

Commission Départementale
des Soins Psychiatriques
des Hauts-de-Seine
Rapport annuel d'activité 2023

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

TABLE DES MATIERES

3	1
Introduction	4
Chapitre 1. Impact de la crise hospitalière	5
I. Persistance des difficultés de recrutement	5
II. Tension sur la capacité d'hébergement	7
III. Tension sur les services d'accueil d'urgence (SAU)	8
Chapitre 2. Le respect des droits fondamentaux et de la dignité	9
I. Améliorer la connaissance des droits des patients.....	9
Recommandation nouvelle 1 : S'assurer que l'ensemble des pièces exigées par la procédure des SPSC sont dûment complétées et validées. En particulier l'ensemble des pièces (l'arrêté du préfet, la décision du chef d'établissement, les certificats médicaux, l'identité du tiers ayant demandé l'admission) justifiant l'admission ou le maintien en soins sans consentement doivent être remises au patient lors de sa notification.....	10
Recommandation nouvelle 2 : Mettre en place au sein de l'établissement Paul Guiraud de Clamart une procédure efficace d'information des patients de leur droit d'être entendus par la commission lors de ses visites, et de communication de leur souhait d'être reçu	10
II. Respect de la dignité des patients.....	11
Recommandation nouvelle 3 : Intégrer dans le futur schéma directeur immobilier de l'hôpital Louis Mourier de Colombes les investissements nécessaires à la réhabilitation et à l'humanisation du service de psychiatrie (accès direct à l'air libre, salles d'eau, installation de mains courantes, transformation des chambres doubles en chambres individuelles, etc.).....	12
Recommandation nouvelle 4 : Les chambres doivent être bâties, aménagées et entretenues de manière à préserver l'intimité des patients, tant vis-à-vis du personnel que des autres personnes hébergées dans l'unité.....	13
Recommandation nouvelle 5 : en vue de garantir aux patients placés à l'isolement des conditions dignes et l'accès à des installations sanitaires respectant leur intimité, remédier dès que possible au caractère carcéral, délabré ou inconfortable de nombreuses chambres d'isolement.....	14
Recommandation nouvelle 6 : Intégrer dans le schéma directeur immobilier (SDI) du Groupe Hospitalier Paul Guiraud (GHPG) l'objectif de relocaliser les chambres d'isolement, afin de prendre en charge les patients placés à l'isolement directement dans le pôle où ils sont hospitalisés	14
Recommandation nouvelle 7 : Inscrire prioritairement les « descentes » (sortie de l'unité fermée du second étage pour accéder aux espaces extérieurs dans l'enceinte de l'hôpital Louis Mourier et au-delà) dans le respect du droit d'aller et venir librement et d'accéder à l'air libre, et non seulement pour permettre l'usage du tabac	15
Recommandation nouvelle 8 : Calibrer la dotation en personnel afin d'encadrer les activités thérapeutiques, occupationnelles et de détente intégrées au projet de soins, en particulier à l'extérieur, en priorité pour les patients des unités fermées	16
III. Le droit au respect de la vie privée	16
Recommandation nouvelle 9 : La Commission invite tous les établissements à mettre en place des règles d'accès au téléphone portable et à Internet permettant aux personnes en SPSC de continuer de jouir de ce qui est aujourd'hui considéré comme un droit fondamental d'accès à la citoyenneté. Les interdictions ne peuvent être prescrites que sur décision médicale individuelle et motivée.	17
Chapitre 3 : Evolution du nombre de patients admis en SPSC	17
I. Le nombre des hospitalisations complètes	18

II. Le nombre des patients admis en soins sans consentement (SPSC)	18
III. Les modes légaux de SPSC : admissions en SDT (soins à la demande d'un tiers)	18
IV. Les modes légaux de SPSC : admissions en SPI (soins sur péril imminent)	19
V. Les modes légaux de SPSC : admissions en SDRE (soins à la demande du représentant de l'état)	19
Recommandation nouvelle 10 : La qualité des soins des patients hospitalisés en SPDRE, comprenant une évaluation clinique et sociale de leur autonomie lors des sorties de courte durée, ne saurait se voir dégradée par des refus préfectoraux systématiques.	21
VI. Conclusion de ce chapitre	21
Recommandation nouvelle 11 : La commission encourage les établissements à consolider et/ou accélérer la mise en place d'équipe dédiée à la détection et l'intervention précoce	23
VII. L'attention à porter aux programmes de soins (PDS)	23
Recommandation nouvelle 12 : La Commission invite les établissements à poursuivre les travaux de réorganisation des parcours de soins des patients en sorte de réduire les risques de rupture de soins.	23
VIII. Des durées de maintien en SPSC jugées préoccupantes	23
Recommandation nouvelle 13 : Le certificat médical est un acte horodaté et signé par son rédacteur, qui constate ou interprète les symptômes cliniques et les examens paracliniques, présentés par un patient, dans un but justifié et établi à la demande de celui-ci ou à celle d'une autorité publique habilitée. Le médecin ne peut établir de certificat et faire constat que de faits qu'il a personnellement et cliniquement constatés, à l'instant de l'examen, sans pouvoir se prononcer sur leur évolution à court, moyen ou long terme, s'agissant notamment de la seule dangerosité psychiatrique et non sociale, qu'il n'a pas compétence à décrire.	25
Recommandation nouvelle 14 : La Commission invite les établissements à respecter scrupuleusement l'obligation de convoquer chaque année le collège chargé d'évaluer l'opportunité de maintien des soins en faveur des patients admis en SDDE (Art L3212-7 du CSP), qu'ils soient accueillis en hospitalisation complète ou suivis en programme de soins.	25
IX. Dematérialisation du livre de la loi	26
Recommandation nouvelle 15 : Accélérer la mise en place d'un logiciel dédié tel que Planipsy, afin d'automatiser et de fiabiliser l'ensemble du suivi administratif de la gestion des SPSC.	26
Chapitre 4 : Contrôle des pratiques d'isolement et de contention	26
I. La fréquence du recours à l'isolement et à la contention	26
II. La tenue du registre, outil central de la politique de réduction	30
Recommandation nouvelle 16 : En vue de réduire le recours aux mesures de coercition, développer l'analyse des statistiques au-delà des rapports institués par la loi, en effectuant des analyses des pratiques unité par unité	31
III. Nouvelles dispositions issues de l'article 17 de la loi du 22 janvier 2022	31
Recommandation nouvelle 17 : Compléter le registre de l'isolement par l'âge et la modalité d'hospitalisation des patients concernés, et respecter les nouvelles dispositions de l'article L3222-5-1 du CSP, qui stipulent d'entrée « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. »	32
Recommandation nouvelle 18 : L'isolement psychiatrique d'un enfant ou d'un adolescent doit être évité par tout moyen ; cette pratique ne doit en aucun cas pallier l'absence de structure d'accueil adaptée à son âge	32
Recommandation nouvelle 19: La Commission continuera d'être vigilante sur le respect des principes de maintien à disposition du patient provisoirement admis en chambre d'isolement de son lit en chambre hôtelière, et d'interdiction des placements en isolement de patients que leur état médical ne justifie pas par manque de lits d'hébergement, tout en étant consciente de la difficulté de le respecter dans un contexte de saturation globale des capacités d'hospitalisation lié à l'organisation des soins où l'aller-vers demeure marginal.	33
IV. Des politiques de réduction ont-elles été définies ?	33

Recommandation nouvelle 20 : la commission recommande à la direction des établissements qui en sont encore dépourvus de publier une politique générale en faveur de la réduction du recours à l'isolement et à la contention ;	34
elle demande à tous les établissements qui ne lui ont pas remis copie de leurs protocoles d'isolement et de contention actualisés de le faire ;	34
de réviser leur protocole de placement à l'isolement afin d'explicitier les alternatives à mettre en oeuvre, afin de s'assurer que toute décision de placement à l'isolement soit prise en dernier recours ;	34
Recommandation nouvelle 21 : accélérer la mise en place d'espaces d'apaisement, qui permettront de restreindre l'usage des chambres d'isolement aux seules circonstances prévues par la loi	36
Recommandation nouvelle 22 : La Commission invite les établissements qui ne l'ont pas encore engagé à étudier les conditions de mobilisation de l'expérience patient (élaboration des plans de prévention partagés, incorporation d'un ou plusieurs médiateurs de santé pair dans leur organisation)	36
V. L'instauration d'un recours effectif contre les mesures d'isolement et de contention	36
Recommandation nouvelle 23 : Associer la CDSP aux temps d'échange entre établissements, JLD et ARS, comme prévu par l'instruction de la DGOS du 29 mars 2022 relative aux mesures d'isolement et de contention.	38
Chapitre 5. Etat de la démocratie sanitaire, évaluée en termes de transparence	38
I. La transparence progresse-t-elle ?	38
Recommandation nouvelle 24 : Redoubler d'effort au sein de l'ARS, afin de compléter le recrutement de la CDSP par la désignation par le préfet du médecin généraliste destiné à remplacer le dernier titulaire, démissionnaire depuis janvier 2020, ainsi que du médecin psychiatre à désigner par le procureur général près la Cour d'appel (en intégrant dans la mesure du possible un suppléant pour chaque membre de la Commission)	39
Recommandation nouvelle 25 : Sans préjudice de l'obligation faite au maire de la commune de visiter au moins une fois par an les établissements de santé chargés d'assurer les SSC, il serait souhaitable pour l'édification des élus visés par le CSP qu'ils s'emparent de leur droit de visite des établissements chargés d'assurer ces soins.	40
II. La qualité du dialogue avec les directions d'établissements a-t-elle progressé ?	40
Recommandation nouvelle 26 : La Commission réitère sa demande, adressée à l'ARS, que celle-ci fasse appliquer par l'établissement de santé mentale MGEN de Rueil-Malmaison ses obligations de répondre aux demandes d'information formulées par la commission en particulier dans le cadre de son questionnaire de pré-visite	40
Conclusion :	40
Annexe 1 : Composition de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques des Hauts de Seine	41
Annexe 2 : Compétences de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques	42
Annexe 3 : Organisation de la psychiatrie publique dans les Hauts de Seine	43

INTRODUCTION

La Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) des Hauts de Seine, instituée par la loi du 27 juin 1990 et modifiée par la loi du 5 juillet 2011, a souhaité, tout au long de l'exercice de sa mission, partager avec ses interlocuteurs le sens qu'elle donnait à l'article L 3222-5 du code de santé publique (CSP) la définissant comme « chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement (SPSC) au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes ». L'annexe 1 du présent rapport précise sa composition et l'annexe 2 détaille ses compétences.

La Commission remercie les établissements pour la qualité de leur accueil et la disponibilité de leurs responsables. C'est dans cet esprit de dialogue qu'elle propose ou rappelle les

recommandations suivantes, qui ne sont pas exclusives des autres recommandations formulées dans ses précédents rapports annuels d'activité, dans la mesure où elles n'auraient pas pu être mises en œuvre.

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

CHAPITRE 1. IMPACT DE LA CRISE HOSPITALIERE

La Commission a pu visiter deux fois en 2023, chacun des six établissements habilités à recevoir des patients admis en SPSC dans le département.

Hôpital Max Fourestier, Nanterre	8 février et 4 octobre
Hôpital Corentin Celton, Issy les Moulineaux	8 mars et 25 octobre
ESM MGEN, Rueil-Malmaison	12 avril et 8 novembre
CHS Érasme, Antony,	10 mai et 22 novembre
Hôpital Louis Mourier, Colombes	18 janvier et 14 juin
CHS Paul Guiraud, Clamart	11 janvier et 13 septembre

I. PERSISTENCE DES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT

A) EN GENERAL

La situation déplorable de la démographie médicale et soignante persiste en 2023 : emplois vacants, recours renforcé aux internes, aux vacataires et aux intérimaires, qui obèrent l'organisation des soins et la prévention des crises.

Le problème sociétal de reconsidération de la valeur travail touche aussi de plein fouet l'hôpital, avec de nouvelles attentes quant aux conditions de travail (éthique, organisation, sens, rémunération, temps libre...) et la priorité donnée à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Les salaires et les conditions matérielles (logement, transports, crèche) ne sont pas les seuls paramètres. Les démissions sont contagieuses, de même que l'intérim, où on gagne plus et on s'investit moins.

Il faut donc « réinventer l'hôpital », pour combattre cette ambiance morose, comme l'attestent les nombreux projets lancés récemment et cités en exergue dans ce rapport.

B) MEDECINS

Sur le plan national, plusieurs syndicats de praticiens hospitaliers demandent la reprise urgente des négociations sur l'attractivité du métier : 30% des postes à temps plein sont vacants ; dans certaines spécialités, cela atteint plus de 40%.

Près de 30% des postes de psychiatre et 50 % des postes de pédopsychiatre sont vacants dans les établissements répondant à la mission de service public.

La loi Rist, qui visait à réduire la rémunération des vacataires, est venue compliquer cette situation depuis avril 2023. Elle ne s'applique qu'au secteur public (les établissements privés tels que la MGEN se situant un peu en dessous de ce plafond).

En psychiatrie, la permanence des soins et les contraintes liées à la gestion des SSC (rédaction des certificats médicaux, contrôle des hospitalisations par les juges des libertés et de la détention (JLD), encadrement des placements à l'isolement) ont aussi contribué à cette désaffection.

La lourdeur des procédures administratives est évoquée sur tous les sites par les personnels avec le regret qui en découle de ne pouvoir se consacrer autant que nécessaire à leur cœur de métier : le soin.

C) Cadres de santé

Les cadres de santé sont en sous-effectif chronique, en raison en particulier d'une rémunération au forfait cadre pénalisante. L'institut de formation des cadres de santé de l'AP-HP ne fait pas le plein, avec 140 élèves pour 180 places (ce qui en fait le premier IFCS de France par sa capacité)

D) IDE

L'ordre national des infirmiers diplômés d'état (IDE) a recensé les actes de violence envers les soignants, et appelle à garantir leur sécurité, en particulier par un investissement massif dans le secteur de la psychiatrie. A l'instar de l'APHP, les établissements ont mobilisé des dispositifs d'aide au logement à destination des IDE (conventions avec les bailleurs sociaux et aides financières diverses)

Les jeunes diplômés des IFSI privilégient l'intérim et les CCD dès leur sortie de l'école, alors qu'une expérience minimale de deux ans dans une structure est exigée avant de pouvoir exercer en libéral, dans le cadre étroit des tarifs et des indemnités réglementés. Ces contraintes pèsent sur l'attractivité du métier, même si ce dernier peut satisfaire la recherche d'éthique dans l'emploi exercé.

Une difficulté complémentaire est que la formation générale des diplômés des IFSI doit être complétée lors de leur intégration dans un service de psychiatrie.

E) AIDES SOIGNANTS

L'effectif des aides-soignants est en général stable, l'offre restant supérieure aux débouchés professionnels et la psychiatrie restant un univers plus valorisant qu'un emploi en EHPAD. Sans doute s'agit-il aussi d'une catégorie socioprofessionnelle moins mobile.

A souligner également les difficultés croissantes à recruter et à retenir le **personnel paramédical** contribuant à améliorer et diversifier les modalités de prise en charge des patients : psychomotriciens et ergothérapeutes.

De même les **travailleurs sociaux** sont en sous-effectif rendant encore plus compliquée la préparation de la sortie d'hôpital ou l'aide à apporter aux démarches à faire par les patients. Cette carence en service social peut particulièrement ralentir les projets pour les personnes hospitalisées depuis longtemps.

(Extraits de rapports de visite)

Louis Mourier : La situation générale du service « reste catastrophique », tant au niveau de l'effectif que de la fermeture induite des lits, sans espoir de rétablissement rapide. L'effectif paramédical poursuit son retrait, alors que la situation des médecins se dégrade également au rythme des départs, tels que celui du chef de clinique de l'addictologie (difficile à remplacer dans le contexte de la fermeture des huit lits du service). L'établissement n'a pas recours à l'intérim médical.

Paul Guiraud : Les postes vacants correspondent à 22% de la cible au total. L'établissement ne fait pas appel à l'intérim médical à l'exception de trois semaines en janvier pour le secteur de Bagneux Chatillon. Il a aménagé un temps de travail des soignants de douze heures sur les unités d'entrants. Un projet de réorganisation de l'accueil a permis le redéploiement des effectifs soignants dans les unités et une organisation de l'accueil par du personnel administratif.

Max Fourestier : L'évolution de l'effectif marque une certaine amélioration par rapport à l'année 2022. L'établissement mobilise tous les leviers d'attractivité, dont l'encouragement à l'innovation et l'expérimentation. Les principaux points noirs se trouvent au SAU et au CMP. La situation est meilleure en intra hospitalier et en rééducation. Pour l'ensemble du pôle de psychiatrie adultes, 26 postes sont vacants soit 19% de la cible.

Corentin Celton : avait bénéficié lors de l'inauguration des nouveaux locaux en 2017 d'un « rebasage » à la hausse de son effectif, qui lui avait permis d'ouvrir 15 nouveaux lits de secteur, et de fonctionner de façon optimale. Ce n'est plus le cas dans la situation actuelle. L'effectif des IDE reste le point noir, alors que les recrutements sont dépassés par les départs, en particulier après les 18 mois couverts par les Contrats d'Allocation d'Etudes (CAE).

MGEN : La semaine de trois jours de 12 heures en intra hospitalier (qui permet d'occuper éventuellement un double emploi) est plébiscitée par certains soignants aux dépens des horaires de bureau de 9h à 17h des centres ambulatoires. Une difficulté est l'interdiction de prolonger un CDD au-delà de 18 mois, quand les titulaires refusent de souscrire un CDI.

Erasme : Le déficit net total atteint 33 postes, soit 12% de l'effectif budgété. La situation des ressources humaines s'est aggravée en raison de la moindre présence d'internes, du fait de postes non ouverts à la suite de la carence de médecins aptes à les superviser, encore aggravée par le petit nombre des candidats. Les kinésithérapeutes et les orthophonistes sont introuvables. La situation des cadres est correcte, alors que les IDE bénéficient d'un certain frémissement.

II. TENSION SUR LA CAPACITE D'HEBERGEMENT

En Ile de France, l'ARS tablait sur une situation générale comparable à celle de l'été 2022, avec un taux d'ouverture des lits qui s'élevait à 71% sur la période : « il y a des difficultés persistantes, notamment en psychiatrie. ». Cette situation conduit à réduire autant que possible les durées moyennes d'hospitalisation

Louis Mourier : 32% des lits restent fermés, soit 9 lits de l'unité ouverte et 8 lits d'addictologie pour un total de 17 lits sur une capacité de 53 lits (hors 4 chambres d'isolement). Ce sont des

chambres individuelles qui ont été fermées, ce qui a pour effet de dégrader le mix des conditions d'hébergement (22 lits en chambre double pour un total de 40 lits)

Paul Guiraud : seuls les 18 lits d'hébergement de l'unité ouverte Fernand Léger dédiée aux pré sortants restent fermés, soit 16% de la capacité de 116 lits d'hébergement. Cette situation est d'autant plus problématique qu'elle s'inscrit dans un cadre déjà contraint au vu de la démographie des quatre secteurs concernés.

Max Fourestier : A la suite des dernières évolutions, la capacité d'hébergement a été réduite à 39 lits d'hébergement (hors 4 chambres d'isolement)

Le secteur de la Garenne Colombes- Bois Colombes est hébergé sur le site de Nanterre depuis 1989. Depuis le 5 décembre 2022, en raison de soucis de sécurité incendie, il a dû être hébergé dans les locaux de l'unité 2 jusqu'ici dédiée à la consolidation, ce qui a neutralisé les 18 lits dont disposait cette unité. Cette unité 2 accueillait en majorité des patients en soins libres. L'unité 4 a été redimensionnée en conséquence de 22 à 28 lits : 6 chambres individuelles ont été dédoublées

Corentin Celton : Les 10 lits fermés du service intersectoriel de psychiatrie du sujet âgé de 20 lits ne seront pas ouverts avant 2024, tandis que les 49 lits du service de psychiatrie de secteur restent difficilement ouverts.

MGEN : Les 14 lits du second étage de la clinique restent fermés (soit près du quart de la capacité d'hébergement de 58 lits). Ces 14 lits pourraient évoluer à terme vers un accueil de semaine plutôt qu'une hospitalisation complète.

Erasmus : a pu ouvrir à nouveau après l'été 3 à 4 des 13 lits provisoirement fermés dans l'unité intersectorielle de réinsertion (UIR) depuis octobre 2022, et les trois lits (dont un séquentiel) de l'unité de pédopsychiatrie (qui est restée ouverte tout l'été en raison de la priorité donnée par l'établissement à la pédopsychiatrie)

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

La situation des SAU est critique dans le département, où Louis Mourier et Max Fourestier restent les seuls hôpitaux disponibles la nuit pour les urgences psychiatriques après le retrait d'Antoine Bécère. Sans préjuger des actions qui seront préconisées dans le cadre du projet territorial de santé mentale (PTSM), cette situation renforce la nécessité d'une prise en charge proactive visant à prévenir les situations de crise (d'autant que dans le cas d'une décision d'admission en SPSC, le transfert du patient vers un établissement habilité doit être effectif dans un délai maximal de 48 heures (Article L3211-2-3 du CSP))

Les conditions de prise en charge en SAU sont souvent compliquées par le manque de personnel spécialisé en psychiatrie, les difficultés à trouver rapidement un établissement d'accueil, l'attente dans des locaux parfois vétustes ou exigus, et la promiscuité entre des patients souffrant de pathologies très diverses. Lors d'auditions de patients, le passage aux urgences et le recours aux mesures de contention en SAU a aussi pu être évoqué comme un moment douloureux.

En résumé la prise en charge de personnes souffrant de troubles psychiatriques ne se fait pas dans des conditions optimales.

Louis Mourier : L'équilibre dans la prise en charge est précaire, même si le passage par le SAU est relativement rapide pour les patients du secteur qui sont prioritaires. Ce n'est pas le cas des patients hors secteur, qui doivent attendre au SAU (parfois attachés sur un brancard) l'admission dans l'établissement de leur secteur ou une solution transitoire. Cette gestion difficile des hospitalisations en urgence est comparée à « un numéro d'équilibriste ».

En novembre 2023, s'est achevée la rénovation du SAU adultes avec entre autres bénéfices l'extension de deux à trois boxes de l'accueil des patients relevant de soins psychiatriques

Max Fourestier : Au SAU psychiatrique, l'établissement s'efforce de fidéliser les IDE vacataires (pas d'infirmier psy attitré actuellement) ; il a pour objectif d'avoir un infirmier spécialisé qui travaillerait 24H/24 avec le psychiatre, également présent 24H/24.

L'attente peut atteindre 2 à 3 jours avant une admission en hospitalisation, auxquels il faut parfois ajouter une dizaine d'heures dans l'attente d'une ambulance. Le SAU de l'établissement voit parfois arriver des pompiers de Pontoise, Mantes la Jolie ou Ville Evard.

Paul Guiraud : Depuis août, la situation des SAU s'est à nouveau tendue. Certains patients peuvent y séjourner jusqu'à 5 à 6 jours dans l'attente d'un lit d'hospitalisation. Au jour de cette visite, neuf patients aux SAU sont en attente d'admission, alors que tous les lits sont occupés. Cette pression conduit à des sorties accélérées (« pas dans des conditions optimales »), génératrices de ré hospitalisations via les SAU.

Corentin Celton : Le Centre d'accueil permanent et de soins (CAPS) de Corentin Celton est disponible 24h sur 24 et 7 jours sur 7, mais il ne dispose pas de l'infrastructure complète d'un SAU.

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

I. AMELIORER LA CONNAISSANCE DES DROITS DES PATIENTS

L'obligation d'informer le patient des décisions d'admission ou de maintien en SPSC, de ses droits et voies de recours, ainsi que la nécessité de l'associer aux décisions le concernant s'applique à toute personne faisant l'objet de SPSC, quelle que soit la forme de sa prise en charge, y compris en programme de soins.

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

L'information du patient sur ses droits reste perfectible : les documents remis aux patients ne sont pas toujours explicites ni complets (livret d'accueil, règles de vie ou documents relatifs à l'admission et au maintien en SPSC). On observe également des lacunes dans l'enregistrement des observations des patients, obligatoire pour toute décision de maintien en SPSC.

Max Fourestier : Le livret d'accueil spécifique au service de psychiatrie répond à une recommandation générique du CGLPL ; il est à fois complet et synthétique. Des formations à destination des patients sont mises en place pour les sensibiliser à leurs droits. Un rappel dans les services a été également réalisé concernant la nécessité de garantir l'accès aux droits fondamentaux en dehors de limitations médicalement justifiées.

L'implication des usagers dans les projets est recherchée. Les « élections » des patients porte-parole ont eu lieu en juillet, trois candidatures ont été retenues, dont une a prospéré.

Corentin Celton : La notification des droits signée par les patients précisait déjà la remise en mains propres du livret d'accueil, du règlement intérieur, du fascicule « vos droits, garanties et voies de recours », ainsi que du fascicule d'information relative à la saisie du JLD en cas de mesure d'isolement et de contention.

Désormais, l'attestation de notification au patient d'une mesure d'admission en SSC précise également la remise en main propre de la décision du directeur d'établissement et des certificats médicaux établis à l'appui de cette décision.

MGEN : les patients peuvent consigner par écrit leurs observations à l'occasion de la notification d'admission ou de maintien en SPSC.

En revanche, la remise des notifications au patient mentionne simplement le livret descriptif de sa situation juridique, de ses droits, garanties et voies de recours. Les certificats médicaux sur lesquels se base la décision concernée ne sont pas transmis.

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

RECOMMANDATION NOUVELLE 1 : S'ASSURER QUE L'ENSEMBLE DES PIÈCES EXIGÉES PAR LA PROCÉDURE DES SPSC SONT DUMENT COMPLÉTÉES ET VALIDÉES. EN PARTICULIER L'ENSEMBLE DES PIÈCES (L'ARRÊTÉ DU PRÉFET, LA DÉCISION DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT, LES CERTIFICATS MÉDICAUX, L'IDENTITÉ DU TIERS AYANT DEMANDÉ L'ADMISSION) JUSTIFIANT L'ADMISSION OU LE MAINTIEN EN SOINS SANS CONSENTEMENT DOIVENT ÊTRE REMISES AU PATIENT LORS DE SA NOTIFICATION.

La commission s'attache à signaler aux établissements les « points noirs » constatés ou signalés par les patients lors de ses auditions (**42 patients rencontrés à leur demande lors de douze visites en 2023**, comparé à 41 pour onze visites en 2022). Ceci représente une moyenne de 4 patients par visite, si on, excepte le cas particulier de Paul Guiraud Clamart.

L'un des droits des patients admis en SPSC est de saisir la CDSP, mais aussi d'être reçu en audition par notre commission à l'occasion de ses visites. À l'initiative de l'ARS, un affichage informe les patients de la visite de la commission et de l'énoncé de ses missions. Cependant, **afficher n'est pas informer**, comme en atteste l'absence persistante de toute rencontre avec les patients de Paul Guiraud Clamart (qui dessert quatre secteurs), en contraste avec d'autres établissements moins importants (d'un à trois secteurs), qui organisent régulièrement la rencontre de la commission avec de nombreux patients (jusqu'à sept par visite).

RECOMMANDATION NOUVELLE 2 : METTRE EN PLACE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT PAUL GUIRAUD DE CLAMART UNE PROCÉDURE EFFICACE D'INFORMATION DES PATIENTS DE LEUR DROIT D'ÊTRE ENTENDUS PAR LA COMMISSION LORS DE SES VISITES, ET DE COMMUNICATION DE LEUR SOUHAIT D'ÊTRE REÇU

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

La commission a pu observer lors de ces dernières visites de nombreuses améliorations apportées à l'état des locaux, dont elle s'est efforcée de joindre des images à ces rapports de visite, à la disposition des instances intéressées telles que les CDU de chaque établissement.

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

Les exigences rappelées régulièrement par la commission sont désormais inscrites dans le droit positif par les décrets du 28 septembre 2022 (entré en vigueur le 1^{er} juin 2023) relatifs aux conditions techniques d'implantation et de fonctionnement de l'activité de psychiatrie.

Ces conditions supposent un nombre de médecins qualifiés suffisant pour respecter l'ensemble des procédures en vigueur, des installations adaptées à l'accueil des patients admis en SPSC, une configuration des locaux adaptée (espace d'accueil de l'entourage des patients, espace d'apaisement, accès à l'extérieur)

Les verrous de confort, désormais obligatoires, sont de plus en plus fréquemment installés, pour protéger la sécurité des patients et de leurs biens. Ils permettent aux patients de s'enfermer ou de sortir en fermant leur porte sans interdire aux soignants l'accès à leur chambre.

Paul Guiraud : Le projet « fresques » permettra d'habiller certains murs blancs du pôle (café-téria, cour de l'unité Rodin, sas des étages). Dans l'unité fermée Dora Maar au troisième étage deux espaces intérieurs dédiés aux visites ont été agrémentés d'un mobilier neuf et confortable, la peinture et la décoration des murs ont été refaites. La terrasse constitue un troisième espace possible pour la réception des visites, elle peut aussi recevoir un barbecue.

Louis Mourier : La mise à niveau du service de psychiatrie se poursuit dans le cadre d'une politique des petits pas, à l'opposé d'une opération de grande ampleur écartée pour l'instant.

L'établissement a procédé à la réfection totale de deux salles communes en unité fermée, en utilisant le budget de travaux initialement prévu pour la réalisation de sas devant les chambres d'isolement. Le hall d'accueil à la sortie des ascenseurs a été rénové pour mettre en valeur la fresque murale maintenant encadrée par deux bibliothèques et des plantes vertes. Les sièges ont été changés pour être utilisés par les patients et leur famille et amis.

Un budget de 40 KEUR a été alloué à la modernisation de l'office alimentaire et de la salle de repos des soignants, situés dans l'unité fermée. Le poste de soins devrait également être rénové en 2023.

Max Fourestier : Un audit mené au sein des unités a mis en lumière l'absence de verrou de confort dans les chambres d'hébergement. Toutes les chambres d'hébergement sont individuelles. Le papier peint qui recouvre les murs a été rénové au printemps dernier. La salle de

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

Nouveau projet de relocalisation des secteurs de Moisselles en 2027-2028 : Dû aux contre temps administratifs et autres, la livraison du nouveau bâtiment est repoussée au mieux à 2027. Les cabinets d'architecte pressentis pour participer à l'appel d'offres ont été sélectionnés. Erigé sur l'emplacement actuel du pôle social, le projet comprendra 12,000 m2 répartis sur cinq étages. Les 199 lits desserviront 7 secteurs adultes et une unité grands adolescents jeunes adultes (tranche d'âge 16 à 25 ans) pour répondre en particulier aux besoins de prise en charge des jeunes hospitalisés par dérogation en secteur adultes.

Après celui de Clermont de l'Oise, le transfert de Moisselles achèvera la relocalisation des lieux d'hospitalisation du département (à l'exception des deux secteurs encore hébergés à Villejuif).

Corentin Celton : L'installation des badges Salto d'accès aux chambres d'hébergement a été budgétée sur l'année 2023, pour commencer en novembre dans l'unité UPSI A puis B.

MGEN : Les travaux dans la **résidence** ont été achevés début février. Une rampe d'accès a été installée à l'entrée de l'établissement et pour accéder à la bibliothèque du rez-de-chaussée.

Le salon aménagé au niveau du hall d'accueil du rez-de-chaussée a été rénové, les fauteuils sont neufs ainsi que le revêtement des murs et les cadres et photos qui le décorent. Un fumoir de nuit est toujours accessible au rez-de-chaussée après la fermeture du parc.

L'éclairage par LED a été amélioré. Le lustrage des sols très réussi leur donne l'aspect du neuf. Les sanitaires ont été rénovés (receveurs de douche abaissés) et les lavabos ont été changés pour l'inox. Le seul poste de soins infirmiers situé au premier étage a été réaménagé.

Les travaux d'accessibilité sont également quasi achevés dans la **clinique** (rampes d'accès et entrée des chambres doubles). Le mobilier est neuf et esthétique. Les douches ont été transformées en douche à l'italienne de plein pied chaque fois qu'il était possible.

Erasme : La commission a pu visiter le nouveau bâtiment UHADO dédié aux adolescents (de 12 à 17 ans). Ces locaux sont flambant neufs et accueillants, d'autant qu'ils bénéficient d'un accès ou d'une vue sur les espaces verts qui les entourent, grâce à de grandes baies vitrées

En se félicitant de ces nombreuses améliorations, la commission reporte donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 3 : INTEGRER DANS LE FUTUR SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER DE L'HOPITAL LOUIS MOURIER DE COLOMBES LES INVESTISSEMENTS NECESSAIRES A LA REHABILITATION ET A L'HUMANISATION DU SERVICE DE PSYCHIATRIE (ACCES DIRECT A L'AIR LIBRE, SALLES D'EAU, INSTALLATION DE MAINS COURANTES, TRANSFORMATION DES CHAMBRES DOUBLES EN CHAMBRES INDIVIDUELLES, ETC.)

MGEN : Les portes des chambres sont pleines, ce qui tranche avec la conception habituelle qui privilégie la visibilité des patients par les soignants (et partant par les autres patients hébergés dans l'unité). Elles ne comportent pas l'habituelle imposte vitrée sous forme d'un large fenestron (plus ou moins occulté) portant atteinte à l'intimité et à la dignité des patients. Une seconde porte intermédiaire vitrée sépare la chambre proprement dite du sas d'accès à la salle d'eau, qui permet au patient de s'isoler s'il le souhaite des bruits du couloir.

Cet exemple de bonne pratique pourrait servir de modèle aux autres établissements à l'occasion de leurs projets d'humanisation des locaux :

RECOMMANDATION NOUVELLE 4 : LES CHAMBRES DOIVENT ETRE BATIES, AMENAGEES ET ENTRETENUES DE MANIERE A PRESERVER L'INTIMITE DES PATIENTS, TANT VIS-A-VIS DU PERSONNEL QUE DES AUTRES PERSONNES HEBERGEES DANS L'UNITE

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

Nous avons rappelé : *Recommandation 3* : « en vue de garantir aux patients placés à l'isolement des conditions dignes et l'accès à des installations sanitaires respectant leur intimité, remédier dès que possible au caractère carcéral, délabré ou inconfortable de nombreuses chambres d'isolement. Réaliser une mesure de ventilation de chaque chambre d'isolement afin de vérifier qu'elle respecte les dispositions du règlement sanitaire départemental. »

Certaines chambres d'isolement restent dépourvues des équipements nécessaires maintenant prescrits par les nouvelles dispositions réglementaires relatives à la psychiatrie, tels qu'une horloge et un dispositif d'appel accessible.

Corentin Celton : Appel malades sous contention : la réflexion se poursuit.

Louis Mourier : Le projet de sas et d'un double accès aux chambres d'isolement devra être repensé dans le cadre plus large de la rénovation du service. En fonction des arbitrages budgétaires au sein du DMU Adultes, une partie des quatre chambres d'isolement sera rénovée. Les horloges à installer sur le budget 2022 sont toujours en suspens.

MGEN : Les sanitaires des trois chambres d'isolement ont été changés, par remplacement de la faïence par de l'inox pour les toilettes et le lavabo. Les climatisations des chambres d'isolement ont été révisées et sont désormais réglables de manière séparée (auparavant, les climatiseurs étaient communs à deux chambres). Les horloges sont situées en hauteur dans la chambre d'isolement et visibles depuis le lit y compris par un patient placé sous contention. Elles marquent correctement la date et l'heure.

Erasme : le projet d'humanisation des micro-unités (composées de deux chambres d'isolement et d'une chambre d'accueil) a été étudié avec un cabinet d'architecte référencé auprès de l'établissement Barthélémy Durand. Une première réunion a eu lieu en présence d'un architecte avec le président de la CME et un représentant des usagers en octobre 2023.

Paul Guiraud : Le plan de rénovation des chambres d'isolement poursuivi depuis 2020 prévoyait à l'origine au moins une rénovation par an (pour 21 chambres d'isolement dévolues à la psychiatrie générale du GHPG, cet horizon de 21 ans paraît peu ambitieux)

Max Fourestier : Un groupe de travail a été constitué pour travailler sur l'aménagement des chambres d'isolement (réflexion sur la couleur des murs et la musique en chambre d'isolement et son influence sur la durée du séjour) et sur le concept de l'espace d'apaisement (couleurs et éclairage adaptés). Un audit interne des chambres d'isolement a détecté des déviations par rapport aux recommandations, telles que la commande par le patient de l'interrupteur d'éclairage.

La chambre d'isolement est précédée d'un sas où l'horloge placée en hauteur marquait bien l'heure et la date, mais n'est pas visible d'un patient attaché sur son lit. Le sol de la chambre a

été rénové, de même que la peinture, la climatisation et le plafond. Le bouton d'appel n'est pas accessible en cas de contention. Le plafond surélevé et l'éclairage sont hors de portée des patients, mais donne à la chambre un aspect peu réconfortant.

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 5 : EN VUE DE GARANTIR AUX PATIENTS PLACES A L'ISOLEMENT DES CONDITIONS DIGNES ET L'ACCES A DES INSTALLATIONS SANITAIRES RESPECTANT LEUR INTIMITE, REMEDIER DES QUE POSSIBLE AU CARACTERE CARCERAL, DELABRE OU INCONFORTABLE DE NOMBREUSES CHAMBRES D'ISOLEMENT.

Nous avons également recommandé : *Recommandation 4 : « Intégrer dans le schéma directeur immobilier (SDI) du Groupe Hospitalier Paul Guiraud (GHPG) l'objectif de relocaliser les chambres d'isolement, afin de prendre en charge les patients placés à l'isolement directement dans le pôle où ils sont hospitalisés »*

Le GHPG pratique « une mutualisation des chambres d'isolement des services de psychiatrie générale du groupe. Ce n'est pas tant la sectorisation du patient que la disponibilité de l'espace dédié qui détermine le service accueillant le patient en chambre d'isolement. »

En 2022, le taux de recours à l'isolement s'établit à 35% des patients en SPSC pour le GHPG, soit 33% pour l'établissement de Villejuif (comparé à 27% en 2019), et en hausse de 37% à 39% pour l'établissement de Clamart (dans le bas de la fourchette observée dans le département).

On observe donc une nouvelle réduction de cet écart entre Clamart et Villejuif de 18 points en 2019 à six points en 2022. Nous reportons cependant cette recommandation :

RECOMMANDATION NOUVELLE 6 : INTEGRER DANS LE SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER (SDI) DU GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD (GHPG) L'OBJECTIF DE RELOCALISER LES CHAMBRES D'ISOLEMENT, AFIN DE PRENDRE EN CHARGE LES PATIENTS PLACES A L'ISOLEMENT DIRECTEMENT DANS LE POLE OU ILS SONT HOSPITALISES

C) LE DROIT DE DEAMBULER LIBREMENT

La liberté d'aller et venir doit rester garantie aux patients admis en soins sans consentement, même quand ils sont hébergés en unité fermée.

La Recommandation 5 rappelait : « Inscrire prioritairement les « descentes » (sortie de l'unité fermée du second étage pour accéder aux espaces extérieurs dans l'enceinte de l'hôpital Louis Mourier et au-delà) dans le respect du droit d'aller et venir librement et d'accéder à l'air libre, et non seulement pour permettre l'usage du tabac »

Louis Mourier : L'accès à l'air libre est proposé deux fois par jour, pas nécessairement pour fumer, même si 80% des patients sont des fumeurs. La nécessité d'un accompagnement est un frein, de même que l'impératif d'un espace extérieur sécurisé.

Paul Guiraud : Un boulodrome a été récemment installé en lisière de la cafétéria côté tramway grâce à une subvention du Lyons Club de Clamart, que le centre d'activités physiques et sportives (CAPS) utilise pour initier les résidents à la pétanque. Le vaste patio central du rez de chaussée est agrémenté de fauteuils colorés. Le parvis sera aménagé pour créer un nouvel espace dédié aux patients et à leurs visiteurs : il sera situé le long de la façade du bâtiment et séparé du parvis par un grillage végétalisé.

Corentin Celton : L'ennui et l'inactivité sont spontanément dénoncés par les patients, qui se joignent aux sorties cigarettes dans la cour de détente, même s'ils sont non-fumeurs (au risque d'être exposés à la promiscuité avec les fumeurs compulsifs)

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

RECOMMANDATION NOUVELLE 7 : INSCRIRE PRIORITAIREMENT LES « DESCENTES » (SORTIE DE L'UNITÉ FERMÉE DU SECOND ÉTAGE POUR ACCÉDER AUX ESPACES EXTÉRIEURS DANS L'ENCEINTE DE L'HÔPITAL LOUIS MOURIER ET AU-DELA) DANS LE RESPECT DU DROIT D'ALLER ET VENIR LIBREMENT ET D'ACCÉDER À L'AIR LIBRE, ET NON SEULEMENT POUR PERMETTRE L'USAGE DU TABAC

D) ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES ET OCCUPATIONNELLES INTÉGRÉES AU PROJET DE SOINS

La Recommandation 6 rappelait : « Calibrer la dotation en personnel afin d'encadrer les activités thérapeutiques, occupationnelles et de détente, en particulier à l'extérieur, en priorité pour les patients des unités fermées »

La réforme des conditions d'autorisation de la psychiatrie opposable en juin 2023 prévoit entre autres « au moins une salle dédiée à la rééducation et à l'activité physique, ainsi qu'un accès à un espace extérieur sur site ». Les équipes pluridisciplinaires devront comprendre en tant que de besoin un ou plusieurs psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens et professionnels habilités à dispenser une activité physique adaptée.

En effet, l'activité physique adaptée apporte de nombreux bienfaits : réduction des risques de maladies chroniques et amélioration de la santé physique et mentale (elle favorise la socialisation et renforce l'estime de soi). Ce sera le thème de la prochaine édition de la semaine d'information de la santé mentale « en mouvement pour notre santé mentale ».

Erasme et Paul Guiraud bénéficient du label national « Maison sport santé », qui a pour but d'accompagner et conseiller les personnes souhaitant pratiquer une activité physique et sportive à des fins de santé et de bien-être, quel que soit leur âge.

Louis Mourier : La vaste salle d'ergothérapie a été équipée de quelques vélos d'appartement et équipements de fitness. Les patients sont demandeurs : le patient reçu en audition ce jour déplore d'ailleurs que cette salle soit trop rarement ouverte. L'établissement souffre d'un manque d'espaces extérieurs sécurisés qui permettraient aux patients de pratiquer des activités physiques sans risque d'être exposés à des trafics de drogue.

Corentin Celton : Le passage hebdomadaire du chariot de la bibliothèque et la pauvreté de l'offre de magazines ont été relevés par les patients auditionnés par la commission. Aucune activité ne figure au planning hebdomadaire affiché dans l'unité.

Sont programmés le recrutement d'un ergothérapeute, d'un psychomotricien, d'un psychologue, et d'une socio esthéticienne qui interviendra en ambulatoire et auprès des unités pour améliorer l'image de soi. Une aide-soignante diplômée en sophrologie sera également sollicitée auprès des patients. Par ailleurs, est programmé l'achat de nouveaux

jeux de société.

Paul Guiraud : a remporté en 2022 le prix de la bientraitance décerné par la CDU du GHPG pour le projet d'un salon de coiffure proposé par l'unité Anna Marly.

Unité fermée Dora Maar (secteurs de Clamart et Plessis Robinson) : une salle d'activité de taille moyenne abrite des phasmes bâton et deux tortues dans un aquarium. Elle est dédiée à des ateliers de médiation animale deux dimanche matin par mois. C'est une activité intersectorielle proposée à 6 à 8 patients, animée par deux IDE spécialisés et une association qui mobilisent des petits animaux (chats, chiens, hamsters).

Max Fourestier : dispose de deux salles dédiées respectivement à l'ergothérapie et la psychomotricité situées dans l'unité fermée et au rez- de- chaussée du service. La collaboration se poursuit avec le Théâtre des Amandiers grâce au renouvellement des subventions de l'ARS et de la DRAC. La bibliothèque de l'hôpital est également mise à contribution.

Un éducateur spécialisé est arrivé en aout pour desservir l'activité ambulatoire et intra hospitalière (projet d'atelier couture) dans le cadre de l'URTM (unité transversale de réadaptation et de thérapie de médiation).

Erasme : La nouvelle unité intersectorielle de médiation thérapeutique joue un rôle majeur dans le développement de l'offre d'activités sportives et socioculturelles.

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 8 : CALIBRER LA DOTATION EN PERSONNEL AFIN D'ENCADRER LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES, OCCUPATIONNELLES ET DE DETENTE INTEGREES AU PROJET DE SOINS, EN PARTICULIER A L'EXTERIEUR, EN PRIORITE POUR LES PATIENTS DES UNITES FERMEES

III. LE DROIT AU RESPECT DE LA VIE PRIVEE

La Recommandation 7 rappelait : « La Commission invite tous les établissements à mettre en place des règles d'accès au téléphone portable et à Internet permettant aux personnes en SPSC de continuer de jouir de ce qui est aujourd'hui considéré comme un droit fondamental d'accès à la citoyenneté. Les interdictions ne peuvent être prescrites que sur décision médicale individuelle et motivée. »

Louis Mourier : Un nouveau groupe de travail verra le jour en 2023 concernant le règlement du service, et tout particulièrement les règles applicables au sein de l'unité fermée. Le but de ce groupe est de répondre aux recommandations sur les hospitalisations sans consentement, et aux exigences des instances de surveillance, ainsi qu'aux demandes des usagers, d'harmoniser les pratiques soignantes, d'établir des règles de fonctionnement entre les patients et les soignants, de favoriser le respect des droits des patients en santé mentale, de garantir la sécurité des soignants et des patients, et d'établir des critères d'évaluation des outils mis en place.

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

RECOMMANDATION NOUVELLE 9 : LA COMMISSION INVITE TOUS LES ETABLISSEMENTS A METTRE EN PLACE DES REGLES D'ACCES AU TELEPHONE PORTABLE ET A INTERNET PERMETTANT AUX PERSONNES EN SPSC DE CONTINUER DE JOUIR DE CE QUI EST AUJOURD'HUI CONSIDERE COMME UN DROIT FONDAMENTAL D'ACCES A LA CITOYENNETE. LES INTERDICTIONS NE PEUVENT ETRE PRESCRITES QUE SUR DECISION MEDICALE INDIVIDUELLE ET MOTIVEE.

CHAPITRE 3 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS ADMIS EN SPSC

Les chiffres repris ci-dessous sont extraits des questionnaires de pré-visite quand ils ont été communiqués à la commission (les données absentes sont indiquées NC pour non communiquées).

Établissements /Types Hospita- lisation	Antony Érasme	Clamart Paul Guiraud	Colombes Louis Mourier	Issy Corentin Celton	Nanterre Max Fou- restier	Rueil MGEN
Hospitalisations complètes 2021	820	811	582	317	597	NC
Hospitalisations complètes 2022	810	682	653	391	630	NC
Hospitalisations sans consente- ment 2021	361 44 %	450 55%	154 26%	175 55%	307 51%	160 NC
Hospitalisations sans consente- ment 2022	357 44 %	406 60%	156 24%	196 50%	321 51%	155 NC
SDRE 2021	51	53	36	6	51	NC
SDRE 2022	45	34	38	9	49	NC
SDT 2021 % SDDE	70 23%	98 25%	6 5%	48 28%	30 12%	NC
SDT 2022 % SDDE	70 22%	68 18%	2 2%	47 25%	21 8%	NC
SDTU 2021	107	115	99	67	141	NC
SDTU 2022	107	115	98	84	140	NC
SPPI 2021	133	184	13	54	85	NC

SPPI 2022	135	189	18	56	111	NC
Total SPPI + SDTU 2021	240	299	112	121	226	NC
% dans SDDE	77%	75%	95%	72%	88%	
Total SPPI + SDTU 2022	242	304	140	140	251	NC
% dans SDDE	78%	82%	98%	75%	92%	

I. LE NOMBRE DES HOSPITALISATIONS COMPLETES

Les données présentées dans le tableau ci-dessus doivent être tempérées par les effets de la pandémie et de la récente fermeture de lits, qui font que ces données ne sont pas strictement comparables. Le nombre de patients admis en hospitalisation complète dans le département s'est accru de 1% en 2022 (3572 patients), mais il reste inférieur de 13% à son niveau 2019 d'avant covidé, en ligne avec les données nationales.

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

Le nombre de patients admis en SPSC est resté stable en 2022 au niveau record de 1606 patients, et une proportion également record de 45% du total des patients en hospitalisation complète, avec un minimum de 24% à Louis Mourier et un maximum de 60% à Paul Guiraud Clamart.

Dans son dernier rapport d'activité 2022, le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) rapportait une baisse de 10% du nombre de patients hospitalisés sans consentement entre l'année record 2019 et 2021 pour la France entière, sans doute en raison des effets de la pandémie. Cependant, le nombre total de patients semble toujours orienté à la hausse sur le long terme : 2021 montrait une hausse de 33% sur le nombre de patients de 2010.

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

On retrouve donc sur le département, mais **à un niveau supérieur de vingt points**, soit 73%, la tendance à une **hausse sensible du recours aux soins sans consentement**. Une première explication de cet écart est la faiblesse relative de l'offre, aussi bien intra hospitalière qu'ambulatoire, sur le département (rapport d'information relatif à l'organisation de la santé mentale par la commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale du 18 septembre 2019).

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

Les admissions en SDT de droit commun (avec deux certificats médicaux) poursuivent leur régression en valeur relative de 16 à 13% du total des admissions en SPSC, alors que les admissions en SDTU (soins à la demande d'un tiers en urgence : un seul certificat médical qui peut

être rédigé par tout médecin) progressent de 39% à 41% du total entre 2021 et 2022, ce qui porte la participation du total des admissions en SDT et SDTU de 55% en 2021 à 54% en 2022.

Ce pourcentage se compare pour la France entière à un recul de la même proportion (toutes admissions en SDT confondues) de 54% en 2020 à 53% en 2021 (rapport d'activité 2022 du CGLPL). Le département se situe donc sensiblement au niveau de la moyenne nationale pour ce type d'admissions.

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

Les dossiers de patients admis en SPI sont obligatoirement examinés par la commission (de même que ceux des patients dont les SSC se prolongent au-delà d'une durée d'un an). A ce double titre, **la commission a pu contrôler 52 dossiers en 2023**, soit une moyenne de quatre dossiers par visite.

Apparues en 2011, les admissions en SPI sont le second mode d'admission par ordre d'importance : elles progressent de 31% du total en 2021 à 34% en 2022. Cette progression se retrouve à un niveau moindre sur le plan national, de 24% du total en 2020 à 25% en 2021 (rapport d'activité 2022 du CGLPL).

La banalisation de la mise en œuvre des procédures exceptionnelles (tant SPI que SDTU) se poursuit, puisqu'elles ont progressé de 81 à 85 % des admissions en soins à la demande du directeur d'établissement (SDDE). Cette évolution est en phase avec le relevé national 2017 publié par l'IRDES d'une proportion de 25% des SDDE prises selon la procédure ordinaire des SDT (avec deux certificats médicaux). Elle se retrouve logiquement dans le mode d'admission des patients placés à l'isolement en situation de crise, faute de prévention et d'anticipation

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

Les admissions en SDRE régressent de 14% en 2021 à 12% en 2022 du total des patients admis en SPSC, alors que la moyenne nationale reste stable à 15% du total des admissions en SPSC en 2020 et 2021.

Les admissions de patients détenus ou déclarés pénalement irresponsables restent stables au niveau national à 6% du total, alors qu'elles sont limitées sur le département aux patients détenus en attente d'une place en UHSA au titre de l'article D398 du CPP. A ce titre, Max Fourestier a admis en 2022 24 patients détenus à la maison d'arrêt de Nanterre.

Ce contraste s'explique par l'absence sur le département de structure dédiée aux patients spécifiques (patients détenus ou considérés comme particulièrement difficiles), ainsi que par la présence d'une seule petite maison d'arrêt.

La Recommandation 8 énonçait : « La qualité des soins des patients hospitalisés en SDRE, comprenant une évaluation clinique et sociale de leur autonomie lors des sorties de courte durée, ne saurait se voir dégradée par des refus préfectoraux systématiques. »

S'agissant des autorisations de sortie, la commission mesure la complexité de l'évaluation de la dangerosité, à l'aune de l'article L 3211-11-1 du CSP : « Dans le cas où la mesure de soins psychiatriques a été prise en application du chapitre III du présent titre, le directeur de l'établis-

sement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis favorable du psychiatre mentionné au quatrième alinéa du présent article, au plus tard quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie. Sauf opposition écrite et motivée du représentant de l'Etat dans le département, notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu. Le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire. »

Louis Mourier : un patient admis en hospitalisation complète en SDRE le 7 novembre 2022 avait fugué le 24 décembre 2022, car il n'avait pas compris au vu de sa désorganisation le refus de permission de 48 heures, avant d'être à nouveau appréhendé par la police après avoir dormi sur des bancs pendant une semaine. La demande de permission précisait « on ne note pas de dangerosité à l'entretien ce jour ». La sortie de 48 heures avait été refusée par le préfet au regard de ses antécédents pour un double motif : le défaut de mention de l'absence de dangerosité (ce qui paraît inexact) et le fait qu'une première sortie ne pouvait être acceptée sans accompagnement (ce qui paraît plus légitime).

Paul Guiraud : Le préfet semble avoir défini a priori les patients qui ne peuvent pas bénéficier de sorties accompagnées de moins de douze heures. C'était le cas des deux patients qui ont récemment fait l'objet d'un « échange » avec l'hôpital Max Fourestier, et qui ont suivi depuis des parcours de soins divergents. Alors que le patient transféré à Nanterre y voit un recul dans son parcours de soins, le patient arrivé à Clamart a bénéficié d'une mainlevée de ses SPSC, malgré un appel infructueux de la préfecture et la demande d'un second certificat médical. Il vit désormais à l'hôtel où il est suivi en soins libres.

La commission a relevé par ailleurs un refus de sortie non accompagnée « pas opportune au regard du profil du patient ». La recherche d'un accord de la préfecture pour une sortie de courte durée conduit parfois à corriger le certificat médical sous la dictée des autorités administratives, afin d'y faire figurer en toutes lettres « l'absence de dangerosité pour autrui »

Erasmus : Un patient, admis dans le cadre de l'article L3213-7 (au titre de l'irresponsabilité pénale), est pris en charge dans l'UIR à son retour d'UMD. Il bénéficie de sorties hebdomadaires non accompagnées pour se rendre en ville faire des courses. Les demandes de permission auprès du préfet mentionnent régulièrement « A ce jour, il n'a pas présenté des signes de dangerosité ».

Cas particulier des transferts en UMD (10 en France) : les droits en matière de maintien des liens familiaux ne s'exercent qu'avec difficulté, d'autant plus dans les cas fréquents de transfert en dehors de la région, en contradiction avec l'Article R3222-2 du CSP :

« II. L'admission du patient dans une **unité pour malades difficiles** est prononcée par arrêté du préfet du département ou, à Paris, du préfet de police, où se trouve l'établissement dans lequel est hospitalisé le patient avant son admission en unité pour malades difficiles. Dans l'objectif de **maintenir ou de restaurer les relations du patient avec son entourage**, cet arrêté détermine le lieu de l'hospitalisation **en considération de ses intérêts personnels et familiaux**. »

Une décision du tribunal des conflits du 3 juillet 2023 ouvre à la judiciarisation et une voie de recours jusque-là inexistante des admissions et des sorties d'UMD

Paul Guiraud : Ces six derniers mois au niveau du groupe hospitalier, 12 patients ont été admis en UMD, et 12 patients ont été admis (ou réadmis) en provenance d'UMD

Max Fourestier : Les transferts de patients en UMD ne sont pas fréquents : l'établissement relève que ces transferts répondent à des critères médicaux très stricts.

Corentin Celton : Le transfert des patients en UMD est peu fréquent

Erasme : dans l'attente d'une seconde UMD en Ile de France, l'établissement a dû récemment transférer deux patients vers Eygurande (Corrèze) et Sarreguemines (Moselle). Ce dépaysement pourrait être bénéfique pour le patient (mais ne facilite pas les visites des proches) ?

Louis Mourier : la politique est de transférer promptement en UMD les patients dont la prise en charge n'est plus possible dans le service. L'établissement compte un seul patient récemment transféré en UMD.

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 10 : LA QUALITE DES SOINS DES PATIENTS HOSPITALISES EN SPDRE, COMPRENANT UNE EVALUATION CLINIQUE ET SOCIALE DE LEUR AUTONOMIE LORS DES SORTIES DE COURTE DUREE, NE SAURAIT SE VOIR DEGRADEE PAR DES REFUS PREFECTORAUX SYSTEMATIQUES.

VI. CONCLUSION DE CE CHAPITRE

La Recommandation 10 rappelait : « La Commission encourage les établissements à explorer, avec les collectivités locales ayant créé des CLSM, la possibilité de développer les pratiques d'aller-vers dont l'un des résultats prouvés est la réduction des besoins en hospitalisation complète ».

Les dispositifs de détection et d'intervention précoce sont particulièrement efficaces auprès des jeunes adultes (de 15 à 25 ans environ) qui semblent présenter de signes de transition psychotique, afin de réduire la durée de psychose non traitée.

Le rétablissement doit être poursuivi en premier lieu, alors qu'un premier constat catastrophiste peut être source d'une mémoire traumatique. L'idée force pour les jeunes patients est de mobiliser d'emblée toutes les possibilités, y compris avec les familles, pour les maintenir au maximum dans la trajectoire études/insertion, « être très proactif dès l'apparition des premiers symptômes ».

Les champs sanitaire et médicosocial sont mobilisés pour les jeunes entrés depuis moins de cinq ans dans la maladie, avant l'installation du déficit cognitif. L'éducation thérapeutique vise les deux causes de ré hospitalisation que sont l'arrêt du traitement et/ou la prise de toxiques.

L'appel à projets pour la **plateforme de réhabilitation cognitive centre sud** va concerner cinq structures : deux HDJ rattachés respectivement au GHPG (Boulogne et Clamart) et à Erasme (Suresnes et Antony), ainsi que l'association Vivre.

La plateforme de réhabilitation 92 Nord va impliquer cinq établissements pour lancement en 2024 (Théophile Roussel, Roger Prévot, Max Fourestier, Louis Mourier et la MGEN qui sera pilote à partir du centre ambulatoire de Rueil Malmaison). Elle proposera une évaluation approfondie

et des ateliers spécifiques qui pourront se tenir dans l'un des établissements concernés, sans exclusion de visites à domicile (VAD) si nécessaire.

Des actions s'adressent à l'entourage des patients, telles que la formation au programme Bref proposé aux familles à la suite d'une première hospitalisation (Erasme, Paul Guiraud), le programme de psychoéducation Profamille, les entretiens médicaux ou la thérapie familiale.

Les formations aux premiers secours en santé mentale (PPSM), prodiguées en priorité aux personnels devant accueillir du public, contribuent à une meilleure prise en charge des personnes en souffrance psychique et à la déstigmatisation de la santé mentale.

Paul Guiraud : Profamille se poursuit sous l'égide de l'Unafam et assurée par un neuropsychologue du pôle et d'un intervenant de l'association Vivre.

Max Fourestier : Une nouvelle unité « accompagnement et soins à domicile » (destinée à pallier la fermeture de l'unité de consolidation) intervient à tous âges de façon souple directement dans le milieu de vie de l'usager. Elle peut être mobilisée en cas de rupture d'un programme de soins. Elle sera dédiée sur les deux secteurs aux visites à domicile en vue de développer les habiletés des usagers « dans la vraie vie » pour les accompagner vers l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

Louis Mourier : L'équipe mobile psychiatrie jeunes adultes (EMPJA) a été financée par l'ARS et les recrutements ont commencé il y a un an, pour intervenir au nord du département au titre de la réhabilitation. La file active est de 30 à 40 patients, qui conservent leur référent au CMP.

Corentin Celton : Une organisation embryonnaire va être développée au niveau des deux communes pour mettre sur pied un réseau de repérage constitué de volontaires non professionnels, qui pourront alerter par téléphone les CLSM. Ce projet s'inscrit dans le cadre du nouveau projet territorial de santé mentale (PTSM) : renforcement de la démarche de « l'aller vers » des professionnels, et s'inspire des expériences de premiers secours en santé mentale (PSSM), qui vise à banaliser les troubles psychiatriques à l'image des formations aux premiers secours somatiques proposées aux bénévoles volontaires par la croix rouge.

MGEN : Un nouveau médiateur de santé pair sera incorporé au centre ambulatoire de Rueil.

Erasme : L'unité UHADO accueille également la structure du CJTA (centre de jour transitionnel pour adolescents), destiné à accueillir les patients une demi-journée quelques jours par semaine, soit pour maintenir le lien avec ceux qui quittent l'unité d'hospitalisation, soit pour préparer (ou éviter) une admission. Il sera donc complémentaire de l'hôpital de jour.

L'établissement a intégré comme prévu un médiateur de santé pair (toujours en formation en alternance) au CMP Jean Wier de Suresnes

L'unité grands ados jeunes adultes (18/25 ans) pour accueillir les personnes souffrant de psychoses émergentes va démarrer dès janvier 2024 sous la forme d'un HDJ. La réflexion se poursuit pour la création d'une quinzaine de lits en hospitalisation complète sur un espace actuellement non utilisé du second étage (à l'horizon 2027 ?)

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

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

La Commission avait rappelé la Recommandation 11 : « *La Commission invite les établissements à poursuivre les travaux de réorganisation des parcours de soins des patients en sorte de mettre fin aux risques de rupture de soins.* »

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

Sauf exception (Corentin Celton), la proportion des patients suivis en PDS a plutôt tendance à progresser dans le département, avec des taux de réintégration en hospitalisation complète plutôt inférieurs à la moyenne nationale.

La commission rappelle la position de certaines familles qui s'approprient l'affirmation « plutôt que de répéter indéfiniment la mise en place de réponses en urgence pour certains patients connus pour s'inscrire en rupture de soins à répétition, il peut être nécessaire de poursuivre des SPSC en ambulatoire »

La difficulté réside dans la non-compliance du patient au programme auquel il est censé avoir adhéré, et à l'interdiction du recours à la force : « aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard du patient pris en charge sous la forme d'un PDS. ».

En fait, la législation prévoit la réintégration en hospitalisation complète sur la recommandation du psychiatre, comme il est détaillé dans le guide de la HAS, qui propose un exemple de protocole de réintégration. Dans ce cas, une convention d'urgence psychiatrique peut être conclue avec la police pour faciliter la réintégration en hospitalisation complète, en coordination avec l'équipe référente, si une demande d'intervention s'avère nécessaire à l'issue de démarches infructueuses. Toutefois les modalités d'action en cas de rupture du PDS- en particulier lorsque le patient reste injoignable- sont très variables selon les établissements et mériteraient d'être plus claires et uniformisées afin de mieux prévenir une réintégration en hospitalisation complète en urgence.

MGEN : Les patients suivis en programme de soins font peu l'objet d'une réintégration en hospitalisation complète, même si celle-ci est facilitée par le maintien (même symbolique) d'une mesure de SSC. Le suivi régulier de ces patients est effectué avec souplesse par l'établissement. En l'absence du patient aux consultations médicales, les médecins peuvent s'appuyer sur le retour des IDE, sur des VAD ou sur l'écho recueilli auprès des familles.

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

VIII. DES DUREES DE MAINTIEN EN SPSC JUGEES PREOCCUPANTES

La commission avait proposé deux recommandations pertinentes à cet égard :

La Recommandation 9 énonçait : « Le certificat médical est un acte horodaté et signé par son rédacteur, qui constate ou interprète les symptômes cliniques et les examens paracliniques, présentés par un patient, dans un but justifié et établi à la demande de celui-ci ou à celle d'une autorité publique habilitée. Le médecin ne peut établir de certificat et faire constat que de faits qu'il a personnellement et cliniquement constatés, à l'instant de l'examen, sans pouvoir se prononcer sur leur évolution à court, moyen ou long terme, s'agissant notamment de la seule dangerosité psychiatrique et non sociale, qu'il n'a pas compétence à décrire. »

La Recommandation 12 rappelait : « La Commission invite les établissements à respecter scrupuleusement l'obligation de convoquer chaque année le collège chargé d'évaluer l'opportunité de maintien des soins en faveur des patients admis en SDDE (Art L3212-7 du CSP), qu'ils soient accueillis en hospitalisation complète ou suivis en programme de soins. »

Les obstacles à la sortie des patients au long cours sont principalement l'adaptabilité à moyen terme des patients, des problèmes sociaux, la carence de structures aval adaptées et la problématique des SDRE (nécessité de justifier d'un domicile, suivi difficile des personnes déclarées irresponsables, éventuelles OQTF). Cette situation limite encore les lits disponibles.

S'agissant du maintien en SSC au-delà d'un an, les patients admis en SDRE ne bénéficient pas de la convocation annuelle du collège des soignants (réservé aux patients admis en SDDE depuis plus d'un an)

Paul Guiraud : 10 patients sont maintenus en hospitalisation complète depuis plus d'un an (7 en janvier 2023), dont 8 admis en SDRE (4 en janvier 2023).

35 patients sont suivis en programme de soins depuis plus d'un an (41 en janvier 2023), dont 18 admissions en SDRE (23 en janvier 2023)

Les admissions en SDRE, qui ne représentaient que 12% des patients admis en SSC en 2021, sont sans commune mesure avec leur proportion chez les patients hospitalisés (57%) ou suivis en PDS (56%) depuis plus d'un an.

Max Fourestier : 4 patients sont maintenus en hospitalisation complète depuis plus d'un an (9% du total des lits d'hébergement). 20 patients sont maintenus en programme de soins depuis plus d'un an (57% du total des 35 PDS)

Au total, les 9 patients admis en SDRE et en PDS depuis plus d'un an représentent donc à cette date 50% du total des patients suivis en programme de soins depuis plus d'un an, alors qu'ils ne représentent que 8% des admissions en SSC en Hospitalisation Complète (hors détenus admis au titre de l'article D398)

Une directrice des parcours longs s'est emparée de ce sujet pour trouver une solution aval à 60 patients hospitalisés, dont 12 admis au FAM de Bécheville dans les Yvelines.

Rôle positif des USIP (7 réparties sur tout le territoire) : une patiente déjà rencontrée par la commission en février 2023 a bénéficié entre temps d'un séjour de rupture à l'USIP de Cadillac, qui présentait un intérêt clinique aux yeux de l'établissement. La nouvelle rencontre de ce jour conduit à abonder dans ce sens (d'autant que cette patiente a pu conserver son statut d'admission en SDTU). C'est un écho intéressant de la réalité du terrain, qui irait à l'encontre

du consensus revendiqué par les signataires du communiqué critique du 15 juillet 2022 (professionnels de la psychiatrie et représentants des usagers et familles) et validé par le CGLPL.

Corentin Celton : Projet d'appartements thérapeutiques : en collaboration avec l'association Espérance Hauts de Seine, l'établissement va réaliser ce projet de longue date de sept à huit places d'hébergement en colocation accompagné par un SAMSAH renforcé et un coordinateur d'appartement. Des expériences semblables existent à Rueil et Antony.

Cette initiative vise à accompagner dans le logement social soit des patients au long cours, soit des patients chroniques connus pour leur retour régulier en hospitalisation. L'établissement décompte trois patients hospitalisés au long cours. 23 patients sont maintenus en PDS depuis plus d'un an (66% du total)

MGEN : Un patient admis en SDRE en 2010 et régulièrement auditionné par la commission a pu visiter récemment une MAS en Belgique accompagné par deux soignants, dont il est revenu remotivé par la perspective d'une nouvelle résidence intégrée à la vie du village. Cet établissement a donné un accord de principe sur son admission.

Erasme : Le nombre de patients maintenus en hospitalisation complète depuis plus d'un an s'est maintenu à quatre (dont deux patients admis en UMD), tous admis en SDRE. Trois patients au long cours ont pu être transférés vers le FAM de la Chartraine qui accueille à Antony les patients âgés de 40 ans et plus.

Le nombre de patients maintenus en programme de soins depuis plus d'un an s'est réduit de quatre patients admis en SDRE (de 27 patients à 23), alors que le nombre de patients admis en SDRE est resté constant à 19 patients (respectivement 43% et 61% du total des patients suivis en PDS)

Les six ateliers de médiation thérapeutique intersectoriel s'adressant notamment aux patients au parcours complexe sont fonctionnels depuis le 30 janvier 2023.

Louis Mourier : ne comptait aucun patient hospitalisé au long cours et aucun patient en SDRE en raison d'une irresponsabilité pénale. 36 patients sont maintenus en PDS depuis plus d'un an, soit 49% des 74 patients maintenus en PDS.

Nous reportons donc ces deux recommandations une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 13 : LE CERTIFICAT MEDICAL EST UN ACTE HORODATE ET SIGNE PAR SON REDACTEUR, QUI CONSTATE OU INTERPRETE LES SYMPTOMES CLINIQUES ET LES EXAMENS PARACLINIQUES, PRESENTES PAR UN PATIENT, DANS UN BUT JUSTIFIE ET ETABLI A LA DEMANDE DE CELUI-CI OU A CELLE D'UNE AUTORITE PUBLIQUE HABILITEE. LE MEDECIN NE PEUT ETABLIR DE CERTIFICAT ET FAIRE CONSTAT QUE DE FAITS QU'IL A PERSONNELLEMENT ET CLINIQUEMENT CONSTATES, A L'INSTANT DE L'EXAMEN, SANS POUVOIR SE PRONONCER SUR LEUR EVOLUTION A COURT, MOYEN OU LONG TERME, S'AGISSANT NOTAMMENT DE LA SEULE DANGEROUSITE PSYCHIATRIQUE ET NON SOCIALE, QU'IL N'A PAS COMPETENCE A DECRIRE.

RECOMMANDATION NOUVELLE 14 : LA COMMISSION INVITE LES ETABLISSEMENTS A RESPECTER SCRUPULEUSEMENT L'OBLIGATION DE CONVOQUER CHAQUE ANNEE LE COLLEGE CHARGE D'EVALUER L'OPPORTUNITE DE MAINTIEN DES SOINS EN FAVEUR DES PATIENTS ADMIS EN SDRE (ART L3212-7 DU CSP), QU'ILS SOIENT ACCUEILLIS EN HOSPITALISATION COMPLETE OU SUIVIS EN PROGRAMME DE SOINS.

La Recommandation 13 énonçait : » Accélérer la mise en place d'un logiciel dédié tel que Planipsy, afin d'automatiser et de fiabiliser l'ensemble du suivi administratif de la gestion des SPSC. »

Paul Guiraud : Le module isolement et contention du logiciel Planipsy a été mis en œuvre. Il permet d'alerter en cas de retard dans toute étape de la procédure en général.

Max Fourestier : La mise en place du logiciel Planipsy sera l'occasion d'exploiter les synergies entre les deux établissements. Roger Prévot exploite le logiciel depuis cette année, et son bureau des admissions sera la plaque tournante pour les deux établissements à compter de 2024.

Corentin Celton : Le logiciel Planipsy pourrait être commandé à la fin de l'année, sous réserve de l'accord du département informatique du GHT. Le test en cours à l'hôpital Albert Chenevier n'est pas strictement transposable à Corentin Celton.

Erasme : les dossiers individuels sont tenus en parallèle en format papier et sur le logiciel Planipsy (dont la mise en place a pris beaucoup de retard). Celui-ci prendra en charge également prochainement le suivi des mesures d'isolement et de contention

Nous maintenons donc cette recommandation :

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

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

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

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

Une analyse séparée de ces deux mesures montre en général une persistance du recours à la contention et une réduction du recours à l'isolement dans le département, alors qu'au niveau national la réduction du nombre des mesures de contention semble plus rapide et plus fréquente que celle de l'isolement, bien que le recours à ces deux pratiques reste encore massif. La position relative du département sur ces deux pratiques pourrait expliquer une telle dichotomie.

Les chiffres repris ci-dessous sont extraits des rapports annuels 2021 et 2022 communiqués à la commission. Ils signalent une relative stabilité du recours à l'isolement et à la contention pour le

même établissement d'une année sur l'autre, ce qui pourrait indiquer une permanence des pratiques propres à chaque établissement, et l'opportunité d'une réflexion régionale sur ce sujet.

A) MESURES D'ISOLEMENT

Établissement	Nombre de patients admis en SSC en 2021	Nombre de patients distincts isolés en 2021	Nombre de patients admis en SSC en 2022	Nombre de patients distincts isolés en 2022
Louis Mourier	154	89 58%	156	84 54%
CASH Nanterre	307	120 39%	321	120 37%
Corentin Celton	175	41 23%	194	39 20%
Paul Guiraud Clamart	450	167 37%	423	165 39%
MGEN Rueil	160	110 69%	155	65 42%
Érasme	361	242 67%	357	242 68%

Le nombre de patients distincts placés en isolement pour cent patients hospitalisés en SPSC s'est à nouveau réduit au niveau du département à 45 en 2022 comparé à 48 en 2021, avec des extrêmes qui vont de 68 patients à Erasme à 20 à Corentin Celton. Il s'agit donc de proportions élevées pour une pratique de dernier recours.

Après avoir atteint un record de 798 patients placés à l'isolement en 2020, cet indicateur est à nouveau en baisse de 7% pour atteindre 715 patients en 2022.

Dans son étude de juin 2022 sur les soins sans consentement, l'IRDES relève que l'isolement a concerné plus de 30% des patients hospitalisés en SPSC en 2021. **Le département se situe donc quinze points (50%) au-dessus de la moyenne nationale**

Depuis mai 2022, une mesure comprend toutes les décisions avec des ruptures de moins de 48 heures. Il n'est donc pas possible de comparer le nombre de mesures entre 2021 et 2022.

Le nombre moyen de placements en isolement par patient distinct s'est accru de 2.3 mesures en 2021 à 2.8 en 2022 au niveau du département. Les extrêmes vont de 1.5 mesures à

Corentin Celton à 7 mesures à Louis Mourier (niveau atypique qui interroge sur le décompte des mesures pour cet établissement)

La durée moyenne de chaque mesure d'isolement s'est réduite au niveau du département de 6 jours en 2021 à 4 jours en 2022, avec des extrêmes (symétriques du nombre de mesures) qui vont de 8 jours à Paul Guiraud à 1.3 jours à Louis Mourier.

Ces durées moyennes interpellent à la lumière tant des recommandations de la HAS (les isolements de plus de 48 heures doivent être exceptionnels) que du nouvel article 84 du 14 décembre 2020 (qui prévoyait qu'au-delà de la même limite de 48 heures « le médecin informe sans délai le JLD »). Dans son rapport d'activité 2021, le CGLPL fait état d'une durée nationale moyenne des mesures d'isolement de cinq jours

La durée totale moyenne passée en isolement par patient distinct s'est réduite pour le département de 14.4 jours en 2021 à 11.7 jours en 2022, avec des extrêmes qui vont de 15 jours à Erasme à 6 jours à la MGEN. Après avoir atteint un cumul record de 14,140 jours placés à l'isolement en 2018, cet indicateur est à nouveau en baisse de 24% pour atteindre 8390 jours en 2022.

Le taux d'occupation des chambres d'isolement s'est réduit de 105% en 2021 à 79% en 2022 pour le département. Cette moyenne recouvre des situations différentes de 126% à Erasme à 35% à la MGEN. Ces taux atypiques illustrent la pratique plus ou moins développée de l'isolement en dehors des espaces dédiés (non conforme à la recommandation de bonne pratique et à ce titre l'objet d'un suivi spécifique (pas toujours observé) dans le registre de l'isolement).

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

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

- **B. MESURES DE CONTENTION**

Établissement	Nombre de patients distincts isolés en 2021	Dont nb de patients distincts contentonnés en 2021	Nombre de patients distincts isolés en 2022	Dont nb de patients distincts contentonnés en 2022
Louis Mourier	89	18 20%	84	45 54%
CASH Nanterre	120	28	120	48

		23%		40%
Corentin Celton	41	7 17%	43	7 18%
Paul Guiraud Clamart	167	15 9%	165	20 12%
MGEN	110	6 5%	65	8 12%
Érasme	242	31 13%	242	31 13%

Pour cent patients placés à l'isolement, **le nombre de patients distincts placés sous contention** varie de 12 patients à la MGEN et Paul Guiraud à 54 à Louis Mourier, pour une moyenne départementale qui s'est accrue de 14 patients en 2021 à 22 en 2022, Il s'agit donc de proportions élevées pour une pratique de dernier recours.

Après avoir atteint un record de 183 patients placés sous contention en 2020, cet indicateur est reparti à la hausse de 51% pour atteindre 159 patients en 2022.

Dans son rapport d'activité 2021, le CGLPL fait état d'une proportion de 27% des patients isolés concernés par la contention. Dans son étude de juin 2022 sur les soins sans consentement, l'IRDES relève également qu'environ un tiers des patients placés à l'isolement ont été concernés par une mesure de contention en 2021, Le **département se situe donc onze points (33%) en dessous de la moyenne nationale**

La proportion de jours passés sous contention pour cent jours placés en isolement varie de 1.5 jours à Erasme à 19 jours à Louis Mourier, pour une moyenne départementale qui s'est accrue pour le département de 3.4 jours en 2021 à 5 jours en 2022.

Après avoir atteint un cumul record de 780 jours passés sous contention en 2020, cet indicateur est reparti à la hausse de 12% pour atteindre 417 jours en 2022.

Depuis mai 2022, une mesure comprend toutes les décisions avec des ruptures de moins de 48 heures. Il n'est donc pas possible de comparer le nombre de mesures entre 2021 et 2022.

La durée moyenne de chaque mesure de contention varie de 0.9 jour à Erasme à 3.3 jours à Corentin Celton pour une moyenne départementale qui s'est à peine réduite de 1.6 jours en 2021 à 1.5 jours en 2022.

Ces durées moyennes interpellent à la lumière tant des recommandations de la HAS (les contentions de plus de 24 heures doivent être exceptionnelles) que du nouvel article 84 du 14 décembre 2020 (qui prévoyait qu'au-delà de la même limite de 24 heures « le médecin informe sans délai

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

Le nombre moyen de placements en contention par patient distinct varie de 1.4 à Max Fourestier à 2.1 à Louis Mourier. La moyenne départementale s'est réduite de 2.2 mesures en 2021 à 1.8 en 2022, à rebours du nombre de mesures d'isolement par patient distinct.

La durée totale passée en contention par patient distinct varie de 1.5 jours à Max Fourestier à 4.1 jours à Corentin Celton pour une moyenne départementale qui s'est réduite de 3.6 jours en 2021 à 2.6 jours en 2022.

Ces données permettent également de distinguer trois cas :

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

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

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

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

La MGEN semble combiner en 2022 le meilleur de ces deux mondes (comme Corentin Celton en 2021 et aucun établissement en 2020)

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

La Recommandation 14 rappelait : « Développer un script informatique pour fiabiliser les remontées automatiques des mesures d'isolement et de contention, afin de corriger les incompatibilités, les périodes de chevauchement, les doublons et les espacements entre les décisions au sein d'une même mesure, source de périodes d'ambiguïté »

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

- Analyser ces données par service et par pôle, afin d'entretenir une réflexion destinée à alimenter la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques
- Distinguer les mesures d'isolement dans un espace dédié et en dehors d'un espace dédié

Mettre en place des audits mensuels de la tenue du registre de l'isolement et de la contention,

Traçabilité des informations réglementaires dans le DPI

Paul Guiraud : le questionnaire de pré visite présente l'analyse par service des données 2023, qui illustrent l'intérêt d'une analyse par service. Elle pourrait expliquer que l'unité Dora Maar présente la durée totale et le délai moyen par patient les plus élevés tant en 2023 que pour les 12 derniers mois.

Corentin Celton : La nature de l'isolement (dans un espace dédié ou non dédié) fait bien partie des données à saisir, mais aucune mesure n'est renseignée en dehors d'un espace dédié.

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

Nous reformulons donc ainsi cette recommandation :

RECOMMANDATION NOUVELLE 16 : EN VUE DE REDUIRE LE RECOURS AUX MESURES DE COERCITION, DEVELOPPER L'ANALYSE DES STATISTIQUES AU-DELA DES RAPPORTS INSTITUES PAR LA LOI, EN EFFECTUANT DES ANALYSES DES PRATIQUES UNITE PAR UNITE

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

La Recommandation 15 rappelait : « Compléter le registre de l'isolement par l'âge et la modalité d'hospitalisation des patients concernés, et respecter les nouvelles dispositions de l'article L3222-5-1 du CSP, qui stipulent d'entrée « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. »

Les isolements de patients en soins libres sont désormais proscrits. Le patient concerné doit être préalablement placé sous le régime des SPSC.

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

MGEN : A noter que lorsque la mesure de contrainte des soins est saisie postérieurement à la prescription d'isolement/contention, les soins sont inscrits "libres" pour toute la durée de la séquence dans le registre isolement/contention, même si dans la réalité le patient était bien admis entre temps en soins sans consentement.

Louis Mourier : L'âge des patients n'est pas mentionné

Nous maintenons donc cette recommandation :

RECOMMANDATION NOUVELLE 17 : COMPLETER LE REGISTRE DE L'ISOLEMENT PAR L'AGE ET LA MODALITE D'HOSPITALISATION DES PATIENTS CONCERNES, ET RESPECTER LES NOUVELLES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L3222-5-1 DU CSP, QUI STIPULENT D'ENTREE « L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION SONT DES PRATIQUES DE DERNIER RECOURS ET NE PEUVENT CONCERNER QUE DES PATIENTS EN HOSPITALISATION COMPLETE SANS CONSENTEMENT. »

La Recommandation 16 rappelait : « *L'isolement psychiatrique d'un enfant ou d'un adolescent doit être évité par tout moyen ; cette pratique ne doit en aucun cas pallier l'absence de structure d'accueil adaptée à son âge* »

La carence de personnel en pédopsychiatrie, la saturation des lits, le manque de structures adaptées et le profil des patients concernés conduisent parfois à la prise en charge exceptionnelle des mineurs âgés de 16 ans et plus en psychiatrie de l'adulte.

Ils sont parfois soumis à de telles mesures de contrainte et courent donc le risque d'être placées en SPSC dans le seul but de régulariser celles-ci.

Paul Guiraud : L'âge des patients est compris entre 17 et 86 ans en 2022, ce qui ne manque pas de soulever des questions aux deux extrémités du spectre. Pour les patients les plus âgés, les risques de désorientation risquent d'être majorés par le placement à l'isolement.

Corentin Celton : relève une proportion en hausse de patients mineurs hospitalisés, parfois jusqu'à quatre ou cinq.

MGEN : « La récurrence des hospitalisations de mineurs en chambre d'isolement nous a d'ailleurs maintenant conduits à décider la mise en place de soins sans consentement avec les documents utilisés pour les patients majeurs afin de préserver leurs droits au maximum. »

Nous maintenons donc notre recommandation.

RECOMMANDATION NOUVELLE 18 : L'ISOLEMENT PSYCHIATRIQUE D'UN ENFANT OU D'UN ADOLESCENT DOIT ETRE EVITE PAR TOUT MOYEN ; CETTE PRATIQUE NE DOIT EN AUCUN CAS PALLIER L'ABSENCE DE STRUCTURE D'ACCUEIL ADAPTEE A SON AGE

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

La Recommandation 17 rappelait : « *La Commission continuera d'être vigilante sur le respect des principes de maintien à disposition du patient provisoirement placé en isolement de son lit en chambre banalisée, et d'interdiction des placements en isolement de patients que leur état médical ne justifie pas par manque de lits d'hébergement, tout en étant consciente de la difficulté de les respecter dans un contexte de saturation globale des capacités d'hospitalisation lié à l'organisation des soins où l'aller-vers demeure marginal.* »

En effet, la saturation des lits conduit parfois à l'hébergement en chambre d'isolement.

Paul Guiraud : En 2023, 22% du temps passé à l'isolement est recensé en dehors d'un espace d'isolement (comparé à 29% en 2022), marquant un répit relatif dans la pression sur la capacité d'isolement

Corentin Celton : Les 59 lits du service (y compris les dix lits intersectoriels de psychiatrie du sujet âgé) sont tous occupés au jour de la visite. Cette situation ne permet pas de conserver un lit miroir pour les deux ou trois patients placés à l'isolement le même jour.

Nous maintenons donc notre recommandation.

RECOMMANDATION NOUVELLE 19: LA COMMISSION CONTINUERA D'ÊTRE VIGILANTE SUR LE RESPECT DES PRINCIPES DE MAINTIEN A DISPOSITION DU PATIENT PROVISOIREMENT ADMIS EN CHAMBRE D'ISOLEMENT DE SON LIT EN CHAMBRE HOTELIERE, ET D'INTERDICTION DES PLACEMENTS EN ISOLEMENT DE PATIENTS QUE LEUR ETAT MEDICAL NE JUSTIFIE PAS PAR MANQUE DE LITS D'HEBERGEMENT, TOUT EN ETANT CONSCIENTE DE LA DIFFICULTE DE LE RESPECTER DANS UN CONTEXTE DE SATURATION GLOBALE DES CAPACITES D'HOSPITALISATION LIE A L'ORGANISATION DES SOINS OU L'ALLER-VERS DEMEURE MARGINAL.

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

C'était l'objet de la Recommandation 18 : « La Commission demande à tous les établissements qui ne lui ont pas remis copie de leurs protocoles d'isolement et de contention actualisés de le faire. Elle demande aux établissements qui ne l'ont pas encore fait de procéder à des audits de leurs pratiques d'isolement et de contention, incluant l'utilisation du registre, allant au-delà des aspects formels pour s'interroger sur leur bien fondé. »

Les politiques générales formalisées issues de la direction de réduction de l'isolement et de la contention se développent, mais ne concernent pas encore la totalité des établissements visités. S'ils s'en préoccupent et les mettent en œuvre, leur effet tarde à se faire sentir.

La difficulté de faire évoluer la « culture soignante » apparaît parfois aussi dans le champ lexical résiduel ou dans le flou des motivations sur lesquelles reposent ces mesures.

Alors que le port obligatoire du pyjama tend à se raréfier, on observe des mesures décidées sans garanties suffisantes, par exemple en l'absence d'intervention effective d'un médecin ou par un médecin non qualifié (interne), ou sans mesures préalables destinées à les éviter.

Ces procédures dégradées répondent à la crise de la démographie médicale, mais constituent cependant un pis-aller, comme relevé dans le rapport thématique du CGLPL « Soins sans consentement et droits fondamentaux » :

« Le CGLPL considère que le psychiatre validant la décision doit avoir conduit avec le patient un entretien permettant éventuellement d'apaiser la crise ou avoir à tout le moins, observé et évalué lui-même son comportement »

Paul Guiraud : Les décisions d'isolement prises par un interne de garde sont validées dans l'heure par un senior sur Planipsy, si nécessaire en télétravail par connexion sur le logiciel.

Max Fourestier : Les quatre actions prévues en 2024 sont :

- Fiabiliser les données
- Former les professionnels
- Poursuivre le déploiement opérationnel d'un espace d'apaisement par unité
- Evaluer l'isolement et la contention (évaluation des pratiques professionnelles sur le sujet)

Corentin Celton : Il n'y a pas de protocole d'isolement spécifique. Un protocole de prescription ainsi qu'un protocole de surveillance infirmière ont été mis en place en 2022 par le siège dans l'application métier ORBIS. Les indications incluent outre celles prescrites dans la recommandation de bonne pratique de la HAS (prévention d'un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif) la limitation des stimulations ou autres indications, qui ne sont pas énoncées dans cette recommandation.

La grille de saisie des mesures d'isolement mentionne également comme motif possible « état d'agitation non dirigée », et « autres »

MGEN : « A noter que certains isolements sont parfois prescrits à visée de diminution des stimulations sensorielles, même si cette indication est déniée par les recommandations. Il est très facilement compréhensible que les stimulations sensorielles peuvent être perçues comme agressives et susciter chez un patient déjà très perturbé, délirant ou en phase maniaque, une surexcitation, qui d'ailleurs concourt à l'imminence d'un passage à l'acte auto et/ou hétéro-agressif. »

Erasme : La politique en faveur de la réduction du recours aux mesures coercitives a été actualisée en juin 2023. Elle intègre le contrôle systématique du JLD sur le renouvellement exceptionnel des mesures, le projet des usagers 2022-2026, les projets d'aménagement des locaux et les nouveaux outils d'alternatives à l'isolement.

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

RECOMMANDATION NOUVELLE 20 : LA COMMISSION RECOMMANDE A LA DIRECTION DES ETABLISSEMENTS QUI EN SONT ENCORE DEPOURVUS DE PUBLIER UNE POLITIQUE GENERALE EN FAVEUR DE LA REDUCTION DU RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION ;

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

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

La Recommandation 19 rappelait : « La Commission salue les premières initiatives portant sur la formation des personnels et l'organisation de la prise en charge visant à répondre à l'objectif de réduction des pratiques d'isolement et de contention, et espère qu'elles aboutiront rapidement à l'inversion de la tendance observée dans la plupart des établissements d'une augmentation de l'usage de l'isolement. »

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

du recours à l'isolement et à la contention, et par la circulaire du 25 mars 2022 du ministère de la justice.

Les résultats de l'étude PLAID-Care (Psychiatrie et libertés individuelles) sur le moindre recours à la coercition en France devaient être connus à la fin de l'année 2023

Les établissements se sont engagés à des degrés divers dans la voie de la réduction du recours à l'isolement et à la contention grâce à l'engagement conjoint de la direction et de la CME :

En réduisant le nombre des chambres d'isolement,

En appliquant avec rigueur la notion de « dernier recours » qui exige de préciser dans les protocoles les alternatives préalables au placement à l'isolement

La réflexion sur la création d'espaces d'apaisement porte sur différents environnements, tels que Snoezelen ou Wavecare (développé avec succès au Danemark depuis 2014).

Les formations visent la prévention de la crise ou de la violence

La prise en compte de l'expérience patient peut prendre la forme d'un plan de crise conjoint développé en particulier en ambulatoire. Il pourrait être proposé aux patients ayant connu un épisode d'isolement. Des études ont prouvé que cet outil (facilité par un médiateur de santé pair) permet de réduire le recours aux SPSC, aux urgences et à la coercition.

Recueillir par le biais d'un questionnaire le vécu du patient à sa sortie d'isolement

Améliorer la sécurité des professionnels et des patients

Paul Guiraud : deux espaces d'apaisement (respectivement dans l'unité Auguste Rodin et PJ Béranger) ont été réalisés en 2022 (sur un crédit de 190 KEUR) ; dans les unités d'entrants, l'une des deux chambres d'isolement sera transformée en espace d'apaisement ouvert à tous les patients de l'unité, alors qu'une chambre d'hébergement sera habilitée en chambre fermable. Un appel à projets sera souscrit en ce sens.

Un secteur du GHPG a initié en 2022 la démarche « mon GPS » pour l'élaboration d'un plan de crise conjoint.

Max Fourestier : Les locaux prévus pour l'aménagement d'un espace d'apaisement de type snoezelen sont identifiés dans chacune des deux unités, pour installation ce printemps.

Le secteur fermé de la Garenne Colombes - Bois Colombes : présente la caractéristique de n'avoir jamais compté de chambre d'isolement, en raison d'une politique volontariste de la direction du pôle, axée sur l'apaisement et le travail en équipe.

Corentin Celton : Plan de crise conjoint : l'unité USIP A et les hôpitaux de jour utilisent « la boussole de la santé mentale » du Psycom.

« Cette tendance de réduction du temps passé en isolement peut être expliquée par l'administration plus systématique des médicaments anxio-sédatifs sous forme intra-musculaire si refus de traitement per os permettant un rétablissement plus rapide, ainsi qu'une meilleure disponibilité des soignants pour encadrer et évaluer les temps de sortie d'isolement. Cette dynamique peut s'expliquer par le renforcement progressif des effectifs et de la formation des soignants. »

MGEN : la CME et le bureau qualité ont actualisé le plan d'action 2023 pour la poursuite de l'objectif de réduction du recours à l'isolement

Erasmus : Les alternatives à l'isolement et à la contention font l'objet d'une fiche projet, qui se réfère entre autres au rapport annuel d'activité 2022 de la CDSP et sera intégré au projet d'établissement 2023-2027.

Louis Mourier : Un nouveau groupe de travail va impliquer les soignants sur le moindre recours à l'isolement et à la contention.

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

RECOMMANDATION NOUVELLE 21 : ACCELERER LA MISE EN PLACE D'ESPACES D'APAISEMENT, QUI PERMETTENT DE RESTREINDRE L'USAGE DES CHAMBRES D'ISOLEMENT AUX SEULES CIRCONSTANCES PREVUES PAR LA LOI

RECOMMANDATION NOUVELLE 22 : LA COMMISSION INVITE LES ETABLISSEMENTS QUI NE L'ONT PAS ENCORE ENGAGE A ETUDIER LES CONDITIONS DE MOBILISATION DE L'EXPERIENCE PATIENT (ELABORATION DES PLANS DE PREVENTION PARTAGES, INCORPORATION D'UN OU PLUSIEURS MEDiateURS DE SANTE PAIR DANS LEUR ORGANISATION)

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

La Recommandation 20 suggérait : « Associer la CDSP aux temps d'échange entre établissements, JLD et ARS, comme prévu par l'instruction de la DGOS du 29 avril 2021 relative aux mesures d'isolement et de contention. »

Le contrôle juridictionnel de l'isolement et de la contention imposé par l'article L3222-5-1 du CSP a été modifié par la loi du 22 janvier 2022. Les occasions de saisir le juge restent nombreuses car les mesures atteignent souvent la durée déclenchant cette saisine. En effet, le contrôle juridictionnel des mesures de coercition institue quatre périodes dans le contrôle des mesures :

- une mesure initiale de 12 heures d'isolement ou 6 heures de contention
- trois renouvellements de durée identique restant l'affaire exclusive du médecin, ce qui porte la mesure à 48 heures d'isolement ou 24 heures de contention
- 24 heures supplémentaires pendant lesquelles les proches et le JLD doivent être informés de la mesure
- au-delà de cette durée supplémentaire, c'est à dire au bout de 72 heures d'isolement ou 48 heures de contention, le JLD doit statuer dans un délai de 24 heures

En principe, le circuit d'information du juge est en place, les informations dues au patient sont données et les proches reçoivent l'information qui leur est due

Le tribunal fonctionne comme une organisation autonome décentralisée (DAO) qui prend une décision sur requête, en majorité sur dossier, sauf appel téléphonique au patient et/ou appel

éventuel de l'avocat du patient. Le tribunal de Nanterre n'est pas équipé pour supporter la visio-conférence.

Plus que sur le fond, le tribunal est sourcilieux sur la forme, comme le strict respect des contraintes horaires. La cour d'appel aurait confirmé des mainlevées qui sanctionnaient un dépassement de délai de dix minutes.

Toutes ces contraintes contribuent à la perte d'attractivité de la psychiatrie au sein des établissements désignés pour prendre en charge les SPSC. La seule modération apportée à la réglementation qui encadre les mesures d'isolement est la liberté de programmer les deux consultations par 24 heures.

Les établissements procèdent à l'analyse des mainlevées décidées par le JLD « de façon parfois sibylline », en particulier sous l'égide de la coordinatrice des JLD de Nanterre, afin de respecter au mieux la loi et les droits des patients

La loi d'orientation et de programmation du ministère de la justice du 20 novembre 2023 vise à renforcer les moyens du ministère de la justice et à améliorer l'organisation de celui-ci. A ce titre, les fonctions civiles qu'assure actuellement le juge des libertés et de la détention (JLD) en matière de contentieux des hospitalisations sans consentement seront confiées à un juge du tribunal judiciaire au plus tard le 1^{er} novembre 2024, ce qui ne manque pas d'inquiéter au vu des phases d'apprentissage parcourues depuis la loi du 5 juillet 2011.

Paul Guiraud : Le contrôle judiciaire des mesures d'isolement reste « une usine à gaz voire un enfer », en particulier les weekends, où l'administrateur de garde est requis d'informer le tribunal en temps réel. Il y aurait à ce titre de deux à quatre saisines par jour

Dans 75 % des cas, la demande de prolongation de la mesure a été validée par le JLD qui a donc considéré les mesures comme étant adaptées, nécessaires et proportionnées à la situation des patients. Les quatre premiers motifs de mainlevées sont :

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

Nous constatons une baisse des mainlevées au motif du recours de l'interne sans validation du senior mais une augmentation des mainlevées au motif de l'absence de renouvellement des prescriptions.

Corentin Celton : précise « nous avons très peu de mainlevée pour défaut de prescriptions. C'est la preuve que nos pratiques sont conformes ». Une assistante de gestion des SPSC est venue renforcer en début d'année le cadre administratif et la gestionnaire des SPSC, afin de faire face aux nouvelles contraintes imposées dans ce domaine.

Erasme : a privilégié deux axes d'action pour la gestion de l'isolement et la contention :

L'organisation d'une permanence administrative (DIM et AMA) d'astreinte les weekends et jours fériés pour assurer les tâches administratives exigées par ces mesures

La réduction des erreurs identifiées dans le passé a permis une nette réduction ces derniers mois des mainlevées pour vice de forme décidées par le JLD, ce qui allège un peu la charge de travail. Il reste à l'établissement à s'approprier le suivi des mesures de renouvellement exceptionnelle sur une période glissante de 15 jours.

Guide à l'usage des représentants des usagers dans les CDSP : la commission a remis aux établissements le guide publié par l'UNAFAM et préfacé par Madame le CGLPL, en lui demandant de bien vouloir le transmettre au juge en charge des audiences de contrôle des hospitalisations sans consentement.

La commission évoque à cet égard la circulaire du ministère de la justice du 25 mars 2022, qui rappelait : « Si cela s'avère nécessaire, les espaces d'échange développés au niveau territorial entre les présidents des tribunaux judiciaires, les juges des libertés et de la détention, les directions et commissions médicales d'établissement concernées, **le président de la CDSP** et les ARS pourront être mobilisés... »

Nous maintenons donc cette recommandation.

RECOMMANDATION NOUVELLE 23 : ASSOCIER LA CDSP AUX TEMPS D'ÉCHANGE ENTRE ÉTABLISSEMENTS, JLD ET ARS, COMME PREVU PAR L'INSTRUCTION DE LA DGOS DU 29 MARS 2022 RELATIVE AUX MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION.

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

I. LA TRANSPARENCE PROGRESSE-T-ELLE ?

Le rapport annuel rendant compte des pratiques d'isolement et de contention institué par la loi du 26 janvier 2016 doit être transmis pour avis à la CDU et au CDS de chaque établissement, ainsi qu'à l'ARS et à la CDSP, au plus tard le 30 juin de chaque année suivante.

La Recommandation 21 avait alerté : « : Transmettre pour avis les rapports annuels sur les pratiques d'isolement et de contention à la CDU et au conseil de surveillance de chaque établissement, ainsi qu'à l'ARS et à la CDSP, au plus tard le 30 juin de chaque année suivante. »

Le panorama 2023 de ce jalon important de la démocratie sanitaire **marque un nouveau progrès** pour la réalisation totale de cet objectif

La recommandation 22 énonçait de façon plus spécifique : « : Compléter le rapport annuel 2021 du Groupe Hospitalier Paul Guiraud rendant compte des pratiques d'isolement et de contention (comme dans les précédents rapports annuels) par la segmentation des principaux éléments quantitatifs des services de psychiatrie générale, afin de distinguer les deux établissements de Clamart et Villejuif (nombre de mesures, nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure, durée moyenne des mesures)

Analyser ces éléments rapportés aux seuls patients en soins sans consentement,

Compléter les autres paramètres qui font défaut dans ce rapport annuel, tels que la durée maximale des mesures et le pourcentage de patients en SSC ayant fait l'objet d'une mesure. »

Le rapport annuel 2022 a été dûment enrichi pour pallier les lacunes observées ci-dessus.

La Recommandation 23 rappelait : « *Redoubler d'effort au sein de l'ARS, afin de compléter le recrutement de la CDSP par la désignation par le préfet du médecin généraliste destiné à remplacer le dernier titulaire, démissionnaire depuis janvier 2020, ainsi que du médecin psychiatre à désigner par le procureur général près la Cour d'appel (en intégrant dans la mesure du possible un suppléant pour chaque membre de la Commission)* »

Un arrêt de janvier 2023 de la Cour de cassation a jugé que le défaut d'information de la CDSP des décisions d'admission peut porter atteinte aux droits de la personne concernée et justifier une mainlevée de la mesure de SPSC. Pour les patients, c'est la perte d'une garantie essentielle.

Dans son rapport d'activité 2022, le CGLPL rappelle que notre commission concourt directement au respect des droits des patients, et déplore qu'elle soit incomplète : « Le contrôle de la CDSP est essentiel. Le CGLPL appelle donc à la remise sur pied à court terme de toutes les CDSP et invite le législateur à évaluer leur fonctionnement pour examiner l'opportunité d'un retour des magistrats en leur sein ».

Les rapports annuels d'activité de la CDSP de 2018 à 2022 sont accessibles sur le site de l'ARS, mais ce n'est plus le cas des postes à pourvoir au sein de la CDSP.

Nous maintenons donc cette recommandation.

RECOMMANDATION NOUVELLE 24 : REDOUBLER D'EFFORT AU SEIN DE L'ARS, AFIN DE COMPLETER LE RECRUTEMENT DE LA CDSP PAR LA DESIGNATION PAR LE PREFET DU MEDECIN GENERALISTE DESTINE A REMPLACER LE DERNIER TITULAIRE, DEMISSIONNAIRE DEPUIS JANVIER 2020, AINSI QUE DU MEDECIN PSYCHIATRE A DESIGNER PAR LE PROCUREUR GENERAL PRES LA COUR D'APPEL (EN INTEGRANT DANS LA MESURE DU POSSIBLE UN SUPPLEANT POUR CHAQUE MEMBRE DE LA COMMISSION)

La Recommandation 24 suggérait : « *Sans préjudice de l'obligation faite au maire de la commune de visiter au moins une fois par an les établissements de santé chargés d'assurer les SPSC, il serait souhaitable pour l'édification des élus visés par le CSP qu'ils s'emparent de leur droit de visite des établissements chargés d'assurer ces soins.* »

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

Erasme : Madame la députée de la circonscription d'Antony, Bourg la reine, Sceaux, et Chatenay-Malabry a visité l'établissement le 20 novembre 2023. Après un échange riche et documenté avec l'équipe de direction, cette visite a continué à l'UIA et l'unité pour adolescents, où la députée a pu rencontrer les personnels en service au sein de ces deux structures.

L'élue a été particulièrement sensible à "l'engagement des équipes au service des autres et à leur passion pour leur travail". Cette appréciation élogieuse rejoint celle qui avait été exprimée récemment à la suite de la visite de certification de la HAS.

L'établissement a pu lui remettre une « liste d'attente d'évolution » dont la simplification des procédures. En effet, l'explosion de la lourdeur administrative présente de nombreux inconvénients pour la prise en charge des patients (perte de temps et d'opportunité, vague de

départs entre autres maux). L'empilement des contraintes a même eu raison du bon fonctionnement de la justice.

Devant la myopie de certains décideurs devant la situation de la psychiatrie, ces remontées du terrain permettraient une prise de conscience : nous maintenons donc cette recommandation.

RECOMMANDATION NOUVELLE 25 : SANS PREJUDICE DE L'OBLIGATION FAITE AU MAIRE DE LA COMMUNE DE VISITER AU MOINS UNE FOIS PAR AN LES ETABLISSEMENTS DE SANTE CHARGES D'ASSURER LES SSC, IL SERAIT SOUHAITABLE POUR L'EDIFICATION DES ELUS VISES PAR LE CSP QU'ILS S'EMPARENT DE LEUR DROIT DE VISITE DES ETABLISSEMENTS CHARGES D'ASSURER CES SOINS.

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

La recommandation n°25 rappelait « La Commission réitère sa demande, adressée à l'ARS, que celle-ci fasse appliquer par l'établissement de santé mentale MGEN de Rueil-Malmaison ses obligations de répondre aux demandes d'information formulées par la commission, en particulier dans le cadre de son questionnaire de pré-visite »

Nous maintenons cette recommandation, visiblement restée lettre morte, l'établissement considérant comme optionnel le respect de l'article L3223-1 du code de la santé publique :

« Les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes les demandes d'information formulées par la commission »

RECOMMANDATION NOUVELLE 26 : LA COMMISSION REITERE SA DEMANDE, ADRESSEE A L'ARS, QUE CELLE-CI FASSE APPLIQUER PAR L'ETABLISSEMENT DE SANTE MENTALE MGEN DE RUEIL-MALMAISON SES OBLIGATIONS DE REPONDRE AUX DEMANDES D'INFORMATION FORMULEES PAR LA COMMISSION EN PARTICULIER DANS LE CADRE DE SON QUESTIONNAIRE DE PRE-VISITE

CONCLUSION :

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

Les rapports du CGLPL (rapports thématiques ou rapports de visite) cités dans le présent rapport d'activité sont la source de points de vigilance, dont la CDSP peut exercer le suivi au bénéfice des patients avec une fréquence supérieure à celle d'une telle autorité administrative indépendante (11 ans ont séparé les deux visites du CGLPL à l'EPS Erasme ; aucune visite à Louis Mourier à ce jour)

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

Pour le reste, cette feuille de route, lancée en 2018 et enrichie en 2021 de mesures prises dans le cadre des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie reste à ce jour la seule modeste boussole pour remédier au déficit d'attractivité de la psychiatrie.

La mise en place d'un conseil national (CNR) de la refondation santé mentale annoncé en septembre 2023 par le Président de la République a alerté les usagers, leurs familles et les professionnels, qui ont exprimé leur souhait d'un véritable plan pour la psychiatrie, qu'on ne peut réduire à la seule santé mentale. Enfin, le collectif santé mentale 2025 appelle à faire de la santé mentale une priorité des politiques de santé publique, au titre de grande cause nationale en 2025.

Une prise en charge plus précoce et mieux coordonnée (école, famille, soignants...) des personnes en souffrance psychique dans une société inclusive, stigmatisant moins leurs difficultés reste un objectif sociétal prioritaire. Il faudrait pour le décliner utilement assurer sur l'ensemble du territoire une qualité de soins suffisante, promouvant les progrès de modalités de prise en charge et les bonnes pratiques, et permettant ainsi à chaque individu d'évoluer, autant que faire se peut, sur la voie du rétablissement. La disparité de qualité de l'offre de soins et la méconnaissance du grand public des questions de santé mentale restent malheureusement des freins à cet objectif.

Localement, **le projet territorial en santé mentale (PTSM)** est un outil de déclinaison de la politique de santé mentale, élaboré à l'initiative des acteurs locaux, pour améliorer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Différents groupes de travail sont chargés de rédiger des fiches action issues du PTSM, qui seront validées par l'ARS, à travers en particulier les appels à projets lancés pour répondre aux objectifs retenus. Ce projet a impliqué de nombreux acteurs institutionnels et associatifs, qui seront vigilants pour que le PTSM remplisse toutes ses promesses

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

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

Membres prévus	Membres désignés	Date originale de Prise de fonctions
Un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel	La présence du magistrat a été abrogé par la loi du 23 mars 2019 de programmation et de réforme de la justice	NA
Un médecin psychiatre désigné par le représentant de l'Etat	Monsieur le docteur Philippe Gauthier	Septembre 2018
Un psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel	Non encore désigné (en remplacement de Madame le docteur Laurence Bigot-Plantade)	
Un médecin généraliste désigné par le	Non encore désigné (en remplacement de	

Représentant de l'État	Monsieur le docteur Jean-Pierre Gaston Carrère, ex-Président de la Commission)	
Un représentant d'association agréée de personnes malades	Monsieur Thierry Villers, représentant la Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie (FNAPSY)	Janvier 2017
Un représentant d'association agréée de familles	Madame Isabelle Bianquis représentant l'Union Nationale des Familles et Amis de Malades Psychiques (UNAFAM)	Septembre 2020

Le secrétariat de la Commission est assuré par le Département des relations avec les usagers et Soins sans consentement de la Délégation Départementale des Hauts de Seine de l'Agence régionale de Santé d'Île de France qui est invité à participer à l'ensemble des visites d'établissements.

ANNEXE 2 : COMPETENCES DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

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

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

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

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

3° Examine, en tant que de besoin, la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale et, obligatoirement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Établissement	Secteur	Villes Concernées	Population Municipale	FA de patients suivis en ambulatoire (dont PDS)	Nombre de lits
Louis Mourier Colombes	92G06	Colombes	85 177	592 (137)	40+4 CI

	Intersectorielles				17
Max Fourestier Nanterre	92G07	Courbevoie	81 719	417 (17)	20
Max Fourestier Nanterre	92G10	Nanterre	95 105	1092 (15)	24
	Intersectorielles				23 + 4 CI
Corentin Celton Issy-les- Moulineaux	92G12	Issy les Moulineaux, Vanves	96 180	591 (40)	49+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G16	Meudon Chaville	65 872	865 (0)	20+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G17	Clamart Le Plessis Robinson	82 071	1002 (0)	18+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G18	Montrouge Malakoff	80 980	1242 (0)	21+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G19	Châtillon Bagneux	78 273	1338	21+2 CI
	Intersectorielles	Toutes les villes	307 196	(160)	36
Mgen Rueil Malmaison	92G08	Neuilly- sur- Seine	60 361	NC	
Mgen	92G11	Rueil-	78 152	NC	58+3 CI

Rueil Malmaison		Malmaison			
Érasme Antony	92G09	Suresnes Puteaux	92 909	47 (15)	17+2 CI UIA : 17+2
Érasme Antony	92G20	Sceaux Châtenay- Malabry Fontenay- aux-Roses	77 194	36 (24)	17+2 CI UIR : 26 lits
Érasme Antony	92G21 Intersectorielles	Antony Bourg-la Reine	83 237	61 (45) (8410)	17+2 CI Unité Minkowski 19 lits
Totaux			1 057 230	4 298 (11 619)	467+29 CI