or, leur caractéristique commune est d'être incompréhensibles pour un non-juriste. Nombre de ces documents étaient en outre obsolètes. Elle a invité les établissements à des réécritures, proposant elle-même, s'inspirant d'une note du service juridique de l'APHP, un modèle de rédaction.

Si la recommandation a été approuvée, les réalisations concrètes tardent, expliquées par l'appartenance à un groupe centralisé, l'existence de stocks de livrets d'accueil non épuisés, etc. Seul l'hôpital Louis Mourier de Colombes a réalisé une révision récente, mais dont le résultat remis à la Commission le 20 novembre 2019 s'est avéré lacunaire : certains droits importants n'y figurent pas, tels le droit de désigner une personne de confiance et le droit de faire part de ses observations avant toute décision administrative relative à la poursuite des soins soit par l'intermédiaire du psychiatre qui assure la prise en charge, soit directement auprès du préfet.

Les hôpitaux Paul Guiraud et Max Fourestier ont annoncé un travail de révision qui serait en cours. Dans les autres, lorsque les documents continuent d'être distribués, le souci affirmé des établissements de bien faire connaître leurs droits aux usagers interroge.

Recommandation nouvelle 1 : La Commission réitère sa demande que tous les documents d'information sur les droits des patients soient expurgés des erreurs et omissions qu'ils contiennent et soient réécrits afin de mettre les usagers (patients, personnes de confiance, familles, proches, tiers) en mesure d'exercer leurs droits.

Nous demandions aussi :

Recommandation 5 : La Commission rappelle que les salles d'audience des juges de la liberté et de la détention doivent faire l'objet d'une signalétique claire et accessible pour tous les patients et leurs visiteurs, annonçant les jours de leur tenue. Des espaces dédiés doivent leur être réservés.

En rappelant ce principe, la Commission avait l'objectif de donner à cette avancée du droit dans l'espace médical qu'a constitué l'institution de l'audience du JLD dans les 12 jours de l'hospitalisation, puis tous les 6 mois, la visibilité qu'elle mérite. Son souci était aussi de faire comprendre aux usagers que ce juge peut-être saisi à tout moment par toute personne placée en soins sans consentement qui considère que ses droits fondamentaux ne sont pas respectés.

L'hôpital Corentin Celton et l'hôpital Louis Mourier sont la démonstration de la faisabilité de cette recommandation. Les directions des autres établissements ont objecté qu'elles ne pouvaient lui donner suite faute d'espace. Cet argument pourrait s'admettre (sauf pour Rueil, où d'importantes réorganisations sont en cours) si elles avaient accepté de créer au moins une signalétique adéquate débutant dès les locaux d'accueil, ce qui n'est le cas qu'à Antony.

Recommandation nouvelle 2 : La CDSP demandera au président du Tribunal Judiciaire des Hauts de Seine d'écrire aux établissements pour leur rappeler les obligations résultant de la loi concernant les salles d'audience des JLD.

Autre demande précédente :

Recommandation 6 : La Commission invite tous les établissements à autoriser les avocats assistant les patients lors des audiences du JLD à se rendre à leur chevet avant celles-ci lorsque le médecin soignant a émis l'avis que la personne n'est pas en état d'assister personnellement à l'audience.

La Commission avait été alertée par un certain nombre d'avocats sur les difficultés qu'ils éprouvaient à rencontrer leurs clients (généralement dans le cadre de la commission d'office) avant le début de l'audience devant le JLD. Elle avait elle-même constaté dans les dossiers individuels que certaines audiences se tenaient hors de la présence de la personne qu'elles ont pour objet de protéger. Émettant cette recommandation, la CDSP, consciente de ce que les personnes hospitalisées sans consentement sont souvent, dans les jours qui suivent l'admission, sous l'effet de neuroleptiques, entendait ainsi questionner les établissements sur la compatibilité entre leurs pratiques thérapeutiques lors des admissions et le respect de l'un des principes fondamentaux de la justice : permettre aux justiciables d'être entendus dans des conditions d'équité.

La Commission a reçu l'assurance des établissements que l'accès des chambres de soins intensifs où demeurent les patients jugés par les médecins incapables de participer à l'audience du JLD dans les 12 jours de l'admission était toujours possible « à leurs risques et périls » pour les avocats. Un établissement a signalé un incident dû à un avocat ayant fait croire à son client, avant l'audience, que celle-ci se conclurait par sa sortie de l'hôpital, ce qui n'avait pas été sans perturber ce patient. Interrogé, le groupe des avocats des Hauts de Seine spécialisés dans les audiences des JLD a confirmé qu'aucun autre problème ne s'était présenté au cours de l'année 2019 et qu'il avait noté que la rédaction des « certificats d'inaudibilité » était plus précise que précédemment.

Recommandation nouvelle 3 : La Commission salue ces progrès et préconise l'organisation périodique de rencontres entre le groupe d'avocats du Barreau des Hauts de Seine spécialisés dans les soins sans consentement, les JLD du département, les chefs de pôles psychiatriques et elle-même pour une réflexion commune sur la façon dont l'audience obligatoire sous 12 jours peut remplir au mieux son office dans l'intérêt des patients. Elle s'efforcera d'en amorcer la tenue au cours de l'année 2020.

II. Respect de la dignité des patients

1. L'état physique des locaux, signature de la dignité reconnue aux patients

- Situation générale

Quatre des six établissements du département sont de construction récente ou ont fait depuis peu l'objet de rénovations, ce qui offre aux patients de la psychiatrie des conditions de confort et sensorielles de bonne qualité en général. D'où une seule recommandation antérieure :

Recommandation 30 : La Commission recommande que le service psychiatrique de l'hôpital Louis Mourier de Colombes soit inscrit dans sa globalité dans les priorités du plan de rénovation de cet établissement.

A l'hôpital Louis Mourier de Colombes, la rénovation totale de l'unité fermée est inscrite au plan quadriennal 2019-2023 du nouveau groupe « Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine », qui regroupe huit établissements dont Louis Mourier. La Commission a relevé qu'une première vague de travaux a déjà contribué au changement de physionomie du vaste hall d'accueil du rez-de-chaussée de l'hôpital.

- Les locaux d'isolement

L'état des chambres d'isolement est variable.

A l'hôpital Louis Mourier de Colombes, deux des sept chambres individuelles de l'unité fermée ont été climatisées récemment. Deux autres sont programmées pour l'être prochainement. Cette évolution amorce la rénovation de l'unité fermée de 17 lits, dont la conception remonte à 1998.

Recommandation nouvelle 4 : Dans l'ensemble, la Commission note que les conditions matérielles des chambres d'isolement garantissent aux patients des conditions de séjour correctes. Toutefois, elle recommande vivement à l'établissement Paul Guiraud Clamart de dégager (avec ou sans l'appui de l'ARS) un budget d'investissement d'urgence pour remplacer les portes des chambres d'isolement, de façon à supprimer les deux verrous fixés sur chacune des portes des chambres de soins intensifs pour en finir avec l'impression carcérale qu'elles dégagent. Même si ces portes ne sont visibles que des patients placés en isolement, cela concerne, dans cet établissement, 48% des patients en SSC en 2019.

1. Un aménagement des chambres de soins intensifs respectant la dignité

Nous avons recommandé :

Recommandation 17 : La Commission invite les établissements qui ne l'ont pas encore fait à mettre en place des dispositifs d'appel vocal utilisables par les personnes placées sous contention.

Dans le dossier de presse de son rapport de 2016 spécifique sur l'isolement et la contention, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté dénonçait « Le fait que certains patients soient maintenus attachés sur leur lit sans système d'appel [qui] peut les mettre dans une situation où ils n'ont parfois pas d'autre possibilité que de faire leurs besoins naturels sur eux ; cette situation qui leur est imposée est le plus souvent vécue comme très humiliante ».

Espace restrictif de liberté où la pratique humiliante de la contention mécanique peut être pratiquée, la chambre de soins intensifs doit répondre à un certain nombre de critères techniques définis par la réglementation. La Commission s'est particulièrement préoccupée d'une lacune commune à tous les hôpitaux : aucun dispositif n'existe pour relayer et amplifier un appel vocal urgent qui pourrait être lancé par un patient sujet à un malaise. Cette préoccupation apparaît aussi dans le rapport thématique du CGLPL de mai 2016 et dans la recommandation de bonne pratique de la HAS de février 2017. Les directions d'établissements affirment que la fréquence des contrôles en chambre par les soignants rend improbable qu'un patient en difficulté ne soit pas rapidement secouru.

La Commission a plaidé pendant trois ans pour que des dispositifs adaptés (par exemple mobiles de type baby phone) soient placés dans les chambres. Les seules avancées sont que la direction de l'hôpital Érasme d'Antony évoque un projet de mise en place de baby phones, et que celle de l'hôpital Corentin Celton d'Issy-les-Moulineaux réfléchit à la mise en place d'un bouton Bluetooth placé sur le lit du patient. Mais aucun établissement n'a mis en place à ce jour un système opérationnel pour répondre à cette recommandation. Et le seul qui en dispose potentiellement, la **Clinique**

MGEN de Rueil-Malmaison, avec un système de vidéo-surveillance, se trouve dans une situation d'irrégularité du fait que la HAS n'autorise pas cette méthode de surveillance.

Recommandation nouvelle 5 : La commission invite l'ARS à définir et à recommander une solution technique pour permettre aux patients sous contention de communiquer avec les soignants qui puisse être mise en œuvre dans les établissements dont elle assure la supervision.

Une autre recommandation concernait les horloges :

Recommandation 18 : La Commission invite les établissements qui ne le font pas encore à respecter la réglementation relative au placement d'horloges dans les chambres d'isolement qui soient visibles depuis les lits, en s'inspirant de l'exemple de la solution adoptée par la clinique de la MGEN.

La réglementation prévoit que les patients mis en isolement et contention aient la possibilité de lire à tout moment l'heure et la date sur une horloge placée de telle sorte qu'ils la voient depuis leur lit. La lecture de l'heure est, pour le patient isolé, un élément d'apaisement et de rattachement à la société dont il est provisoirement exclu.

La recommandation de bonne pratique précitée de la HAS prescrit « **L'espace d'isolement est équipé de moyens d'orientation temporelle : heure, date, nouvelles ou informations...** » Cette disposition a pour finalité que la mesure qui leur est imposée ne se traduise pas par une perte des repères temporels des patients et leur permette de mieux supporter psychologiquement l'attente entre les différentes visites de contrôle qui leur sont annoncées par les soignants.

La commission a observé que, **si les horloges existent bien, elles ont presque toujours été placées dans les couloirs d'accès aux chambres** de soins intensifs **et ne sont dès lors visibles que pour des personnes en position debout** se plaçant devant les fenêtres d'observation ménagées dans les portes. Ceci exclut toute lecture de l'heure pour une personne allongée sur son lit, en particulier si elle est placée sous contention mécanique. Aux remarques qui ont été faites par la commission, il a été objecté que certains patients cherchaient à détruire tout objet situé autour d'eux et que les horloges placées dans les chambres en faisaient les frais.

La Commission a rappelé qu'il s'agit d'une **obligation réglementaire** fondée sur un principe thérapeutique, et qu'elle ne peut être ignorée. Des solutions techniques existent, comme à l'**hôpital Erasme d'Antony** ; où des horloges à aiguilles ont été insérées dans le double vitrage de certaines chambres, ou à la **Clinique MGEN de Rueil-Malmaison**, où des appareils numériques ont été placés dans des boîtes transparentes résistant aux chocs (photo ci-après).



La commission observe peu de progrès sur cette recommandation ancienne (CGLPL et HAS comme détaillés pour la recommandation précédente).

Recommandation nouvelle 6 : La Commission invite les 5 établissements qui ne respectent toujours pas la réglementation relative au placement d'horloges DANS les chambres de soins intensifs de le faire enfin.

2. La mise en pyjama

La Recommandation 11 énonçait : *La Commission demande que les protocoles afférents à l'hospitalisation sans consentement et/ou l'isolement prescrivent que la mise en pyjama doit être limitée aux cas où elle apparaît médicalement indispensable.*

La Commission se référerait, par cette recommandation, à celle de la HAS qui stipule qu'« un patient en isolement, en fonction de la clinique, doit pouvoir garder ses vêtements et certains objets personnels ayant une signification pour lui, ou être en pyjama pour sa sécurité ».

Les directions d'hôpitaux ont pour la plupart pris l'engagement de procéder à cette inclusion dans leurs protocoles. La Commission a ainsi été informée par l'**hôpital Corentin Celton d'Issy-les-Moulineaux** de son intention d'ajouter au protocole un paragraphe précisant que la mise en pyjama se fait uniquement sur prescription médicale. Elle a toutefois constaté que, dans certaines unités fermées la mise sous pyjama demeurerait fréquente, légitimée par les soignants par le principe de précaution. Ainsi, à **Nanterre, Issy-les-Moulineaux, Colombes et Clamart**, en l'absence du protocole d'utilisation du pyjama que la CDSP a, en vain, invité ces établissements à rédiger, les directions ont répondu à cette dernière que la pratique courante de mise en pyjama est une mesure de sécurité décidée en fonction de l'état clinique des patients. A l'**hôpital Érasme d'Antony**, où le protocole de mise en chambre d'isolement inclut des précisions relatives à l'utilisation du pyjama, ce document prévoit qu'il s'agit d'une prescription médicale prise pour la sécurité du patient selon son état clinique.

Recommandation nouvelle 7 : **La commission invite au maintien d'une certaine vigilance sur le fait que la mise en pyjama ne peut se faire que sur prescription médicale et avoir un caractère exceptionnel et temporaire précisé dans un protocole ou tout autre document dont les patients peuvent demander à prendre connaissance.**

3. Le droit de déambuler

La Recommandation 23 demandait : *La commission recommande qu'un programme de travaux corrige, dans les quatre établissements où la possibilité d'effectuer des promenades extérieures est matériellement difficile, les atteintes ainsi portées aux droits et à la dignité des patients, étant souligné que, pour l'établissement Paul Guiraud de Clamart, les modifications spatiales ne pourraient porter leurs fruits que conjuguées avec une réorganisation autour de la création d'unités correspondant aux différentes phases du parcours de soins des patients.*

La question se pose pour l'ensemble des patients : Pouvoir se mouvoir dans un espace raisonnablement vaste au sein de l'établissement apparaît, pour les patients non astreints à l'isolement ou objets de contre-indications médicales spécifiques, comme un droit élémentaire qui devrait être aisément respecté.

Elle se pose encore plus pour les patients à l'isolement ou en contention, l'accès régulier à des sorties de courte durée à l'air libre étant un élément constitutif de l'amélioration de leur santé et du respect de leur dignité.

Cette recommandation qui a une dimension thérapeutique importante peine à être respectée. Les sorties peuvent s'avérer impossibles dans les établissements déjà démunis pour assurer des sorties aux patients libres de leur mouvement, tels que Colombes et Nanterre, mais pas seulement.

A l'hôpital Louis Mourier de Colombes : l'étude d'un accès par l'escalier de secours situé au fond de l'unité fermée au toit du service des urgences est repoussée à la fin des travaux actuellement entrepris dans ce service.

A l'hôpital Max Fourestier de Nanterre : le projet du futur groupe hospitalier à l'horizon 2022 (qui permettra la relocalisation des lits d'hospitalisation des quatre secteurs du nord du département) devrait se donner pour objectif de garantir l'accès à l'air libre et la liberté d'aller et venir comme garants du bien être des patients et des soignants.

A l'hôpital Corentin Celton d'Issy-les-Moulineaux : des contraintes techniques ne permettent pas actuellement de végétaliser la grille qui clôture l'extrémité de la cour accessible à l'unité fermée de psychiatrie. L'objectif de ces aménagements (mise en place de gros bacs à fleurs, qui seront complétés par des plantes grimpantes) serait de dissimuler l'identité des patients des unités fermées qui ont accès à cette cour grillagée, directement située sous le regard des riverains.

En revanche, une partie de la paroi gauche de la petite cour grillagée dévolue à l'unité de psychiatrie fermée a été décorée d'une **vaste fresque colorée** réalisée l'été 2019 par l'école d'art d'Issy-les-Moulineaux. Cette réalisation jugée bénéfique tant pour l'école que pour l'établissement est destinée à être rééditée sur une autre paroi par une prochaine promotion d'élèves artistes.

A l'**hôpital Paul Guiraud de Clamart** : une réorganisation importante a permis à chacun des quatre secteurs desservis par l'établissement de disposer d'une unité fermée qui lui est propre et d'une unité ouverte intersectorielle partagée avec un second secteur. De plus, le patio du rez-de-chaussée a bénéficié d'un début de végétalisation.

En revanche, la végétalisation de la terrasse au dernier étage du bâtiment a été repoussée au printemps 2020. Les projets d'acquisition de parcelles contiguës au bâtiment sont au point mort, en particulier en raison du blocage exercé par la mairie de Clamart.

Recommandation nouvelle 8 : Au total, la commission, constatant peu d'amélioration pour permettre un accès des patients à des espaces communs, y compris à l'air libre, demande aux quatre établissements précités d'accorder une priorité à cette question dans leurs programmes d'investissement.

4. Le droit à la dignité des personnes détenues hospitalisées

La Recommandation 24 insistait : La Commission invite les établissements recevant des malades détenus à ne pratiquer sur eux l'isolement, qui ne devrait avoir d'autre motif que médical, qu'en cas de nécessité évaluée précisément en termes de sécurité pour eux et les autres personnes accueillies.

La question est spécifique à l'**hôpital Max Fourestier de Nanterre**, voisin d'une maison d'arrêt dont certains détenus en état d'agitation du fait d'un trouble psychiatrique, ne trouvant pas de place immédiatement en UHSA, font un séjour à l'hôpital pendant quelques jours. Constatant que ces patients étaient très souvent placés, pendant leur séjour, dans une chambre de soins intensifs, le CGLPL avait rappelé que « *les patients ne doivent être placés en chambre d'isolement que sur le fondement de leur état clinique ; **les patients détenus ne doivent pas être exclus de ce principe*** ». La CDSP a pu vérifier que la pratique de l'isolement et de la contention pour ces patients continue d'être importante : le doublement de la durée moyenne de contention au premier semestre 2019 s'explique en partie par l'admission d'un détenu violent placé sous contention jusqu'à son transfert en UHSA.

La direction de l'établissement déclare souscrire à la recommandation mais souligne que la nécessité de protéger les mineurs et les femmes présentes dans l'unité fermée ne lui laisse guère de choix. Une analyse d'opportunité intégrant les données médicales est effectuée à chaque arrivée. Le sujet devient d'autant plus préoccupant lorsque les détenus doivent séjourner plus d'une semaine dans le service, faute de libération de place à l'UHSA.

La durée moyenne d'isolement des personnes détenues a toutefois été réduite, passant de 8,4 jours en 2018 à 8 jours au premier semestre 2019, mais elle reste supérieure à la durée moyenne d'isolement des patients « *non détenus* », qui est passée de 5,7 jours en 2018 à 6,6 jours en 2019.

Le programme de rénovation de cet hôpital devrait apporter des solutions techniques à un problème très difficile à gérer de façon satisfaisante actuellement.

Ce serait une réponse à la préoccupation renouvelée du CGLPL dans l'avis publié au journal officiel du 22 novembre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux. Il y relève que les conditions de leur prise en charge dans les services psychiatriques de proximité portent souvent atteinte à leur dignité : « *les personnes détenues hospitalisées sans consentement sont presque systématiquement placées en chambre d'isolement et quelque fois sous contention, même si leur état clinique ne le justifie pas, pendant toute la durée de leur séjour* ».

I. Le droit à la vie privée

1. L'usage du téléphone

La Recommandation 26 disait : La Commission salue les directions des hôpitaux MGEN de Rueil-Malmaison et de Paul Guiraud de Clamart qui autorisent par principe l'utilisation des téléphones portables et ne la retirent que sur prescription médicale argumentée, et invite les autres établissements à s'en inspirer.

Les observations faites depuis par la Commission n'ont pas permis d'observer de progrès significatif dans les 4 autres établissements :

A l'hôpital **Louis Mourier de Colombes**, dans l'unité fermée, les patients peuvent communiquer par téléphone les mardis après-midis et vendredis matins, ce qui laisse une large plage d'incommunicabilité du vendredi midi au mardi midi, soit quatre jours. Le protocole d'admission des patients en unité fermée précise, au chapitre des retraits de valeurs, qu'une exception est possible pour le téléphone portable, MP3 et ordinateur portable.

Par ailleurs, le livret d'accueil des patients hospitalisés en psychiatrie (à mettre à jour) précise que les téléphones portables sont interdits dans l'enceinte de l'hôpital.

A l'hôpital **Corentin Celton d'Issy-les-Moulineaux**, la politique de définir comme règle la remise des clés des placards des chambres et l'autorisation du téléphone portable (tout en prévoyant leur encadrement et des exceptions sur prescription médicale) n'est pas d'actualité. L'établissement estime qu'il semble suffisant qu'une cabine téléphonique soit mise gratuitement à la disposition des patients sur autorisation et sous surveillance médicale pendant les plages horaires autorisées. Cette cabine est isolée par une cloison mobile à hauteur d'homme, qui assure un minimum de confidentialité.

Des progrès restent à accomplir en général en ce qui concerne l'accès aux communications : l'accès à Internet reste globalement très restreint alors que le CGLPL a publié au journal officiel du 6 février 2020 un avis relatif à l'accès à internet dans les lieux de privation de liberté. Plus spécifiquement dans les hôpitaux psychiatriques, il recommande qu'un accès à internet soit aménagé (accès wi-fi) afin de permettre aux patients dont l'état clinique le permet de consulter leur messagerie, de se former ou de s'informer et d'initier des démarches en toute autonomie. Les patients doivent pouvoir conserver leurs terminaux mobiles personnels, et leurs chambres doivent être équipées de casiers fermés à clé. Les seules exceptions doivent relever d'une décision médicale ou du choix du patient concerné. Toutes les chambres doivent être équipées de casiers fermant à clé.

Recommandation nouvelle 9 : La Commission invite tous les établissements à mettre en place des règles d'accès au téléphone portable et à Internet permettant aux personnes sous soins sans consentement 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.

2. Le droit à l'intimité

Conséquence de l'histoire du parc hospitalier du département, les chambres des services de psychiatrie sont presque toujours individuelles et dotées de salles d'eau personnelles, sauf à l'hôpital **Corentin Celton d'Issy-les-Moulineaux** où la salle de bain est commune aux deux chambres d'isolement, solution imaginée pour dégager plus de place pour les chambres. La Commission a relevé qu'un problème qu'elle avait signalé a été corrigé : les chambres d'isolement sont précédées d'un sas dont la porte est percée de larges hublots. Désormais ces hublots sont occultés par un filtre translucide qui permet de concilier le droit à l'intimité des patients et les impératifs de sécurité.

La Commission avait identifié un second problème : à la clinique **MGEN de Rueil Malmaison**, des caméras reliées au bureau des infirmiers ont été installées dans les chambres d'isolement, ce que proscrit la recommandation de bonne pratique de la HAS : « *l'espace d'isolement doit respecter l'intimité et la dignité du patient* » et « *la prise en charge du patient nécessite une surveillance physique et une interaction relationnelle qui ne peuvent être remplacées par un système de vidéosurveillance* ». Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté est sur la même position. Dès la visite de la Commission en 2017, la direction de l'établissement avait précisé que les caméras ne sont pas allumées en permanence, mais seulement lorsque les soignants estiment nécessaire une vérification (par exemple avant d'entrer dans une chambre pour évaluer l'opportunité de faire appel à un renfort). Dans son rapport annuel 2017, l'établissement écrivait du reste, sous le chapitre Plan d'action possible : « *couper les vidéos sur un temps à définir, en effet il y a des temps forts qui doivent permettre une observation du patient en chambre d'isolement. Mais la confidentialité doit être respectée, et donc il est nécessaire de couper la transmission lorsque le poste infirmier est occupé par des personnes*

qui n'appartiennent pas aux soignants de l'établissement ». Après l'avoir formulée verbalement, la Commission avait précisé, dans la recommandation 31 :

Recommandation 31 : La Commission invite la direction de la clinique de la MGEN de Rueil-Malmaison à élaborer un protocole très précis pour l'utilisation de la vidéo-surveillance dans les chambres d'isolement qui devrait être soumis à l'approbation de la Haute Autorité de Santé.

Recommandation nouvelle 10 : La Commission regrette que le protocole encadrant l'utilisation de la vidéo dans les chambres de soins intensifs de la clinique MGEN de Rueil n'ait toujours pas été rédigé et soumis à la HAS.

3. Le droit de recevoir des visites

Le respect de l'intimité inclut aussi la possibilité pour les patients de recevoir leurs proches (y compris leur avocat comme déjà indiqué) dans des espaces permettant des échanges confidentiels. Tous les établissements n'offrent pas des espaces adéquats, ce qui n'apparaît pas conforme au respect de la dignité de ces personnes. C'est dans cet esprit qu'avait été rédigée la recommandation 29 :

Recommandation 29 : La Commission souhaite que les protocoles de soins précisent les critères sur lesquels des restrictions au droit de visite des proches des patients peuvent être décidées par les soignants et qu'ils soient portées à la connaissance des personnes hospitalisées et de leurs proches dans les documents d'information sur les droits.

La Commission a reçu de nombreux témoignages de patients et de leurs proches sur les restrictions faites à la possibilité pour les malades hospitalisés pour des soins sans consentement de recevoir des visites de leurs proches après la fin des mesures d'isolement, et parfois pendant plusieurs semaines. Interrogées à ce sujet, les équipes soignantes ont mis en avant des préoccupations thérapeutiques et assuré en faire un usage très limité. Faute de document permettant d'assurer un suivi statistique de ces pratiques restrictives, la Commission est dans l'impossibilité de vérifier l'importance de ces restrictions à la liberté de jouir d'une vie familiale et sociale normale.

A l'hôpital Paul Guiraud de Clamart, par exemple, le livret d'information de l'entourage des patients précise par exemple de façon lacunaire : « sur avis médical, les visites peuvent être limitées, si tel est le cas, vous en serez informé ».

Recommandation 32 : La Commission invite les établissements qui ne l'ont pas encore fait à créer des espaces d'accueil des proches des patients confortables permettant des échanges intimes.

La Commission n'a pas pu toujours consacrer le temps nécessaire à la vérification de la mise en œuvre de cette recommandation qui s'avère assez complexe : il conviendrait de distinguer unités fermées et unités ouvertes, possibilités d'accès à des espaces à ciel ouvert, polyvalence ou non d'espaces dédiées aux rencontres familiales, horaires autorisés... et surtout régime médical des autorisations de visites : les témoignages reçus des familles de patients hospitalisés sans consentement sont nombreux sur la variété de la durée des périodes pendant lesquelles, après l'admission, leur est interdite toute communication avec leur proche.

La Commission se propose de définir une méthode plus précise d'analyse de cette question qui renvoie à celle de l'alliance thérapeutique proposées aux familles par les soignants.

Chapitre 2 : Observe-t-on une diminution des hospitalisations complètes pour les soins sans consentement ?

La Commission avait abordé la question à travers plusieurs recommandations :

Recommandation 1 : La Commission recommande l'organisation, par tous les établissements, d'équipes mobiles se déplaçant au domicile des patients pour des interventions précoces sur signalement de ces personnes ou de leurs proches, en sorte d'éviter les hospitalisations sans consentement.

Recommandation 2 : La Commission invite les établissements à préciser, dans leurs protocoles d'admission en soins sans consentement, pour les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU) et les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI), procédures simplifiées limitant le nombre des certificats médicaux à un seul conçues comme d'utilisation exceptionnelle par le législateur, que ces certificats médicaux doivent être détaillés et personnalisés, les formules standard devant

être proscrites, une main levée pouvant être ordonnée par le Juge des Libertés et de la Détention ou par la Commission Départementale des Soins Psychiatriques dans le cas contraire.

La Commission avait fondé ces deux recommandations sur son observation des tableaux fournis par l'ARS et la lecture des 406 dossiers des patients lorsque les tableaux étaient incomplets. Voici ces tableaux actualisés :

| Établissements /Types d'hospitalisations | Antony Érasme | Clamart Paul Guiraud | Colombes Louis Mourier | Issy-les- Moulineaux Corentin Celton | Nanterre Max Fourestier | Rueil- Malmaison MGEN |
|---|------------------|----------------------------|------------------------------|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Hospitalisations complètes 2017 | 759 | 743 | 932 | 385 | 471 | 637 |
| Hospitalisations complètes 2018 | 694 | 838 | 916 | 352 | 708 | 590 |
| Hospitalisations complètes 2019 | 684 | 833 | 929 | 309 | 648 | 697 |
| Hospitalisations complètes sans consentement 2017 | 289 38 % | 314 42 % | 261 28 % | 192 50 % | 265 56 % | 211 33 % |
| Hospitalisations complètes sans consentement 2018 | 289 42 % | 468 56 % | 183 20 % | 160 45 % | 296 42 % | 262 44 % |
| Hospitalisations complètes sans consentement 2019 | 287 42 % | 509 61 % | 172 18 % | 161 52 % | 311 48 % | 321 46 % |
| SDRE 2017 | 41 | 30 | 77 | 15 | 39 | 29 |
| SDRE 2018 | 47 | 47 | 23 | 18 | 53 | 38 |
| SDRE 2019 | 50 | 36 | 29 | 5 | 57 | 36 |
| SDT 2017 | 124 | 180 | 138 | 61 | 28 | 106 |
| SDT 2018 | 104 | 263 | 126 | 46 | 182 | 145 |
| SDT 2019 | 139 | 262 | 109 | 31 | 200 | 147 |
| SDTU 2017 | 110 | 57 | / | 68 | 97 | 21 |
| SDTU 2018 Et % dans SSC | 104 27 % | 86 15 % | 114 41 % | 49 31 % | 131 31 % | 48 18 % |
| SDTU 2019 | 117 | 104 | 103 | 65 | 158 | 49 |

| | | | | | | |
|-------------------------------|------|------|-----|------|------|------|
| SPPI 2017 | 110 | 104 | 10 | 48 | 40 | 33 |
| SPPI 2018 | 126 | 158 | 16 | 47 | 61 | 37 |
| Et % dans SSC | 33 % | 28 % | 6 % | 29 % | 14 % | 14 % |
| SPPI 2019 | 173 | 207 | 15 | 60 | 54 | 43 |
| Total SPPI + SDTU 2018 | 230 | 244 | 130 | 96 | 192 | 85 |
| Total SPPI + SDTU 2019 | 290 | 311 | 118 | 125 | 212 | 92 |
| Décisions Juges 2017 | 0 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 |
| Décisions Juges 2018 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| Décisions Juges 2019 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 | 2 |

(Source ARS)

I. Le nombre des hospitalisations complètes

Les données présentées dans le tableau ci-dessus doivent être tempérées par les récents mouvements de relocalisation fin 2017 des lits d'hospitalisation des secteurs de Courbevoie et Neuilly sur Seine respectivement vers Nanterre et Rueil-Malmaison. Ces données ne sont donc pas strictement comparables à périmètre constant.

Le nombre de séjours en hospitalisation complète dans le département s'est accru de 4% entre 2017 et 2019, alors que les séjours en soins sans consentement se sont accrus de 15% sur la même période pour porter leur participation de 39% du total en 2017 à 43% en 2019.

On retrouve donc sur le département, mais à un niveau supérieur de vingt points, la tendance à une **hausse sensible du recours aux soins sans consentement** relevée dans l'étude de l'IRDES de février 2017, qui rapportait pour la France entière la progression de 21% en 2012 à 24% en 2015 de la proportion des patients hospitalisés à temps plein sans consentement au total des effectifs.

Une première explication de cet écart (qui correspond à un quasi doublement) est la faiblesse relative de l'offre, aussi bien intra hospitalière qu'ambulatoire, sur le département (rapport d'information relatif à l'organisation de la santé mentale par la commission des affaires sociales à l'Assemblée Nationale du 18 septembre 2019).

II. Le nombre des patients admis en soins sans consentement

Au niveau du département, le nombre des patients admis sans consentement s'est accru de 43% entre 2017 et 2019. Dans son dernier rapport d'activité, le CGLPL rapportait une hausse plus modérée de 26% du nombre de patients hospitalisés sans consentement entre 2012 et 2017 pour la France entière.

III. Les modes légaux de soins sans consentement : admissions en SDT

Les admissions en SDT de droit commun (avec deux certificats médicaux) restent le mode prédominant, bien qu'elles aient légèrement régressé en valeur relative de 40 à 39% du total des admissions en SSC.

Les admissions en SDTU (un seul certificat médical) sont en revanche en progression de 22% à 26% du total entre 2017 et 2019, ce qui porte la participation du total des admissions en SDT et SDTU de 63% en 2017 à 66% en 2019.

Ce pourcentage se compare pour la France entière à une progression du même total (toutes admissions en SDT confondues) de 52% en 2015 à 55% en 2017 (rapport d'activité 2018 du CGLPL).

Le département se situe donc dix points au-dessus de la moyenne nationale pour ce type d'admissions. Nous verrons plus loin qu'une raison de cet écart réside simplement dans l'importance des soins aux patients détenus ou sur décision de justice.

IV. Les modes légaux de soins sans consentement : admissions en SPPI

Les admissions en SPPI sont le troisième mode d'admission par ordre d'importance : elles sont en progression de 22% du total en 2017 à 24% en 2019.

Cette progression contraste avec une relative régression au niveau national, de 27% du total en 2015 à 21% en 2017 (rapport d'activité 2018 du CGLPL). On observe cependant que l'ordre de grandeur reste comparable entre le département et la moyenne nationale.

Le total des deux procédures réputées exceptionnelles (SPPI et SDTU) se situe donc à un niveau devenu majoritaire, puisqu'il a progressé de 44% du total en 2017 à 51% en 2019.

La Commission constate que les admissions en Soins Psychiatriques pour Péril Imminent (SPPI) et en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence (SPDTU) continuent d'occuper des proportions élevées alors que ces dispositifs ont été conçus par le législateur comme d'usage exceptionnel du fait qu'ils présentent moins de garanties pour les patients, un seul certificat médical, au lieu de deux, étant requis pour ce type d'admission.

V. Les modes légaux de soins sans consentement: admissions en SDRE

Les admissions en SDRE sont en régression de 15% du total en 2017 à 9% en 2019, alors que la moyenne nationale restait stable à 15% entre 2015 et 2017.

Le Préfet a pris **1 962 arrêtés** en 2019 dans le cadre des mesures de SDRE à comparer à **1 485 en 2017 et 1 791 en 2018 (+32%)**. Cette forte progression du nombre d'arrêtés pour un nombre de patients en régression de 8% sur la même période conduit à supposer une plus grande répétition d'arrêtés pour les mêmes patients.

Les admissions des patients détenus ou sur décisions de justice sont marginales sur le département, alors qu'elles représentaient de 7 à 8% des admissions nationales en SSC entre 2015 et 2017. 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.

VI. Conclusion de ce chapitre

Nombre d'études et de rapports (tels le rapport des députées Wonner et Piat en octobre 2019) ont affirmé que c'est en organisant « *l'aller - vers* » par des équipes mobiles et l'intervention précoce que les établissements réussissent le mieux à éviter les hospitalisations.

La Commission avait salué l'an dernier le fait que les établissements Corentin Celton, Érasme (celui-ci pour le seul secteur Bourg la Reine / Antony) **et Paul Guiraud Clamart avaient commencé de mettre en place des équipes mobiles se déplaçant au domicile de leurs patients, évitant ainsi un grand nombre d'hospitalisations grâce à des interventions précoces**, avant que l'état des patients soit devenu critique.

L'extension de ce dispositif est suspendue au choix des priorités qui seront faits dans le cadre du Programme Territorial de Santé de Mentale de Hauts de Seine, lequel n'en est actuellement qu'au stade du Diagnostic Partagé.

Toutefois, certaines initiatives, notamment dans le cadre des « *cellules des cas complexes* » des Comités Locaux de Santé Mentale (CLSM) associant les établissements psychiatriques démontrent qu'il est d'ores et déjà possible d'avancer dans cette direction.

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

D'autre part, la Commission avait bien conscience, en répétant au fil des années la recommandation de respecter l'esprit de la loi qui envisage les admissions en péril imminent et à la demande de tiers en urgence, c'est-à-dire leur caractère d'exceptionnalité dans un contexte où les services des urgences hospitalières sont saturés et rencontrent de grandes

difficultés à trouver des psychiatres disponibles pour évaluer la nécessité d'une hospitalisation, de la difficulté d'amener l'inversion de la tendance qui en fait, dans les Hauts-de-Seine comme ailleurs, les principales modalités d'admission. Le fait que les proches des patients trouvent intérêt (pour des raisons qui leur appartiennent) à ces procédures contribue aussi à renforcer cette évolution.

Sans pouvoir mesurer précisément l'impact quantitatif de cette recommandation, la Commission a noté, à l'occasion de ses échanges avec les directions d'établissements, que celles-ci lui avaient accordé une attention certaine et avaient souvent, conséquemment, précisé les critères que doivent satisfaire les certificats médicaux d'admission à l'occasion de réunions internes ou par écrit, rappelant l'exigence d'une description détaillée des symptômes justifiant une hospitalisation en urgence.

Une limite est apparue : les circonstances où le certificat est produit par un service d'urgences d'un hôpital général ayant ses propres imprimés types, tels les hôpitaux Debré de Neuilly, Foch de Suresnes et Poincaré de Paris, peu disposés à modifier leur routine.

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

I. L'attention à porter aux programmes de soins

La Commission avait abordé la question à travers la

Recommandation 3 : La Commission recommande que les établissements engagent des évaluations des programmes de soins et assurent une meilleure coordination entre services psychiatriques hospitaliers, hôpitaux de jour et Centres Médico-psychologiques dans leur suivi afin d'éviter leur interruption prématurée et éviter les actes administratifs redondants.

La CDSP ayant parmi ses compétences la surveillance des programmes de soins (qui, bien que constituant des restrictions de libertés échappent au contrôle du JLD), a porté une grande attention à leur durée et à la fréquence de leurs interruptions sous forme de réadmission en hospitalisation complète.

La Commission a observé avec intérêt que plusieurs établissements s'attachaient à réorganiser l'articulation entre les unités de soins en hospitalisation complète et les institutions médico-sociales rattachées, assurant une meilleure continuité dans le parcours de soins. Le taux élevé moyen des ré-hospitalisations complètes des personnes en programmes de soins est, à cet égard, un signe qui peut être vu comme positif. Difficile à apprécier du fait de ces interruptions parfois récurrentes, la durée moyenne des programmes de soins n'est pas apparue excessive à la Commission.

Les Hauts de Seine sont d'autre part un département comptant un nombre élevé de Comités Locaux de Santé Mentale (16 sur 36 communes) dont certains jouent un rôle actif d'évitement des hospitalisations complètes en orientant les patients vers d'autres formules de soins. Ainsi, dans la ressort de la clinique MGEN de Rueil, les CMP de Rueil et Neuilly ont créé des cellules de veille qui peuvent dépêcher une équipe mobile (comprenant un infirmier ou un cadre de santé ou un médecin) au domicile de personnes signalées aux référents psychiatrie des CCAS par les gardiens d'immeubles ou acteurs locaux.

Recommandation nouvelle 13 : La Commission invite les établissements à poursuivre les travaux de réorganisation des parcours de soins de patients en sorte de mettre fin aux risques de rupture de soins.

Chapitre 3 : Observe-t-on une réduction de l'isolement et de la contention ?

L'article L. 3222-5-1 introduit en janvier 2016 dans le code de la santé publique a été écrit par le législateur dans des termes extrêmement clairs : « *l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie*

et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires. « L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1 ».

Le fait que les Commissions Départementales des Soins Psychiatriques aient été désignées comme les principales instances chargées de vérifier la mise en œuvre et la tenue du nouveau registre leur confère une responsabilité centrale dans la bonne marche de la politique ainsi définie.

Pour mesurer l'effet de ces dispositions législatives dans les Hauts de Seine, la Commission a consacré 11 recommandations au sujet en 2018, distinguant les effets quantitatifs et l'existence de politiques volontaristes.

I. La fréquence du recours à l'isolement et à la contention diminue-t-elle ?

Recommandation 19 : La Commission constate une pratique d'isolement globalement importante dans les différents établissements psychiatriques des Hauts de Seine, qui peut, pour certains patients s'étendre à plusieurs mois, en contradiction avec le principe d'exceptionnalité de ce type de mesure, et invite à une accélération des réflexions engagées pour la réduire significativement.

A-t-on progressé en 2019 ?

Les chiffres repris ci-dessous concernent les derniers résultats de 2019 lorsqu'ils sont disponibles. A défaut, les statistiques de 2018 ou 2017 ont été utilisées.

Le tableau statistique qui a pu être établi, hétérogène car les informations fournies recensent, selon les cas, des nombres de patients ou de mesures, signale globalement le maintien d'un taux important de recours à l'isolement :

| Établissement | Nombre d'hospitalisations sans consentement en 2018 | Nombre de patients distincts ayant été isolés en 2018 | Nombre d'hospitalisations sans consentement en 2019 | Nombre de patients distincts ayant été isolés en 2019 |
|-------------------------------------|---|---|---|---|
| Louis Mourier Colombes | 183 | Non communiqué | 172 | Non communiqué |
| CASH Nanterre | 296 | 150 | 311 | 177 |
| Corentin Celton Issy les Moulineaux | 160 | 49 patients – 327 décisions au 3ème trimestre | 161 | 54 |
| Paul Guiraud Clamart | 468 | 232 | 509 | 276 |
| MGEN Rueil-Malmaison | 262 | 117 | 321 | 96 |
| Érasme Antony | 354 | 369 | 172 | 337 |

1. Mesures d'isolement

La mise en isolement en espace dédié (chambre d'isolement) ou non pour cent **patients en soins sans consentement** concerne entre 34 et 71 patients distincts respectivement à Issy-les-Moulineaux et Antony. Il s'agit donc de proportions élevées pour une pratique de dernier recours.

Le nombre moyen de placements en isolement par patient distinct varie de 139% à Clamart à 258% à Issy-les-Moulineaux, ce qui révèle une répétition relativement modérée des placements pour un même patient.

La durée moyenne de chaque mesure d'isolement est également variable selon les établissements (de 6,8 jours à Nanterre à 17,9 jours à Rueil-Malmaison), mais, comme chaque patient est mis en moyenne plus ou moins souvent en isolement, **la durée totale moyenne passée en isolement par patient distinct** est relativement plus proche: de 10,5 jours à Clamart à 23,6 jours à Issy-les-Moulineaux

Le taux d'occupation des chambres d'isolement varie de 83% à Nanterre à 197% à Issy-les-Moulineaux, logiquement en phase avec l'importance relative du « *parc* » de chambres de soins intensifs, mais aussi avec 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 dans le registre de l'isolement).

La durée maximale d'isolement serait, selon les données disponibles, de 207 jours pour Rueil-Malmaison mais seulement 12,8 jours à Issy-les-Moulineaux. En général, les mesures les plus longues sont des mesures d'isolement à temps partiel (telles que nuit en chambre d'isolement et journée dans le service). Cette amplitude de 1 à 16 suggère que des échanges d'expérience entre établissements seraient potentiellement fructueux.

Par établissement (extraits de compte rendus de visites)

A **Louis Mourier Colombes**, certaines décisions d'isolement ne respectent pas les 12 heures prescrites par la recommandation de bonne pratique à l'initiation de la mesure d'isolement. Quatre des sept chambres individuelles de l'unité fermée ont été climatisées récemment et sont en priorité dédiées à l'isolement.

A l'**EPS Érasme d'Antony**, la moyenne mensuelle des mesures d'isolement continue de progresser, de 22 en 2017 à 31 en 2018 et 35 en 2019, en partie en raison d'une meilleure traçabilité des mesures d'isolement « *faute de place* ». Cette tendance générale à un accroissement du recours à l'isolement se marque également par des durées d'isolement en hausse (dont une durée maximale de 130 jours comparé à 117 jours en 2018).

A la clinique **MGEN de Rueil Malmaison**, début d'octobre 2019, la durée moyenne des mesures d'isolement serait de 18 jours par mesure, en hausse sensible (29%) comparé à 14 jours en 2017. On relève également dans cet établissement certaines durées d'isolement relativement longues, et même une durée maximale de 207 jours au premier semestre 2019 (pour l'isolement de nuit dans un espace dédié) après 230 jours au premier semestre 2018 (isolement de nuit en dehors d'un espace dédié). Ces durées maximales seront à valider par l'établissement dans ses rapports annuels 2018 et 2019 (le rapport annuel 2017 ne mentionnait aucune durée maximale contrairement aux directives de la DGOS).

A l'**hôpital Max Fourestier de Nanterre**, on recensait en 2019 1208 jours d'isolement pour 178 mesures, comparé à 899 jours d'isolement pour 152 mesures en 2018 (+34% et +17% respectivement et une durée moyenne par mesure en hausse de 5,9 jours à 6,8 jours).

A **Paul Guiraud Clamart**, 48% des patients placés en SSC ont fait l'objet d'une mesure d'isolement en 2019, comparé à 26% en 2017, soit un quasi doublement en deux ans. En revanche, toujours par rapport au rapport annuel 2017, les durées d'isolement totales, moyennes et maximales sont en baisse, ce qui permet à l'établissement de se maintenir dans la moyenne observée dans le département pour ces indicateurs.

A l'**hôpital Corentin Celton d'Issy-les-Moulineaux**¹, les durées d'isolement par patient rapportées par l'établissement sont très élevées et le place dans le haut de la fourchette observée dans le département.

¹ L'établissement a apporté la réponse suivante :

« Concernant le taux d'occupation des chambres d'isolement :

- Ce chiffre s'explique par l'existence, à la marge, de patients isolés dans des chambres qui ne sont pas des chambres d'isolement. Cela correspond globalement à deux types de situations récurrentes, et une situation plus exceptionnelle :

1. Mesures de contention

Recommandation 20 : La Commission prend acte avec satisfaction de l'usage apparemment modéré qui est fait de la contention dans les établissements psychiatriques des Hauts de Seine, mais s'inquiète des durées élevées auxquelles sont soumis certains patients.

En 2019, la CDSP a pu faire les observations suivantes :

Par établissement : (extraits de compte rendus de visites)

A **Louis Mourier de Colombes**, aucune décision de contention ne semble respecter la recommandation de limiter l'indication de contention à six heures à l'initiation de la mesure.

Au **l'EPS Érasme d'Antony**, la durée maximale de contention est en hausse en 2019 à 35 jours (comparé à 22 jours en 2018 et 14 jours en 2017, ce qui constitue le haut de la fourchette observée dans le département (l'établissement précise à cet égard qu'elle concerne un patient présentant un risque de chute majeur lié à un trouble neurologique et que les contentions étaient à temps partiel (la nuit)). Le nombre total de journées de contention s'établirait à 107 jours, à comparer à 84 jours en 2018 et 87 jours en 2017.

A la **clinique MGEN de Rueil Malmaison**, début octobre 2019 la durée moyenne des mesures de contention était de 1,8 jours par mesure, en hausse sensible en comparaison de 0,5 jours en 2017. En revanche, la durée maximale de contention y était en baisse de 14 jours en 2018 à 2,6 jours en 2019. Ces durées maximales seront à valider par l'établissement dans ses rapports annuels 2018 et 2019 (le rapport annuel 2017 ne mentionnait pas la durée maximale contrairement aux directives de la DGOS).

A **l'hôpital Max Fourestier de Nanterre**, on relève en 2019 un total de 210 jours de contention pour 97 mesures, à comparer à 178 jours pour 198 mesures en 2018 (soit respectivement +18% et -49% pour une durée moyenne doublée de 0,9 jour à 2,1 jours).

A **Paul Guiraud Clamart**, la proportion de patients en isolement placés sous contention s'établit à 19% en 2019, comparé à 13% en 2017, marquant une progression de 48%. Par rapport au rapport annuel 2017, les nombres de décisions et de mesures de contention sont en hausse, ainsi que le nombre de patients distincts placés sous contention. Cependant, les indicateurs 2019 relatifs à la contention se situent dans la moyenne observée dans le département.

A **l'hôpital Corentin Celton d'Issy-les-Moulineaux**, entre 2017 et 2019, la proportion de patients ayant fait l'objet d'une prescription de contention est passée de 15% à 35% des patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement, ce qui représente une augmentation substantielle en valeur relative, mais reste faible en valeur absolue (respectivement 7 patients en 2017, 10 en 2018 et 14 à fin août 2019). Au vu du faible nombre de patients que cela représente, il suffit toutefois d'une ou deux situations cliniques particulières pour modifier sensiblement les chiffres. La politique affichée par le service reste celle d'une minimisation du recours à ces mesures de privation de liberté, et la prescription de ces mesures en dernier recours après épuisement de toutes les alternatives.

En synthèse, on observe donc de grandes disparités :

- La mise sous contention concerne de 1% (**Rueil Malmaison**) à 12% (Issy-les-Moulineaux) des **patients en soins sans consentement**.
- **La durée moyenne de chaque mesure de contention** est variable selon les établissements (de 1,7 jours à Issy-les-Moulineaux à 4,2 jours à **Clamart**). **La durée maximale sous contention** varie de 2,6 jours à Rueil-Malmaison à 35 jours à Antony. Mais, comme chaque patient est mis en moyenne plus ou moins souvent en contention, l'écart entre les **durées totales passées en contention par patient distinct** est limité : de 2 jours à Clamart à 5,4 jours à Antony.

- *De manière cyclique mais malheureusement récurrente, comme dans de nombreux secteurs, il arrive qu'une mesure d'isolement se montre nécessaire pour trois voire quatre patients, alors même que nous ne disposons que de deux chambres d'isolement. Nous sommes alors dans l'obligation d'utiliser des chambres standard comme chambre d'isolement, en veillant à leur aménagement adapté.*
- *Certains de nos patients dits "chroniques", hospitalisés au long cours dans l'unité, nécessitent régulièrement des mesures d'isolement séquentiel, voire de façon quasiment quotidienne pour une des patientes.*
- *De manière plus exceptionnelle, la situation clinique particulière d'une autre patiente nous a menés à fermer sa chambre la nuit (isolement séquentiel), afin de garantir la bonne observance du traitement, et ce pendant plusieurs semaines ».*

- **Pour cent patients placés à l'isolement**, le nombre de patients distincts placés sous contention varie de 8 à Antony à 35 à Issy-les-Moulineaux et Clamart.
- **Le nombre moyen de placements en contention par patient distinct** varie de 133% à Rueil-Malmaison à 236% à Issy-les-Moulineaux, ce qui révèle une répétition relativement modérée des contentions pour un même patient.

I. La tenue du registre de l'isolement et de la contention, outil central de la politique de réduction de ces pratiques, est-elle rigoureuse ?

En 2018, la CDSP avait conclu son bilan de la mise en œuvre de cette disposition clé par la :

Recommandation 9 : La Commission attend de chaque établissement qu'il améliore la tenue de son registre de l'isolement et de la contention en sorte qu'il respecte strictement les normes fixées par la réglementation tout en facilitant une exploitation dynamique permettant de questionner intelligemment l'usage de l'isolement et de la contention.

Quatre ans après la loi du 26 janvier 2016, faute qu'un logiciel de mise en œuvre ait été proposé aux établissements par le ministère chargé de la santé, la CDSP constate des mises en œuvre tardives, variablement avancées et utilisant des logiciels disparates compliquant aussi bien une analyse critique des pratiques que des comparaisons entre établissements : aucun des registres ne permet actuellement une exploitation dynamique qui dégagerait des conclusions concernant l'importance des décisions de placement en isolement et en contention, ni des évolutions.

Elle note par exemple que, lorsque le patient cesse d'être placé en isolement de façon continue pour y être en alternance avec des périodes où il rejoint d'autres patients dans des espaces communs, les établissements renseignent le registre de façon très différente : multiplication des entrées et sorties de l'isolement pour certains, continuum pour d'autres. Les établissements qui pratiquent la « mise en isolement faute de place » parce qu'ils n'ont pas assez de chambres banales à certaines périodes tiennent aussi différemment leur registre. Certains enfin utilisent régulièrement l'isolement dans des espaces non dédiés (des chambres banales) pour répondre aux angoisses de patients craignant d'être visités par des voisins somnambules (à Rueil en particulier). Ces disparités de pratiques, jointes aux renseignements incomplets, rendent difficile actuellement l'exploitation complète de ces registres.

D'où la recommandation précédente :

Recommandation 12 : La Commission demande que les protocoles précisent que les décisions d'isolement et de contention doivent toujours être signées ou confirmées dans l'heure par un psychiatre

La Commission s'était ainsi inquiétée de l'absence de renseignements, dans plusieurs registres, sur la qualité des soignants ayant décidé de ces mesures et du fait que ce pouvaient être des internes qui les prenaient sans confirmation rapide par un senior. La rédaction de certains protocoles apparaissait ambiguë à cet égard. La Commission a pu vérifier que **sa recommandation avait été suivie d'effet dans la plupart des établissements.**

Recommandation nouvelle 14 : La Commission considère que seule une instruction du ministère chargé de la santé qui intégrerait toutes les situations et donnerait des indications méthodologiques de tenue du registre pourrait ramener une cohérence qui fait grandement défaut actuellement. Elle préconise aussi que les systèmes informatiques soient paramétrés de telle sorte qu'ils verrouillent l'accès au dossier client tant que les décisions médicales relatives à la tenue du registre de l'isolement ne sont pas saisies.

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

Recommandation 15 : La Commission est consciente de la difficulté que rencontrent les établissements à maintenir non occupé le lit d'un patient transféré dans une chambre de soins intensifs et espère que le Plan Régional Santé 2 apportera des solutions au problème du manque de lits en psychiatrie dans les Hauts de Seine, que traduit la proportion anormalement restreinte des hospitalisations en soins libres.

Recommandation 16 : La Commission demande que soit mis fin à la pratique de l'isolement faute de place de certains établissements qui installe des patients dans une situation inadmissible de restriction de leurs droits à se déplacer dans le service, les portes des chambres de soins intensifs étant dépourvues de serrures à l'intérieur.

En écrivant ces deux recommandations, la Commission était consciente du dilemme d'établissements qui estiment ne pas disposer d'assez de lits en général et organisent entre eux fréquemment, de ce fait, des échanges provisoires de patients. Pour eux laisser vacants des lits pendant que les patients sont placés en chambres de soins intensifs apparaît un luxe qu'ils ne peuvent se permettre. La réalisation de cet objectif est liée à l'adoption du Plan Régional Santé 2 et du Projet Territorial de Santé Mentale, dispositifs non encore aboutis.

Au-delà, c'est toute l'organisation des soins psychiatriques dans le département, avec le développement d'équipes mobiles permettant de dispenser des soins à domicile qui doit être repensée, la solution véritable étant la diminution des hospitalisations sans consentement.

Recommandation nouvelle 15 : La Commission continuera d'être vigilante sur le respect des principes de maintien à disposition du malade provisoirement admis en soins intensifs de son lit en chambre banalisée, et d'interdiction des placements en isolement de malades que leur état médical ne justifie pas par manque de lits banals, tout en étant consciente de la difficulté de le respecter dans un contexte de saturation globale des capacités d'hospitalisation lié à l'organisation des soins où l'aller-vers demeure marginal.

II. Des politiques de réduction ont-elles été définies ?

Dans son rapport de 2016 sur l'isolement et la contention, le CGLPL s'alarmait de ce que « *alors même que leur efficacité thérapeutique n'est pas formellement prouvée, les pratiques de mise à l'isolement ou sous contention connaissent une recrudescence depuis une vingtaine d'année, dont les facteurs sont multiples : réduction des effectifs, changement dans la formation des professionnels, évolution de l'approche psycho pathologique, présence insuffisante des médecins dans les unités de soin, manque de réflexion d'ensemble sur la liberté de circulation des patients, etc.* » La Commission, dans le même esprit, demandait :

Recommandation 10 : *La Commission recommande que les établissements qui ne l'ont pas encore fait révisent leurs protocoles de gestion de l'isolement et de la contention en se pénétrant de l'esprit de la recommandation de bonne pratique « isolement et contention en psychiatrie générale » adoptée par la HAS le 22 février 2017 visant à limiter le recours aux mesures de contrainte physique et à garantir une meilleure qualité de la prise en charge des personnes concernées par ces pratiques.*

La Commission avait constaté que peu d'établissements avaient engagé une telle révision.

Fin 2019 plusieurs établissements déclarent avoir révisé ces protocoles dans l'esprit de la recommandation de bonne pratique de la HAS. Les rédactions sont fidèles dans l'ensemble à la recommandation de la HAS mais la Commission n'a identifié dans aucun une méthodologie visant explicitement la réduction des pratiques concernées. Certains établissements, tels Corentin Celton, se sont limités à déclarer que des concertations pluridisciplinaires sont régulièrement organisées afin d'améliorer le suivi et l'analyse des pratiques d'isolement, dont la réalisation d'audits.

A **Nanterre**, dans le cadre du déploiement du nouveau logiciel de soins, la définition du protocole relatif à la gestion de l'isolement et de la contention a été engagée en lien avec le responsable dédié du service informatique.

A **Clamart**, un protocole concernant l'isolement a été défini le 16 janvier 2019, qui n'appelle pas en première lecture d'observations particulières. La commission a recommandé à l'établissement de compléter ces recommandations par un protocole relatif à la mise sous contention.

A **Colombes**, un groupe de travail a rédigé en mai 2018 une nouvelle version du protocole de chambre d'isolement, toujours en cours de validation. Ce draft a été révisé par la CDSP, qui a formulé quelques observations après sa visite du 20 novembre 2019.

A **Antony**, la dernière procédure de mise en chambre d'isolement et sous contention datait de novembre 2017. Elle aurait été révisée et validée le 12 décembre 2019 pour intégrer en particulier les dernières recommandations de la CDSP.

A **Rueil**, la commission a exprimé sans succès le souhait de recevoir une copie des protocoles existants, puis de recevoir la version actualisée lorsqu'elle aura été validée.

A **Issy-les-Moulineaux**, les protocoles d'isolement et de contention ont été actualisés à la suite en particulier des recommandations de la CDSP et lui seront communiqués lors de sa prochaine visite.

La Commission salue l'initiative des établissements Corentin Celton et Érasme d'avoir organisé des audits des pratiques d'isolement et de contention, et Paul Guiraud d'en avoir programmé en janvier 2020 (dans le cadre des tests préparatoire à la mise en place des nouveaux indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS), pour lesquels le groupe hospitalier Paul Guiraud s'est porté candidat). Ces audits constituent une méthode très pertinente pour préparer la révision des protocoles et/ou renforcer les actions de formation.

Recommandation nouvelle 16 : La Commission demande à tous les établissements qui ne lui ont pas remis copie de leurs protocoles d'isolement et de contention actualisés de le faire. Elle demande aux établissements qui ne l'ont pas encore fait de procéder à des audits de leurs pratiques d'isolement et de contention, incluant l'utilisation du registre éponyme, allant au-delà des aspects formels pour s'interroger sur leur bien fondé.

La Commission allait plus loin :

Recommandation 22 : La Commission demande aux établissements n'ayant pas encore défini la politique de réduction de l'isolement et de la contention qu'exige la loi, qui doit être formalisée dans un rapport annuel, de prendre toutes dispositions pour mettre un terme à cette situation.

L'article L 3222-5-1 impose aux établissements des obligations précises en matière de tenue de registre, mais aussi **d'élaboration d'une politique pour limiter le recours aux pratiques d'isolement et de contention et l'évaluation de sa mise en œuvre**. Seulement deux établissements ont élaboré leurs rapports annuel 2017 et 2018 décrivant cette politique et les ont remis aux CDU et communiqués à la CDSP : Antony et Issy les Moulineaux. Rueil et Clamart se sont arrêtés pour l'heure aux rapports pour 2017. Les deux autres établissements sont encore plus en retard et l'expliquent par le fait que ces services de psychiatrie font partie d'hôpitaux généraux du département désignés pour assurer, parmi de nombreuses autres missions, celle de la psychiatrie générale de secteur.

- Le rapport 2018 du **Groupe Hospitalier Paul Guiraud**, qui devait être présenté à la CDU du 17 décembre 2019, avait été repoussée au 4 février 2020 en raison de la situation des transports. Faute de données validées par le DIM, cette présentation a été de nouveau repoussée à la prochaine CDU du 21 avril 2020.
- Le rapport annuel 2017 de la **clinique MGEN de Rueil-Malmaison** a été présenté à la CDU du 8 avril 2019. Il présente succinctement sur dix pages l'établissement, sa politique en ce qui concerne l'isolement et les étapes clés de sa mise en place. Deux annexes présentent également le compte rendu de la commission violence du 11 septembre 2007 et le diaporama « de l'isolement à la contention ».
- Le rapport 2018 de l'hôpital **Érasme d'Antony** a été enrichi par rapport au rapport annuel 2017 et présenté à la CDU du 9 avril 2019. Il présente sur 19 pages les éléments quantitatifs prévus par l'instruction précitée (non discriminés par service) ainsi que de façon plus complète les pratiques d'isolement et de contention, et surtout les politiques mises en œuvre pour les limiter.
- Le rapport annuel 2018 de l'hôpital **Corentin Celton d'Issy-les-Moulineaux** a été présenté à la CDU du 4 décembre 2019. Il présente sur sept pages et moins succinctement qu'en 2017, certains des éléments quantitatifs prévus par l'instruction précitée ainsi que les pratiques d'isolement-contention.

Elle demandait aussi :

Recommandation 21 : La Commission recommande l'organisation d'une réflexion sur l'utilisation de l'isolement et de la contention dans le cadre des Plans Territoriaux de Santé Mentale, dans l'attente de nouvelles instructions nationales.

La Commission a poursuivi le dialogue déjà amorcé en 2017 avec les équipes soignantes pour **comprendre les disparités observées dans les pratiques** (faute d'outils statistiques satisfaisants). La plupart de ses interlocuteurs ont renvoyé à l'adoption du Plan Territorial de Santé Mentale des Hauts de Seine la définition d'une politique cohérente intégrant le caractère interdépendant des six établissements entre eux : au quotidien ils se rendent le service de prendre en charge des patients que l'hôpital de secteur n'est pas en mesure d'accueillir faute de place.

Malheureusement, le PTSM 92 n'en est qu'au stade du diagnostic, et les sujets qu'il doit intégrer sont très nombreux.

La définition de priorités dans un cadre budgétaire contraint est renvoyée à un horizon de cinq ans, les premières fiches actions permettant ces choix étant prévue pour le premier semestre 2020. L'initiative du **GHT Psy Sud Paris** d'une EPP (évaluation des pratiques professionnelles), animée par la fondation Vallée qui apporte son expérience des jeunes patients afin de réduire le nombre et la durée des placements en chambre d'isolement, est la démonstration que cette réflexion pourrait démarrer plus vite et se traduire par de premières expérimentations.

Heureusement, **de premières initiatives intéressantes** peuvent être signalées.

A **Louis Mourier Colombes**, une équipe de formation constituée d'un médecin et d'un soignant enseigne régulièrement aux infirmiers et aides-soignants comment respecter les recommandations de bonne pratique de la HAS. La rotation des équipes soignantes tous les deux ou trois ans oblige à rester vigilant sur ce sujet. En revanche, dans ce même établissement, le nouveau protocole de mise en chambre d'isolement en cours de validation mériterait d'être enrichi par référence à cette recommandation.

Au **l'EPS Érasme d'Antony**, une nouvelle EPP a été mise en place en 2019 sur la recherche d'alternatives à l'isolement et à la contention, avec deux parties : une réflexion au niveau de l'établissement et un regard croisé au niveau du GHT comme expliqué ci-dessus.

L'établissement **Paul Guiraud** de Clamart, et l'ensemble du Groupe Hospitalier, a été retenu en 2018 par la HAS, pour tester les nouveaux indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) en psychiatrie relatifs à la mise en œuvre et surveillance des mesures d'isolement et de contention. Le premier recueil officiel est pour le 1^{er} trimestre 2020.

L'**hôpital Max Fourestier de Nanterre** organise des sessions de sensibilisation et d'information sur le recours à l'isolement et à la contention à l'attention de l'ensemble des personnels paramédicaux.

L'**hôpital Corentin Celton d'Issy-les-Moulineaux** précise dans son rapport annuel 2018 « au sein de l'unité, des référents contention ont été nommés et permettent aux nouveaux arrivants et plus largement à l'ensemble de l'équipe soignante de s'approprier les techniques de la mise en contention afin de garantir la sécurité des patients et des personnels. Les soignants s'exercent à la mise en contention avec les référents de l'unité ». On peut cependant relever que, si cette action est louable, elle vise davantage la maîtrise technique que la réduction du recours à la contention. Les professionnels sont également formés à la gestion et à la prévention de la violence et de l'agressivité au CESU 75 (centre d'enseignement des soins d'urgence de Paris).

La clinique MGEN de Rueil-Malmaison précise dans son rapport annuel 2017 que la formation à la gestion de crise OMEGA est dispensée aux soignants et aux médecins depuis 2015, et devrait permettre d'éviter davantage le recours à l'isolement et à la contention. Cette formation est relayée par un groupe de travail visant à pérenniser et renforcer l'utilisation des outils de gestion de crise acquis lors de la formation. Un diaporama est utilisé en routine depuis 2012 pour sensibiliser les équipes à cette pratique dans l'unité dans laquelle sont situées les chambres dédiées à l'isolement.

Au vu des éléments présentés, ne concernant que les deux tiers des établissements (un tiers seulement si l'on considère l'obligation légale de présenter les rapports annuels 2017 et 2018), la Commission est amenée à faire le constat que l'article 72 de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 ne connaît qu'un début de mise en œuvre en ce qui concerne les mesures destinées à limiter le recours à l'isolement et à la contention, quatre ans après son entrée en vigueur.

Elle observe toutefois avec intérêt qu'une des premières conséquences est l'étude d'une réduction du nombre de chambres de soins intensifs qui devrait entraîner, si elle se concrétise, des effets restrictifs sur les pratiques de l'isolement et de la contention.

[Recommandation nouvelle 17](#) : La Commission salue les premières initiatives portant sur la formation des personnels et l'organisation de la prise en charge visant à répondre à l'objectif de réduction des pratiques d'isolement et de contention et espère qu'elles aboutiront rapidement à l'inversion de la

tendance observée dans la plupart des établissements d'une augmentation de l'usage de l'isolement. Les données recueillies dans les Hauts de Seine incitent à un optimisme relatif en ce qui concerne l'évolution de l'ensemble des mesures d'isolement et de contention, même si les prémisses de politiques de réduction apparaissent peu à peu.

Chapitre 4. La démocratie sanitaire, mesurée en termes de transparence, a-t-elle progressé dans les établissements psychiatriques des Hauts de Seine ?

I. La transparence progresse-t-elle ?

La Commission avait consacré, dans son rapport 2018, six recommandations à ce sujet où s'exprimait son insatisfaction quant à la qualité des informations qui sont mises à sa disposition, tant par les établissements que par l'ARS.

Recommandation 8 : La Commission invite les établissements à maintenir ou améliorer, selon les cas, la qualité de la tenue des livres de la loi et des dossiers individuels des patients hospitalisés sans consentement, documents assurant la traçabilité des procédures limitant les droits des personnes ainsi soignées.

Cette recommandation partait du constat que son travail de surveillance du respect des droits des patients était entravé, dans deux établissements, par la façon dont les dossiers individuels étaient tenus.

La recommandation a été prise en compte par l'Hôpital Paul Guiraud qui a commencé de remplacer des dossiers à couvertures papier souvent déchirées et ne comportant aucune autre mention que le nom du patient, par des chemises cartonnées portant les éléments principaux de la situation de ce dernier.

En revanche, la clinique MGEN de Rueil a continué de produire des dossiers individuels sous chemise plastique transparente n'offrant que des renseignements minima et ne permettant en outre pas à la CDSP de notifier ses vérifications et éventuelles observations. Cette pratique constitue une obstruction à son travail.

Recommandation nouvelle 18 : La Commission invite l'ARS à demander à la clinique-MGEN de Rueil de tenir les dossiers individuels de patients dans une forme lui permettant d'exercer sa mission de vérification.

Concernant les livres de la loi, où les documents sont accolés de façon différente d'un établissement à l'autre, il apparaît que leur dématérialisation annoncée en 2020 devrait apporter l'essentiel de la réponse au problème signalé.

Recommandation 7 : La Commission souhaite que l'ARS l'informe régulièrement et rapidement des suites données à ses recommandations relatives aux changements de statut des patients et d'acceptation de permissions de sortie.

La Commission avait été informée en 2018 d'une situation particulière justifiant cette recommandation, qui ne s'est pas renouvelée en 2019.

Recommandation 14 : La Commission demande à l'ARS de rappeler à la Direction Générale de l'Offre de Soins du Ministère de la Santé (DGOS) son obligation de collecte et de transmission à son endroit des données semestrielles relatives à l'isolement et à la contention, et de rattraper le retard accumulé en la matière depuis 2017.

Recommandation 27 : La commission demande aux établissements et à l'ARS que tout courrier adressé à la CDSP92 par des patients lui soit immédiatement retransmis scanné pour lui permettre de décider rapidement de la suite à donner.

La Commission avait appris que les courriers qui lui étaient destinés par des patients hospitalisés étaient traités par l'ARS, celle-ci dépassant son rôle qui se limite à assurer son secrétariat. Cette recommandation a été suivie d'effet par l'ARS, ce qui a permis à la commission, soit de rencontrer les réclamants si la visite de l'établissement d'accueil était relativement rapprochée dans le temps, soit de les orienter vers le JLD ou la CDU de l'établissement.

Recommandation 28 : La Commission recommande la mise en place dans chaque unité fermée de boîtes pouvant recevoir les courriers des patients de façon anonyme.

La commission s'était inquiétée de l'effet potentiellement dissuasif du fait que les patients doivent remettre les courriers adressés aux autorités de contrôle par l'intermédiaire des soignants, alors que certaines pathologies sont associées à des symptômes de persécution et d'angoisse relationnelle.

A L'hôpital Érasme d'Antony, cette boîte aux lettres a été mise en place au mois d'août 2019 ; elle est située à l'entrée de l'établissement à proximité immédiate du bureau des admissions. Elle n'est que très rarement utilisée.

A l'hôpital **Corentin Celton d'Issy-les-Moulineaux**, le service annonce avoir lancé l'acquisition d'une boîte aux lettres qui sera ramassée quotidiennement par la cellule des soins sans consentement pour envoi.

Recommandation 13 : La Commission demande à tous les établissements de respecter leur obligation de transmettre à la CDSP le rapport annuel rendant compte des pratiques d'isolement et de contention, de la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques et de l'évaluation de sa mise en œuvre, et de rattraper le retard accumulé en la matière depuis 2017.

Ainsi qu'il a été indiqué plus haut, il est apparu à la Commission que l'ARS, institution qui devrait être le premier destinataire de ces documents importants, n'exerçait pas suffisamment son devoir de les réclamer dans les délais.

La Commission a reçu l'assurance de l'ARS qu'elle avait réclamé les rapports annuels 2018 dans les délais, mais a observé, comme signalé plus haut, que plusieurs établissements ne l'ont pas présenté du tout ou dans les délais à la CDU.

Recommandation nouvelle 19 : La Commission écrira de nouveau au directeur départemental de l'ARS pour lui demander d'exercer avec davantage de rigueur son rôle de tutelle des établissements publics de santé du département en veillant à ce que les rapports annuels rendant compte des pratiques d'isolement et de contention, de la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques et de l'évaluation de sa mise en œuvre, lui soient adressés effectivement et dans les délais.

II. La qualité du dialogue avec les directions d'hôpitaux a-t-elle progressé ?

Institution incarnant, de par ses missions et sa composition, l'une des formes de la démocratie sanitaire, la Commission Départementale des Soins Psychiatrique a, plus généralement, cherché à jouer ce rôle en développant le dialogue avec les directions d'établissements.

A ces échanges participent, dans la plupart des établissements, le chef de pôle et/ou ses adjoints, le directeur médical, les responsables qualité et des relations avec les usagers, parfois le directeur de l'établissement. Ils permettent une compréhension des contraintes pesant sur les équipes médicales qui peuvent parfois s'opposer au plein respect des règles administratives et/ou recommandations de la Haute Autorité de Santé et du CGLPL. La Commission intègre chaque fois scrupuleusement les informations ainsi recueillies dans son compte rendu de visite assorties d'une appréciation sur le degré d'acceptabilité de ces justifications. Ces rencontres permettent aussi d'entendre la façon dont les recommandations de la Commission ont été reçues et suivies ou non de mises en œuvre.

Ce sentiment global de satisfaction sur la qualité du dialogue établi doit toutefois être nuancé :

- Dans un certain nombre de cas la Commission, qui ne visite pourtant les établissements qu'à intervalle de 6 mois, a constaté que son précédent rapport de visite n'avait été porté à la connaissance que d'un petit nombre de personnes au sein de la direction, plus souvent des membres de l'équipe administrative que de l'équipe médicale. Cette situation a eu comme conséquence une perte de temps de part et d'autre : il a fallu d'abord donner lecture des recommandations de la visite précédente avant d'engager une discussion sur leur pertinence et les interlocuteurs n'avaient pas toutes les réponses aux questions soulevées. Et, bien sûr, l'échange a été alors de moindre qualité.
- Dans un grand nombre de cas, les documents qui doivent être réglementairement transmis pour avis à la CDU et au CDS de l'établissement, ainsi qu'à l'ARS et à la CDSP dans des délais prescrits, ne l'ont été qu'après plusieurs réclamations et avec des retards de plusieurs mois, soit toujours pas à ce jour, en particulier le rapport annuel rendant compte des pratiques d'isolement et de contention, ce qui interroge à la fois sur la vigilance de l'Agence et sur la considération accordée aux organes de la démocratie sanitaire par les directions d'établissements.

- Bien que des membres de la Commission appartenant au corps médical participent toujours à ses visites, les équipes médicales des hôpitaux visités ont fréquemment manifesté une certaine réticence à lui exposer les modalités de mise en œuvre des réformes concernant la politique médicale de l'établissement, en particulier concernant l'isolement et la contention.
- La Commission a dû insister de façon récurrente auprès des directions d'établissements pour que les informations données aux patients sur son rôle – tant dans les livrets d'accueil que dans l'affichage annonçant ses visites – soit suffisamment explicite et en termes compréhensibles pour un non juriste pour que ceux-ci comprennent l'intérêt de s'adresser à elle. Objectant des contraintes organisationnelles ou budgétaires, trois ans plus tard, aucun progrès significatif n'a été noté, ce qui se traduit par le fait que la plupart des patients ayant demandé à rencontrer la Commission débutent l'entretien par une question sur ses missions.
- Enfin, la direction de l'un des établissements, la clinique-MGEN de Rueil Malmaison, se refuse systématiquement à fournir les informations de contexte organisationnel demandées avant chaque visite à travers le « questionnaire de pré-visite, argumentant qu'il n'entrerait pas dans les compétences de la CDSP de les recueillir. Un dialogue de sourds s'est établi depuis trois ans sur ce sujet, que l'intervention de l'ARS requérant officiellement ces données n'a pas suffi à dépasser : une toute petite partie seulement des informations demandées a été transmise alors. Ceci a conduit la Commission à s'interroger sur les moyens d'action dont dispose l'Agence sur les établissements placés sous sa tutelle et dont elle assure le financement. Ce même établissement a aussi fréquemment opposé aux recommandations de la Commission qui se réfèrent aux recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé que celles-ci n'avaient pas de valeur juridique contraignante ; de même pour celles du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté.

Recommandation nouvelle 20 : Le dialogue, constitutif d'une démocratie sanitaire aujourd'hui reconnue comme indispensable, existe donc, souvent de qualité, entre la CDSP et les équipes médicales et administratives des établissements en charge des soins psychiatriques sans consentement des Hauts de Seine, mais demande à être consolidé. La Commission réitère sa demande, adressée à l'ARS, que celle-ci fasse apparaître ses rapports annuels sur son site : reflet de ce dialogue, leur communication au grand public ne peut que dynamiser et enrichir ce dernier

Conclusion :

Si le nombre des recommandations produites par la CDSP au cours des trois dernières années suivies d'effet apparaît relativement limité, il est loin d'être négligeable. Des marges de progression existent indubitablement dont les conditions principales sont :

- Une réactivité et un appui plus fort de l'ARS face à d'inacceptables retards – parfois refus – de transmission des informations qui sont dues à la Commission.
- Des échanges réguliers avec les Juges des Libertés et de la Détention, dont les missions de contrôle des soins sans consentement sont très complémentaires de celles de la CDSP.
- La diffusion plus large de ses rapports annuels, en particulier sur le site de l'ARS ;

La Commission s'inquiète du risque d'affaiblissement de la compréhension de son rôle qui résultera de la décision gouvernementale de supprimer le magistrat de la composition des CDSP à la fin de leur mandat en cours, soit, pour notre commission, l'année 2021, sauf si une démission intervenait entre-temps. L'année 2020 est donc essentielle dans la consolidation de ce rôle.

Quant au fond la Commission observe plusieurs éléments caractéristiques préoccupants dans l'évolution des soins dans les établissements psychiatriques publics des Hauts de Seine :

1. La prise en compte des personnes admises en **soins consentement continue d'occuper une place prépondérante et excessive** au détriment des admissions en soins libres, privant les patients qui auraient besoin d'être hospitalisés pour des temps courts alors qu'ils en ressentent le besoin et seraient prêts à adhérer aux traitements qui leur seraient proposés – condition reconnue d'une plus grande efficacité de ceux-ci – de leur exercice du droit

à être soignés. Les délais d'attente pour être admis dans les structures de soins ambulatoires, longues de plusieurs mois en général, malgré les efforts notables de réorganisation constatés dans les secteurs relevant des hôpitaux Érasme et Rueil Malmaison (pour ce que l'on peut savoir de cet établissement peu ouvert au dialogue avec la CDSP), ne permettent pas à ces structures de compenser cette situation et, plus généralement, de répondre aux besoins d'une population urbaine en expansion de plus en plus concernée par les maladies psychiques.

2. L'importance des réintégrations en hospitalisations complètes après transformation de celles-ci en programmes de soins apparaît comme un signe, parmi d'autres, de **l'efficacité limitée des dispositifs de soins sans consentement qui ne permettent généralement pas d'entraîner une véritable adhésion** des personnes aux soins qui leur sont administrés. Un phénomène général de « porte tambour » se constate, nombre des personnes hospitalisées sans consentement effectuant des séjours récurrents sous ce régime. La Commission, questionnant régulièrement les équipes médicales qu'elle rencontre sur ces caractéristiques, dont l'une des manifestations est l'importance du recours aux pratiques d'isolement et de contention que rejettent unanimement les patients, n'a qu'exceptionnellement entendu s'exprimer une réflexion sur le sujet. Seuls quelques établissements proposent, par exemple, des formations pour les familles alors qu'est reconnue l'importance de l'accompagnement qu'elles sont susceptibles d'apporter à la continuité des soins - pourvu qu'elles y soient préparées -.
3. Dans une conception où les soins sans consentement dominent, **la réflexion sur l'aller-vers les patients en souffrance à leur domicile, qui suppose un accès aux soins ambulatoires plus fluide et réactif incluant la possibilité de mobiliser des équipes mobiles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, demeure embryonnaire**, limitée aux publics des personnes en situation précaire dans le secteur de Puteaux et des personnes âgées dans celui d'Issy-les-Moulineaux/Vanves. La floraison récente des Comités locaux de Santé Mentale dans les Hauts de Seine, au nombre de 20 (pour un total de 36 communes), qui associent en principe au moins centres communaux d'action sociale, psychiatrie publique, forces de l'ordre, logement social et autorités locales pour faire face aux situations psychiatriques troublant l'ordre public, ouvre une perspective intéressante. Toutefois, sans coordination entre elles, ces structures se heurtent à la capacité limitée des équipes de psychiatrie à faire face aux sollicitations qu'elles adressent de façon croissante et désordonnée. Comme indiqué plusieurs fois dans ce rapport, **le Projet Territorial de Santé Mental des Hauts de Seine** en chantier depuis trois ans et qui devrait aboutir en juillet 2020 (mais sa première étape, le diagnostic partagé, vient seulement de s'achever), devrait, fixant le cadre de cohérence entre l'ensemble des structures sanitaires, médico-sociales et sociales – incluant les CLSM – du département, apporter des réponses à cette inquiétude. C'est un **sujet de vigilance tout particulier pour le proche avenir**.
4. L'entrée en scène des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) créés par des autorités communales est aussi la messagère d'une évidence sur lequel est fondée l'action des Commissions Départementales des Soins Psychiatriques, et tout particulièrement de celle qui présente ici son rapport pour 2019 : **les personnes souffrant de troubles psychiques sont d'abord des citoyens dotés de droits** qui ne doivent plus être considérés sous le seul angle de leur pathologie. L'attention – jugée malheureusement excessive par certains établissements – portée par la CDSP 92 au respect de la dignité des personnes hospitalisées sans consentement sous toutes ses formes (conditions matérielles de l'isolement et de la contention, accès à des espaces de promenade agréables, utilisation libre du téléphone portable, droit à recevoir des visites, etc.) s'inscrit dans cette conviction conforme aux conceptions contemporaines du parcours de soin en santé mentale qui doit préparer la personne à vivre une vie sociale intégrée dans la société. Un long chemin reste à faire à cet égard dans une bonne moitié des établissements psychiatriques publics des Hauts de Seine.
5. Ceux-ci, du moins certains, connaissent, certes, des **problèmes de sous-effectifs en personnels soignants qui réduisent le temps disponible** pour apporter toute l'attention que requièrent des personnes souffrant de troubles psychiques aux racines complexes. La Commission Départementale des Soins Psychiatriques a toujours eu le souci, à chacune de ses visites d'être attentive aux contraintes qui pèsent ainsi sur les équipes soignantes et, plus généralement, chargées de l'accueil des personnes hospitalisées. Elle n'a jamais hésité à écrire qu'elle considèrerait que, dans de tels contextes, certaines réglementations pouvaient s'avérer inappropriées (l'interdiction absolue de la vidéo-observation des personnes contenues, l'obligation d'un second certificat médical de psychiatre dans un département où le corps médical est déficitaire, par exemple). **La Commission rend hommage**

au dévouement des personnes qui, dans ces conditions, réalisent avec dévouement leur travail. Ces contraintes ne sauraient toutefois excuser les nombreux manquements et négligences qu'elle a constatés dans le respect des droits fondamentaux des personnes hospitalisées, droits qu'un peu plus de questionnement des pratiques est, le plus souvent, de nature à plus complètement prendre en compte.

Annexe 1 : Composition de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques des Hauts de Seine

La Commission était composée comme suit fin 2019 :

| Membres prévus | Membres désignés | Date de prise de fonctions |
|--|---|-------------------------------------|
| Un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel | Madame Christine Lethiec, Vice-présidente au tribunal de grande instance de Nanterre | Octobre 2018 |
| Un psychiatre désigné par le procureur près la cour d'appel | Docteur Philippe Gauthier | Septembre 2018 |
| Un psychiatre désigné par le représentant de l'État | Docteur Michel Triantafyllou | Octobre 2018 |
| Un médecin généraliste désigné par le représentant de l'État | Docteur Jean-Pierre Gaston Carrère, Président de la Commission | A la mise en place 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 | Monsieur Michel Doucin représentant l'Union Nationale des Familles et Amis de Malades psychiques (UNAFAM) | Octobre 2017 |

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 participe à l'ensemble des visites d'établissements.

En 2018, l'arrêté de composition de la CDSP a été refait, le dernier arrêté valable datant de 2013. Un arrêté Préfectoral ARS-UD92-DRUSSC numéro 2018-239 a été pris le 18 décembre 2018 et fixe la nouvelle composition de la CDSP. La commission est complète et conforme à la réglementation.

Annexe 2 : Compétences de la Commission Départementale 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 ;

La Commission a visité, en 2019, chacun des six établissements habilités à recevoir des patients admis en soins psychiatriques sans consentement par deux fois au cours de l'année 2019.

| | |
|--|----------------------------|
| Hôpital Érasme, Antony, | 10 avril et 16 octobre |
| Hôpital Paul Guiraud, Clamart | 19 juin et 4 décembre |
| Hôpital Louis Mourier, Colombes | 22 mai et 20 novembre |
| Hôpital Corentin Celton, Issy les Moulineaux | 20 février et 18 septembre |
| Hôpital Max Fourestier, Nanterre | 23 janvier et 3 juillet |
| Hôpital MGEN, Rueil-Malmaison | 27 mars et 9 octobre |

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.

Annexe 3 : Organisation de la psychiatrie publique dans les Hauts de Seine

La sectorisation n'est pas parvenue à égaliser l'offre entre les secteurs : les populations rattachées vont de 62346 à 93832 habitants. Un bon nombre des établissements corrigent ces inégalités en ayant créé des unités intersectorielles.

- population desservie par chacun des secteurs couverts par les 6 hôpitaux (Recensement de 2016),

| Établissement | Secteur | Villes concernées | Population | File active de patients (ambulatoire) | Nombre de lits |
|--|----------------------------|--|-----------------------|---|-----------------------------------|
| Louis Mourier Colombes | 92G06 Intersectorielles | Colombes | 85 368 | 916 (1 184) | 40+4 CSI 17 |
| Max Fourestier Nanterre | 92G07 | Courbevoie | 81 720 | 175 (523) | 20 |
| Max Fourestier Nanterre | 92G10 Intersectorielles | Nanterre | 94 258 | 257 (à noter 24 patients hors secteur dans la file active) (1 620) | 20 27 + 4 CSI |
| Corentin Celton Issy-les-Moulineaux | 92G12 | Issy les Moulineaux, Vanves | 96 241 | 385 (877) | 49+2 CSI |
| Paul Guiraud Clamart | 92G16 | Meudon Chaville | 65 650 | 876 () | 22+2 CSI |
| Paul Guiraud Clamart | 92G17 | Clamart Le Plessis Robinson | 81 439 | 1 247 (1 284) | 20+2 CSI |
| Paul Guiraud Clamart | 92G18 | Montrouge Malakoff | 79 152 | 1355 (1 285) | 23+2 CSI |
| Paul Guiraud Clamart | 92G19 Intersectorielles | Châtillon Bagneux Toutes les villes | 76 852 303 093 | 1 367 142 | 22+2 CSI 36 |
| Mgen Rueil Malmaison | 92G08 | Neuilly- sur- Seine | 60 580 | 425 | |
| Mgen Rueil Malmaison | 92G11 | Rueil- Malmaison | 78 195 | 900 | 61+3 CSI |
| Érasme Antony | 92G09 | Suresnes Puteaux | 93 227 | 163 (103) | 17+2 CSI |
| Érasme Antony | 92G20 | Sceaux Châtenay-Malabry Fontenay-aux- Roses | 75 441 | 148 (128) | 17+2 CSI UIR : 26 lits |

| | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|----------------------|
| Érasme Antony | 92G21 Intersectorielles | Antony Bourg-la Reine | 82 741 | 193 (116) | 17+2 CSI 62+2 CSI |
| Totaux | | | 1 050 864 | 8 549 (7 120) | 469+29 CSI |

Annexe 4 : Rédaction régulièrement suggérée pour le livret d'information sur les droits des patients en soins sans consentement

Présentation générale

Vous disposez de deux types de droits

Droits procéduraux

Un patient admis en soins psychiatriques sous contrainte dispose des droits suivants :

- Saisir le juge de la liberté et de la détention (JLD) à tout moment (tant le patient que toute personne de son entourage)
- Communiquer avec le préfet, le président du tribunal de grande instance (TGI), le procureur de la république, le maire de la commune
- Saisir la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP)
- Saisir la commission des usagers (CDU)
- Porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence
- Prendre conseil du médecin ou de l'avocat de son choix

Droits individuels fondamentaux

Un patient admis en soins psychiatriques sous contrainte peut toujours :

- Émettre ou recevoir des courriers
- Consulter le règlement intérieur de l'établissement et recevoir les explications qui s'y rapportent exercer son droit de vote
- Se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix

Ces droits peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade. Les seules exceptions sont : le droit d'émettre ou de recevoir des courriers, le droit d'exercer le droit de vote et celui de se livrer à un culte religieux ou à une activité philosophique.

Deux institutions exercent une vigilance particulière sur le respect de vos droits :

« Un contrôle de la régularité de votre hospitalisation sans consentement est exercé par le juge des libertés et de la détention obligatoirement dans les 12 jours suivant votre admission, puis après 6 mois et à tout moment sur demande ».

En application de l'article L3211-12 du Code de la Santé Publique, votre hospitalisation complète sans consentement ne pourra se poursuivre sans que le Juges des Libertés et de la Détention (JLD) ait statué sur cette mesure dans un délai de 12 jours. Une audience sera en conséquence très prochainement organisée entre vous et ce magistrat. Vous serez accompagné d'un avocat, soit choisi par vos soins, soit commis d'office, que vous aurez rencontré avant le début de l'audience et à qui vous pourrez faire part

de vos souhaits et arguments concernant le maintien de votre hospitalisation. Votre famille et autres proches seront invités à assister à cette audience.

Une nouvelle audience avec le JLD aura lieu six mois après votre admission à l'hôpital si vous êtes toujours hospitalisé. Vous pouvez en outre, à tout moment écrire au JLD pour demander à être entendu par lui à l'occasion de l'une de ses audiences hebdomadaires au sein de l'hôpital.

Un contrôle du respect de vos droits fondamentaux est exercé par la Commission Départementale des Soins Psychiatriques à l'occasion de visites régulières et en réponse à vos courriers.

Composée d'un magistrat, de deux psychiatres, d'un médecin généraliste et de deux représentants d'associations d'usagers, la Commission Départementale des Soins Psychiatriques, créée par la loi du 27 juin 1990, puis la loi du 5 juillet 2011, est 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. Elle recevra pour cela les réclamations écrites que vous lui adresserez et vous entendra, à votre demande, lors de ses visites (deux fois par an). Elle peut proposer au Juge des Libertés et de la Détention, après dialogue avec les soignants, la levée d'une décision de placement en soins psychiatriques sans consentement sur demande du représentant de l'État. Elle peut aussi, après dialogue avec les soignants, ordonner la levée d'un placement en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers ou pour péril imminent. Elle peut valablement agir dès lors que deux de ses membres participent à ses activités.

Annexe 5 : Observations de l'établissement Corentin Celton

En réponse aux recommandations finales :

1. Actualisation des documents d'information sur les droits des patients :

Cette actualisation doit se faire via le siège de l'institution et notamment la Direction des Affaires Juridiques. Le service de psychiatrie de Corentin Celton a d'ores et déjà sollicité la DAJ et est en attente de réponse.

3. Autorisation des avocats à se rendre au chevet de leur client:

Le service de psychiatrie de Corentin Celton autorise les avocats à se rendre au chevet de leur client, dans la mesure où l'état de santé général du patient le permet, après validation de l'équipe médicale.

5. Conditions matérielles de communication en chambres d'isolement:

Les équipes médicales et soignantes sont toujours favorables à cette installation. Néanmoins, les contextes successifs sociaux et sanitaires, nous ont retardés dans les prises de contact avec les établissements ayant équipé les chambres avec un système d'interphone (Babyphone).

7. Caractère exceptionnel de la mise en pyjama des patients des unités fermées :

Le service de psychiatrie de Corentin Celton a ajouté à sa prescription médicale d'isolement un paragraphe précisant la mise en pyjama.

8. Accès à des espaces communs, y compris à l'air libre :

Le service de psychiatrie de Corentin Celton possède des espaces communs pour les patients des unités fermées, tout d'abord au sein des unités, avec des aménagements type fauteuil, sono et coin lecture face aux balcons. De plus, des salles de projection et salle de sport sont disponibles en dehors de ces unités (à l'HDJ). Pour ce qui est des espaces extérieurs, les difficultés techniques persistent. Cependant des réflexions sont menées afin de récupérer un espace cour plus conséquent.

9. Visites :

L'équipe du service de psychiatrie de Corentin Celton respecte la législation en termes de visite des familles et des proches. Cependant, ces autorisations sont toujours soumises à une évaluation médicale, et ce, dans l'intérêt même du patient. En outre le service est doté d'une salle de médiation afin d'accueillir les visites en toute intimité.

19. Mise en place de la boîte aux lettres:

Le service de psychiatrie de Corentin Celton a mis en place au mois de décembre une boîte aux lettres, afin que les patients puissent l'utiliser dans les conditions recommandées par la CDSP. Une évaluation sera effectuée en juin pour sa bonne utilisation.