
Commission Départementale
des Soins Psychiatriques
des Hauts-de-Seine
Rapport annuel d'activité 2025

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

Avant-propos.....	4
Introduction	6
Chapitre 1. Impact de la crise de la psychiatrie	7
I. Persistence de la pénurie de personnel	7
II. Tension sur la capacité d'hébergement	9
III. Tension sur les services d'accueil d'urgence (SAU)	10
Recommandation 1 : Sans préjuger des solutions alternatives à l'hospitalisation et afin de pallier la carence des services d'urgence, privilégier pour certains patients, ne présentant pas une urgence somatique, l'admission directe en établissement spécialisé, où sera pratiqué l'examen somatique prescrit par l'article L3211-2-2 du CSP (patients en soins libres (ou leurs proches) préoccupés par l'évolution de leurs troubles, nécessité d'ajuster un traitement médicamenteux, séjours dits séquentiels, réintégration en hospitalisation complète d'un patient en rupture d'un programme de soins, patients difficiles et autres)	13
Recommandation 2 : Veiller à respecter dans les SAU la prise d'effet de la période d'observation et de soins initiale (POSI) dès le début de la prise en charge psychiatrique aux urgences, la traçabilité des mesures d'isolement et de contention, ainsi que l'article L3211-2-3 du CSP, qui prescrit le transfert vers un établissement spécialisé au plus tard sous 48 heures.	13
Chapitre 2. Le respect des droits fondamentaux et de la dignité	13
I. Améliorer la connaissance des droits des patients.....	13
Recommandation 3 : S'assurer que l'ensemble des pièces administratives et médicales exigées par la procédure des SSC sont dûment complétées et validées. En particulier, l'ensemble des pièces (l'arrêté du préfet, la décision du directeur d'établissement, les certificats médicaux, l'identité du tiers ayant demandé l'admission) justifiant l'admission ou le maintien en soins sans consentement doivent être remises au patient lors de sa notification.	14
Recommandation 4 : Etudier la possibilité de mettre en place dans chaque établissement une mission dédiée aux Quality Rights telle que proposée par le CCOMS.	15
II. Respect de la dignité des patients	15
Recommandation 5 : en vue de garantir aux patients placés à l'isolement des conditions dignes et l'accès à des installations sanitaires respectant leur intimité, remédier dès que possible au caractère carcéral ou délabré de nombreuses chambres d'isolement.	17
Recommandation 6 : Intégrer dans le schéma directeur immobilier (SDI) du Groupe Hospitalier Paul Guiraud (GHPG) l'objectif de relocaliser les chambres d'isolement, afin de prendre en charge les patients placés à l'isolement directement dans le pôle où ils sont hospitalisés	17
Recommandation 7 : Accélérer la mise en place de badges programmables ou de bracelets d'accès afin de garantir la liberté d'aller et venir aux patients en soins libres et à ceux qui ne sont pas confinés dans l'unité fermée.	18
D) Activités thérapeutiques, occupationnelles et de détente intégrées au projet de soins.....	18
Recommandation 8 : Calibrer la dotation en personnel spécifiquement formé afin d'encadrer les activités thérapeutiques, occupationnelles et de détente décloisonnées intégrées au projet de soins, en particulier à l'extérieur, en priorité pour les patients des unités fermées.....	19
III. Le droit au respect de la vie privée.....	19
Recommandation 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 SSC de maintenir des liens familiaux et de la vie privée. Les interdictions ne peuvent être prescrites que sur décision médicale individuelle et motivée.	19

IV. La CDSP doit rapidement fonctionner au complet	19
Recommandation 10 : 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 de la Cours d'appel (poste vacant depuis novembre 2023)	
	19
Chapitre 3 : Evolution du nombre de patients admis en SSC	20
I. Le nombre des hospitalisations complètes	21
II. Le nombre des patients admis en soins sans consentement (SSC)	21
III. Les modes légaux de SSC : admissions en SDT (soins à la demande d'un tiers).....	21
IV. Les modes légaux de SSC : admissions en SPI (soins sur péril imminent)	21
V. Les modes légaux de SSC : admissions en soins à la demande du représentant de l'état SDRE	22
Recommandation 11 : 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.	
	24
VI. Renforcer la détection et l'intervention précoce	24
Recommandation 12 : : La commission encourage les établissements à consolider et/ou accélérer la mise en place d'équipe dédiée à la détection de signaux d'alerte et à l'intervention précoce pour initier ou réajuster la prise en charge	
	26
VII. L'attention à porter aux programmes de soins (PDS)	26
Recommandation 13 : La Commission invite les établissements à poursuivre les travaux de réorganisation des parcours de soins des patients en sorte de réduire les risques de rupture de soins.....	
	29
VIII. Des durées de maintien en SSC jugées préoccupantes.....	29
Recommandation 14 : Le certificat médical est un acte horodaté et signé par son rédacteur, qui constate ou interprète les symptômes cliniques et les examens paracliniques, présentés par un patient, dans un but justifié et établi à la demande de celui-ci ou à celle d'une autorité publique habilitée. Le médecin ne peut établir de certificat et faire constat que de faits qu'il a personnellement et cliniquement constatés, à l'instant de l'examen, sans pouvoir se prononcer sur leur évolution à court, moyen ou long terme, s'agissant notamment de la seule dangerosité psychiatrique et non sociale, qu'il n'a pas compétence à décrire.	
	30
IX. Dematérialisation du livre de la loi.....	30
Recommandation 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 SSC.	
	31
Prévoir un poste de travail connecté au logiciel retenu afin de permettre à la commission l'accès aux dossiers individuels des patients qu'elle est tenue de contrôler.....	
	31
Préciser le protocole de visa de la commission à apposer au livre de la loi et aux dossiers individuels des patients tenus dans le logiciel.	
	31
Dans cette attente, et en tant que procédure dégradée, transmettre a minima à la commission les dossiers des patients en SSC reçus en audition par la commission. 31	
Chapitre 4 : Suivi de l'objectif de réduction de l'isolement et de la contention.....	31
I. La fréquence du recours à l'isolement et à la contention	31
Recommandation 16 : Veiller à ne placer en chambre d'isolement les personnes détenues hospitalisées en unité fermée en application de l'article D398 du CPP que sur la base de leur état de santé	
	36
II. La tenue du registre, outil central de la politique de réduction ?.....	36

Recommandation 17 : En vue de réduire le recours aux mesures de coercition, développer l'analyse des données au-delà des rapports institués par la loi, en effectuant des analyses de ces pratiques selon toutes les dimensions suivies dans le registre et dans les systèmes d'information.	36
III. Nouvelles dispositions issues de l'article 17 de la loi du 22 janvier 2022	36
Recommandation 18 : Compléter l'extraction du registre de l'isolement et de la contention communiquée à la commission par l'identifiant anonymisé, l'âge et la modalité d'hospitalisation des patients concernés.	37
Recommandation 19 : A fin de se conformer à la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), 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	38
Recommandation 20 : La Commission continuera d'être vigilante sur le respect du principe 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.	38
IV. Des politiques de réduction ont-elles été définies ?	38
Recommandation 21 : la commission recommande à la direction des établissements qui en sont encore dépourvus de publier une politique générale en faveur de la réduction du recours à l'isolement et à la contention ;	39
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 ;	39
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.	39
Recommandation 22 : accélérer la mise en place d'espaces d'apaisement, qui permettront de restreindre l'usage des chambres d'isolement aux seules circonstances prévues par la loi	40
Recommandation 23 : La Commission invite les établissements qui ne l'ont pas encore engagé à étudier les conditions de mobilisation de l'expérience patient (élaboration des plans de prévention partagés et incorporation de médiateurs de santé pair dans leur organisation)	42
Recommandation 24 : La Commission recommande la mise en place systématique de réunions soignants-soignés régulières dans toutes les unités d'hospitalisation.....	42
V. L'instauration d'un recours effectif contre les mesures d'isolement et de contention	42
Recommandation 25 : Associer la CDSP aux temps d'échange entre établissements, JLD et ARS, comme prévu par l'instruction de la DGOS du 29 mars 2022 relative aux mesures d'isolement et de contention.	44
Conclusion :	44
Annexe 1 : Composition de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques des Hauts de Seine	45
Annexe 2 : Compétences de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques	46
Annexe 3 : Organisation de la psychiatrie publique dans les Hauts de Seine	47

AVANT-PROPOS

En préambule à ce rapport de la CDSP, cette année nous souhaitons faire quelques observations sur les entretiens avec les personnes prises en charge pour être soignées en soins sans consentement.

En 2025, nous avons reçu -à leur demande- 56 personnes hospitalisées dans ce cadre spécifique des soins psychiatriques sans consentement, et nous avons écouté leurs parcours, leurs difficultés, et leurs attentes.

Il s'agit d'hommes et de femmes âgées de 18 à 90 ans, seuls ou entourés, diplômés ou non, SDF ou pas, d'origine socio-professionnelle ou culturelle différente, mais tous hospitalisés ensemble.

Ce sont des entretiens dont on ne ressort pas indemnes tant nous percevons la grande sensibilité de chacun, les acquis, le potentiel, les efforts, mais aussi l'immense bouleversement occasionné par la maladie et subi par le patient. Il en résulte des parcours de vie plus chaotiques que d'autres, des moments de grandes souffrances et d'interrogations, mais aussi un intense besoin d'être soutenu et valorisé.

Nous entendons, écoutons, et ressentons dans ce temps de dialogue, la perte de l'estime de soi, le besoin d'activités mais à doser avec la fatigabilité, l'injustice de la maladie, les bouleversements familiaux, la difficulté à être compris par son entourage ou comprendre ce qui vous arrive, le besoin d'être rassuré et revalorisé, la perception compliquée de ses limites et de ses symptômes, l'envie de parler et d'être écoutés, le parcours de vie alourdi par la maladie....

Ils nous parlent aussi de leur hospitalisation, donnent leurs avis sur les soins, leurs traitements, ses effets indésirables, la nourriture, l'environnement. Ils évoquent des attentes aux urgences souvent dans des conditions difficiles, ou parfois le traumatisme de la contention ou des périodes d'isolement, les visites ou le manque de visite, les sorties ponctuelles. Ils décrivent aussi leurs trajectoires personnelles, se questionnent sur leur lien familial, la préparation de la sortie d'hôpital, leurs droits... Ils ont envie de parler, d'échanger.

Nous essayons lors de ces entretiens de renvoyer à chacun son individualité et des pistes de projection positives, de prendre en compte ce qu'il nous dit sans jugement de valeur et de façon apaisée et apaisante. Nous faisons notre possible pour que ces moments partagés leur laissent une trace rassurante et donnant envie d'avancer.

Bien sûr le non suivi ou l'interruption du traitement est un facteur commun à grand nombre des ré-hospitalisations et nos observations 2024 sur ce point restent actuelles :

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

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

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

A rajouter aux observations 2024 comme piste actuelle pour améliorer l'acceptation des soins :

-La piste des « directives anticipées en psychiatrie » à travers des outils tels que « mon GPS » qui devrait aussi contribuer à favoriser les soins en prenant en compte les attentes et les observations du patient lorsqu'il va bien pour pouvoir les mettre en œuvre lorsqu'il va moins bien. Cet échange individuel et privilégié autour de cet outil contribue à responsabiliser la personne, à faire attention à sa parole et son expérience, et lui reconnaître une possibilité d'agir sur ses symptômes

et sa prise en charge. C'est un moment de dialogue et de co-construction particulier à travailler par le personnel avec le patient.

-La prise en compte des familles, de leur vécu, et de leurs observations, est également une ressource importante pour chacun, soignant et soigné. Cela doit maintenant devenir évident pour tous partout. Les modules de sensibilisation ou de formation à leur intention sont à multiplier ainsi que les temps de partages d'informations pour limiter sensiblement les hospitalisations en urgence.

Un souhait pour réduire sensiblement les soins sans consentement ...toujours le même :

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

Une piste de réflexion sociétale :

Dans ce lieu médical si singulier- puisque fermé et en dehors du cadre de la vie habituelle en société- des personnes d'origine, d'âge, voire de parcours, très différents, vivent un temps ensemble avec un dénominateur commun le besoin de soins. Ils se reconnaissent et s'acceptent à l'aune de cette situation spécifique avec une appréhension moindre du regard de l'autre que « dehors ».

Pourtant ce « huis clos » hospitalier aurait sans doute besoin d'être mieux irrigué par la société extérieure et ses représentants institutionnels, associatifs, ou bénévoles, pour que la confiance grandisse entre ceux qui vont bien et ceux qui vont moins bien et afin que chacun ait moins peur de l'autre. Un pari de société plus apaisée qui reste encore à mettre en œuvre.

INTRODUCTION

La Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) des Hauts de Seine, instituée par la loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 5 juillet 2011, a souhaité, tout au long de l'exercice de sa mission, partager avec ses interlocuteurs le sens qu'elle donnait à l'article L 3222-5 du code de santé publique (CSP) la définissant comme « chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement (SSC) au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes ». L'annexe 1 du présent rapport précise sa composition et l'annexe 2 détaille ses compétences. L'annexe 3 présente un tableau synthétique des établissements désignés pour assurer les SSC dans le département.

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 quatre axes, reviendra sur l'impact de la crise que traverse la psychiatrie, le respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients, l'évolution quantitative des patients admis en SSC, et enfin la poursuite de l'objectif de réduction du recours à l'isolement et à la contention.

CHAPITRE 1. IMPACT DE LA CRISE DE LA PSYCHIATRIE

La Commission a pu visiter deux fois en 2025, chacun des sept établissements habilités à recevoir des patients admis en SSC dans le département.

Hôpital Max Fourestier, Nanterre	5 février et 1 ^{er} octobre
EPS Roger Prévot, Nanterre	5 février et 1 ^{er} octobre
Hôpital Corentin Celton, Issy les Moulineaux	5 mars et 15 octobre
ESM MGEN, Rueil-Malmaison	2 avril et 5 novembre
EPS Érasme, Antony,	14 mai et 12 décembre
Hôpital Louis Mourier, Colombes	4 juin et 10 décembre
EPS Paul Guiraud, Clamart	15 janvier et 24 septembre

I. PERSISTENCE DE LA PENURIE DE PERSONNEL

A) EN GENERAL

Le contexte très tendu sur le plan des ressources humaines médicales et paramédicales persiste alors même que les besoins en santé mentale sont croissants, en particulier chez les mineurs et jeunes adultes. Malgré des politiques d'attractivité (dont le plan Ségur de 2020 et les assises de la psychiatrie de 2021), les postes sont partiellement pourvus en employant des internes ou intérimaires.

Les causes des difficultés de recrutement sont multiples : pénurie de professionnels qualifiés, lourdeur administrative des SSC, environnement et conditions de travail difficiles, stigmatisation de la psychiatrie de secteur, charge de travail élevée, rémunérations non attractives entre autres.

B) MEDECINS

40% des postes de praticiens hospitaliers sont vacants en psychiatrie. La rédaction des certificats médicaux (CM) exigés par les SSC mobilise les médecins aux dépens du temps consacré aux patients, et leur interdit également de partager leur connaissance clinique avec le personnel non médical faute de temps disponible.

C) INFIRMIERS DIPLÔMÉS D'ÉTAT (IDE)

Le parcours d'accès spécifique santé (PASS) reste en tête en nombre de vœux sur Parcoursup en 2024, alors que la formation au diplôme d'Etat d'infirmier est la troisième formation la plus demandée en 2024 (la seconde en 2023). Cette formation fait malheureusement l'objet de nombreuses défections au cours des trois années d'études : « Il y a souvent un décalage entre ce qui est imaginé de la formation et ce que sont réellement le monde hospitalier et le stage ».

Ce manque de ressources adaptées peut entraîner un sentiment d'insécurité propice à entraver le respect des droits des patients.

(Extraits de rapports de visite)

Paul Guiraud : Le pôle commence à sortir de la crise des effectifs : 37% des postes d'IDE sont encore vacants, de même que 25% des postes de cadres de santé, psychomotriciens et ergothérapeutes, et 4% des postes d'aides-soignants. Les médecins sont presque au complet, mais certains postes sont occupés par des stagiaires associés, des internes ou des docteurs juniors.

Max Fourestier : confirme une certaine pérennité des difficultés de recrutement : 23 postes sont vacants soit 30% de la cible.

La situation de l'effectif s'est stabilisée en raison des recrutements récents et de l'abandon d'un certain nombre de projets de départ. C'est le fruit des efforts récents pour améliorer l'ambiance du service, la mutualisation de l'encadrement, l'homogénéisation des pratiques, l'encouragement à la mobilité interne et le partage d'information. Par exemple, l'encadrement des unités 3 et 4 a été mutualisé. L'établissement propose des logements intermédiaires aux personnels des métiers en tension avec la prise en charge d'un tiers du loyer.

Les médecins sont aussi sollicités par les gardes de nuit au SAU (ils bénéficient dans ce cas d'une journée de récupération et sont donc absents le lendemain). Le service n'emploie pas d'internes.

Corentin Celton : des renforts médicaux sont attendus en novembre sur les deux postes d'assistant des services hospitaliers. Un médecin PADHUE (praticien à diplôme hors union européenne) suit un parcours de consolidation auprès du DMU.

La situation compliquée de l'effectif paramédical a été améliorée par la mutualisation des deux unités A et B, grâce à un gros travail des cadres, et le recours à l'intérim.

MGEN : compte sur quelques médecins vacataires fidèles et consciencieux employés en CDD, pour pallier les carences de l'effectif, mais qui compliquent l'organisation des plannings.

Les contacts pour recrutement de médecins sont positifs pour l'intra hospitalier : trois recrutements de psychiatres ont abouti, dont un jeune médecin, un second addictologue et un CDI programmé au 30 juin 2026.

Dans un marché concurrentiel, l'établissement a dynamisé la communication des offres d'emploi en s'appuyant sur ses projets novateurs, dont le service d'addictologie et la plateforme de réhabilitation psychosociale Réh'Inspire.

Erasmus : La situation de l'effectif médical et paramédical s'améliore au prix d'effort et de vigilance : un médecin pédopsychiatre et une infirmière dédiée seront recrutés en janvier au SAU de Béclère. Le recours à l'intérim médical recule, de même pour les IDE, dont certaines ont pu être titularisées.

La concurrence s'exerce même au sein du GHT, où l'établissement propose des chèques emploi service universels (CESU) pour concurrencer les crèches hospitalières sur les sites de Villejuif et Clamart. L'aide au logement pour les médecins et IDE repose sur 25 appartements

(dont 4 vacants aujourd'hui) qui peuvent être proposés en sous location, par exemple pour les médecins étrangers. L'ARS apporte aussi une aide dégressive de 50% du loyer.

Louis Mourier : Le projet d'aménagement contribue à l'attractivité du service, de même que la polyvalence des métiers, la journée de 12 heures le jour et 10 heures la nuit, la réactivité du centre ambulatoire, et les conditions d'accueil au service d'urgence, qui permettent de donner du sens à l'engagement des professionnels.

La situation de l'effectif s'améliore : les cadres sont désormais au complet, trois IDE ont pu être recrutées à leur sortie de l'IFSI en mars, qui bénéficient d'un parcours d'intégration.

Des séminaires de psychiatrie ont été proposés aux étudiants de l'IFSI, à qui est également proposé un parcours d'intégration d'un mois dans tous les services de l'établissement, sous réserve d'acceptation de leur candidature. Cette démarche innovante pourra qualifier le service au label « service apprenant » de l'AP-HP, qui distingue les services hospitaliers qui s'engagent activement dans la formation, l'intégration des nouveaux professionnels et l'amélioration continue des pratiques.

La psychiatrie bénéficie d'une exemption de l'APHP pour le recours à l'intérim, qui vient compléter les heures supplémentaires, le pool de salariés polyvalents de l'établissement et la mutualisation entre les unités adultes et avec la pédopsychiatrie.

II. TENSION SUR LA CAPACITE D'HEBERGEMENT

Cette crise démographique, avait conduit à diminuer la capacité en lits et entraîne de nombreux inconvénients, en particulier les tensions capacitaires, en hospitalisation et ambulatoire.

L'utilisation de la capacité d'hébergement est un bon indicateur de la qualité de la prise en charge. Une embolie chronique des lits d'hébergement et des sorties prématurées d'hospitalisation sont des signaux d'alerte sur la qualité du suivi en ambulatoire.

Paul Guiraud : Le pôle a répondu à un appel à projet de l'ARS pour une nouvelle unité inter établissements (les 4 secteurs du pôle et les 2 secteurs sud d'Erasmus).

L'unité ouverte Fernand Léger, qui comptait 18 lits, est fermée depuis janvier 2023, à l'exception de 7 lits rattachés à l'unité ouverte Anna Marly. Les 11 lits encore fermés seront rouverts dans le cadre de cette nouvelle unité spécialisée dans la crise (à distinguer des situations d'urgence), par exemple du type anxio-dépressif, ou pour éviter un séjour dans l'UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée) après une admission au SAU pour une crise suicidaire.

Erasmus : Cette offre viendra compléter l'unité intersectorielle Eugène Minkowski de l'EPS Erasmus. Cette unité ouverte accueille les patients des communes des trois secteurs de psychiatrie adulte, notamment des patients souffrant de troubles anxio-dépressifs, mais aussi certaines autres pathologies dont les soins peuvent se dérouler en service ouvert.

Max Fourestier : Depuis l'arrivée du pôle de la Garenne Colombes/ Bois Colombes, le pôle a perdu 24 lits pour se concentrer sur l'offre ambulatoire.

Corentin Celton : Les huit derniers lits provisoirement fermés de l'unité intersectorielle de psychiatrie du sujet âgé ont pu être rouverts au début de l'année.

MGEN : La fin des travaux de modernisation du second étage de la clinique fin 2024, a permis l'ouverture en mars 2025 du service d'addictologie à vocation de tous sevrages simples. Il a fait depuis le plein de ses 13 lits d'hébergement avec un dernier tiers de patients orientés en psychiatrie. Ce projet est attractif vis-à-vis de l'extérieur comme en interne avec la mutation d'une aide-soignante et d'une IDE.

Louis Mourier : Les unités intersectorielles d'addictologie et l'UPAJ (unité de psychiatrie périnatale jeune adulte) fermées temporairement par manque de personnel sont utilisées comme une rocade durant la période des travaux. L'unité fermée de l'aile sud est provisoirement transférée vers l'aile ouest qui abritait ces deux unités.

Les 9 lits de l'UPAJ sont actuellement fermés en raison du manque de personnel, 4 lits restant hébergés par l'aile Nord. La fermeture de cette unité, qui offrait un havre protégé aux jeunes patients à compter de 16 ans, entraîne temporairement la coexistence de ces jeunes patients avec les patients adultes de l'unité ouverte

L'unité intersectorielle d'addictologie comprend 8 lits actuellement fermés en raison du manque de personnel, 4 lits restant hébergés par l'aile Nord. Ce service doit recourir à une liste d'attente pour les patients en suspens.

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

Les établissements ont trop souvent tendance à justifier un passage obligatoire par les urgences par la volonté d'éviter les diagnostics de troubles mentaux erronés en effectuant un examen qui permet d'écarter les causes somatiques des manifestations qui ont conduit à préconiser des SSC. Il s'agit ainsi d'exclure une origine somatique d'un trouble d'allure psychiatrique.

C'est pourquoi l'article L3211-2-2 du CSP prévoit qu'un examen somatique complet du patient doit obligatoirement être réalisé dans les 24 heures suivant l'admission du patient.

Cet article s'applique aussi bien lorsque le patient est admis directement dans un établissement ou un service spécialisé que lorsqu'il est pris en charge dans un premier temps dans un SAU.

Par ailleurs, de nombreuses voix se sont élevées pour éviter autant que possible le passage aux urgences et réserver l'admission dans les SAU aux patients nécessitant une évaluation somatique urgente (le Contrôleur général des lieux de privations de liberté (CGLPL) en 2020, la Société Française de Médecine d'Urgence en 2021, et plus récemment la Mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale (11 décembre 2024).

Selon une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES Questions d'économie de la santé, Février 2024) « Les séjours comportant un recours à l'isolement ou à la contention ont plus fréquemment débuté par un passage aux urgences que les autres séjours en soins sans consentement, suggérant que ce recours intervient dans le cadre

de situations de crise, ou pour des personnes en rupture de soins sans possibilité d'adressage vers l'hospitalisation. »

L'accueil aux services d'urgence reste en effet le point noir en particulier du sud du département. Les établissements du nord (Colombes et Nanterre) rappellent régulièrement les difficultés rencontrées par leur service d'urgence pour pallier les carences organisationnelles des secteurs couverts par les établissements Erasme d'Antony et MGEN de Rueil-Malmaison.

Ces passages par les urgences sont l'occasion de nombreux dysfonctionnements : durées d'attente excessives dans des conditions indignes, méconnaissance des droits des patients, certificats médicaux (CM) post datés.

La commission relève en particulier le non-respect aux urgences de la traçabilité des mesures d'isolement et de contention, comme de la période d'observation et de soins initiale prévue par l'article L3211-2-3 du CSP.

En effet, le passage aux urgences a une incidence non pas sur les règles d'admission du patient, mais sur le calcul des délais de production des CM dits des 24 et 72 heures. Le temps passé aux urgences est comptabilisé dans la période d'observation, et par conséquent entre dans le calcul du délai de rédaction des CM. Lorsque le patient est pris en charge dans un service d'urgence pour une indication psychiatrique, le début de la prise en charge est l'heure d'admission aux urgences (en principe attestée par le CM ad hoc)

En cas d'accueil en urgence dans un établissement non habilité pour les SSC, c'est à un psychiatre de cet établissement qu'il revient d'établir ce premier certificat. En cas d'admission en SDTU ou SPI, pour lesquels l'urgence justifie un CM unique, il est nécessaire que ce CM soit horodaté du jour de l'admission. Les mesures de coercition prises aux urgences avant cette indication de SSC sont dépourvues de base légale.

La gestion des urgences psychiatriques devrait être à nouveau discutée dans le cadre du comité psychiatrique de territoire proposé dans le cadre du PTSM du département.

L'ARS Île-de-France accompagne le déploiement du volet psychiatrique du Service d'Accès aux Soins (SAS), adossé au numéro 15, afin de garantir une réponse rapide, spécialisée et adaptée aux situations de détresse psychique. À ce jour, cinq SAS Psy sont opérationnels dans la région : Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Yvelines et Essonne. Un sixième le sera prochainement dans les Hauts-de-Seine.

Pour les Hauts de Seine, c'est un projet issu du PTSM encore théorique, car il suppose une réorganisation et des moyens supplémentaires qui ne sont pas encore réunis. Ce sera bientôt le cas sous l'égide du SAMU de Garches, qui recherche un psychiatre.

Max Fourestier : Les patients reçus au SAU de Nanterre sont rapidement admis dans le pôle s'ils sont sectorisés dans les deux communes concernées. Ils bénéficient donc toujours d'un avis somatique préalable. Ce n'est malheureusement pas le cas de tous les SAU, d'autant que le stigma encore trop souvent attaché aux troubles psychiques peut parfois « marquer les patients au fer rouge ».

Le SAU de l'établissement déplore la difficulté persistante de reprise des patients des secteurs desservis par Erasme et la MGEN, qui embolisent 30 à 50% de sa capacité d'accueil. Les

passages aux urgences pour indications psychiatriques ont progressé de 60% en un an, pour pallier la carence des autres établissements.

Il déplore chez ces établissements le manque de réactivité et d'organisation de la gestion des flux d'arrivée de patients (par ailleurs orientés vers les SAU faute de prise en charge proactive en amont de la crise). Ces difficultés peuvent conduire à attacher les patients sur un brancard jusqu'à 72 heures.

Paul Guiraud : relève que 50% des nouveaux patients passent par les SAU.

Pour pallier l'absence de médecin psychiatre la nuit à l'hôpital Antoine Béchère, l'ARS a organisé à l'intention des pompiers et ambulanciers un accueil de nuit dédié à l'hôpital privé d'Antony, à l'hôpital Percy de Clamart et à l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne Billancourt. Les patients non accompagnés continuent cependant de se présenter spontanément nuit et jour sur le site de Béchère. Il s'ensuit un goulot d'étranglement en journée, ce qui va imposer la présence simultanée de deux psychiatres, et de 4 IDE dédiées à la psychiatrie. Un protocole a été rédigé avec un médecin somaticien pour améliorer l'accueil des patients.

La carence de lits d'hospitalisation en aval des urgences peut conduire à y retenir les patients jusqu'à huit jours selon un témoignage de l'été 2025.

Erasmus : croit relever une amélioration dans le fonctionnement du SAU de Béchère :

Faute d'une garde de nuit, le planning des gardes de jour est maintenant complet.

Un urgentiste référent en psychiatrie a rejoint l'équipe du SAU.

Un protocole sur le placement sous contention est en cours de rédaction.

Cette amélioration est encore relative, comme l'atteste l'audition ce jour d'une patiente admise en soins libres après cinq jours sans sommeil en mars dernier dans le couloir bruyant du SAU.

Corentin Celton : outre l'admission directe via le CMP ou le CAPS (centre d'accueil permanent et de soins), l'établissement admet des patients reçus aux SAU des hôpitaux Georges Pompidou, Béchère, Percy, Kremlin Bicêtre et Saint Joseph (pour les résidents de Vanves).

Pour le premier par exemple, il n'y a pas d'avis psychiatrique le soir après 18h30 jusqu'au lendemain matin, et le séjour aux urgences peut s'étendre jusqu'à 48 à 72 heures, parfois attaché sur un lit brancard.

MGEN : n'a pas connaissance d'admission en SDRE initiée dans les SAU, ce qui semble indiquer que ces patients continuent de bénéficier d'une admission directe dans l'établissement.

Louis Mourier : tous les passages par le SAU sont inférieurs à 24 heures. Devant l'afflux et la sévérité croissantes des arrivées d'enfants et adolescents au SAU pour des troubles psychotiques, le service de pédiatrie a ouvert un secteur pour l'accueil des jeunes de 11 à 16 ans, adaptable à la maturité des patients accueillis.

L'établissement rappelle les difficultés rencontrées par son service d'urgence pour pallier les carences organisationnelles des secteurs du sud du département.

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

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

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

I. AMELIORER LA CONNAISSANCE DES DROITS DES PATIENTS

À la suite du décret du 20 juin 2024, les compétences du JLD dans le domaine des SSC ont été transférées au magistrat du siège du tribunal judiciaire, sans incidence sur le contrôle des mesures de SSC dans le département. Les convocations aux audiences sont toujours émises par le cabinet du JLD et les audiences sont toujours tenues par le même magistrat.

Max Fourestier : Le livret d'accueil spécifique au séjour en psychiatrie a été refondu pour garantir un meilleur accès aux droits fondamentaux des patients.

MGEN : précise que la notification d'admission en SSC est remise au patient avec la décision visée, mais pas le certificat médical correspondant. Les droits des patients sont abordés dans le cadre des réunions « la parole aux patients »

Livrets présentant les droits et voies de recours des patients admis en SSC (SDDE et SDRE) : Ces deux documents ont été actualisés et mis à jour en février 2025. Le DMP (dossier médical partagé) est à présent intégré à Mon espace santé.

Louis Mourier : Un affichage dans le service de psychiatrie permet au public d'assister à l'audience du magistrat du siège, sauf demande de huis clos formulée par le patient.

Les décisions du directeur d'établissement sont jointes aux différentes notifications remises aux patients. Ces décisions se réfèrent aux certificats médicaux joints « dont je m'approprie les termes », sans en reprendre le contenu et précisent que « les certificats médicaux doivent être joints à la présente décision ». Cependant, la notification ne mentionne que la décision directoriale sans référence aux certificats médicaux qui sont censés l'accompagner. Le certificat médical n'est ni notifié ni remis au patient, qui ignore les raisons de son admission ou de son maintien en SSC.

Précision apportée par l'établissement : « Nous échangeons quotidiennement au cours des entretiens médicaux sur les raisons de l'admission et du maintien en soins sans consentement. Pour autant, les patients ne sont effectivement pas systématiquement récipiendaires directs des certificats, ceux-ci sont remis à leur avocat avant l'audition du magistrat du siège. »

Livret des droits et garanties des patients admis en SSC : La référence doit être actualisée à la loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011

« Si vous êtes hospitalisé à temps complet, votre situation juridique sera revue au plus tard dans un délai maximal de 12 jours par *le magistrat du siège du tribunal judiciaire* »

L'adresse de la CDSP est obsolète

Ajouter : Le même magistrat du siège du tribunal judiciaire peut être saisi à tout moment

Le droit de désigner une personne de confiance (art L1111-6 du CSP)

Le droit de consulter le livret d'accueil de l'établissement

Le droit de faire part de vos observations avant toute décision administrative relative à la poursuite des soins.

RECOMMANDATION 3 : S'ASSURER QUE L'ENSEMBLE DES PIÈCES ADMINISTRATIVES ET MÉDICALES EXIGÉES PAR LA PROCÉDURE DES SSC SONT DUMENT COMPLÉTÉES ET VALIDÉES. EN PARTICULIER, L'ENSEMBLE DES PIÈCES (L'ARRÊTÉ DU PRÉFET, LA DÉCISION DU DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENT, LES CERTIFICATS MÉDICAUX, L'IDENTITÉ DU TIERS AYANT DEMANDÉ L'ADMISSION) JUSTIFIANT L'ADMISSION OU LE MAINTIEN EN SOINS SANS CONSENTEMENT DOIVENT ÊTRE REMISES AU PATIENT LORS DE SA NOTIFICATION.

La commission s'attache à signaler aux établissements les « points noirs » constatés ou signalés par les patients lors de ses auditions (**56 patients rencontrés à leur demande lors de quatorze visites en 2025**, comparé à 47 en 2024). Ceci représente une moyenne de 4 patients par visite, avec une amplitude de zéro à dix.

Parmi les missions dévolues par le CSP à la CDSP, figurent les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement ou celles de leur conseil.

En règle générale, en réponse aux réclamations des patients, la commission propose de les rencontrer si une visite de l'établissement est programmée à un horizon rapproché. Dans le cas contraire, ils sont orientés vers le JLD ou la CDU selon la problématique soulevée.

Deux requêtes d'un cabinet d'avocats ont été instruites par la commission, en lien avec les établissements concernés, qu'elle remercie pour leur transparence.

L'approche par les droits est promue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), afin de renforcer la dignité, l'autonomie et la participation des patients. Le programme Quality Rights de l'OMS propose des observations sur les sites volontaires, avec une méthodologie visant un état des lieux comme outil d'accompagnement. Les équipes qui vont effectuer les observations dans les services remettent ensuite un rapport, proposant des pistes de travail concrètes pour orien-

ter l'établissement vers des pratiques innovantes (droits en santé mentale, orientation rétablissement, alternatives aux pratiques d'isolement/contention, capacité juridique et accompagnement à la prise de décision, pair-aidance).

Paul Guiraud : La commission salue l'effort de la direction de l'établissement pour l'information des patients à l'occasion de ses deux visites de 2025 (18 patients reçus en audition dans leur unité respective).

Max Fourestier : participe à l'évaluation nationale du programme Quality Rights, commencée en juillet dernier par la collecte des données dans l'hôpital, et qui se poursuivra par l'observation d'un groupe témoin sur deux ans. Il organisera en 2025 l'évaluation interne (après le projet national d'évaluation pour ne pas fausser l'étude en cours)

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

II. RESPECT DE LA DIGNITE DES PATIENTS

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

Dans l'idéal, l'architecture doit favoriser la déambulation et offrir des espaces ouverts. L'installation de verrou de confort permet de fermer sa chambre et préserver son intimité.

Louis Mourier : Projet de réaménagement de l'unité de soins intensifs psychiatriques : Les travaux de démolition et désamiantage ont débuté fin octobre, pour une livraison à compter de septembre 2026 dans la configuration présentée en son temps à la commission.

La démolition est totale et inclut les salles de bains récemment rénovées. Le balcon en surplomb va nécessiter l'installation de pieux à travers le parking souterrain en raison de la nature du terrain sablonneux situé à proximité de la Seine

Cette rénovation avait été approuvée par la direction de l'APHP au vu du caractère indigne des locaux. Elle serait également financée par l'ARS à hauteur de 50%.

L'appropriation des nouveaux locaux par l'équipe soignante sera facilitée par l'implication en amont du groupe de travail constitué du personnel médical et paramédical dans la réflexion avec le programmeur.

La livraison de l'unité fermée réhabilitée sera l'occasion d'un big bang dans les conditions de prise en charge, d'autant qu'il s'accompagnera de la libération des deux unités intersectorielles de l'aile ouest disponibles pour un redémarrage de l'activité, sous condition de disponibilité des ressources humaines nécessaires.

Paul Guiraud : Diligenter un diagnostic technique sur le maintien d'une température appropriée dans les unités de soins, en particulier lors des épisodes de froid. Les visites des familles sont autorisées dans les unités fermées, y compris Auguste Rodin. Les hublots des chambres ont été occultés.

Roger Prévot : En cette journée d'hiver, les locaux sont en général froids et humides au regret du personnel et des patients reçus en audition. Les fenestrons des portes des chambres d'hébergement ont été occultés.

Max Fourestier : Dans le cadre du projet de modernisation de l'hôpital, le nouveau site s'articulera autour de deux bâtiments principaux, médecine-obstétrique et santé mentale, qui accueillera les patients des 7 secteurs de Nanterre, Courbevoie, La Garenne Colombes/ Bois Colombes, Gennevilliers/ Villeneuve-la-Garenne, Levallois- Perret, Asnières-sur-Seine, Clichy-la-Garenne et l'unité intersectorielle des grands adolescents/jeunes adultes. Il accueillera sur 4 niveaux 197 lits d'hospitalisation

Ce projet permettra à l'horizon 2030 la relocalisation des quatre secteurs encore présents sur le site historique de Roger Prévôt, situé à 40 kilomètres des secteurs concernés. Il progresse lentement, d'autant que chacune de ses trente étapes vont nécessiter la validation de l'ARS.

Les travaux de démolition des parcelles cédées au secteur privé ont commencé. Le bouleversement de l'accès au site et du stationnement, le bruit des engins de démolition et terrassement et la poussière soulevée malgré l'arrosage du chantier sont autant de nuisances.

Corentin Celton : Le nouveau salon dédié aux visites des familles pourra également être utilisé pour des consultations avec l'entourage des patients, en particulier à l'occasion d'une première hospitalisation. Meublé d'une table basse et de quatre fauteuils, il doit encore être décoré de photos et le balcon végétalisé.

Erasme : Le projet de rénovation du hall principal de l'établissement permettra de concevoir un espace fonctionnel accueillant pour les usagers et leur famille.

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

Les chambres d'isolement ne sont pas toujours respectueuses de la dignité des patients ni conformes aux exigences de l'article D.6124-265 du CSP (double accès, dispositif d'appel accessible (y compris lors des phases de contention), accès libre et continu aux sanitaires, protection de l'intimité, visualisation de la date et l'heure).

Le placement à l'isolement de patients dans un autre secteur que le leur implique une prise en charge par des équipes qui ne les connaissent pas, ainsi qu'un éloignement de leurs proches.

Erasme : Le projet de modification des espaces « micro-unité a été arbitré : la chambre d'accueil sera « sortie » de la micro-unité, qui ne comprendra plus que deux chambres d'isolement. Elle sera modulable pour pouvoir être utilisée si besoin en chambre d'isolement.

Les travaux de rénovation de la micro-unité du secteur 21 seront engagés d'ici fin janvier, après la finalisation de la sécurisation incendie du site et des chambres d'hébergement de l'UIA.

Paul Guiraud : l'objectif d'au moins une rénovation par an des chambres d'isolement (CI) est poursuivi depuis 2020. A ce rythme, il faudra un demi-siècle pour rénover les 50 CI du GHPG (les premières chambres rénovées auront alors été amorties plusieurs fois)

« Il importe de relever une pratique de mutualisation des CI des services de psychiatrie générale de l'établissement. Ce n'est pas tant la sectorisation du patient que la disponibilité

de l'espace dédié qui détermine le service accueillant le patient en CI. »

Le nombre de chambres d'isolement du GHPG s'est réduit pour les secteurs de psychiatrie générale d'un nombre théorique de 21 à 18 en activité fin 2024, avec un double déséquilibre entre les deux établissements du groupe :

D'une part dans la dotation en CI : 10 CI à Villejuif pour 7 secteurs comparé à 8 CI pour 4 secteurs à Clamart

D'autre part dans la dynamique de réduction du nombre de CI : réduction de 13 à 10 CI pour Villejuif et retour de 4 à 8 CI pour Clamart

MGEN : Les contraintes architecturales ont empêché de doter les chambres d'isolement d'un double accès. Celles-ci sont équipées d'une vidéo surveillance, qui n'est pas plus intrusive selon l'établissement que les habituels volets permettant la surveillance depuis le poste de soins. Le changement des matelas des chambres d'isolement est inscrit au plan d'investissement 2026.

Louis Mourier : La création de deux chambres d'isolement permettra le respect des recommandations de la HAS, en lieu et place des chambres individuelles transformée en chambre d'isolement qui perdurent dans le service.

RECOMMANDATION 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 OU DELABRE DE NOMBREUSES CHAMBRES D'ISOLEMENT.

RECOMMANDATION 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

L'enfermement des patients (en soins libres comme en SSC) n'est possible légalement que lorsque se trouvent réunies deux conditions cumulatives, d'ordre juridique et médical : l'hospitalisation en SSC et la nécessité clinique. Néanmoins, la liberté d'aller et venir est la moins respectée dans les établissements visités par la commission.

Paul Guiraud : Des badges permettent la libre circulation en dehors des unités fermées (par exemple pour se rendre au patio intérieur) pour les patients en soins libres et sauf contre-indication médicale les patients admis en SSC.

Roger Prévot : Mise en place de badges d'accès au service (afin de garantir la liberté d'aller et venir aux patients en soins libres et à ceux qui ne sont pas confinés dans l'unité fermée).

Corentin Celton : Les bracelets sont remis aux patients afin de leur permettre l'accès à leur chambre (contrôlé par le système Salto), ils ne sont pas destinés à gérer les sorties en dehors des deux unités fermées UPSI A et B.

Louis Mourier : les « descentes soignants » du second étage au rez de chaussée ne se sont jamais appelées sorties fumeurs, pour souligner qu'elles ne sont pas réservées aux fumeurs.

RECOMMANDATION 7 : ACCELERER LA MISE EN PLACE DE BADGES PROGRAMMABLES OU DE BRACELETS D'ACCES AFIN DE GARANTIR LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR AUX PATIENTS EN SOINS LIBRES ET A CEUX QUI NE SONT PAS CONFINES DANS L'UNITE FERMEE.

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

La pénurie de personnel non médical en particulier peut entraîner une réduction des activités accompagnées ou des sortie thérapeutiques.

Paul Guiraud : Le projet de réorganisation de l'accueil renfort en janvier 2025 a confié l'organisation de l'accueil à du personnel administratif, pour libérer huit aides-soignants pour la création d'une équipe de suppléance mobilisable pour faire face à la suractivité ou à l'animation d'activités qui sont très appréciées.

Corentin Celton : Les services transversaux ont été renforcés par le recrutement d'une psychologue clinicienne, d'un éducateur en activité physique adaptée, d'un art thérapeute et d'une socio esthéticienne. L'ARS a attribué 63 KEUR pérennes pour financer un éducateur d'activité physique adaptée. Ces activités peuvent se dérouler dans le service ou à l'extérieur, par exemple dans la salle de sport ou dans l'atelier de l'hôpital de jour.

Un partenariat a été développé avec l'entreprise Care for You à Issy les Moulineaux (Reconnue Maison Sport Santé). Un projet de convention est également en cours de rédaction dans le cadre de la CPTS d'Issy les Moulineaux. Un dernier partenariat implique l'Espace Santé Jeunes d'Issy les Moulineaux, qui accueille les jeunes de 11 à 25 ans, pour les orienter dans une démarche d'amélioration de la santé.

Max Fourestier : Le recrutement de psychologues est obéré par le manque de compétitivité de la rémunération offerte, alors que ce n'est pas un métier en tension. Deux postes d'éducateur spécialisé sont à pourvoir.

Le budget consacré aux activités thérapeutiques et occupationnelles a été réduit de moitié pour être limité à 75 KEUR, alors que l'activité théâtre développée en association avec le Théâtre des Amandiers absorbait à elle seule 70 KEUR. Elle est animée par un IDE de l'unité fermée.

Roger Prévot : a communiqué à la commission 2 exemples de projet écrit d'activités :

Groupe sport adapté : groupe ouvert de 5 à 7 patients, dirigé par un professionnel licencié en présence d'un soignant. Principaux objectifs : améliorer l'autonomie, réduire le niveau d'anxiété, accroître l'estime de soi, développer les capacités cardiaques et respiratoires

Atelier de philosophie : groupe de 10 patients maximum, utilisation d'un bâton de parole, un participant est invité à être le journaliste de la séance. Principaux objectifs : discuter ensemble, se respecter, s'écouter

MGEN : Réfection de la bibliothèque des patients

Erasme : Planning hebdomadaire de l'atelier de médiations thérapeutiques intersectoriel (AMTI), en général sur prescription ou avec accord médical :

Tous les jours : ergothérapie ; 4 jours sur 5 : psychomotricité, préparation physique ; Un jour par semaine : atelier jardinage, sport, jeux de société, tir à l'arc, chorale intersectorielle, atelier relaxation, arts plastiques, atelier écriture théâtrale, diamond painting

Louis Mourier : Les activités cosmétiques rencontrent un succès certain : masques pour le visage, vernis, maquillage, coiffure. L'accès facilité à la salle de sport, désormais située à l'entrée de l'unité fermée, constituait une avancée importante dans l'approche thérapeutique et contribue au bien-être physique et psychique des patients. Cette salle sera, dans la nouvelle version de l'unité, entièrement intégrée à l'unité.

RECOMMANDATION 8 : CALIBRER LA DOTATION EN PERSONNEL SPECIFIQUEMENT FORME AFIN D'ENCA-DRER LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES, OCCUPATIONNELLES ET DE DETENTE DECLOISONNEES 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

Les téléphones sont trop souvent retirés (dans les établissements comme dans les SAU), ou simplement donnés pendant des périodes très limitées.

MGEN : Groupe de travail sur les restrictions d'accès au téléphone portable

Louis Mourier : Les patients peuvent accéder à une cabine téléphonique dès que leur état de santé le permet, favorisant ainsi le maintien du lien avec leurs proches.

Recommandation 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 SSC DE MAIN-TENIR DES LIENS FAMILIAUX ET DE LA VIE PRIVEE. LES INTERDICTIONS NE PEUVENT ETRE PRESCRITES QUE SUR DECISION MEDICALE INDIVIDUELLE ET MOTIVEE.

IV. LA CDSP DOIT RAPIDEMENT FONCTIONNER AU COMPLET

Les rapports annuels d'activité de la CDSP de 2018 à 2024 sont accessibles sur le site de l'ARS, mais ce n'est plus le cas des postes à pourvoir au sein de la CDSP.

Recommandation 10 : 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 DESI-GNER PAR LE PROCUREUR GENERAL PRES DE LA COURS D'APPEL (POSTE VACANT DEPUIS NOVEMBRE 2023)

CHAPITRE 3 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS ADMIS EN SSC

File active des patients hospitalisés à temps complet issue des questionnaires de pré-visite

Établissements /Types Hospitalisation	Antony Érasme	Clamart Paul Guiraud	Colombes Louis Mourier	Issy Corentin Celton	Nanterre Max Fourestier	Rueil MGEN
Hospitalisations complètes 2023	784	628	589	381	606	287
Hospitalisations complètes 2024	812	597	602	392	517	254
Hospitalisations sans consente- ment 2023	349 45%	437 70%	147 25%	188 49%	343 57%	176 61%
Hospitalisations sans consente- ment 2024	336 41%	398 67%	151 25%	205 52%	266 51%	160 63%
SDRE 2023	41	75	33	3	62	16
SDRE 2024	43	72 (i)	35	10	59	22
SDT 2023 % SDDE	NC %	63 17%	6 5%	38 21%	20 7%	NC 0%
SDT 2024 % SDDE	NC %	105 (i) 19%	7 6%	29 15%	10 5%	NC 0%
SDTU 2023	164	90	88	84	163	86
SDTU 2024	145	121 (i)	93	110	116	72
SPPI 2023	144	209	20	63	98	74
SPPI 2024	148	315 (i)	16	56	81	66
Total SPPI + SDTU % SDDE 2023	308 100%	299 83%	108 95%	147 79%	261 93%	160 100%
Total SPPI + SDTU % SDDE 2024	293 100%	436 (i) 81%	109 94%	166 85%	197 95%	138 100%

(i) Pour Paul Guiraud, les chiffres de 2024 correspondent au nombre de **mesures** de SSC

I. LE NOMBRE DES HOSPITALISATIONS COMPLETES

Le nombre de patients admis en hospitalisation complète dans le département s'est à nouveau réduit de 4% en 2024 (3174 patients), il est inférieur de 23% à son niveau record 2019 d'avant covid, en ligne avec les données nationales.

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

Le nombre de patients admis en SSC s'est réduit de 10% en 2024 au niveau de 1530 patients, à une proportion également en baisse de 51% à 48% du total des patients en hospitalisation complète (avec un minimum de 25% à Louis Mourier et un maximum de 67% à Paul Guiraud Clamart). C'est douze points de plus qu'en 2019.

Dans son dernier rapport d'activité 2024, 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 2023 pour la France entière, principalement en raison des effets de la récente fermeture de lits. Cependant, le nombre total de patients semble toujours orienté à la hausse sur le long terme : 2023 montrait une hausse de 34% sur le nombre de patients de 2010.

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

On retrouve donc sur le département, mais **à un niveau supérieur de vingt et un points**, la tendance à une **hausse sensible du recours aux soins sans consentement**. Une première explication de cet écart est la faiblesse relative de l'offre, aussi bien intra hospitalière qu'ambulatoire, sur le département.

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

Les admissions en SDT de droit commun (avec deux certificats médicaux (CM)) se redressent en valeur relative de 8 à 9% du total des admissions en SSC, alors que les admissions simplifiées en SDTU (soins à la demande d'un tiers en urgence : un seul CM qui peut être rédigé par tout médecin) régressent de 41% à 38% du total entre 2023 et 2024, ce qui porte le recul de la participation du total des admissions en SDT et SDTU de 49% en 2023 à 47% en 2024.

Ce pourcentage se compare pour la France entière à un recul (toutes admissions en SDT confondues) de 53% en 2022 à 51% en 2023 (rapport d'activité 2024 du CGLPL). Le département se situe donc sensiblement au niveau de la moyenne nationale pour ce type d'admissions.

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

Apparues en 2011, les admissions en SPI sont devenues le premier mode d'admission par ordre d'importance : elles progressent de 37% du total en 2023 à 39% en 2024. Cette importance se retrouve **à un niveau moindre de treize points sur le plan national**, à 26% du total en 2023, comparé à 25% en 2022 (rapport d'activité 2024 du CGLPL).

La crise démographique de la psychiatrie semble avoir entériné la mise en place de ces procédures dégradées. Aux SAU, l'admission plus expéditive en SPI permet de faciliter l'admission en hospitalisation complète, ce qui pourrait expliquer l'explosion constatée du recours à cette procédure réputée exceptionnelle et d'extrême urgence, avec un CM unique et en l'absence d'un tiers, ce qui invite à la vigilance sur le respect des droits de ces patients.

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).

Ces deux procédures réputées exceptionnelles (SDTU et SPI) sont devenues les modes d'admission en soins à la demande du directeur d'établissement (SDDE) les plus utilisés, en contradiction avec l'esprit et la lettre de la loi. La banalisation de ces procédures se consolide, puisqu'elles se stabilisent de 91 à 90% des admissions en soins à la demande du directeur d'établissement (SDDE). Elles se retrouvent logiquement dans le mode d'admission des patients placés à l'isolement en situation de crise, faute de prévention et d'anticipation.

Ces proportions signifient que 90% des patients se voient privés d'une double évaluation médicale pour la décision d'admission en SDDE et une fois sur deux d'une voie de recours par l'intervention du tiers demandeur. L'augmentation du nombre d'admissions en SSC repose sur le recours croissant aux procédures les moins protectrices pour les patients.

Max Fourestier : le non-respect de la rédaction du CM unique d'admission en SPI par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil n'a pas été retenu par le juge, « en l'absence d'une atteinte caractérisée aux droits du patient de nature à justifier la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète. » (Article L.3216-1 du CSP).

La Cour de cassation avait pourtant considéré en 2019 que cette méconnaissance faisait nécessairement grief au patient.

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

Les admissions en SDRE (ou patients déclarés pénalement irresponsables) se maintiennent à 14% en 2024 du total des patients admis en SSC, alors que la moyenne nationale progresse de 16% du total des admissions en SSC en 2022 à 18% en 2023. Cette indication suppose une atteinte grave à l'ordre public ou une menace à la sûreté des personnes.

Les admissions de patients détenus restent stables au niveau national à 5% 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 en 2024, Max Fourestier a admis 26 patients détenus à la maison d'arrêt de Nanterre (après le record de 31 patients en 2023)

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

La gestion de ces patients se complexifie : l'absence de domicile complique les permissions de sortie au-delà de la journée ; des difficultés particulières existent lorsqu'un désaccord survient entre le préfet et l'autorité médicale sur la poursuite de la prise en charge. Ces conflits entraînent selon les cas la mobilisation du collège des soignants, d'un ou deux experts

psychiatres et du JLD. Ces difficultés concernent aussi bien la transformation de la modalité des soins que la mainlevée des SDRE.

L'autorisation de sortie de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement d'accueil, après avis favorable d'un psychiatre de cet établissement. L'intervention du représentant de l'état est limitée à une opposition motivée dans un délai précis, ainsi que le prévoit l'article L3211-11-1 du CSP.

Cet article ne justifie pas que la prise en charge médicale de ces patients soient régis depuis les bureaux de la préfecture, comme semblent le suggérer certains motifs de refus de sortie de courte durée. Les voies de recours sur ce sujet sont limitées au tribunal administratif.

Au-delà des conséquences sur les droits et la dignité des patients discriminés, ces refus engendrent de nombreux inconvénients : pression sur les ressources médicales, administratives et paramédicales générée par la multiplication des certificats médicaux et des sorties accompagnées, défiance envers le personnel médical et embolisation des lits d'hébergement déjà victimes de la crise démographique de la psychiatrie de secteur.

Les données internes de l'ARS indiquent pour 2025 une moyenne de 8% des autorisations de sortie de courte durée accordées par le directeur d'établissement qui sont refusées par la préfecture. Cette moyenne recouvre des mois hétérogènes, avec un minimum de 2% en février et un pic de 14% en août, qui est corroboré par les établissements à l'été 2025. Il serait intéressant de distinguer cette moyenne par établissement, par mode d'admission en SDRE et par patient.

L'ARS va relancer la réunion d'échange et de concertation qui réunissait les établissements et les responsables préfectoraux, et qui n'avait pas eu lieu depuis l'arrivée du nouveau directeur de cabinet en octobre 2023.

Paul Guiraud : L'établissement constate des difficultés croissantes de cohabitation parmi les patients hospitalisés : détenus à la maison d'arrêt de Fresnes bénéficiant d'une levée d'écrou pour irresponsabilité pénale (admis de façon impromptue, parfois le jour même), patients sans domicile fixe, jeunes patient(e)s parfois désinhibé(e)s, femmes enceintes, personnes âgées.

Il avait recensé dans une étude le doublement de ces admissions problématiques en 2024, en raison en particulier des jeux olympiques et para olympiques : les jeux sont achevés mais ces patients particuliers sont toujours hospitalisés sans consentement.

Max Fourestier : déplore des réponses tardives de la préfecture, parfois la veille au soir pour le lendemain, bien que les demandes soient soumises avec anticipation, au-delà du texte de loi. Ces difficultés pourraient expliquer le faible nombre de ces permissions autorisées par l'établissement.

MGEN : L'action de la préfecture est trop souvent contreproductive pour le parcours de soins des patients admis en SDRE, par exemple lorsqu'elle s'en tient à un schéma préétabli (ignoré de l'établissement) d'un certain nombre (non défini) de sorties accompagnées par un soignant avant d'autoriser une permission de sortie non accompagnée.

Un exemple des contraintes imposées à l'établissement est l'exigence de présenter au plus tard le jeudi une demande de permission de sortie pour le mardi. Dans un dossier récent, la préfecture a exigé la rédaction de deux demandes de permission distinctes pour un patient qui devait simplement se rendre à l'hôpital de jour après une nuit passée au domicile de ses parents.

Erasme : évoque les difficultés persistantes concernant les refus par décision préfectorale de sorties de courte durée, pourtant médicalement autorisées.

Corentin Celton : Ces refus de permission illustrent les griefs récurrents qui obèrent les soins et conduisent à emboliser les ressources humaines et les capacités d'hébergement. Ces motifs de refus circonstanciés (non prévus dans le CSP) engendrent une certaine perplexité.

Louis Mourier : Le suivi des patients admis en SDRE est compliqué par les refus du préfet de permissions de sortie d'hospitalisation complète. Ces refus sont difficiles à lire, ils évoluent par vagues sans rapport évident avec le degré de dangerosité supposée des patients

Cette situation engendre une certaine autocensure de l'établissement, par exemple lorsqu'il est exigé un accompagnement par plusieurs soignants, qui équivaut à un refus en raison des contraintes sur les ressources humaines.

Confronté à ces difficultés, l'établissement soucieux de la prise en charge des patients peut proposer une mainlevée de la mesure. Un éventuel refus du préfet sera dépassé par un second avis médical, qui place le préfet en situation de compétence liée : il doit suivre les préconisations du premier psychiatre.

RECOMMANDATION 11 : LA QUALITE DES SOINS DES PATIENTS HOSPITALISES EN SDRE, COMPRENANT UNE EVALUATION CLINIQUE ET SOCIALE DE LEUR AUTONOMIE LORS DES SORTIES DE COURTE DUREE, NE SAURAIT SE VOIR DEGRADEE PAR DES REFUS PREFECTORAUX SYSTEMATIQUES.

VI. RENFORCER LA DETECTION ET L'INTERVENTION PRECOCE

Les inégalités d'accès aux soins déplorées sur le plan national concernent particulièrement le département. Développer la prévention pour éviter les premiers épisodes psychotiques et pallier les défaillances de l'aval à l'hospitalisation suppose une bonne articulation des soins ambulatoires, des services d'urgence et de l'intra hospitalier, au service de la prévention et d'un repérage précoce.

Depuis la réforme des autorisations de 2022, les mineurs ne doivent plus être pris en charge en psychiatrie adultes. Cependant, une enquête nationale SPH de l'été 2025 a montré que 23% des mineurs étaient encore hospitalisés en psychiatrie adulte (et même 37% dans le cas des troubles psychotiques)

Corentin Celton : observe effectivement depuis la fin de la pandémie de la covid une décrue du nombre de mineurs hospitalisés. En revanche, il observe une progression du nombre des jeunes adultes de 18 à 25 ans hospitalisés pour des passages à l'acte, TS et autres pathologies parfois atypiques qui peuvent accompagner cette période de transition entre l'adolescence et l'âge adulte en général, et parfois de transition de genre en particulier.

Entre 8 et 12 patients âgés de 18 à 25 ans sont hospitalisés en permanence sur les 49 lits sectorisés de l'établissement (20%). Les équipes proposent une prise en charge courte et adaptée, mais elles sont parfois confrontées aux limites de leurs compétences et connaissances. C'est ce qui a motivé le dépôt par l'établissement d'un dossier de candidature au Fonds

d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP), pour le projet TACT (Trio d'Accompagnement des Contextes de Transition).

Un trio de professionnels (psychologue clinicien, IDE et éducateur spécialisé) serait déployé au sein d'un service de psychiatrie adultes de secteur pour conforter la prise en charge des grands adolescents/ jeunes adultes.

Par ailleurs, le quatrième hôpital de jour intersectoriel de douze places était l'un des projets phares de l'APHP pour l'année 2024. Il est dédié depuis janvier à un programme de remédiation des troubles cognitifs liés à la consommation d'alcool chez les patients de 45 à 65 ans. Un premier cycle de huit semaines à temps plein commencé en janvier par 6 à 8 patients sera suivi d'une seconde étape de six semaines à mi-temps.

Paul Guiraud : L'équipe mobile de réhabilitation centre et sud 92 Ré Alto porte de nombreuses actions visant le rétablissement, en principe sans condition d'âge à l'admission. Elle travaille en étroite collaboration avec les structures médico-sociales du territoire.

Dans la ligne du projet médical et de soins partagé (PMSP), le projet de l'établissement met en exergue le développement des équipes mobiles comme alternative à l'hospitalisation.

MGEN : observe l'arrivée de nombreux jeunes adultes (18 à 25 ans) en ambulatoire, mais une situation plus contrastée en intrahospitalier, où le pic était plutôt atteint en 2020 avec le covid (39 patients soit 12% de la file active), mais plus récemment seulement 26 patients, soit 10% de la file active.

Erasme : Le projet d'unité d'hospitalisation à temps plein intersectorielle grands adolescents jeunes adultes (18/25 ans) avait été soumis cet été dans le cadre de l'AMI de l'ARS. Il serait situé au rez de chaussée du bâtiment existant ou faire l'objet d'un nouveau bâtiment.

Le financement, qui devra couvrir l'investissement et le budget de fonctionnement induit ne peut pas être totalement couvert par autofinancement. Malgré son intérêt évident pour répondre à la tension sur la capacité d'hébergement de l'établissement, ce projet n'a finalement pas été retenu par l'ARS.

L'établissement constate effectivement une augmentation des admissions de jeunes à l'UIA, et l'apparition inquiétante dans l'unité Minkowski de patients qui s'interrogent sur leur identité de genre et sur l'opportunité d'un changement de genre.

La pression sociétale pouvant aller jusqu'au militantisme ne favorise pas un débat apaisé sur ces sujets, pour lesquels l'établissement consulte à l'hôpital Foch de Suresnes un spécialiste du transsexualisme.

Projet de renforcement de la coopération avec la Clinique Dupré à Sceaux (Fondation Santé des Etudiant de France) : cet établissement souhaite libérer son site d'hospitalisation situé 20 rue du Lycée) qui pourrait être repris par Erasme (ce projet est financé aujourd'hui).

Une convention est en discussion avec les entités concernées, dont l'éducation nationale pour la constitution d'un pôle sud adolescents. Il permettrait de transférer l'hôpital de jour abrité sur le site d'Erasme par l'unité d'hospitalisation des adolescents, pour regrouper sur le site de Sceaux les structures ambulatoires (CMP, CATTP, HDJ), ainsi que le CMP adolescents des Abondances à Boulogne Billancourt.

Louis Mourier : Adossée à l'UPAJ (unité de psychiatrie périnatale jeune adulte intersectorielle), l'équipe mobile de psychiatrie jeunes adultes (EMPJA), intersectorielle pour le Nord 92, propose un accompagnement spécifique lors de l'entrée dans la maladie. Elle s'inscrit dans les actions de la plateforme de réhabilitation psychosociale du nord 92 Rêh'Inspir, localisée dans le centre ambulatoire de Rueil Malmaison, et qui fédère les cinq établissements concernés (dont Louis Mourier).

L'hôpital de jour intersectoriel spécifique jeunes adultes dédié à la remédiation cognitive et à la prise en charge des premiers épisodes psychotiques complète ces structures pour le nord du 92.

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

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

Établissement	Nombre de patients admis en SSC en 2023	Dont nombre de patients en PDS en 2023	Nombre de patients admis en SSC en 2024	Dont nombre de patients en PDS en 2024
Louis Mourier Colombes	264	95 36%	246	95 39%
Max Fourestier Nanterre	370	27 7%	308	42 14%
Corentin Celton Issy	274	63 23%	268	44 16%
Paul Guiraud Clamart	538	98 18%	496	98 20%
MGEN Rueil	303	134 44%	289	134 46%
Érasme Antony	440	91 21%	418	82 20%

Le nombre de patients suivis dans le cadre d'un PDS s'est stabilisé de 508 en 2023 à 495 en 2024, soit une proportion également stable de 23% à 24% du total des patients admis en SSC, avec un minimum de 14% à Max Fourestier et un maximum de 46% à la MGEN.

Rappelons qu'il s'agit par définition de patients qui sont dans l'impossibilité de consentir aux soins, mais qui nécessitent une surveillance régulière en ambulatoire, et non plus constante dans

le cadre d'une hospitalisation complète. Pour la même définition clinique, les pratiques sont donc très diverses selon les établissements et même selon les secteurs.

Dans son étude nationale de juin 2022 sur les soins sans consentement, l'IRDES relève que 41% des patients suivis en SSC en 2021 l'étaient en PDS. **Le département se situe donc dix-sept points en dessous de cette moyenne nationale.**

Dans le cadre d'un PDS, il ne peut être fait usage d'aucune mesure de contrainte. En cas de dégradation de l'état de santé du patient, il faut au préalable une transformation de la modalité du suivi en hospitalisation complète. Il s'agit alors de la poursuite de la mesure initiale de SSC, dont seule la forme est modifiée.

Le nombre de réintégrations en hospitalisation complète s'est stabilisé de 27% du total des patients suivis en PDS en 2023 à 26% en 2024, avec un minimum de 4% à la MGEN et un maximum de 48% à Erasme.

Les bonnes pratiques incluent la détection des signaux faibles avant un épisode de crise, puis la coordination entre les centres ambulatoires, les SAU et l'intra hospitalier si nécessaire pour une réintégration la plus fluide possible. Elles requièrent de pouvoir mobiliser les moyens nécessaires (humains, organisationnels et capacitaires).

L'enquête de l'Unafam de 2019 est citée en référence de la recommandation de bonne pratique de la HAS de mars 2021. Dans cette enquête, 46% des réponses de l'entourage déclaraient une réintégration en hospitalisation complète, dont 63% des cas à plusieurs reprises.

L'indication de SDRE entraîne une sur représentation de ce mode d'admission dans les PDS, en particulier au long cours. Ce sont également les patients pour lesquels n'est pas prévue par le CSP la convocation annuelle du collège des soignants.

Paul Guiraud : Les PDS reflètent l'approche individuelle de chaque secteur, qui selon ses moyens et sa culture de soins, recourt plus ou moins à cet outil (par exemple le secteur 92G17 de Clamart / Plessis Robinson, qui suivait beaucoup de patients en PDS, en a réduit le nombre, mais en compte toujours deux fois plus que chacun des trois autres secteurs).

Les patients admis en SDRE représentent 39% des programmes de soins, comparé à seulement 17% des admissions en hospitalisation complète en 2023

Roger Prévot : les patients en PDS sont suivis majoritairement au CMP (11 patients), sinon à l'hôpital de jour (un patient),

Max Fourestier : 3 seulement des 36 patients suivis en PDS le sont au CATTP de Courbevoie et 33 par les deux CMP.

Les 15 patients admis en SDRE représentent 42% du total des patients suivis en programme de soins, alors qu'ils ne représentaient en 2024 que 14% des admissions en SSC en Hospitalisation Complète.

Corentin Celton : 33 patients en PDS sont suivis par l'unité de soins externes et 8 par l'hôpital de jour (HDJ) schizophrénie. Des visites à domicile conjointes sont organisées si nécessaire afin d'intervenir en urgence auprès des patients.

Une fois par an, une réunion est organisée par la direction du site, en présence des psychiatres et des représentants des forces de l'ordre intervenant sur le secteur. Ces rencontres ont pour

objectif de favoriser la coopération de ces services lorsqu'il est nécessaire d'intervenir auprès des patients devant être réintégrés en hospitalisation complète.

MGEN : 61 patients sont suivis en PDS aux CMP, alors qu'ils sont réduits de 6 à 3 à l'HDJ. Le suivi à l'HDJ est moins fréquent, dans la proportion d'un à vingt pour l'établissement, car plus difficile à respecter pour le patient.

La sur représentation des patients admis en SDRE parmi ceux qui sont suivis en PDS au centre ambulatoire de Rueil s'explique par l'implication de la mairie de Rueil dans ce mode d'admission. Il existe une convention d'urgence psychiatrique avec la police pour faciliter la réintégration en hospitalisation complète des patients admis en SDRE.

Erasme : Les patients en PDS sont tous suivis au CMP. Le pôle 21 (Antony/ Bourg la Reine) présente un circuit particulier pour le suivi des patients en PDS, ce qui explique qu'il cumule les deux tiers de ces patients (4 fois la moyenne des deux autres secteurs). Certains patients du secteur 21 suivis en PDS sont accueillis également sur le site de l'hôpital dans l'unité de psychiatrie générale, en complément du CMP.

La transformation des mesures d'hospitalisation complète en PDS est souvent actée à l'occasion de l'audience devant le magistrat au tribunal judiciaire, plutôt qu'à l'occasion du certificat médical (CM) des 72 heures. L'Unité Intersectorielle d'Admission (UIA) procède parfois à la sortie directe de ses patients vers le CMP, en général en soins libres sinon en PDS. Il existe dans ce cas un relais avec les centres ambulatoires.

Pour l'établissement, le recours aux PDS est trois fois plus fréquent pour les patients admis en SDRE que pour ceux admis en SDDE (sans incidence toutefois sur la proportion des PDS de plus d'un an).

Pour une meilleure coordination, les unités de psychiatrie générale tiennent une réunion hebdomadaire de synthèse avec les personnels (cadres et IDE) des centres ambulatoires.

Les patients réellement perdus de vue sont très minoritaires, et une forme de contact est en général maintenue. L'établissement dispose d'une convention d'urgence psychiatrique avec la police pour faciliter la réintégration en hospitalisation complète.

La part des patients suivis en programmes de soins (63 patients dont 37 admis en SDDE et 26 admis en SDRE) rapportée au total des patients admis en SSC est quasi stable à 19% en 2025, comparé à 20% en 2024, dans la moyenne du département.

Cette proportion est également stable pour les patients admis en SDRE (respectivement 43 et 41%) comme en SDDE (respectivement 15 et 14%). Pour l'établissement, le recours aux PDS est donc trois fois plus fréquent pour les patients admis en SDRE que pour ceux admis en SDDE (sans incidence toutefois sur la proportion des PDS de plus d'un an).

Louis Mourier : les rendez-vous à l'hôpital de jour sont plus rares que ceux donnés au CMP dans le cadre des PDS, bien que l'ensemble des activités thérapeutiques ambulatoires soit proposé au patient. Le suivi des patients est défini sur mesure : consultation mensuelle ou rendez-vous plus rapprochés par exemple en présence d'idées suicidaires.

Les patients, qu'ils soient en soins libres ou en PDS, sont suivis attentivement dans le centre ambulatoire. L'équipe fait un point de suivi des patients tous les lundis (en intra hospitalier) et jeudis (au CMP) et peut alerter le médecin en cas de besoin.

Dans tous les cas, ces décisions sont discutées en équipe médicale et font l'objet d'un consensus. Le maintien des PDS est surtout dicté par le risque ressenti par les équipes de levée de la mesure de contrainte, en particulier pour les patients admis en SDRE.

« Tous les deux mois, l'équipe médicale réévalue de manière collégiale la pertinence de chaque mesure de programme de soins, garantissant ainsi leur justification au regard des droits des patients. »

L'absence à un rendez-vous peut déclencher une visite à domicile. Le service a approuvé en 2023 deux procédures pour prendre en charge les signalements de l'entourage et la réintégration en hospitalisation complète des patients suivis en PDS, en cas de rechute ou d'absence aux consultations (donc en rupture de soins).

La force de ces deux procédures réside dans la coordination étroite entre l'entourage, le CMP, le SAU (libération d'un box), le service intrahospitalier (réservation d'un lit en unité fermée) et la police (si le patient a été admis en SDRE ou si son assistance est nécessaire).

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

VIII. DES DUREES DE MAINTIEN EN SSC JUGEES PREOCCUPANTES

Si la mesure de SSC dure plus d'un an, le dossier est analysé en collège des soignants pour les patients admis en SDDE, et en CDSP pour l'ensemble des patients. Le nombre de patients maintenus en hospitalisation complète depuis plus d'un an (24) s'est stabilisé à 1.6% du total en 2024, avec un maximum de 4.5% à la MGEN.

La carence en établissements médico sociaux (EMS) est aggravée par l'allongement des délais de réponse de la MDPH. Un placement en Belgique est conditionné à la collecte d'un certain nombre de refus par les établissements de proximité, faute de place disponible.

Il n'est pas spécifié de durée maximale du PDS, même si certains programmes durent plus longtemps que strictement nécessaire. Cependant, les PDS sont « limités dans le temps et régulièrement réévalués. C'est une étape, la plus courte possible, du parcours de santé pour permettre le retour à des soins librement consentis. »

Le nombre de patients suivis en PDS depuis plus d'un an s'est accru de 184 patients (36% du total en 2023) à 259 (52% en 2024), avec un minimum de 32% à Paul Guiraud et un maximum de 69% à Max Fourestier.

Dans l'enquête de l'Unafam précitée, sur 130 réponses, 62 PDS avaient duré plus d'un an, soit 48% de l'échantillon (et même pour 22% plus de trois ans), sensiblement égal au niveau observé dans le département en 2024.

Il serait souhaitable que le législateur complète le dispositif existant en concertation avec tous les intéressés, afin de simplifier les procédures de mainlevée des SSC, en particulier dans les cas

de fugue, disparition ou incarcération d'un patient. Le juge judiciaire est en effet le seul habilité à prononcer la main levée des SSC, sur avis favorable d'un médecin (faute d'un CM actualisé).

Max Fourestier : est attentif à la rédaction des CM mensuels et à la convocation du collège des soignants pour les patients admis en SDDE depuis plus d'un an.

MGEN : Les patients admis en SSC en hospitalisation complète depuis plus d'un an sont au nombre de 10, soit 38% des patients hospitalisés en SSC (dont 5 admis en SDRE, soit 50% alors que les admissions en SDRE ne représentent que 14% du total des admissions en SSC)

33 patients sont suivis au total en PDS depuis plus d'un an (89% du total), dont 11 admis en SDRE, soit 33% alors que les admissions en SDRE ne représentent que 14% du total des admissions en SSC.

L'instabilité des médecins parfois rencontrés au CMP influe sur la durée des PDS, car le médecin ne lèverait pas la mesure de SSC d'un patient dont il ne connaît pas le parcours. Cette même instabilité empêchait la réunion du collège des soignants au centre ambulatoire de Rueil, alors que celui de Neuilly respecte cette obligation grâce à la stabilité de son effectif soignant.

Erasme : Le nombre de patients maintenus en programme de soins depuis plus d'un an s'est réduit de 19 à 13 patients admis en SDRE, et de 26 à 18 patients admis en SDDE (tous deux 50% du total des patients suivis en PDS, dans la moyenne du département).

RECOMMANDATION 14 : LE CERTIFICAT MEDICAL EST UN ACTE HORODATE ET SIGNE PAR SON REDACTEUR, QUI CONSTATE OU INTERPRETE LES SYMPTOMES CLINIQUES ET LES EXAMENS PARACLINIQUES, PRESENTES PAR UN PATIENT, DANS UN BUT JUSTIFIE ET ETABLI A LA DEMANDE DE CELUI-CI OU A CELLE D'UNE AUTORITE PUBLIQUE HABILITEE. LE MEDECIN NE PEUT ETABLIR DE CERTIFICAT ET FAIRE CONSTAT QUE DE FAITS QU'IL A PERSONNELLEMENT ET CLINIQUEMENT CONSTATES, A L'INSTANT DE L'EXAMEN, SANS POUVOIR SE PRONONCER SUR LEUR EVOLUTION A COURT, MOYEN OU LONG TERME, S'AGISSANT NOTAMMENT DE LA SEULE DANGEROSITE PSYCHIATRIQUE ET NON SOCIALE, QU'IL N'A PAS COMPETENCE A DECRIRE.

IX. DEMATERIALISATION DU LIVRE DE LA LOI

Paul Guiraud : La commission a pu contrôler sur papier les huit dossiers correspondant aux auditions des patients ayant souhaité la rencontrer.

Corentin Celton : Planipsy a été mis en place par l'établissement pour la gestion administrative des SSC et la tenue du registre d'isolement et de contention. Il cohabitera avec ORBIS où seront saisis en premier lieu les différents CM pour être scannés dans Planipsy. L'établissement conserve cependant en back up dans un premier temps les dossiers individuels des patients en format papier.

MGEN : Le plan d'action 2025 comprend l'amélioration du module particulier Isolement/Contention du Dossier Patient Informatisé (DPI) du logiciel Hôpital Manager dans le but de respecter au mieux les textes de loi et les droits des patients.

RECOMMANDATION 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 SSC.

PREVOIR UN POSTE DE TRAVAIL CONNECTE AU LOGICIEL RETENU AFIN DE PERMETTRE A LA COMMISSION L'ACCES AUX DOSSIERS INDIVIDUELS DES PATIENTS QU'ELLE EST TENUE DE CONTROLER

PRECISER LE PROTOCOLE DE VISA DE LA COMMISSION A APPOSER AU LIVRE DE LA LOI ET AUX DOSSIERS INDIVIDUELS DES PATIENTS TENUS DANS LE LOGICIEL.

DANS CETTE ATTENTE, ET EN TANT QUE PROCEDURE DEGRADEE, TRANSMETTRE A MINIMA A LA COMMISSION LES DOSSIERS DES PATIENTS EN SSC REÇUS EN AUDITION PAR LA COMMISSION.

CHAPITRE 4 : SUIVI DE L'OBJECTIF DE REDUCTION DE L'ISOLEMENT ET DE LA 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

Depuis 2016, la politique de réduction de l'isolement et de la contention tarde à porter ses fruits. Alors que le recours à l'isolement dans le département se réduisait de façon continue depuis 2018, l'année 2024 marque une recrudescence de ces pratiques, au-dessus du niveau de 2022. En revanche, le recours à la contention, qui évoluait en dents de scie depuis 2019, marque un second recul successif en 2024, mais qui le ramène simplement au niveau de 2021.

Les chiffres repris ci-dessous sont extraits des rapports annuels 2023 et 2024 communiqués à la commission. L'emploi de ces mesures varie de façon marquée entre les établissements. Ils signalent une relative stabilité du recours à l'isolement et à la contention pour le même établissement d'une année sur l'autre, ce qui pourrait indiquer une permanence des pratiques propres à chaque établissement, et l'opportunité d'une réflexion régionale sur ce sujet.

Établissement	Nombre de patients admis en SSC en 2023	Durée totale d'isolement En jours et % patients en SSC en 2023	Nombre de patients admis en SSC en 2024	Durée totale d'isolement En jours et % patients en SSC en 2024
Louis Mourier	169	356 211	151	515 341
CASH Nanterre	343	905 264	266	677 255
Corentin Celton	211	493 234	224	713 318
Paul Guiraud Clamart	440	3415 776	398	4074 1024
MGEN Rueil	169	485 287	155	475 306
Érasme	349	2336 669	336	2103 626

Le nombre de patients distincts placés en isolement pour cent patients hospitalisés en SSC s'est accru au niveau du département de 44 en 2023 à 50 en 2024, avec des extrêmes qui vont de 68 patients à Max Fourestier à 31 à Corentin Celton. Il s'agit donc de proportions élevées pour une pratique de dernier recours.

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

Après avoir atteint un plancher de 715 patients placés à l'isolement en 2022, cet indicateur est à nouveau en hausse de 4% pour atteindre 760 patients en 2024. Après avoir atteint un plancher de 7989 jours placés à l'isolement en 2023, cet indicateur est à nouveau en hausse de 7% pour atteindre 8557 jours en 2024.

La durée totale moyenne passée en isolement par patient distinct s'est accrue pour le département de 10.9 jours en 2023 à 11.3 jours en 2024, avec des extrêmes qui vont de 25 jours à

Paul Guiraud à 4 jours à Max Fourestier. Pour Paul Guiraud, cet indicateur est atypique : il représente plus du triple des 9 autres secteurs du département, pour lesquels la durée moyenne d'isolement par patient distinct est de 8 jours.

La durée moyenne d'isolement pour cent patients hospitalisés en SSC s'est accrue pour le département de 4.8 jours en 2023 à 5.6 jours en 2024, avec des extrêmes qui vont de 10.2 jours à Paul Guiraud à 2.6 jours à Max Fourestier. Pour Paul Guiraud, cet indicateur est atypique : il représente plus du double des 9 autres secteurs du département, pour lesquels la durée moyenne d'isolement pour cent patients hospitalisés en SSC est de 4 jours.

La durée moyenne de chaque mesure d'isolement s'est accrue au niveau du département de 2.2 jours en 2023 à 2.5 jours en 2024, avec des extrêmes qui vont de 17 jours à Paul Guiraud à 0.8 jour à Erasme.

Depuis la note de la DGOS du 9 mai 2022, une mesure comprend toutes les décisions avec des ruptures de moins de 48 heures. Autrement dit, les durées des décisions s'additionnent au sein d'une même mesure tant que les ruptures entre les décisions ne dépassent pas 48 heures. Cependant, cette instruction étant diversement appliquée, cet indicateur n'est pas strictement comparable d'un établissement à l'autre. Pour Paul Guiraud, cet indicateur est atypique : il représente douze fois celui des 9 autres secteurs du département, pour lesquels la durée moyenne d'isolement par mesure est de 1.4 jours.

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

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

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

Ce dernier cas pourrait s'expliquer en partie par les conditions d'accueil au SAU d'Antoine Béclère commun à ces deux établissements (qui sont aussi les deux plus importants du département par le nombre de secteurs desservis), alors que le SAU de Max Fourestier est lui aussi commun au premier cas.

En revanche, le rôle positif du SAU de Louis Mourier et du centre d'accueil permanent et de soins (CAPS) de Corentin Celton n'est pas déterminant dans le second cas.

Établissement	Nombre de patients isolés en 2023	Durée totale de contention En jours et % patients isolés en 2023	Nombre de patients isolés en 2024	Durée totale de contention En jours et % patients isolés en 2024
Louis Mourier	72	109 151%	56	114 204%
CASH Nanterre	161	59 37%	182	42 23%
Corentin Celton	57	26 46%	70	79 113%
Paul Guiraud Clamart	162	95 59%	160	79 49%
MGEN	74	30 41%	69	16 23%
Érasme	208	35 17%	223	24 11%

Pour cent patients placés à l'isolement, **le nombre de patients distincts placés sous contention** varie de 6 patients à Erasme à 46 à Louis Mourier, pour une moyenne départementale qui s'est réduite de 21 patients en 2023 à 18 en 2024. Il s'agit donc de proportions élevées pour une pratique de dernier recours.

Après avoir atteint un record de 183 patients placés sous contention en 2020, cet indicateur s'est réduit de 9% pour atteindre 139 patients en 2024. Après avoir atteint un cumul record de 780 jours passés sous contention en 2020, cet indicateur s'est stabilisé à 353 jours en 2024.

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

La proportion de jours placés sous contention pour cent jours placés en isolement varie d'un jour à Erasme à 22 jours à Louis Mourier, pour une moyenne départementale qui s'est stabilisée de 4.4 jours en 2023 à 4.1 jours en 2024.

La durée totale placée sous contention par patient distinct varie de 0.8 jour à Max Fourestier à 4.4 jours à Louis Mourier pour une moyenne départementale qui s'est stabilisée de 2.3 jours en 2023 à 2.5 jours en 2024.

La durée moyenne placée sous contention pour cent patients placés à l'isolement varie de 11 jour à Erasme à 204 jours à Louis Mourier pour une moyenne départementale qui s'est stabilisée de 48 jours en 2023 à 46 jours en 2024. Pour Louis Mourier, cet indicateur est atypique : il représente six fois celui des 12 autres secteurs du département, pour lesquels la durée moyenne de contention pour cent patients placés à l'isolement est de 34 jours.

La durée moyenne de chaque mesure de contention varie de 0.7 jour à Max Fourestier à 2.7 jours à Paul Guiraud pour une moyenne départementale qui s'est accrue de 1.4 jours en 2023 à 1.7 jours en 2024.

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

Ces données permettent également de distinguer trois cas :

- une pratique de la contention relativement modérée, se situant en dessous des médianes départementales pour les principaux indicateurs, pour Erasme, la MGEN et Max Fourestier
- une pratique en ligne avec les médianes départementales pour Paul Guiraud.
- une pratique relativement élevée vis à vis des médianes départementales pour Louis Mourier et Corentin Celton (ces deux établissements universitaires de l'APHP ne desservant qu'un seul secteur)

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 quatre cas :

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

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

<p>Max Fourestier : En 2024, On relève 33 mesures d'isolement (correspondant à 26 patients distincts) des patients détenus admis au titre de l'article D398 du CPP, soit la totalité des 26</p>
--

patients détenus hospitalisés cette année, ce qui confirme que le placement à l'isolement est systématique pour ces patients. La politique suivie pour la prise en charge des personnes détenues dans l'unité fermée entraîne donc un alourdissement du nombre de patients placés à l'isolement et sous contention.

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

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

En règle générale, les registres sont tenus de manière formelle et l'analyse des pratiques d'isolement et de contention est uniquement présentée de façon globale dans le rapport annuel. Quand des analyses des données existent, elles sont trop rarement exploitées en continu à des fins d'évaluation, de réflexion partagée et d'optimisation des pratiques. Le registre n'est donc pas totalement mobilisé au profit d'une véritable politique de réduction

Paul Guiraud : s'illustre depuis 2017 par la qualité du rapport annuel rendant compte des pratiques d'isolement et de contention. Ce rapport circonstancié est transmis à temps pour avis à la commission des usagers et fait l'objet d'un débat contradictoire en séance plénière.

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 entre les unités de psychiatrie générale appellent une explication dès lors que leur patientèle ne sont pas très différentes.

L'unité de psychiatrie générale Psy 09 pour le secteur de Puteaux Suresnes fonctionne régulièrement sans contention selon les extractions du registre de la contention communiquées à la commission.

Louis Mourier : fusionner dans le registre de l'isolement les différentes décisions de renouvellement communes à la même mesure.

RECOMMANDATION 17 : EN VUE DE REDUIRE LE RECOURS AUX MESURES DE COERCITION, DEVELOPPER L'ANALYSE DES DONNEES AU-DELA DES RAPPORTS INSTITUES PAR LA LOI, EN EFFECTUANT DES ANALYSES DE CES PRATIQUES SELON TOUTES LES DIMENSIONS SUIVIES DANS LE REGISTRE ET DANS LES SYSTEMES D'INFORMATION.

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

Désormais illégale, l'isolement de patients en soins libres, au-delà de quelques heures, est devenu exceptionnel (en dehors des SAU). En revanche, l'isolement des mineurs (et de patients âgés à risque de décompensation) subsiste.

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

MGEN : si la mesure de contrainte des soins d'un patient n'est saisie dans le logiciel que postérieurement à la prescription de l'isolement, la mesure de soins du patient inscrite dans le registre est "Soins libres", même si la saisie est réalisée postérieurement. Le registre comptabilise donc certains patients comme étant en soins libres alors qu'ils étaient effectivement sous contrainte au moment de la prescription d'isolement.

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

Se conformer au CSP (Article L3222-5-1), qui interdit désormais de recourir à l'isolement en dehors du cadre des soins sans consentement : « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. »

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

Exceptés les très rares mineurs admis en SDRE, les patients mineurs hospitalisés sur décision du titulaire de l'autorité parentale sont réputés en soins libres, ce qui interdit de les enfermer et de les isoler, et a fortiori de les attacher.

Au Journal officiel du 4 décembre 2025, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a publié un avis relatif aux enfants privés de liberté dans les établissements de santé mentale pour alerter sur le recours massif à des mesures d'isolement et de contention pour des mineurs.

Le CGLPL rappelle que ces placements sont contraires à la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE). Tout mineur hospitalisé en psychiatrie voit en principe le respect de ses droits garanti par les stipulations de la CIDE et les dispositions du code de la santé publique (la primauté du droit international sur le droit interne faisant obstacle à ce que ces dernières entrent en contradiction avec les premières).

Paul Guiraud : L'âge des patients isolés est compris entre 16 et 83 ans (15 et 83 ans en 2023), celui des patients placés sous contention entre 17 et 81 ans (17 et 74 ans en 2023), ce qui ne manque pas d'alerter aux deux extrémités du spectre.

Un objectif du GHPG est de prévenir les passages évitables des personnes âgées au SAU, et de prioriser l'accueil des personnes âgées en attente au SAU. Une attention particulière est également réservée pour les patients mineurs et les patients en SSC.

Louis Mourier : L'établissement rappelle que l'unité pour mineurs Astrolabe n'est pas destinée à la prise en charge des soins intensifs en raison de son éloignement physique du site principal

de l'établissement, ce qui retarde d'autant l'intervention des services de renfort ou de sécurité en cas d'alerte.

Erasme : L'unité spécialisée du CHS Erasme à Antony ne partage pas cette réserve. Les deux unités de l'établissement Théophile Roussel à Montesson (dont l'USIP) peuvent également prendre en charge ces soins intensifs.

Poursuivre l'objectif d'interdiction de l'isolement et de la contention pour les mineurs hospitalisés en psychiatrie.

RECOMMANDATION 19 : A FIN DE SE CONFORMER A LA CONVENTION INTERNATIONALE DES DROITS DE L'ENFANT (CIDE), 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

En raison de la tension capacitaire, l'instruction de conserver la chambre hôtelière du patient pendant son placement à l'isolement est rarement respectée.

Paul Guiraud : 117 patients étaient hospitalisés au jour de la visite pour une dotation de 111 lits d'hébergement restés ouverts (dont un lit supplémentaire pour transformer une chambre individuelle en chambre double déployé dans chaque unité). Même en déployant la totalité des six lits supplémentaires autorisés, il n'était donc pas possible de prévoir un lit d'hébergement miroir pour chacun des huit patients placés en isolement. Ces derniers pouvaient donc être autorisés à sortir de l'isolement, mais pas tous de la chambre d'isolement.

Chacun des lits supplémentaires étaient déjà occupés (à l'exception des unités François Léger et J.F.Béranger « simplement » occupées à 100%)

Corentin Celton : Au premier semestre 2025, 75% de la durée d'isolement sont enregistrés en espace dédié, 3% en dehors d'un espace dédié et 22% indéterminé.

Erasme : La proportion des mesures d'isolement en dehors d'une micro-unité donc en dehors d'un espace dédié) s'est à nouveau réduite de 9% en 2023 à 5% en 2024.

RECOMMANDATION 20 : LA COMMISSION CONTINUERA D'ETRE VIGILANTE SUR LE RESPECT DU PRINCIPE 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.

LA MESURE D'ISOLEMENT DOIT ETRE EFFECTUEE DANS UN ESPACE PREVU ET DEDIE A CET EFFET.

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

Les publications d'études sur les bonnes pratiques sont précieuses, telles que les « Six core strategies for reducing seclusion and restraint use » de 2008 aux Etats Unis ou « Plaid-care » en France en 2024. Elles permettront aux établissements d'enclencher ou de pérenniser un processus de diminution du recours à ces mesures.

Cette dernière repose, en complément des efforts de détection précoce et de prévention dans les

centres ambulatoires, sur la présence en intrahospitalier d'équipes compétentes et solidaires en nombre suffisant, qui doit aussi s'inscrire dans une culture de respect des droits des patients.

Puisque ces décisions sont définies par la loi comme étant décidées en dernier recours, chaque service doit définir les mesures alternatives à mettre en place, pour éviter une décision trop hâtive de placement en isolement, dans le cadre d'une politique ambitieuse.

Paul Guiraud : le GHT Psy Sud a proposé une troisième table ronde ouverte à l'ensemble des professionnels sur le thème de la prévention et gestion de la violence. Elle a permis d'aborder les outils proposés par la HAS, les stratégies de désamorçage (dont la formation Oméga), les alternatives à l'isolement et contention, la mise en place d'espaces d'apaisement, l'analyse des pratiques professionnelles, la gestion des suites d'un incident au niveau institutionnel et l'organisation des renforts programmés.

Max Fourestier : L'actualisation de la politique de limitation des mesures d'isolement et de contention a été présentée à la CDU en juin 2025.

Corentin Celton : Afin d'optimiser la surveillance infirmière, la formalisation d'un protocole institutionnel relatif aux mesures d'isolement et de contention est en cours d'élaboration sous la supervision de la direction qualité de l'établissement

MGEN : a répondu en 2025 à un nouvel AMI de l'ARS pour la qualification d'un binôme formateur Oméga (un médecin et une IDE). En 2024, cette formation n'avait pas pu être proposée, victime de son succès sur le plan national (tous les formateurs étaient déjà réservés quand l'établissement a candidaté). En 2025, 2 sessions (4 jours pleins pour douze salariés) étaient proposées pour compenser, dont l'une a été annulée par l'organisme de formation.

Louis Mourier : L'établissement a répondu à un appel à manifestation d'intérêt (AMI) pour l'obtention d'une prime d'engagement collectif pour réduire le recours à l'isolement et à la contention par des stratégies de désescalade. « Une actualisation des protocoles d'isolement et de contention est sur la GED. »

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

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

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

Selon l'article D.6124-265 du CSP, les unités d'hospitalisation doivent comprendre « un ou des espaces d'apaisement, adaptés à la nature de la prise en charge des patients et au projet thérapeutique mis en œuvre, permettant des échanges avec le psychiatre ou avec un autre professionnel à l'écart des autres patients »

Paul Guiraud : dispose de deux espaces d'apaisement installés respectivement dans les unités Auguste Rodin et Jean François Béranger

Roger Prévot : un espace d'apaisement est en cours de finalisation dans le service. L'ARS a octroyé 98000 euros (100% des demandes incluses au projet AMI isolement et contention 2025) pour la mise en œuvre d'outils alternatifs à l'isolement et la contention.

Max Fourestier : mise sur des actions spécifiques, qui peuvent faire l'objet d'une candidature aux AMI de l'ARS, tels que des actions de formation et la mise en place d'espaces d'apaisement (financement partiel de 34 KEUR en 2025).

MGEN : a répondu en 2025 à un nouvel AMI de l'ARS pour l'aménagement d'un espace d'apaisement. Pour installation en 2026, le choix de l'établissement s'est porté malgré son coût sur un système Wavecare combinant les effets de la musique, de la lumière et de vidéos conçues en ambiances naturelles.

Corentin Celton : le projet de création d'un espace d'apaisement dans le service (partiellement financé par l'ARS) présente un défi architectural : s'il ne vient pas se substituer à une chambre d'hébergement, il viendrait réduire l'espace de déambulation des patients. L'établissement réfléchit donc plutôt à l'acquisition soit d'un chariot sensoriel interactif permettant de construire des séances Snoezelen, soit d'un projecteur sensoriel pour créer des environnements apaisants et immersifs comme dans certains EHPAD.

Erasme : L'espace d'apaisement doté d'un équipement sensoriel Wavecare sera inauguré en décembre à l'emplacement du salon télévision du secteur 21. Cette création sur Erasme sera évaluée à l'aune de ses promesses dans la réduction des mesures de coercition.

Un premier espace d'apaisement Snoezelen avait été installé dans l'unité d'hospitalisation des adolescents, mais le projet de chariot Snoezelen pour les unités adultes a été abandonné, car mieux adapté aux enfants ou aux personnes âgées.

RECOMMANDATION 22 : ACCELERER LA MISE EN PLACE D'ESPACES D'APAIEMENT, QUI PERMETTRONT DE RESTREINDRE L'USAGE DES CHAMBRES D'ISOLEMENT AUX SEULES CIRCONSTANCES PREVUES PAR LA LOI

Le défaut de compliance au traitement concerne 30% des patients chroniques toutes pathologies confondues (somatiques comme psychiques). Les médiateurs de santé pairs peuvent également être acteurs de la psycho éducation, en particulier en faveur de la compliance au traitement.

Dans le cadre d'un programme de soins, la HAS recommande :« Lorsque l'état du patient est stabilisé, une démarche préventive telle que le plan de prévention partagé est proposée et discutée avec le patient ». Ils peuvent éviter ou faciliter si nécessaire la réintégration en hospitalisation complète.

L'Agence régionale de santé Île-de-France a lancé un appel à projets pour le recrutement de Médiateurs de Santé-Pairs, dans le cadre du programme porté par le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), au sein des services et structures de soins en santé mentale.

Le recours aux personnes de confiance peut également renforcer le consentement aux soins.

Paul Guiraud va recruter un premier médiateur de santé pair, qui rejoindra l'hôpital de jour de Clamart pour intégrer l'équipe mobile de réhabilitation centre et sud Ré Alto.

Roger Prévot : a recruté deux médiateurs de santé pairs, l'un en formation à la Garenne Colombes et le second au centre de réhabilitation de Levallois. Le premier se partagera entre le centre ambulatoire et l'intra hospitalier, où il participera au projet d'Open Dialogue.

Le groupe accueil a mis en place une procédure pour le recueil des directives anticipées en psychiatrie

Max Fourestier : Un projet d'intégration d'un médiateur de santé pair auprès de l'équipe d'accompagnement et de soins à domicile (UPASAD), également sollicitée pour la préparation à la sortie d'hospitalisation, est suspendu à l'incorporation d'une IDE pérenne dans l'équipe.

Le recueil des plans de crise conjoints est l'objet d'une procédure rédigée en novembre 2023, et d'un outil dédié « ma boussole GPS » guide prévention et soins du Psycom.

Corentin Celton : La rédaction des plans de prévention partagés a débuté avec une demi-douzaine de patients sur l'outil « Mon GPS » du Psycom.

L'intégration d'un médiateur de santé pair fait l'objet d'une réflexion dans le centre ambulatoire, qui pourrait susciter un projet de professionnalisation parmi les patients intéressés par ce parcours universitaire.

MGEN : en renfort du premier médiateur de santé pair actif en temps complet auprès de la plateforme de réhabilitation, une seconde médiatrice de santé paire effectuera un mi-temps en intrahospitalier pour la mise en œuvre de la rédaction du GPS (recueil des Directives Anticipées en Psychiatrie) par les patients suivis dans l'établissement (financée par un AMI de l'ARS).

Réunions « soignants-soignés » auxquelles participent les représentants des usagers

Mise en place d'un questionnaire patient à l'issue des périodes d'isolement

Un essai de transposition du process des fiches d'événement indésirable à l'intention des patients a démarré, en complément des autres outils proposés pour donner la parole aux patients, tels que les traditionnelles plaintes et réclamations étudiées par la commission des usagers. Celles-ci concernent plus souvent différents problèmes « hôteliers » plutôt que des soucis relatifs à la prise en charge. La « FEI pour les usagers de soins » est à remettre au cadre supérieur de santé (le service qualité en sera informé).

Erasme : déploie les plans de prévention partagés, en particulier avant la levée des mesures de SSC, dont les PDS. Ce déploiement va s'appuyer sur l'action des médiateurs de santé pairs en intra hospitalier comme auprès des centres ambulatoires.

Le médiateur de santé pair intégré dans le pôle 9 partage son temps plein entre l'hôpital de jour Jean Wier (où il anime notamment des ateliers thérapeutiques) et l'unité intra hospitalière de psychiatrie générale du secteur 9.

Les recrutements d'un médiateur de santé pair pour les pôles 20 et 21 sont en cours, en parallèle avec la réflexion sur leur fiche de poste. Ils font suite à une réponse positive de l'ARS dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt (AMI).

Le questionnaire destiné au patient sur le « vécu en chambre d'isolement » est systématiquement renseigné.

Des temps d'échange soignants-soignés sont organisés chaque semaine sur l'ensemble des unités intrahospitalières.

Louis Mourier : La plateforme de réhabilitation psychosociale du nord 92 Réh'Inspir, qui fédère les cinq établissements concernés (dont Louis Mourier), compte un médiateur de santé pair parmi les sept métiers spécifiques concernés.

L'équipe mobile de psychiatrie jeunes adultes s'est emparée de l'outil des plans de prévention partagée « mon GPS » du Psycom, dont le développement est animé par le case manager. Elle va recruter un premier médiateur de santé pair, qui sera mobilisé sur de nombreux projets tels que la psycho éducation ou les directives anticipées. Le candidat pressenti est déjà diplômé (Licence Sciences Sanitaires et Sociales (SSS)) et recherche un temps partiel de 80% au maximum. Son poste serait pérennisé sur celui d'éducateur actuellement vacant. Sa fiche de poste sera adaptée sur le modèle existant à l'hôpital Paul Brousse.

RECOMMANDATION 23 : 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 ET INCORPORATION DE MEDiateurs DE SANTE PAIR DANS LEUR ORGANISATION)

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

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

La loi du 22 janvier 2022 a imposé le contrôle juridictionnel de l'isolement et de la contention. Une simplification de ces procédures serait la bienvenue, alors qu'au contraire le conseil constitutionnel a décidé le 5 mars 2025 de censurer partiellement l'article L3222-5-1 du CSP dans sa rédaction de 2022 pour prévoir d'aviser systématiquement le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé qui fait l'objet d'un renouvellement exceptionnel d'une décision d'isolement ou de contention.

Ce contrôle obligatoire tend à gagner en effectivité. Les établissements font état de réunions avec les JLD pour améliorer leurs procédures en corrigeant les causes de mainlevées, dont l'insuffisance de motivation des décisions.

En effet, les contentions non autorisées sont la première cause de mainlevée par le JLD. Les audiences de contrôle des hospitalisations psychiatriques en SSC sont toujours tenues par les habituels JLD, mais ce n'est pas le cas des astreintes chargées du contrôle des mesures de renouvellement exceptionnel d'isolement et de contention, qui font donc plus souvent l'objet de mainlevées.

Par exemple, le juge d'astreinte peut lever une mesure d'isolement, en exigeant que la notification soit signée par le patient, alors que celui-ci a été avisé oralement de ses droits (sauf à ar-

gumenter l'impossibilité de signer). Un argumentaire insuffisamment motivé ou un retard d'enregistrement (même imputable au fonctionnement du tribunal) peuvent également être une raison de mainlevée.

Paul Guiraud : « Dans 95 % 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 » (81% en 2023 et 75% en 2022) »

Les quatre premiers motifs de mainlevées sont :

1/ les saisines tardives (4° en 2023)

2/ Motivation insuffisante (non mentionnée en 2023)

3/ une période non couverte par une décision (« trous » dans la mesure d'isolement) : idem en 2023

4/ documents absents (information aux proches, avis d'audition, information au juge : (non mentionnée en 2023)

Ne sont plus mentionnées :

L'absence de validation par le senior (1° en 2023)

Une mesure initiale dépassant la durée réglementaire (>6h ou >12h), second en 2023

Max Fourestier : Une mainlevée de contention a été signifiée à six minutes près. L'établissement a réagi par une nouvelle mesure de contention (en principe, interdite dans les 48 heures qui suivent la mainlevée, sauf événement nouveau)

Corentin Celton : L'exigence par le JLD d'une justification par un élément nouveau de la prolongation d'une mesure d'isolement à la suite d'une décision de mainlevée pour vice de forme est un exemple des limites de la législation actuelle régissant ces mesures.

MGEN : a adapté ses formulaires pour pouvoir acter l'impossibilité de signer du patient et les motifs de celle-ci. Les décisions de mainlevée du JLD donnent lieu à la rédaction et à la discussion d'une fiche d'événement indésirable.

Erasme : Le nombre de saisines du JLD est en retrait de 29% sur l'année 2023

Le juge a prononcé 12 levées en 2024 (3% des dossiers). Les principaux motifs de mainlevée par le juge sont dans l'ordre :

Saisine hors délai (4)

Motivation insuffisante (2)

Irrégularité touchant la décision médicale initiale (2)

Autres motifs (4)

La nécessité d'informer le juge à 48 heures d'isolement a modifié les pratiques. Nous constatons une augmentation très significative du nombre de mesures, dont la grande

majorité (77%) sont inférieures à 12 heures et une diminution du nombre de journées d'isolement sur l'ensemble de l'année.

Les mises en chambre d'isolement prescrites pour la nuit, avec une levée de la mesure le matin, remplacent les anciennes décisions d'isolement « à temps partiel ». Ce dernier cas concerne parfois les patients sujets à la déambulation nocturne, quand ils perturbent leurs voisins.

En fait, le registre cumule des décisions d'isolement pour la nuit (typiquement de 22 heures à 10 heures) et des mesures plus longues. Cependant, depuis la note de la DGOS du 9 mai 2022, une mesure comprend toutes les décisions avec des ruptures de moins de 48 heures. Autrement dit, les durées des décisions s'additionnent au sein d'une même mesure tant que les ruptures entre les décisions ne dépassent pas 48 heures.

RECOMMANDATION 25 : 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.

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.

Pour ne pas risquer d'être une coquille vide, la prolongation en 2026 de la grande cause nationale santé mentale de 2025, labellisée « Parlons santé mentale ! », va nécessiter une réorganisation de la psychiatrie, et des actions plus concrètes et visibles pour rendre plus attractive la psychiatrie de service public. Il est nécessaire de redéfinir les champs de la psychiatrie, qui ne peut pas être un simple outil de sécurité publique.

En juillet, l'Unafam a présenté au ministre de la Santé et de l'Accès aux soins, ses 48 propositions pour une refondation de la psychiatrie en France, qui rejoignent certaines de nos recommandations.

À l'occasion de la réunion du Comité national stratégique santé mentale et psychiatrie, présidé par le ministère de la Santé le 11 juin, l'Unafam a publié son *Manifeste pour l'abolition de la contention en psychiatrie*, une mesure attentatoire à la dignité, dont l'abolition est au cœur du plaidoyer de l'association,

Selon l'étude précitée de l'IRDES de février 2024, sur environ 220 établissements autorisés en SSC, 32 déclaraient ne pas faire usage de contention et 11 ne pas recourir à l'isolement. Comme illustré plus haut, l'objectif de zéro contention est ambitieux pour certains établissements, pour lesquels il faudrait plutôt retenir dans un premier temps un objectif plus réaliste de réduction de cette pratique.

Pour suivre une première journée régionale déjà consacrée à ces sujets en juin, l'ARS Ile de France a lancé en octobre 2025 une communauté régionale ouverte et multiple pour travailler à l'amélioration du respect des droits des patients en psychiatrie, contribuer à la réduction des mesures coercitives comme la contention et l'isolement, et développer d'autres pratiques.

L'attractivité de la psychiatrie a souffert d'un effet de ciseaux, alors que la lourdeur générée par les évolutions réglementaires des soins sans consentement s'est combinée avec une crise démographique des personnels soignants médicaux et non médicaux.

Face à cette crise démographique, il faut réenchanter la psychiatrie et l'hôpital en particulier. C'est aussi le but des nombreux projets des établissements visités par la commission dont elle se fait l'écho dans le présent rapport annuel d'activité.

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 depuis novembre 2023 (en remplacement de Madame le docteur Laurence Bigot-Plantade)	
Un médecin généraliste désigné par le Représentant de l'État	Non encore désigné depuis novembre 2020 (en remplacement de Monsieur le docteur Jean-Pierre Gaston Carrère, ex-Président de la Commission)	
Un représentant d'association agréée de personnes malades	Monsieur Thierry Villers, représentant la Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie (FNAPSY)	Janvier 2017
Un représentant d'association agréée de familles	Madame Isabelle Bianquis représentant l'Union Nationale des Familles et Amis de Malades Psychiques (UNAFAM)	Septembre 2020

Le secrétariat de la Commission est assuré par le Département des relations avec les usagers et Soins sans consentement de la Délégation Départementale des Hauts de Seine de l'Agence régionale de Santé d'Île de France, qui est invité à participer à l'ensemble des visites d'établissements. La commission tient à souligner les bénéfices de la participation d'un représentant de l'ARS à ses réunions et souhaite que leur présence soit régulière en 2026.

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 magistrat du siège du tribunal judiciaire 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 magistrat du siège du tribunal judiciaire 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 59388 habitants (Neuilly) à 95808 (Vanves Issy les Moulineaux). Un bon nombre des établissements corrigent ces inégalités en ayant créé des unités intersectorielles.

Population municipale desservie par chacun des secteurs couverts par les sept établissements chargés d'assurer les SPSC (au 1^{er} janvier 2023),

Établissement	Secteur	Villes Concernées	Population Municipale	FA de patients suivis en ambulatoire (dont PDS)	Nombre de lits
Louis Mourier Colombes	92G06 Intersectorielles	Colombes	86775	592 (95)	40+4 CI UPAJ 9 Addictologie 8
Max Fournier Nanterre	92G07	Courbevoie	82074	565 (26)	
Max Fournier Nanterre	92G10 Intersectorielles	Nanterre	95782	1441 (16)	UO 28 UF12 + 4 CI

Roger Pré- vot Nanterre	92G05	La Garenne Co- lombes/ Bois – Co- lombes	59179	34 (12)	23
Corentin Celton Issy-les- Moulineaux	92G12	Issy les Moulineaux, Vanves	95808	591 (44)	49+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G16	Meudon Chaville	66349	838	20+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G17	Clamart Le Plessis Robinson	82741	866	18+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G18	Montrouge Malakoff	79137	1108	21+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G19	Châtillon Bagneux	78359	1171	21+2 CI
	Intersectorielles	Toutes les villes	306586	(98)	36
Mgen Rueil Mal- maison	92G08	Neuilly- sur- Seine	59388	392 (28)	
Mgen Rueil Mal- maison	92G11	Rueil- Malmaison	78265	634 (41)	58+3 CI
Érasme Antony	92G09	Suresnes Puteaux	93491	1085 (12)	17+2 CI UIA : 17+2
Érasme Antony	92G20	Sceaux Châtenay-Malabry Fontenay-aux-Roses	79916	988 14)	17+2 CI UIR : 26 lits

Érasme Antony	92G21 Intersectorielles	Antony Bourg-la Reine	83880	1018 (47)	17+2 CI Unité Minkowski 19 lits
Totaux			1121144	12166 (541)	456+29 CI