

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

Rapport d'activité 2018

Sommaire et récapitulatif des recommandations

Sommaire et récapitulatif des recommandations	1
Introduction	6
Méthode de travail	7
Organisation de la psychiatrie publique dans les Hauts de Seine	7
Chapitre I. Examen de l'utilisation des différentes procédures d'entrée dans les soins psychiatriques et de sortie	8
I. Nombre d'hospitalisations complètes	8
II. Les parts respectives des mesures SDRE, SDT, SDTU, SPPI.....	9
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.	12
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.	12
III. Les programmes de soins	12
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.	13
IV. Levée des mesures de soins sans consentement.....	13
1. Rôle du Juge des Libertés et de la Détention.....	13
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.	14

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. 14

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. 15

2. Rôle de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques 15

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. 16

Chapitre 2 : Vérification de la régularité des procédures administratives encadrant les soins sans consentement..... 16

I. Tenue des livres de la loi 16

II. Tenue des dossiers individuels des patients..... 16

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. 17

III. Tenue des registres de l'isolement et de la contention 17

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. 20

Chapitre 3. Appréciation des restrictions apportées aux libertés des patients dans le cadre des soins sans consentement..... 20

I. Encadrer la politique de l'isolement et de la contention par l'élaboration de protocoles incitant à la réduction de ces pratiques 20

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. 21

II. Le port trop souvent obligatoire du pyjama avec retrait des effets personnels. 21

Recommandation 11 : 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. 21

III. La décision d'une mesure d'isolement ou de contention ne peut être prise qu'après un examen médical psychiatrique effectif de la personne. 21

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 22

Chapitre 4. L'accessibilité des informations sur les pratiques d'isolement et de contention et sur la politique de limitation de ces pratiques 22

I. Présentation à la Commission des Usagers (CDU) du rapport annuel sur les pratiques d'isolement et de contention : 22

II. Transmission des rapports statistiques annuels et semestriels à la CDSP 23

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.	24
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.	24
III. Le respect de la réglementation sur les espaces dédiés	24
1. La conservation du lit en chambre ordinaire d'une personne placée en isolement	24
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 libres.	25
2. La pratique interdite de l'hébergement dans une chambre d'isolement faute de place ailleurs	25
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.	25
3. L'isolement et la contention interdits dans la chambre du patient	25
IV. L'organisation matérielle des chambres de soins intensifs	26
1 L'accès à un dispositif d'appel	26
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.	27
2. La possibilité de lire l'heure depuis son lit	27
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.	28
Chapitre 5. L'utilisation de l'isolement et de la contention.....	28
I. La fréquence du recours à l'isolement et à la contention	28
1. Mesures d'isolement	28
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.	30
2. Mesures de contention	30
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.	30
II. Les justifications données à l'isolement et à la contention	30
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.	31
III. Les politiques mises en œuvre pour limiter le recours à l'isolement et à la contention	31

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.32

Chapitre 6. Le respect des droits fondamentaux et de la dignité des patients.....32

I. Le droit de déambuler32

1. Pour l'ensemble des patients32

2. Pour les patients à l'isolement ou en contention, l'accès régulier à des sorties de courte durée à l'air libre33

Recommandation 23 : 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.....34

3. Pour les personnes détenues.....34

Recommandation 24 : 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.35

II. L'information des patients sur leurs droits35

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.35

III. Le droit de communiquer avec l'extérieur.....35

1. Téléphone35

Recommandation 26 : La Commission salue les directions des hôpitaux MGEN de Rueil et 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.....36

2.Communication écrite36

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.36

Recommandation 28 : La Commission recommande la mise en place dans chaque unité fermée de boîtes pouvant recevoir les courriers des patients de façon anonyme.36

3.Droit de recevoir des visites36

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.37

IV. L'état physique des locaux37

1. Situation générale37

Recommandation 30 : La Commission recommande que le service psychiatrique de l'hôpital Louis Mourié de Colombes soit inscrit dans sa globalité dans les priorités du plan de rénovation de cet établissement37

2. Les locaux d'isolement37

V. Le droit à l'intimité	38
Recommandation 31 : La Commission invite la direction de la clinique de la MGEN de Rueil 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.....	38
Recommandation 32 : La Commission invite les établissements qui ne l'ont pas encore fait de créer des espaces d'accueil des proches des patients confortables permettant des échanges intimes.	39
Conclusion.....	39
Annexe 1 : Compétences de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques	39
Annexe 2 Méthode de travail de la Commission	40
Annexe 3 : Répartition des départements selon la proportion de levées par le JLD de mesures d'hospitalisation complète (2017).....	42
Annexe 4 : Informations données aux patients hospitalisés sans consentement sur leurs droits	42

Introduction

La Commission départementale des soins psychiatriques des Hauts de Seine, instituée par la loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 5 juillet 2011, est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement, au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. L'annexe 1 du présent rapport détaille ses compétences. Elle est tenue d'élaborer un rapport annuel.

L'édition 2018 ici présentée 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. On voudra bien excuser les insuffisances méthodologiques qui en résultent et qui ne sont pas le fait de la Commission.

La Commission était composée comme suit fin 2018 :

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.

Méthode de travail

La CDSP 92 a fait évoluer sa méthodologie au cours de l'année 2018, avec pour objectif d'engager un dialogue fructueux avec les équipes médicales et administratives des établissements dans lesquelles elle est amenée à effectuer des vérifications. On en trouvera en annexe 2 une présentation. **Le présent rapport sera soumis, comme il se doit, avant publication aux éventuels commentaires des établissements visités qui disposeront pour cela de trois semaines aux termes desquels les réponses reçues lui seront annexées.**

La Commission a visité, suivant cette méthode, chacun des six établissements habilités à recevoir des patients admis en soins psychiatriques sans consentement par deux fois au cours de l'année 2018.

Hôpital Érasme, Antony,	11 avril et 7 novembre
Hôpital Paul Guiraud, Clamart	30 mai et 5 décembre
Hôpital Louis Mourier, Colombes	23 mai et 14 novembre
Hôpital Corentin-Celton, Issy les Moulineaux	14 février et 3 octobre
Hôpital Max Fourestier, Nanterre	24 janvier et 17 octobre
Hôpital MGEN, Rueil-Malmaison	28 mars et 12 décembre

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	Nombre de lits
Louis Mourier Colombes	92G06 Intersectorielles	Colombes	85 368	3 833 (3 968)	61
Max Fourestier Nanterre	92G07	Courbevoie	81 720	172 (22¹)	20
Max Fourestier Nanterre	92G10 Intersectorielles	Nanterre	94 258	284² (307)	20 27 + 4 CSI
Corentin Celton Issy-les-Moulineaux	92G12	Issy les Moulineaux, Vanves	96 241	545 (511)	49+2 CSI
Paul Guiraud Clamart	92G16	Meudon Chaville	65 650	855 (927)	20+3 CSI
Paul Guiraud Clamart	92G17 2 unités	Clamart Le Plessis Robinson	81 439	1 284 (1 311)	36+2 CSI
Paul Guiraud Clamart	92G18	Montrouge Malakoff	79 152	1 285 (1 364)	21+2 CSI
Paul Guiraud Clamart	92G19 Intersectorielles	Châtillon Bagneux Toutes les villes	76 852 303 093	1 381 (1 396) 59 (54)	23+2 CSI 18
Mgen³ Rueil Malmaison	92G08	Neuilly- sur- Seine	60 580		
Mgen Rueil Malmaison	92011	Rueil- Malmaison	78 195		60+3 CSI
Érasme Antony	92G09	Suresnes Puteaux	93 227	68 (103)	17+2 CI

¹Le secteur 92G07 a intégré les locaux du CH Max Fourestier en décembre 2017

²+ 17 patients hors secteur et 2 patients du 92G05

³ Les chiffres correspondant à l'hôpital Louis Mourier correspondent à l'hospitalisation complète + l'hospitalisation de jour

Érasme Antony	92G20	Sceaux Châtenay-Malabry Fontenay-aux- Roses	75 441	109 (128)	17+2 CI
Érasme Antony	92G21 Intersectorielles	Antony Bourg-la Reine	82 741	121 (116)	17+2 CI 73+2 CI
Totaux			1 050 864		479+26 CSI

Chapitre I. Examen de l'utilisation des différentes procédures d'entrée dans les soins psychiatriques et de sortie

La Commission s'est intéressée aux différences apparaissant dans l'utilisation des divers types de procédures d'accès aux soins psychiatriques.

I. Nombre d'hospitalisations complètes

Selon les données recueillies par l'ARS, il apparaît une forte utilisation des soins sans consentement, qui augmente par rapport à 2017, sauf à l'hôpital Corentin Celton d'Issy les Moulineaux (Source : données PMSI 2018 et 2017)

Établissement	Nombre d'hospitalisations complètes 2018 et (2017)	Dont hospitalisations libres 2018 et (2017)	Dont hospitalisations sans consentement 2018 et (2017)	Part des hospitalisations sans consentement 2018 et (2017)
Louis Mourier Colombes	916 séjours (932 séjours)	709 (741)	282 patients (261 patients)	22,6 % (20,5%)
Max Fourestier Nanterre	708 (471)	412 (265)	296 (206)	41,8 % (43,7%)
Corentin Celton Issy-les-Moulineaux	352 (385)	192 (193)	160 (192)	45 % (49,8%)
Paul Guiraud Clamart	838 (743)	370 (429)	468 (314)	55,8 % (42,3%)
MGEN Rueil-Malmaison	520 (non communiqué)	287 (non communiqué)	233 (non communiqué)	44,8%
Érasme Antony	694 (759)	405 (470)	289 (289)	41,6% (38%)

Si la part des hospitalisations sans consentement varie selon les établissements, elle est toujours supérieure au dernier niveau national connu : le nombre des hospitalisations sans consentement est, en effet, passé de 21 à 24% du nombre total des hospitalisations en psychiatrie de 2012 à 2015 selon l'étude **Les soins sans consentement en psychiatrie de Magali Coldefy (IRDES) parue dans Questions d'économie de la santé n° 222- février 2017.**

II. Les parts respectives des mesures SDRE, SDT, SDTU, SPPI

Le Préfet a pris 1 791 arrêtés en 2018 dans le cadre des mesures de SDRE à comparer à 1 485 en 2017 (+20,6%)

Établissement	Nombre d'hospitalisations complètes sans consentement 2018 et (2017)	Dont Mesures SDRE 2018 et (2017)	Dont Mesures SDT 2018 et (2017)	Dont Mesures SPPI 2018 et (2017)	Dont mesures sur décision du Juge 2018 et (2017)
Louis Mourier Colombes	282 patients (261 patients)	87 patients (77 patients)	152 patients (138 patients)	15 patients = 5,3% (10 patients)	0 (1)
Max Fourestier Nanterre	296 (206)	52 (39)	51 (28)	61 = 20,6% (40)	1 (2)
Corentin Celton Issy-les-Moulineaux	160 (192)	18 (15)	46 (61)	47 = 29,3% (48)	0 (0)
Paul Guiraud Clamart	468 (314)	47 (30)	263 (180)	158 = 33,7% (104)	1 (2)
MGEN Rueil-Malmaison	233	35	121	77 = 33,0%	0 (0)
Érasme Antony	394 (385)	47 (41)	104 (124)	126 = 31,9% (110)	0 (0)

(Source ARS – A noter que les totaux des 4 colonnes de droite ne sont pas toujours égaux à la colonne de gauche et que les chiffres présentés ici diffèrent souvent de ceux du tableau précédent)

La Commission a constaté que les admissions en Soins Psychiatriques pour Péril Imminent (SPPI) et en Soins Psychiatriques à la Demande de Tiers en Urgence (SPDTU) occupaient des parts globalement 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.

Établissement	Nombre d'hospitalisations complètes sans consentement 2017	Nombre d'hospitalisations complètes sans consentement 2018	Mesures SPPI 2017	Mesures SPPI 2018	Mesures SPDTU 2017	Mesures SPDTU 2018
Louis Mourier ⁴ Colombes	261 patients	282 patients	10 patients	15 patients = 5,3%		
Max Fourestier Nanterre	206	296	40	61 = 20,6%	97	131 = 44,2%
Corentin Celton Issy-les-Moulineaux	192	160	48	47 = 29,3%	68	49 = 30,6%
Paul Guiraud Clamart	314	468	104	158 = 33,7%	57	104 = 22,2%
MGEN ⁵		233		77 =		

⁴L'hôpital Louis Mourier n'effectue pas de distinguo dans ses statistiques entre les mesures SPDT et SPDTU.

⁵L'établissement de santé refuse de donner davantage de données.

Rueil-Malmaison				33,0%		
Érasme Antony	385	394	110	126 = 31,9%	110	117 = 29,6%

La CDSP 92 ne disposait pas de statistiques complètes pour deux établissements. Elle a procédé, lorsqu'elles lui manquaient, par analyse des questionnaires de pré-visite (QP), par des sondages faits à partir des livres de la loi (LL) ou des dossiers individuels consultés (DI).

Établissement	Nombre d'hospitalisations complètes sans consentement 2017	Nombre d'hospitalisations complètes sans consentement 2018	Mesures SPPI 2017	Mesures SPPI 2018	Mesures SPDTU 2017	Mesures SPDTU 2018
Clinique MGEN de Rueil-Malmaison	211	Non communiqué	66/211 = 31%	DI 8/45 = 18% (12/12/2018)	LL n° 12 et 13 : 21/45 = 46,6% (27/11/2017)	DI 14/ 45 = 31% (12/12/2018)
CH Louis Mourier de Colombes	20 (QP 27/04/2018)	20 (QP 27 avril 18)	0	DI 3/24 = 12,5% (13/11/2018)	LL non numérotés : 57/77 = 74% (7/12/2017)	DI 8/24 = 33% (13/11/2018)

S'inquiétant de l'inflation du recours à ces procédures dans leur rapport parlementaire du 15 février 2017, MM. Denys Robillard et Denis Jacquat considéraient que la moyenne nationale de 20 % qu'ils avaient calculée était préoccupante : « La mission émet le constat d'une certaine banalisation du recours aux procédures d'urgence. Cette tendance, déjà observable avant 2011, s'est durablement installée dans le paysage des soins sans consentement. Par définition moins protecteur, le recours aux procédures d'urgence ou allégées mériterait d'être davantage documenté. [...] L'admission en **soins pour péril imminent**, nouveauté introduite en juillet 2011 pour la prise en charge des personnes isolées, **concerne ainsi un patient en soins sans consentement sur cinq** et apparaît davantage comme un expédient pour désengorger les services d'urgence : deux tiers des patients relevant de cette procédure sont ainsi passés par les services d'urgence. La mission propose de prendre à bras-le-corps cette dérive en s'appuyant davantage sur les commissions départementales de suivi psychiatriques. » Au niveau national en 2016 et 2017, 17% des journées d'hospitalisation sans consentement étaient représentés par les SSPI.

La commission relève que le total SPPI et SDTU pour 2018 s'établit comme suit pour chacun des établissements :

- Max Fourestier : 64.8 %
- Corentin Celton : 59.9 %
- PG Clamart : 55.9 %
- Érasme : 61.5 %

Et la CDSP estime par sondage ces taux aux environs de 38,3% pour Louis Mourier et 64% pour la MGEN.

La commission relève l'importance relative de ces procédures exceptionnelles.

L'importance du nombre de ces admissions en soins sans consentement dans l'urgence conduit les patients à devoir attendre la survenue d'une crise clastique pour pouvoir obtenir d'être hospitalisé, et alors dans un état ne permettant plus d'obtenir le consentement. Se manifeste ainsi aussi la **carence manifeste du département en capacités d'intervention au domicile des patients avec réactivité.**

La Commission salue l'approche nouvelle que développent à cet égard **deux établissements, Corentin-Celton, Érasme** (celui-ci pour le seul secteur Bourg la Reine / Antony) **et Paul Guiraud Clamart consistant en l'organisation d'équipes mobiles qui se déplacent 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. Ces trois expériences invalident l'argument que la mise en place d'équipes mobiles nécessiterait des moyens hors de portée des hôpitaux psychiatriques publics aujourd'hui.

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.

La commission a constaté d'autre part que **certains certificats médicaux accompagnant ces admissions d'urgence sont stéréotypés et manquent de précision,** alors qu'on pourrait s'attendre à ce qu'un certificat unique soit particulièrement détaillé et personnalisé. Se penchant sur la question, la Commission a observé que l'organisation administrative de certains établissements pouvait expliquer l'utilisation plus intensive de ces procédures, en particulier **lorsque le service des urgences de l'hôpital, point de passage obligatoire avant une hospitalisation psychiatrique sans consentement, se trouve dans le même bâtiment que le service psychiatrique.**

La Commission partage les inquiétudes de la mission Robillard-Jacquat quant à la moindre vigilance médicale qui peut en résulter, tout en notant que l'intégration d'un service d'urgences et d'un service psychiatrique au sein d'un même établissement présente des avantages pour les patients et ceux qui les accompagnent, le premier étant la réduction des délais d'attente de la disponibilité d'un psychiatre puis d'identification d'un lit disponible. A juste titre, les Plans Territoriaux de Santé Mentale en cours d'élaboration intègrent du reste une réflexion sur une meilleure articulation entre les services d'urgences et les services de soins psychiatriques.

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.

III. Les programmes de soins

Le total des prescriptions de programmes de soins dans l'ensemble des établissements arrêtées par le Préfet des Hauts-de-Seine dans le cadre des mesures SDRE s'est élevé à 269 en 2018 (246 en 2017).

A ce sujet, la mission Robillard-Jacquat soulevait un problème auquel la Commission s'est également intéressée : « Parallèlement, la mission relève une augmentation de la durée du programme de soins ainsi que de la durée moyenne d'hospitalisation. Dans ce dernier cas, le constat infirme les premières conclusions issues des premiers résultats d'application de la loi du 5 juillet 2011. S'il est encore tôt pour douter de l'efficacité des programmes de soins sur l'amélioration de l'état de santé des patients, il importe de davantage documenter le recours à ces formes de prise en charge. Pour la mission, il

apparaît nécessaire de faire évoluer les systèmes d'information hospitaliers pour déterminer si la durée moyenne d'hospitalisation résulte plus d'une stratégie de soins (hospitalisation séquentielle) que d'un arrêt du programme de soins commandé par une rechute du patient (« ré-hospitalisations »). Au demeurant, la mission préconise une enquête exhaustive portant sur le recours aux programmes de soins et l'efficacité de cette prise en charge. » Elle poursuivait ainsi : « Les programmes de soins *« sont mal décrits et mesurés car mal repérés dans les systèmes d'informations »*. Or, cette information est essentielle pour identifier le recours aux programmes de soins, leur durée ainsi que pour évaluer leur efficacité ». Elle ajoutait une « Recommandation n° 3 : identifier dans le cadre du RIM-P le début et la fin d'un programme de soins. Ce prérequis permettrait de davantage documenter le recours aux soins ambulatoires en mesurant son efficacité. »

La CDSP 92 manquait d'outils statistiques fiables pour mesurer les durées moyennes de programmes de soins dans chaque établissement, cette rubrique de son questionnaire de pré-visitte n'ayant pas toujours été remplie, mais a noté d'assez grandes différences entre les établissements à cet égard.

La Commission a en outre relevé avec intérêt que le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) avait observé que l'un des établissements du département qualifiait de programmes de soins des hospitalisations complètes assorties de permissions de sortie, ce qui avait pour conséquence de faire échapper les patients à la vigilance des JLD. L'établissement a assuré à la Commission qu'il avait mis fin à cette pratique.

Elle partage l'opinion de la mission Robillard-Jacquat quant au **manque d'évaluation de l'efficacité probable d'un bon nombre de ces programmes de soins** comme en atteste, pour l'un des rares établissements ayant bien voulu fournir des statistiques à cet égard, le nombre élevé de ré-hospitalisations : 50 en 2017 et 53 fin novembre 2018, alors que la capacité totale est de 120 lits.

Elle a observé d'autre part avec étonnement que, lorsqu'un patient en programme de soins est suivi en hôpital de jour ou en CMP avec régularité, le psychiatre de référence continue d'être astreint à une procédure consistant à remplir mensuellement un formulaire constatant que la personne ne se présente pas à lui régulièrement. **Les établissements pourraient sans doute alléger la tâche de leurs médecins si la réglementation permettait de transférer aux médecins des hôpitaux de jour et des CMP le suivi des programmes de soins.**

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.

IV. Levée des mesures de soins sans consentement

1. Rôle du Juge des Libertés et de la Détention

Le JLD est l'instance principale susceptible de mettre fin à une mesure d'hospitalisation sans consentement. Le nombre de décisions des JLD mettant fin aux soins sans consentement dans les différents établissements des Hauts de Seine a été de 4 en 2018 après 7 en 2017. Ce nombre est à rapprocher des statistiques pour 2017 du ministère de la justice concernant les levées de mesures d'hospitalisation complète par les JLD (voir annexe 3).

Comparée à celle de la plupart de leurs collègues des autres départements d'Île de France, **la pratique des Juges des Libertés et de la Détention des Hauts de Seine en matière de levée des mesures apparaît plus modérée**. Les proportions de levées de mesures d'hospitalisation complète en 2017 ont été, en effet, les suivantes : Val-de-Marne (0,5), Val d'Oise (2,4), Paris (2,7), **Hauts-de-Seine (3,7)**, Seine-et-Marne (10,8), Essonne(11,4), Yvelines (13,1), Seine-Saint-Denis (13,5)

Une des explications pourrait se trouver dans le constat d'un bon respect des procédures en général dans les Hauts de Seine. Une autre pourrait être le **laconisme des informations données aux patients sur la possibilité de s'adresser à ces juges** en dehors des deux moments obligatoires que sont les 12 jours suivant l'admission puis tous les six mois. La Commission en a fait la remarque à chacune des directions d'établissement des Hauts de Seine et proposé une rédaction plus complète des documents d'information sur leurs droits remis aux patients (voir annexe 4).

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.

Une seconde explication pourrait être le **peu de visibilité de la présence, pourtant hebdomadaire, des JLD dans les établissements** du fait d'une absence de signalétique des salles d'audience. Seuls trois établissements ont considéré pertinent de l'organiser, Corentin-Celton-Issy, Érasme et Paul Guiraud-Clamart, le premier ayant organisé en outre une véritable salle d'audience incluant des sièges pour le public, conformément à la loi. La Commission a fait systématiquement des observations aux établissements concernés et n'a pas été satisfaite des objections qui lui ont été faites selon lesquelles les audiences du JLD ne pourraient être publiques du fait du caractère intime des sujets qui y sont traités et du risque de stigmatisation des patients qui en résulterait. **Si elle entend la pertinence des arguments, ce ne peut être la source d'une décision de principe : la loi prévoit que, sauf dérogation, les audiences du JLD sont publiques.**

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.

La Commission a noté d'autre part que le protocole « conditions d'hospitalisation en psychiatrie adulte » de l'établissement Louis Mourier « rappelle que quand le patient n'est pas audible par le JLD, le juge rend son avis sur étude du dossier ». Or, la CDSP s'est interrogée, lors de l'examen du dossier d'un patient, sur la **validité d'un certificat médical constatant l'impossibilité pour un patient d'être entendu par le JLD rédigé par un interne.**

Par ailleurs, l'attention de la Commission a été attirée par des avocats sur le fait que, lorsque des patients ne sont pas en état d'être présentés au JLD lors de ses audiences à moins de 12 jours, **tous les établissements ne les autorisent pas à se rendre au chevet de ces malades**, alors que, selon leur expérience, ce contact peut parfois amener ces derniers à changer de comportement clinique.

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.

2. Rôle de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques

La CDSP est aussi habilitée à prononcer la levée d'une décision d'admission en soins sans consentement dans les cas autres que les SDRE. Lorsqu'il s'agit d'une SDRE, elle peut toutefois faire une recommandation dans ce sens au préfet.

Au cours de l'année 2018, elle en a fait **un usage très modéré à la suite de ses rencontres avec les patients**. La commission a reçu au total 43 patients à leur demande et a communiqué confidentiellement les recommandations qu'elle en a tirées aux équipes soignantes, dont certaines par écrit dans ses rapports de visite.

- Nombre de demandes d'audition par la Commission étaient motivées par une contestation de la mesure d'admission en soins sans consentement. Dans ces cas, la CDSP a vérifié attentivement le dossier des patients et cherché à identifier dans le discours de ceux-ci des éléments susceptibles d'étayer leur contestation de la mesure, sans rencontrer le cas et ne faisant donc pas usage de son pouvoir de levée de celle-ci.
- Certaines demandes portaient sur la contestation d'un **refus de bénéficiaire d'une permission** et la Commission s'est alors enquis de la réalité et des raisons de ce refus auprès de l'équipe soignante.

La Commission a recommandé qu'un patient de l'hôpital Max Fourestier, qui observait depuis longtemps avec fidélité son programme de soins, voie son statut transformé en patient en soins libres. Elle est d'autre part intervenue par deux fois auprès du préfet, par l'entremise de l'ARS, pour lui demander de revenir sur son refus d'autoriser des permissions à des patients en SDRE, alors que les médecins soignants les avaient autorisées.

Elle regrette une absence d'information sur les suites données à ces recommandations.

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.

Chapitre 2 : Vérification de la régularité des procédures administratives encadrant les soins sans consentement

I. Tenue des livres de la loi

Si ces registres collationnant toutes les pièces administratives du dossier des patients en soins sans consentement sont généralement tenus conformément à la loi, la Commission a regretté quelques exceptions :

- Dans les établissements **Érasme** et **Max Fourestier**, les suites de dossiers ne sont pas toujours précisées
- A l'hôpital **Paul Guiraud-Clamart**, la tenue des livres pourrait être améliorée avec un classement plus rigoureux des pièces administratives

II. Tenue des dossiers individuels des patients

La Commission félicite les secrétariats des établissements Louis Mourier de Colombes et Érasme d'Antony pour la tenue des dossiers individuels des patients : le premier établit un récapitulatif de chaque dossier agrafé sur la couverture et le second réunit dans une chemise distincte toutes les décisions de justice.

La qualité n'est pas au même niveau dans d'autres établissements :

- A la clinique **MGEN de Rueil-Malmaison** et à l'hôpital **Paul Guiraud de Clamart**, les dossiers consistent en une accumulation chronologique des documents reçus, sans toujours être complets.
- A **Rueil**, en outre, la nouvelle présentation sous chemises en matière plastique transparente

souple ne permet pas à la Commission de signaler matériellement les dossiers qu'elle a examinés et d'assurer un suivi sur ses visites.

- A **Clamart**, certains dossiers sont abrités sous une chemise cartonnée ou papier parfois déchirée. En revanche, elle a remarqué que les observations qu'elle avait faites sur les transmissions tardives de pièces des dossiers dues à des hospitalisations commençant sur le site de Villejuif faute de chambres disponibles à Clamart, n'avaient pas lieu d'être renouvelées, des progrès ayant été opérés en la matière.

La commission a contrôlé au total 274 dossiers (431 en 2017) en l'espace de douze visites dont :

- 73 dossiers de SDT (183 en 2017) ;
- 58 dossiers de SDTU ;
- 48 dossiers de SPDRE (104 en 2017) ;
- 61 de SPI (141 en 2017) ;
- 34 dossiers non discriminés ;
- 0 de SDJ (3 en 2017).

A quelques occasions, le planning très serré de la visite (cf. méthodologie en annexe 2) n'a pas permis ou a conduit à restreindre l'examen des dossiers individuels des patients.

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.

III. Tenue des registres de l'isolement et de la contention

L'année 2018 était la seconde de la mise en œuvre de l'instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

Cette instruction précise les modalités de mise en œuvre du registre de l'isolement et de la contention destiné à « permettre aux organismes et personnes habilités à le consulter de remplir leurs missions, [mais] aussi [de] servir à alimenter la réflexion de la communauté médico-soignante sur ses pratiques et leurs évolutions. » L'article L.3222-5-1 du Code de la santé publique souligne en effet que « ***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. [...] 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.*** »

La Commission a constaté une grande diversité de situations, à commencer par des **retards parfois importants dans la création du registre lui-même.**

La CDSP 92 avait noté, dans son rapport annuel 2017 que la constitution, de manière isolée dans chaque établissement, d'un système informatique pour construire un registre de l'isolement et de la contention était une erreur. Cette année 2018 a confirmé cette analyse : les configurations informatiques souvent rigides ont rendu lourde la transcription des décisions médicales individuelles dans les registres et difficile le respect de la réglementation, en particulier en ce qui concerne

l'anonymat des patients et la traçabilité des décisions. Les audits internes faits dans quelques établissements ont aussi identifié ces faiblesses.

La commission déplore que les équipes n'aient reçu aucune aide technique, ni du ministère ni de l'ARS pour la constitution des registres de l'isolement et de la contention sous forme informatique. La circulaire DGS/DGOS évoque la possibilité d'un registre sous forme informatique mais ne donne aucune indication sur sa constitution.

La Commission a été informée à cet égard des travaux du comité national de pilotage de la psychiatrie pour améliorer la qualité des données quantitatives sur les pratiques d'isolement et de contention. Une négociation devrait enfin s'ouvrir avec le concepteur de logiciel retenu pour un déploiement national du nouvel outil à compter de la fin de 2019.

Une conséquence importante des retards de création des registres et des rigidités qui les caractérisent a été le retard de **renseignement des indicateurs de suivi définis dans l'annexe de l'instruction**. .

Une autre conséquence de ces difficultés dans le démarrage des registres de l'isolement et de la contention a été que, invitée par certains établissements à consulter leur registre sur un terminal informatique pour exercer sa mission de vérification, **la Commission s'est trouvée dans deux situations : soit les clés d'accès qui lui étaient données ne permettaient d'avoir accès qu'à une petite partie de l'information, soit à un champ d'information trop large** incluant l'identité des patients. Elle a heureusement pu quelques fois, lorsque les secteurs psychiatriques desservis n'étaient pas trop nombreux, se faire délivrer des copies papier anonymisées d'extraits des registres qui lui ont permis de travailler.

Lorsque les registres existent encore sous forme « papier », s'ils agrègent les informations définies par la loi, se présentant parfois sous formes de feuilles volantes (ce qui ne garantit pas leur exhaustivité), ils ne permettent jamais de calculer simplement des indicateurs tels que la durée totale et moyenne, le nombre et la proportion de patients distincts concernés, le taux d'occupation des chambres d'isolement....

De ce fait les soignants sont astreints à de fastidieux calculs pour identifier ces indicateurs, sans y parvenir complètement. Dans ces conditions, **il apparaît irréaliste de demander, comme le fait l'instruction ministérielle, une analyse des placements selon les horaires de la journée ou les jours de la semaine**.

Lorsque les registres ont une forme informatique, la Commission a constaté qu'ils répondent en général aux exigences de la circulaire DGS/DGOS. Le registre est relativement bien renseigné pour toute mesure d'isolement ou de contention mise en œuvre, quel que soit le lieu de prise en charge de la personne concernée. Dans la plupart de ces établissements, le souhait d'une traçabilité accrue des modalités liées à ces mesures sensibles a été rapidement intégrée par les professionnels, bien qu'il reste des progrès à faire concernant la reconnaissance de la fin des mesures dans le registre. D'autre part les durées de chaque mesure ne sont pas toujours calculées, faute de formule le permettant dans un tableur Excel.

- A **Nanterre**, l'établissement projette de finaliser le cahier des charges de l'application d'ici la fin 2018 pour un démarrage au second semestre 2019. Entre-temps, le registre est renseigné sous forme numérique depuis janvier 2017 par le secrétariat médical. La Commission a pu consulter dans le classeur ad hoc l'extraction papier qui présente un tableau mensuel pour chaque type de mesure.
- A **Rueil**, un extrait Excel a été communiqué à la Commission pour le premier trimestre puis

pour le second semestre respectivement lors de ses deux visites. Le registre est tenu sur informatique depuis le début de 2017.

- A **Antony**, le registre est tenu depuis août 2016 sous forme numérique. Une première évaluation de sa tenue a été conduite dès l'automne 2016. A cette époque, la date et l'heure de la fin de la mesure d'isolement n'étaient renseignées que dans 31% des dossiers audités, et ne l'était dans aucun des dossiers de mise sous contention. Un extrait Excel du registre a été communiqué à la Commission lors de chacune de ses visites.
- A **Clamart**, le registre est tenu sous forme numérique depuis juin 2017. La Commission a pu le consulter sur écran lors de sa visite du 30 mai 2018 pour l'ensemble du Groupement Hospitalier Paul Guiraud (GHPG) sans pouvoir distinguer les données concernant Clamart. Il a été avancé qu'il ne serait pas possible d'obtenir une sortie papier du registre ni une extraction sur une clé USB. Ce registre ne permet pas de distinguer les différentes unités où les mesures sont prises, ce qui va à l'encontre de la traçabilité souhaitée. Outre les différents secteurs, apparaît une rubrique 92Z99 qui, signifierait "hôpital intersectoriel de Clamart". Le registre de l'isolement et de la contention doit être tenu par service et n'est donc pas conforme à la réglementation même si, comme il a été dit à la Commission, les médecins disposent de clés permettant de distribuer la rubrique 92Z99 entre les secteurs psychiatriques qui l'alimentent. Cette globalisation ne permet pas de tracer les pratiques individuelles. Ceci est d'autant plus dommageable que la quasi-totalité des indicateurs sont attribués à cette rubrique générique.
- A **Colombes** a été mise en œuvre, depuis le 20 novembre 2018, une version complète du logiciel ORBIS développé par l'APHP qui permettra, entre autres, la saisie des données relatives à l'isolement et à la contention dans le cadre de protocoles actualisés. Il n'est malheureusement pas prévu de rétroactivité dans la saisie des données antérieures à cette date. Lors d'une précédente visite, la Commission avait pu consulter les classeurs « papier » qui regroupaient par ordre alphabétique les fiches manuelles individuelles tenues depuis janvier 2016 et jusqu'en mars 2018.
- A **Issy-les-Moulineaux**, le registre informatique a été mis en place en mars 2017. L'établissement a communiqué à la Commission le résultat des audits isolement/contention menés de mai à octobre 2018 dans le cadre de la feuille de route du pôle. Ces audits permettent l'analyse et la mise en place d'actions, telles que l'amélioration des documents de prescription médicale, pour assurer une meilleure exhaustivité et traçabilité. L'information donnée à la famille ou au tuteur du patient a été retrouvée dans 13 cas sur les 15 audités, ce qui signale un bon début de réalisation de la collecte dans le respect des droits du patient.

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.

Chapitre 3. Appréciation des restrictions apportées aux libertés des patients dans le cadre des soins sans consentement

La mission fondamentale de la CDSP étant de vérifier les conditions du respect des droits fondamentaux et de la dignité des patients placés en soins sans consentement, il lui revient, au-delà du contrôle de la régularité des procédures mises en œuvre, de s'assurer de leur bon usage.

I. Encadrer la politique de l'isolement et de la contention par l'élaboration de protocoles incitant à la réduction de ces pratiques

Comme l'indique l'instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017, l'objectif du registre est de favoriser une réflexion débouchant sur une amélioration des pratiques : « L'évaluation du recours à ces pratiques fait partie du programme de développement professionnel continu (DPC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) (audits sur les chambres d'isolement, par exemple). [...] Les perspectives d'amélioration sont basées sur l'élaboration de protocoles précis (par exemple protocole de désescalade, dispositifs de prévention des moments de violence), le DPC (plans de formation des personnels concernés), l'aménagement d'espaces dédiés dans les établissements non pourvus, des améliorations architecturales et le développement de mesures alternatives. »

La Commission départementale des soins psychiatriques des Hauts de Seine a constaté que les établissements s'étaient attelés à cette tâche avec un zèle variable : **tous les protocoles d'utilisation de l'isolement et de la contention n'ont pas encore été établis et, lorsqu'ils l'ont été et que la CDSP a pu en avoir connaissance, ils se contentent généralement de reprendre certains aspects de la recommandation de la HAS sans appropriation.**

- A **Clamart**, ces protocoles, tels que présentés à la dernière CDU de 2018 étaient toujours décrits dans un document déjà validé en février 2011 dont la CDSP n'a pas eu directement connaissance.
- A la clinique **MGEN de Rueil**, un **protocole ancien**, ayant fait l'objet d'une Évaluation des Pratiques Professionnelles doit être remplacé par une nouvelle version qui ferait elle-même l'objet d'une nouvelle EPP.
- A **Nanterre**, les protocoles numériques d'utilisation de l'isolement et de la contention étaient encore en cours de conception en lien avec le service informatique.

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 a en outre relevé quelques imprécisions préoccupantes que les établissements se sont engagés à corriger :

II. Le port trop souvent obligatoire du pyjama avec retrait des effets personnels.

La HAS recommande que cette disposition potentiellement vexante ne soit prise qu'après appréciation médicale individuelle de sa nécessité. Ce principe est apparu insuffisamment respecté.

- A l'hôpital Louis Mourier de Colombes, les protocoles sur les conditions d'hospitalisation en psychiatrie adulte (document créé le 27/12/2011) et sur les chambres d'isolement (document non daté) comportent ainsi la consigne de mettre systématiquement le patient en pyjama.
- A l'hôpital Corentin Celton d'Issy-les-Moulineaux, il en est de même.

Recommandation 11 : 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.

III. La décision d'une mesure d'isolement ou de contention ne peut être prise qu'après un examen médical psychiatrique effectif de la personne.

La CDSP a rappelé cette recommandation à quelques établissements dont les protocoles apparaissaient trop imprécis :

A Antony et Issy les Moulineaux, il n'était pas clair que les décisions de mise en chambre d'isolement et/ou de contention prises par un interne ou par un infirmier devraient toujours être confirmées dans l'heure par la visite d'un médecin auprès du patient. La direction d'Érasme s'est engagée à ce que cette précision soit apportée dans une nouvelle version du protocole qui devrait corriger celle applicable depuis mai 2017 (ou novembre 2017 comme mentionné dans le rapport annuel à la CDU). De même à Corentin Celton dans une nouvelle version annoncée pour la fin de l'année 2018.

La recommandation de bonne pratique de la HAS du 22 février 2017 précise qu'« en cas de décision prise par un interne ou un médecin non-psychiatre, et durant les périodes de garde, cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit. Cette confirmation peut se faire par téléphone en fonction des informations échangées. Cette confirmation doit être tracée dans le dossier du patient. »

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

Chapitre 4. L'accessibilité des informations sur les pratiques d'isolement et de contention et sur la politique de limitation de ces pratiques

L'instruction ministérielle DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 précitée prévoit que le rapport 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 doit être présenté au plus tard le 30 juin à la commission des usagers et au conseil de surveillance « ainsi qu'à l'ARS et à la commission départementale des soins psychiatriques ». Par ailleurs, la DGOS « transmet aux ARS les données saisies semestriellement par les établissements. Les ARS transmettent ces données aux CDSP».

I. Présentation à la Commission des Usagers (CDU) du rapport annuel sur les pratiques d'isolement et de contention :

La Commission a noté des progrès dans la mise en œuvre de cette pratique de démocratie sanitaire depuis un an.

- A l'hôpital **Corentin Celton** le rapport annuel 2017 sur l'isolement et la contention a été présenté à la CDU le 2 mars 2018.
- A l'hôpital **Érasme**, le rapport annuel 2017 sur l'isolement et la contention a été présenté à la CME du 29 mars, au CDS du 9 avril et à la CDU du 24 mai 2018.
- A l'hôpital **Max Fourestier**, une communication de la politique d'isolement et de contention aurait été faite à la CDU, ainsi qu'une présentation du rapport annuel sur l'isolement et la contention à une date non précisée, ainsi qu'une information sur la formation Oméga proposée au personnel soignant pour la prise en charge de la violence programmée à ~~nouveau~~ en 2018.
- A la clinique **MGEN de Rueil**, la direction a annoncé le 12 décembre 2018 la présentation du rapport annuel sur l'isolement et la contention lors d'une prochaine CDU.
- A l'hôpital **Paul Guiraud-Clamart** le rapport sur les pratiques d'isolement et de contention a été présenté au CDS du 14 décembre et à la CDU du 18 décembre.

Avec retard dans la moitié des établissements, ces rapports annuels ont bien été soumis à la Commission des usagers.

II. Transmission des rapports statistiques annuels et semestriels à la CDSP

A la date de rédaction du présent rapport (31 mars 2019), la CDSP n'avait reçu officiellement aucun des rapports statistiques semestriels que l'ARS devait lui transmettre, et seulement deux rapports annuels 2017 que les établissements visités devaient lui communiquer.

En ce qui concerne le rapport annuel 2017 sur l'isolement et la contention, deux établissements – Antony et Issy-les-Moulineaux - l'ont communiqué spontanément à la CDSP. Le rapport annuel du Groupe Hospitalier Paul Guiraud a été transmis à la CDSP via la CDU de l'établissement.

Les données statistiques du premier semestre 2017 ont pu être consultées sur place lors d'une visite à Nanterre de la CDSP.

	Données statistiques semestrielles 2017	Rapport sur l'isolement et la contention 2017
Colombes	NON	NON
Nanterre	OUI	NON
Issy-les-Moulineaux	NON	OUI
Clamart	NON	OUI
Rueil-Malmaison	NON	NON
Antony	NON	OUI

L'absence totale d'information officielle de Colombes et Rueil Malmaison ne peut manquer d'interpeller, car les informations collectées par les établissements doivent faire l'objet d'une consolidation régionale et nationale, afin de permettre la création d'un système d'information cohérent et intégré.

L'ARS explique à ce sujet qu'a été organisée une remontée semestrielle en 2017, dans l'attente de la modification des consignes de codage ATIH. La DGOS n'a pas fait retour de ces données. Depuis 2018, un changement de procédure prévoit que les données doivent être remontées via le Rimp et il a été demandé l'évolution de DIAMANT en conséquence.

La CDSP constate qu'elle est loin de pouvoir consulter le système d'information cohérent et intégré qui devrait exister au niveau départemental.

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.

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.

III. Le respect de la réglementation sur les espaces dédiés

La commission a relevé une certaine créativité sémantique dans la désignation des espaces utilisés pour l'isolement mais non dédiés strictement à cette pratique : chambre d'apaisement, chambre fermée, chambre fermable, chambre d'accueil, chambre de transition, etc. Elle soulève des problèmes de respect de la réglementation en la matière et dans la tenue rigoureuse du registre de l'isolement et de la contention. La situation a pu, toutefois, être analysée à travers plusieurs critères.

1. La conservation du lit en chambre ordinaire d'une personne placée en isolement

La recommandation de bonne pratique de la HAS du 22 février 2017 demande que toute personne placée en chambre d'isolement conserve son lit dans une chambre ordinaire pendant toute la période de l'isolement. Ainsi sera évitée la situation où le maintien en isolement n'aurait plus de raison médicale mais purement logistique.

Ce principe peine à être respecté dans la plupart des établissements. Le taux élevé d'occupation de toutes les chambres et la faiblesse relative du nombre des hospitalisations libres signalent **qu'une forte pression pèse sur l'hôtellerie dans les établissements des Hauts de Seine**. A Nanterre, en outre, l'arrivée d'unités venues d'un autre département s'est réalisée sans que le nombre antérieur de lits ait été maintenu. Les soignants indiquent s'efforcer de planifier au mieux la sortie d'isolement en sorte que le patient puisse trouver un lit dans une chambre banale.

La Commission prend bonne note du fait que le Programme régional de Santé PRS2 prévoit un travail sur plusieurs axes visant à réduire la pression sur les lits installés : prévention des crises, réduction des soins sans consentement (en nombre de journées d'hospitalisation), repérage et prise en charge précoce, développement de la prise en charge ambulatoire, et en particulier de l'hospitalisation de jour.

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 Santé² apportera des solutions au problème du manque de lits en psychiatrie dans les Hauts de Seine, que traduit la proportion anormalement restreinte des hospitalisations libres.

2. La pratique interdite de l'hébergement dans une chambre d'isolement faute de place ailleurs

- Cette recommandation est mentionnée comme un objectif non encore réalisé dans le projet médico-soignant **Érasme 2022** : « L'évolution de nos capacités de lits devra prendre en compte la nécessité de considérer la chambre de soins intensifs non plus comme un isolement temporaire mais comme un dispositif qui maintient disponible le lit dans lequel le patient a été admis, en dissociant chambre de soins intensifs et chambre nécessaire au séjour. ». Dans cet établissement, le registre prévoit ainsi actuellement la possibilité d'« isolements faute de place »: le patient passe alors la nuit en chambre fermée et est donc techniquement mis en chambre d'isolement. Une étude portant sur les journées d'isolement du troisième trimestre 2018 concluait que 10% des journées d'isolement l'étaient « faute de place ».
- Le sous dimensionnement du **pôle de Clamart** conduit parfois les chambres de soins intensifs à être occupées par des patients qui ne sont pas en isolement, par manque de place disponible.

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.

3. L'isolement et la contention interdits dans la chambre du patient

Ces pratiques doivent être proscrites notamment au regard d'un risque de banalisation ainsi que de celui d'une insuffisante traçabilité.

Alors que l'instruction de la DGS demande que les chambres de soins intensifs constituent « un espace fermé, dédié, aménagé pour cette utilisation » et que lorsque « les mesures d'isolement [sont] réalisées dans un autre lieu dans le cas d'une indisponibilité temporaire de l'espace dédié, [ce soit à titre] très exceptionnel, [...], à titre dérogatoire et motivé dans le dossier médical du patient », la Commission a observé, comme en 2017, que **plusieurs établissements ont fait le choix de la flexibilité**, un certain nombre de chambres pouvant être, selon les moments, « dédiées » à l'isolement, et à d'autres moments affectées à un emploi « ouvert ».

- Sur le site de **Clamart de l'hôpital Paul Guiraud**, 6,50% des patients en soins sans consentement ont ainsi fait l'objet de mesures de type B (isolement en dehors d'un espace dédié) pour un total de 45 mesures.
- A **Rueil**, il est fait usage assez fréquemment de l'isolement nocturne hors chambre dédiée (13 mesures au total) pour protéger certains patients, ce qui n'est pas non plus conforme aux recommandations précitées qui limite la pratique de l'isolement aux espaces dédiés.
- A **l'hôpital Louis Mourier de Colombes**, les sept chambres individuelles de l'unité fermée sont transformées en chambres d'isolement à des degrés divers au cours de l'année, de zéro à sept, la moyenne d'occupation pouvant justifier 3 ou 4 chambres dédiées à l'isolement.

La Commission a noté avec satisfaction que trois établissements amorçaient une correction de ces irrégularités tout en envisageant une réduction des capacités physiques en la matière (ce qui implique de réduire le recours à l'isolement et à la contention et de n'en faire usage qu'« en dernier recours »)

- **L'hôpital Louis Mourier** étudie une réorganisation de ses 7 chambres de soins intensifs d'usage flexible pour se conformer à la réglementation exigeant des espaces dédiés pour l'isolement et la contention, tout en réduisant nettement leur nombre.
- **L'hôpital Érasme** envisage de réduire le nombre élevé de CSI (8) auquel s'ajoutent 4 chambres fermables.
- **L'hôpital Paul Guiraud de Clamart** prévoit de faire passer de 9 à 8 le nombre de chambres d'isolement, en transformant la troisième chambre d'isolement de l'unité Rodin en chambre d'apaisement.

Ces deux derniers établissements sont aussi ceux qui affichent la plus forte proportion du nombre de chambres d'isolement rapporté au nombre de lits, respectivement 6,5 et 7,6%.

IV. L'organisation matérielle des chambres de soins intensifs

Espace restrictif de liberté, la chambre de soins intensifs doit répondre à un certain nombre de critères techniques définis par la réglementation, dont la Commission s'est particulièrement préoccupée.

1 L'accès à un dispositif d'appel

La HAS prescrit que **tout espace dédié à l'isolement et à la contention doit être « équipé d'un dispositif d'appel toujours accessible par le patient.** » Toute personne placée en chambre d'isolement ou sous contention, susceptible d'avoir des besoins physiques pressants sinon vitaux, doit en effet toujours avoir accès à un dispositif d'appel auquel il doit être répondu immédiatement.

La commission a constaté que, si des dispositifs convenables existent en ce qui concerne l'isolement, **la situation est rarement satisfaisante pour ce qui est de la contention.** Dans les six établissements visités, les sonnettes d'appel, toujours fixées au mur, rendent impossible leur manipulation par un malade contenu. La distance avec le bureau des soignants est, en outre, dans certains établissements comme Paul Guiraud-Clamart, trop grande pour qu'un appel vocal puisse toujours être entendu.

Des solutions originales ont été adoptées par deux établissements : l'un a installé un dispositif d'appel vocal, l'autre un système de vidéosurveillance (voir paragraphe IV D droit à l'intimité). Un troisième étudie la possibilité d'adapter le système de Baby phones

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.

2. La possibilité de lire l'heure depuis son lit

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 fiche technique 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 Érasme ; où des horloges à aiguilles ont été insérées dans le double vitrage de certaines chambres, ou à la clinique MGEN, où des appareils numériques ont été placés dans des boites transparentes résistant aux chocs (photo ci-après)



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.

Chapitre 5. L'utilisation de l'isolement et de la contention

La recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé du 22 février 2017 a souligné que « L'isolement n'implique pas la contention. Isolement et contention n'ont pas les mêmes utilisations cliniques » et que « si l'isolement ne peut être qu'une mesure rare, **les contentions ne doivent être utilisées que pour faire face à un niveau de violence exceptionnel** ». La Commission s'est efforcée de vérifier que ce distinguo était bien intégré dans les pratiques.

Le tableau statistique partiel (refus de deux établissements de communiquer leurs statistiques) qui a pu tout d'abord être établi signale un taux globalement important de recours à l'isolement :

Établissement	Nombre d'hospitalisations sans consentement en 2017	Nombre de mesures d'isolement en 2017	Nombre d'hospitalisations sans consentement en 2018	Nombre de mesures d'isolement en 2018
Louis Mourier Colombes	261 patients	Non communiqué	282 patients	Non communiqué
CASH Nanterre	206	52 au 30 juin 2017 = 28% (à multiplier par 2 pour l'année entière =56%)	296	122 au 30 septembre 2018 = 51% (à multiplier par 1,33 pour l'année entière = 68%)
Corentin Celton Issy les Moulineaux	192	243	160	327 décisions au 3 ^e trimestre *
Paul Guiraud Clamart	314	176 = 32%	468	232
MGEN Rueil-Malmaison	Non communiqué	Non communiqué	233	78 = 37%
Érasme Antony	385	173 = 22,8%	394	326

* Méthode de comptabilisation différente selon les établissements

I. La fréquence du recours à l'isolement et à la contention

A la date de rédaction de ce rapport, la commission ne disposait de données relativement homogènes que pour trois établissements du département : Antony, Clamart et Nanterre. Les données relatives au pôle de psychiatrie d'Issy-les-Moulineaux se sont révélées en partie inexploitable en raison d'un mode de comptage des mesures inadapté.

1. Mesures d'isolement

La mise en isolement en espace dédié (chambre d'isolement) ou non concerne, selon les établissements, entre deux et cinq patients distincts en soins sans consentement sur dix : 19% et 48% respectivement à Clamart et Antony ; Issy et Nanterre sont au niveau intermédiaire de 38%. Ce dernier chiffre doit être apprécié en tenant compte du fait que l'hôpital de Nanterre accueille des détenus en transit, systématiquement placés en chambre d'isolement.

Le nombre moyen de placements en isolement par patient distinct est proche pour Nanterre, Antony et Clamart : respectivement 1,4, 1,5 et 1,7, ce qui révèle une répétition modérée des placements pour un même patient.

La durée moyenne de chaque mesure d'isolement est également variable selon les établissements (de 5,5 jours à Nanterre à 10,7 jours à Clamart), 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 sensiblement différente dans chaque établissement : de 7,5 jours à Nanterre à 18,7 jours à Clamart.**

La commission note que la durée moyenne de séjour du 92 est inférieure à la durée moyenne nationale qui se situe aux alentours de 15 jours.

Le taux d'occupation des chambres d'isolement varie de 40% à Antony à 77% à Issy-les-Moulineaux, logiquement en phase avec l'importance relative du « parc » de chambres de soins intensifs. Bien qu'à

Rueil, il soit fait assez fréquemment usage de l'isolement nocturne hors chambre dédiée, cette pratique se situe dans un contexte d'usage modéré de l'isolement et encore plus de la contention, malgré certaines durées d'isolement relativement longues.

La durée maximale d'isolement serait, selon les données disponibles, de 168 jours pour Antony, 171 jours pour Clamart et 230 jours pour Rueil-Malmaison. En général, les mesures longues sont des mesures d'isolement à temps partiel (telles que nuit en chambre d'isolement et journée dans le service). Une étude portant sur les journées d'isolement du troisième trimestre 2018 à Antony montrait que 78% des journées d'isolement étaient sous la forme d'un isolement à temps partiel.

Les patients de Clamart en soins sans consentement sont plus souvent l'objet de mesures d'isolement et de contention (25%) que les patients de Villejuif (16% hors UMD et UHSA). On retrouve ce déséquilibre à l'encontre des patients de Clamart pour tous les types de mesures (A, B, C et E). Ces différences statistiques pourraient avoir pour origine un sentiment diffus d'insécurité de la part du personnel soignant du Groupe Hospitalier Paul Guiraud affecté à Clamart, qui le conduirait à recourir plus fréquemment à l'isolement, comparativement à ses homologues de Villejuif, gros hôpital doté d'une équipe de sécurité. La commission note aussi que la part d'accueil des patients relevant du site de Villejuif en chambre d'isolement à Clamart représente 24 % d'utilisation des chambres.

Faute de lits disponibles, les patients de Clamart sont d'autre part souvent d'abord hospitalisés à Villejuif (plus souvent que l'inverse). En revanche, en raison de la pénurie de chambres d'isolement à Villejuif, certains patients sont transférés à Clamart, avant d'être re-transférés à Villejuif dès que leur état clinique permet une sortie de l'isolement.

Le rapport annuel 2017 du Groupe Hospitalier Paul Guiraud fait état d'une répartition assez homogène des décisions selon les jours de la semaine (avec une pointe des décisions de contention le lundi, avec 119% de la moyenne journalière). L'analyse selon les horaires de la journée montre une prédominance des décisions par l'équipe du matin (devant l'équipe de l'après-midi et l'équipe de nuit) avec 73% des décisions d'isolement et 53% des décisions de contention.

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.

2. Mesures de contention

La mise sous contention concerne de 1% (**Issy-les-Moulineaux**) à 6% (**Antony**) des patients en soins sans consentement. La durée moyenne de chaque mesure de contention est variable selon les établissements (de 0,9 jours à **Nanterre** à 4,2 jours à **Clamart**), 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 4 jours à **Antony** à 6,4 jours à **Clamart**. La durée maximale sous contention varie de 14 jours à **Rueil-Malmaison** à 22 jours à **Clamart**.

- A **Clamart**, les patients suivis en SSC sont plus souvent l'objet de mesures de contention (3,11%) que les patients de Villejuif (0,66% hors UMD et UHSA).
- Les mises en contention sont sensiblement plus fréquentes à **Antony** et **Clamart**, où 13% des patients mis en isolement sont contentionnés, contre 5% à Issy-les-Moulineaux.
- Le nombre moyen de placements en contention par patient distinct est proche pour **Antony** et **Clamart** : respectivement 1,3 et 1,5, ce qui révèle une répétition modérée de placements pour un même patient.

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.

II. Les justifications données à l'isolement et à la contention

La Commission a poursuivi le dialogue déjà amorcé en 2017 avec les équipes soignantes pour **comprendre les disparités dans les pratiques ainsi aperçues** (faute d'outils statistiques satisfaisants). Les explications avancées ont été :

- la nécessité créée par l'accueil de patients ayant des pathologies neurologiques lourdes associées à des comportements violents, certains effectuant des séjours réguliers en UMD ;
- des orientations en SDRE parfois inadéquates faites par les préfets et les magistrats pour des personnes qui sont sous l'emprise de drogues, sans autres pathologies, et qu'il faut isoler le temps qu'elles reviennent à la réalité ;
- des contextes sociaux lourds favorisant des attitudes violentes ;
- des préoccupations sécuritaires, en particulier lorsque les patients ont des antécédents pénaux (dont ceux en transit vers une UHSA)
- le choix de limiter la sédation et celui de rechercher l'adhésion des patients ;
- un sous-effectif en personnels soignants, en particulier la nuit ;
- la demande de patients qui ne se sentent pas en sécurité la nuit et demandent à être enfermés ;
- la disposition d'un parc de chambres d'isolement important qui amène d'autres hôpitaux moins dotés à demander régulièrement à être dépannés ;

La diversité des compréhensions rend nécessaire et urgent de lancer une réflexion collective sur les usages pertinents qui peuvent en être faits.

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.

III. Les politiques mises en œuvre pour limiter le recours à l'isolement et à la contention

L'article L 3225-5-1 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 trois rapports annuels décrivant cette politique ont été remis aux CDU et communiqués à la CDSP, ainsi que nous l'avons déjà signalé. Leur examen permet de noter que :

- Le rapport du Groupement Hospitalier **Paul Guiraud** compte 14 pages et présente de façon complète l'ensemble des éléments quantitatifs prévus par l'instruction précitée (mais non discriminés par service comme déjà mentionné plus haut), ainsi que plus brièvement les pratiques d'isolement-contention et les politiques mises en œuvre pour les limiter. Il précise que la Commission Médicale d'Établissement s'appuiera sur les propositions du groupe d'Évaluation des Pratiques Professionnelles de « Mise en Chambre d'Isolement Thérapeutique » pour formaliser sa politique en matière d'isolement et de contention et poursuivre le plan d'action défini par cette instance.

- Le rapport de l'hôpital **Érasme d'Antony** présente sur 14 pages très succinctement les éléments quantitatifs prévus par l'instruction précitée (également non discriminés par service) ainsi que de façon plus complète les pratiques d'isolement-contention et surtout les politiques mises en œuvre pour les limiter. Le projet d'établissement Érasme 2022 indique « la politique pour limiter le recours des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention nous conduira également à étudier la réduction progressive du nombre de chambres d'isolement. » Ces pratiques sont évaluées régulièrement dans le cadre d'EPP depuis 2012. Une nouvelle EPP dédiée à la prévention de l'isolement et de la contention a été menée en 2018 et sera reconduite en 2019 pour accompagner cette politique. La Commission Médicale d'Établissement est informée chaque trimestre de la situation quantitative des mesures et organise le suivi qualitatif en lien avec le département d'information médicale. Les équipes ont été formées aux techniques de désescalade.

- Le rapport de l'hôpital **Corentin Celton d'Issy-les-Moulineaux** présente très succinctement sur deux pages certains des éléments quantitatifs prévus par l'instruction précitée ainsi que les pratiques d'isolement-contention : il conclut « l'évaluation qualitative fait partie des objectifs qualité du pôle pour l'année 2018. »

Au vu de ces éléments ne concernant que la moitié des établissements, 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, près de trois 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 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.

Chapitre 6. Le respect des droits fondamentaux et de la dignité des patients

La Commission, assumant sa responsabilité en matière de vérification du respect des droits de l'Homme et de la dignité pour les personnes en soins psychiatriques sans consentement, s'est attachée à être attentive à toutes les dispositions pratiques qui pourraient aller contre leur jouissance effective, dès lors que celle-ci ne contrevient pas à l'efficacité de traitements dont l'objectif est le bénéfice du droit à la santé.

Elle s'est, pour cela, constamment référée à la définition internationale de la santé établie par l'Organisation Mondiale de la Santé qui met en exergue la notion de « bien être physique, mental et social » ainsi qu'à la décision du Conseil Constitutionnel n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994_ qui a élevé la dignité au rang de « principe à valeur constitutionnelle ».

Si elle a observé avec satisfaction qu'un certain nombre des observations qu'elle avait faites en 2017 et en cours d'année concernant un insuffisant respect des droits et de la dignité des patients avaient partiellement porté leurs fruits, elle a constaté que les corrections s'effectuaient à un rythme lent.

I. Le droit de déambuler

1. 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.

Dans les établissements où des unités « ouvertes » ou « semi-ouvertes » n'existent pas ou ont des capacités d'accueil insuffisantes, nombre de patients sans indication médicale contraire se trouvent de facto dans l'impossibilité de jouir d'un tel droit. Ceux qui ne sont théoriquement plus soumis à une prescription de surveillance continue cohabitent avec des personnes non adhérant aux soins et présentant des risques d'évasion, dans des locaux, pour cela, en permanence fermés à clé. Pour effectuer des sorties hors du service fermé, ils doivent le demander individuellement au personnel soignant. Celui-ci étant accaparé par de nombreuses tâches prenantes, cela se traduit par des temps d'attente importants, voire par l'organisation à heures fixes de « sorties » groupées. **D'où un sentiment d'enfermement carcéral dont se plaignent nombre des patients reçus par la Commission.**

La Commission avait regretté l'existence de ces situations dans les hôpitaux Louis Mourier de Colombes et Paul Guiraud-Clamart. En 2016, à l'issue de sa visite, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL)⁶ relevait, à propos de l'unité Psy3 de l'établissement Max Fourestier de Nanterre : « Une préoccupation sécuritaire, sans relation directe avec une quelconque évaluation clinique, semble avoir été intériorisée par l'ensemble des équipes en Psy 3. Tous les patients hospitalisés dans cette unité sont totalement privés de toute liberté d'aller et venir et ne peuvent sortir dans l'enceinte de l'hôpital qu'accompagnés de deux soignants. De surcroît, l'accès à la cour n'est pas libre et nécessite la présence d'un personnel soignant (le potentiel risque de chute dans l'escalier métallique qui permet d'y accéder – l'unité est située au premier étage – est invoqué pour justifier cette pratique mais également la facilité avec laquelle les patients pourraient s'échapper de la cour). »

Toutefois, il est à souligner que les trois autres unités d'hospitalisation (2, 4 et 5) de l'établissement Max Fourestier qui totalisent 52 lits, sont complètement ouvertes sans restriction aucune de la liberté d'aller et venir des personnes hospitalisées.

La Commission a noté peu de progrès sur ce sujet important qui avait déjà été soulevé dans son rapport 2017 : **ce droit reste subordonné, dans la moitié des établissements, à des contingences organisationnelles ou à une surévaluation des risques d'évasion.**

Elle note cependant avec intérêt que sa recommandation d'occulter de la vue des voisins la courette du service fermé d'Issy les Moulineaux, placée directement sous les fenêtres d'un immeuble d'habitation situé en vis-à-vis, a conduit à l'élaboration d'un projet de végétalisation du grillage qui l'entoure. Demeure toutefois non suivie sa recommandation d'un agrandissement de cette cour.

⁶<http://www.cglpl.fr/2018/rapport-de-visite-du-groupe-hospitalier-paul-guiraud-a-villejuif-val-de-marne/>

2. Pour les patients à l'isolement ou en contention, l'accès régulier à des sorties de courte durée à l'air libre

Cette prescription qui a une dimension thérapeutique importante peine aussi à être respectée. Ces 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 **Clamart**, seules les chambres d'isolement de l'unité Rodin sont regroupées au sein d'une micro-unité assortie d'une petite cour qui lui est réservée, mais dont le dispositif anti-évasion incluant des plans inclinés vers l'intérieur au sommet des murs et l'aspect totalement dépouillé donnent l'image d'un établissement pénitentiaire de haute sécurité peu compatible avec le principe de dignité dû aux malades. Les autres unités fermées installées dans les étages n'ont accès qu'à des balcons grillagés de taille réduite.
- A **Issy les Moulineaux**, une minuscule cour grillagée que le rapport du CGLPL de janvier 2016⁷ qualifiait de « cour exigüe au regard du nombre de patients » est attenante à l'unité fermée.

Recommandation 23 : 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.

3. Pour les personnes détenues

La Commission constate que l'accueil, au titre de l'article D398 du code de procédure pénale, dans certains établissements de patients détenus en attente de transfert à l'UHSA régionale sous-dimensionnée, soulève des difficultés que les établissements peinent à résoudre : placés, sous ce régime, en SDRE après levée d'écrou, ces patients devraient être traités comme tout autre patient au regard de leurs seules pathologies. Mais l'exigence posée par l'autorité préfectorales d'empêcher toute sortie de ces personnes afin de limiter le risque d'évasion, s'ajoutant au souci de réduire les risques liés à la cohabitation avec des personnes de sexe différent et des enfants, conduit les directions d'hôpitaux à chercher à sécuriser au maximum les espaces où ces personnes sont admises et, par précaution, à pratiquer sur elles une mise en isolement très fréquente. A propos de l'hôpital **Max Fourestier de Nanterre**, le CGLPL⁸ 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.** » Le programme de rénovation de cet hôpital devrait apporter des solutions techniques à un problème très difficile à gérer de façon satisfaisante actuellement.

Recommandation 24 : 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.

⁷<http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2018/11/Rapport-de-visite-du-centre-hospitalier-universitaire-dIssy-les-Moulineaux-Hauts-de-Seine.pdf>

⁸<http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2018/12/Rapport-de-visite-du-centre-daccueil-et-de-soins-hospitaliers-de-Nanterre-Hauts-de-Seine.pdf>

II. L'information des patients sur leurs droits

La Commission n'a pas toujours pu rencontrer des patients, 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).

Ces livrets sont, en effet, rédigés le plus souvent par copie des textes réglementaires, dans un vocabulaire abscons n'éclairant nullement sur les rôles respectifs des différentes autorités auprès desquelles les patients dont les droits sont restreints du fait de leur hospitalisation sans consentement peuvent contester celle-ci et ses modalités.

L'édition de ces documents étant centralisée au siège de l'APHP pour ce qui est des trois établissements relevant de cette institution, les directions concernées ont indiqué qu'elles n'avaient pu que transmettre la recommandation de la Commission à leur direction générale. Le CGLPL avait déjà fait les mêmes remarques en 2016 à propos de l'hôpital Corentin Celton⁹, relevant que « le livret d'accueil spécifique présente sur neuf pages d'un format livret quelques spécificités de l'hospitalisation en soins psychiatriques. Il n'est ni à jour ni complet. »

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.

III. Le droit de communiquer avec l'extérieur

1. Téléphone

La Commission a relevé que les règlements relatifs à l'utilisation du téléphone, y compris dans les unités fermées, étaient loin d'être homogènes. Le droit de communiquer est aujourd'hui reconnu comme fondamental et les règlements qui font de l'utilisation des téléphones portables l'exception au lieu de la règle méritent d'être questionnés sur leur pertinence. Le CGLPL notait ainsi à l'issue de sa visite de l'hôpital **Max Fourestier**¹⁰: « **L'accès au téléphone portable doit être la règle et l'interdiction l'exception**, motivée par des raisons médicales. Les patients doivent avoir librement accès à un téléphone – sans avoir à solliciter l'intervention ou l'autorisation d'un soignant (sauf exception individuelle dûment justifiée par des motifs thérapeutiques) – dans des conditions garantissant la confidentialité des conversations. »

Précisons que les remarques du rapport du CGLPL ne s'appliquent qu'à l'unité fermée de 15 lits ; en effet, dans les unités ouvertes, les patients utilisent leur téléphone portable sans restriction aucune.

Recommandation 26 : La Commission salue les directions des hôpitaux MGEN de Rueil et 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.

⁹<http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2018/11/Rapport-de-visite-du-centre-hospitalier-universitaire-dIssy-les-Moulineaux-Hauts-de-Seine.pdf>

¹⁰<http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2018/12/Rapport-de-visite-du-centre-daccueil-et-de-soins-hospitaliers-de-Nanterre-Hauts-de-Seine.pdf>

2. Communication écrite

La commission n'a reçu en 2018 aucun des courriers qui lui ont été adressés par des patients à l'adresse de l'ARS. Celle-ci a expliqué a posteriori que, dans un souci d'efficacité, elle transmettait ces courriers de préférence à la Commission des Usagers concernée au motif que celle-ci se réunit plus fréquemment que la Commission Départementale des Soins Psychiatriques, tenue à des visites bi-annuelles, quand l'ARS ne les traite pas elle-même.

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 s'est d'autre part 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.

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

3. Droit de recevoir des visites

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.

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.

IV. L'état physique des locaux

1. 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.

Une exception est le service psychiatrique de l'hôpital **Louis Mourier** qui accuse son grand âge avec ses sols très dégradés et ses peintures ternies. Le plan de rénovation de l'ensemble de l'hôpital ne concerne pas ce service à court terme, sauf en ce qui concerne la climatisation des chambres de soins intensifs (2 déjà climatisées) et indirectement par le biais du service des urgences où le nombre de box de consultation pour la psychiatrie passera à court terme de 2 à 3, avec une meilleure isolation.

A l'antenne **Paul Guiraud-Clamart**, la Commission s'est étonnée – faisant le même constat que le CGLPL dans un autre service –, que le couloir central du service Rodin qu'elle visitait soit maintenu dans la pénombre alors que c'est l'espace principal de déambulation de tous les patients du fait des grandes restrictions existant dans cet établissement pour l'accès aux parties communes. Cette tendance à n'allumer qu'un plafonnier sur deux a été observée dans d'autres établissements lors des visites de la Commission qui s'est permise de faire des remarques de bon sens sur l'effet de l'intensité de la lumière sur le moral de toute personne humaine, a fortiori privée d'accès à des espaces naturels.

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.

2. Les locaux d'isolement

L'état des chambres d'isolement est variable.

- A **Colombes**, deux des sept chambres individuelles de l'unité fermée ont été climatisées récemment. Deux autres sont programmées. Cette évolution amorce la rénovation de l'unité fermée de 17 lits, dont la conception remonte à 1998.
- A **Nanterre**, ont été inaugurés en décembre des locaux rénovés et restructurés sur l'emplacement de l'ancien service de soins de suite et de réadaptation de gériatrie, à l'occasion du transfert du secteur de Courbevoie en provenance de Clermont de l'Oise. Cependant, l'unité fermée intersectorielle a besoin de rénovation après 14 ans de fonctionnement.
- A **Issy-les-Moulineaux**, les nouveaux locaux ont été inaugurés en juillet 2016 et ont été conçus pour offrir des espaces de repos assez vastes pour les patients isolés.
- La Commission s'était d'autre part soucieuse en 2017 du fait que les portes des CSI de l'hôpital **Paul Guiraud-Clamart** portaient de lourds doubles loquets d'effet carcéral. Elle salue le projet qui lui a été annoncé de les dissimuler. Des travaux d'amélioration du revêtement des sols ainsi que de l'aspect sensoriel des CI sont aussi prévus comprenant une expérience d'aménagements favorisant la détente.

Dans l'ensemble, la Commission note que les conditions matérielles des chambres d'isolement garantissent aux patients des conditions de séjour correctes.

V. 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** où la salle de bain est commune à deux chambres d'isolement, solution imaginée pour dégager plus de place pour les chambres.

La Commission a toutefois relevé quelques insuffisances :

- A **Corentin Celton**, où les chambres standard de l'unité ne sont pas précédées d'un sas, la Commission a souhaité que les larges hublots dont sont percées les portes soient occultés en partie pour assurer un minimum d'intimité aux patients.
- A **Rueil**, où un système de vidéo-surveillance a été installé dans les chambres d'isolement, la Commission a attiré l'attention sur le risque d'atteinte à l'intimité des patients qu'il emporte et sur le fait que son usage n'apparaît pas nécessaire si la présence soignante est adaptée à la clinique de la personne. Elle apprécie que l'établissement ait ajouté aux règles d'utilisation, qui déjà prévoyaient que les images prises par les caméras ne soient jamais enregistrées, celle de ne plus filmer en continu, mais uniquement sur déclenchement manuel en cas de besoin, tel que pour vérifier qu'ils peuvent entrer sans danger dans la chambre d'isolement. Il reste cependant à formaliser cette pratique.

Recommandation 31 : La Commission invite la direction de la clinique de la MGEN de Rueil 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.

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. **Elle salue les aménagements de qualité réalisés dans ce domaine à Nanterre, Antony et Rueil.**

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

Conclusion

La commission se veut un lieu de dialogue entre l'ensemble des acteurs du soin pour aider les établissements dans leurs efforts pour accomplir au mieux leurs missions. Comprenant en son sein des représentants des autorités judiciaires, sanitaires et des usagers, elle fait sienne et souhaite partager les premières phrases de la recommandation de février 2017 de la Haute Autorité de Santé : « L'évolution de la psychiatrie se caractérise par d'importants progrès en matière de prises en charge plus précoces, ouvertes sur la cité et plus efficaces. Elles impliquent de plus en plus les patients et leurs proches en améliorant le pronostic des troubles mentaux les plus sévères. Aujourd'hui, le plus fréquemment, l'hospitalisation ne correspond qu'à un temps limité des prises en charge souvent pour des tableaux cliniques décompensés. Les différentes réponses en termes de soins doivent s'appuyer sur la relation et la participation du patient. »

La Recommandation n°12 de la mission Robillard-Jacquat préconisait de « redynamiser les commissions départementales des soins psychiatriques, en redéfinissant leur rôle en articulation avec celui des juges des libertés et de la détention, en exploitant et en diffusant leurs comptes rendus et rapports d'activité par une structure nationale identifiée. » La CDSP des Hauts de Seine s'est inscrite dans cette perspective en demandant à l'ARS de diffuser son rapport 2017 auprès des autorités prévues par la loi et en lui demandant de le présenter sur son site Internet, ce qui n'était pas encore fait lorsque le présent rapport pour 2018 a été achevé.

Elle espère que la publication de son rapport pour l'année 2018 suscitera un désir de dialogue de la part des six établissements à l'égard desquelles elle a mission d'exercer sa mission de vigilance pour le respect des droits fondamentaux des patients placés en soins sans consentement, mais aussi de l'ensemble des autorités et professions partageant tout ou partie de cette mission : Juges des libertés et de la détention, Parquet, Préfet, Ordre des avocats, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Parlementaires, Commissions des Usagers, etc. Elle y répondra très volontiers.

Annexe 1 : 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 ;

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 2 : Méthode de travail de la Commission

Consciente, en effet, de la complexité des missions qu'ont en charge ces établissements dans un contexte budgétaire peu favorable, la Commission considère en effet que son rôle est, chaque fois qu'elle identifie une discordance entre les principes et règles régissant ces missions et leur mise en œuvre, il est essentiel d'en comprendre les raisons, ce qui ne peut se faire sans dialogue avec les équipes concernées.

Aussi a-t-elle organisé depuis le début 2018 son travail de la manière suivante :

- Elle fait adresser aux directions d'établissement par la Délégation Départementale des Hauts de Seine de l'Agence régionale de Santé d'Île de France, avec le courrier annonçant sa visite, quelques jours avant la date prévue pour celle-ci, un « questionnaire de pré-visite » listant un ensemble de questions relatives au cadre général d'exercice des soins sans consentement. Ce questionnaire a connu deux versions, la seconde intégrant les remarques glanées lors des échanges avec les équipes (Ci-joint la seconde version en annexe).
- L'équipe de direction de l'établissement retourne le questionnaire rempli soit quelques jours avant la visite soit le lui remet le jour même (le plus souvent)
- Le premier temps de la réunion de la Commission au sein de l'établissement est consacré à un échange avec l'équipe de direction médicale et administrative pendant laquelle celle-ci est invitée à exprimer ses réactions au compte rendu de la visite précédente (que l'ARS lui a adressé dès qu'il est validé en interne et au moins plusieurs semaines à l'avance) et en particulier aux recommandations qu'il contient. Quelques questions portent également sur les informations contenues dans le « questionnaire de pré-visite ». Si les recommandations portaient sur des documents tels les protocoles de soins ou les livrets d'information pour les patients, la Commission demande également qu'il lui en soit remis une copie.
- A cette occasion est demandé un accès au registre de l'isolement et de la contention prévu par l'article L 3222-5-1 du Code santé publique, soit directement, soit sous forme papier ou sur une clé USB, ainsi que les rapports de synthèse et évaluations qui ont été élaborés à son sujet. Si des modifications aux protocoles encadrant les pratiques de l'isolement et de la contention ont récemment été réalisés, ils sont également demandés.
- Un second temps est dédié à l'examen des livres de la loi et aux dossiers individuels des patients présents dans l'établissement faisant l'objet de soins sans consentement.
- Un troisième temps, auquel ne participe qu'une partie de la Commission, dont au moins un médecin, consiste en la réception des patients qui ont demandé à être entendus par la Commission, les autres membres continuant l'examen des livres de la loi et des dossiers.
- Un quatrième temps est consacré à la visite d'une partie de l'établissement, dont toujours quelques chambres d'isolement et de contention, en compagnie de responsables.
- Un dernier temps consiste en un bref échange avec quelques membres de la direction de l'établissement auxquels la Commission transmet les questions et observations que lui ont inspirées les auditions de patients et l'ensemble de la visite.

Lorsqu'elle a fini la rédaction de son compte rendu de visite, validé par l'ensemble de ses membres, la Commission demande à la DD-ARS de l'adresser à l'établissement en invitant celui-ci à lui faire part de ses remarques éventuelles. Lorsque celle-ci portent sur des inexactitudes factuelles, la Commission élabore une version amendée de son compte rendu de visite. Les réponses reçues des établissements sont annexés aux comptes rendus devenus définitifs.

Annexe 3 : Répartition des départements selon la proportion de levées par le JLD de mesures d'hospitalisation complète (2017)

Moins de 2% Val-de-Marne (0,5), Vendée (0,5), Aveyron (0,6), Hautes-Pyrénées (0,6), Oise (0,7), Haute-Corse (1,4), Rhône (1,5), Calvados (1,8)
De 2% à 6,9% Haut-Rhin (2,3), Val d'Oise (2,4), Paris (2,7), Mayenne(2,9), Haute-Garonne (2,9), Landes (3,1), Loiret (4,5), Bas-Rhin (3,3), Ariège (3,3), Hauts-de-Seine (3,7) , Hérault (4,5), Pyrénées-Atlantiques (4,6), Lot-et-Garonne (4,8), Lozère (4,8), Maine-et-Loire (4,9), Cantal (5,2), Côtes d'Armor (5,4), Gard (5,6), Vosges (5,6), Alpes-de-Haute-Provence (5,8), Pas-de-Calais (6,1), Tarn (6,1), Haute-Vienne (6,3), Indre-et-Loire (6,4), Corse-du-Sud (6,8)
De 7% à 11,9% Indre (7,0), Lot (7,0), Loire (7,1), Aisne (7,2), Doubs (7,5), Savoie (7,5), Finistère (7,7), Vienne (7,8), Drôme (7,9), Jura (8,0), Puy-de-Dôme (8,3), Moselle (8,8), France (9,2), Sarthe (9,3), Yonne (9,3), Corrèze (9,4), Allier (9,5), Alpes-Maritimes (9,6), Isère (9,6), Bouches-du-Rhône (9,6), Eure-et-Loir (9,7), Ain (9,9), Loire-Atlantique (10,6), Pyrénées-Orientales (10,6), Tarn-et-Garonne (10,7), Seine-et-Marne (10,8), Saône-et-Loire (11,1), Haute-Saône (11,3), Essonne(11,4), Haute-Marne (11,7)
De 12% à 16,9% Charente (12,1), Meuse (12,1), Charente-Maritime (12,4), Meurthe-et-Moselle (12,5), Loir-et-Cher (12,8), Vaucluse (12,9), Aude (13,0), Yvelines (13,1), Seine-Saint-Denis (13,5) Gironde (13,7), Haute-Savoie (14,0), Somme (14,5), Deux-Sèvres (14,5), Dordogne (14,8), Haute-Marne (14,9), Haute-Loire (15,0), Seine-Maritime (15,1), Ille-et-Vilaine (15,2), Côte-d'Or (15,8), Nord (16,0), Morbihan (16,2), Manche (16,5), Hautes-Alpes (16,7), Eure (16,7)
Plus de 17% Creuse (18,2), Gers (20,5), Cher (23,1), Nièvre (24,6), Aube (25,0), Orne (25,8), Var (29,4), Ardèche (38,0), Ardennes (40,8)

Annexe 4 : Informations données aux patients hospitalisés sans consentement sur leurs droits

- a. La Commission a suggéré à chaque établissement une **nouvelle rédaction des documents d'information remis aux patients** sur leurs droits en s'inspirant d'une note de la direction juridique de l'APHP ainsi rédigée :

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.

b. La Commission a en outre suggéré des **développements particuliers sur les autorités suivantes** :

✓ **Le rôle du Juge des Libertés et de la Détention.**

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 Juge 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.

✓ **Commission Départementale des Soins Psychiatriques**

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.