

COMMISSION DEPARTEMENTALE
DES SOINS PSYCHIATRIQUES
DU VAL DE MARNE

RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE
2021

Préambule

La Commission départementale des soins psychiatriques du Val de Marne, instituée par la loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 5 juillet 2011, est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement (SSC), au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

Cette commission créée par la loi (article L 3222-5 du Code de Santé Publique) est « chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques [sans consentement] au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. »

Ses compétences sont détaillées à l'article L3223-1 qui prescrit qu'elle :

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

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

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

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

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

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

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

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

7° *Peut proposer au juge des libertés et de la détention* du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil d'une personne admise en soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de

procédure pénale d'ordonner, dans les conditions définies à l'article L. 3211-12 du présent code, la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet ;

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

De plus, l'article L3222-5-1 relatif à l'isolement et la contention précise que : « *le registre, établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.* »

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.

En ce qui concerne le rapport d'activité de la commission, son contenu est défini comme suit par l'article R3223-11 du Code de la Santé Publique :

« Le rapport d'activité prévu au 6° de l'article L. 322 3-1 comporte les éléments suivants :

1° Les statistiques d'activité de la commission, présentées sous la forme d'un tableau conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, accompagnées de toute remarque ou observation que la commission juge utiles sur ces données ;

2° Le bilan de l'utilisation de la procédure applicable en cas de péril imminent pour la santé de la personne prévue au 2° du II de l'article L. 3212-1 et de la procédure applicable en cas d'urgence et de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade prévue à l'article L. 3212-3 ;

3° Une synthèse des conclusions de la commission sur les réclamations qu'elle a reçues et sur les constatations qu'elle a opérées lors de la visite d'établissements, notamment en ce qui concerne la tenue des registres et le respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes, ainsi que le nombre de malades entendus.

Le rapport d'activité de chaque année civile est adressé au cours du premier trimestre de l'année suivante aux autorités mentionnées au 6° de l'article L. 3223-1. »

I- COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DE LA CDSP

Les membres de la CDSP ont été nommés par arrêté n°2019/2593 en date du 13/08/2019.

Psychiatre désigné par la cour d'appel de Paris	Docteur Marie-Christine CABIE
Médecin généraliste désigné par le Préfet	Docteur Jacques PICARD (président de la commission)
Psychiatre désigné par le Préfet	Docteur Jean-Michel GRELLET
Représentant d'association agréée de familles de personnes atteintes de troubles mentaux	Mme Jacqueline CHATELAIN (Union Nationale de Familles et Amis de malades Psychiatriques –UNAFAM-)
Représentant d'association agréée de familles de personnes atteintes de troubles mentaux	Mme Françoise NIGER (représentante des usagers, désignée par l'association d'usagers et d'ex-usagers de l'hôpital Esquirol adhérente à la FNAPSY)

La loi n°2019-222 du 23 mars 2019 a modifié l'article L. 3223-2 du CSP en mettant fin à la représentation du tribunal de grande instance au sein de la CDSP.

Par ailleurs, le docteur GRELLET ayant cessé son activité professionnelle, a mis fin à sa représentation au sein de la CDSP au 1^{er} décembre 2019. Il en est de même du Dr CABIE qui a cessé son activité professionnelle fin juin 2020. Au 31 décembre 2021, ces psychiatres n'étaient pas remplacés.

La nouvelle commission a désigné le docteur PICARD comme président de la CDSP du Val-de-Marne. Il a mis fin à son mandat le 10 septembre 2020. Mme CHATELAIN a été désignée présidente.

La commission a assuré les missions fixées par le code de la santé publique.

II- ACTIVITE DE LA CDSP

En dehors du respect des gestes barrières et du port du masque, l'activité de la CDSP n'a pas été impactée par les mesures liées au Covid et a pu reprendre activement les visites des établissements avec 8 visites et un rendez-vous pour examiner le logiciel Planipsy.

16 février 2021 : visite du pôle 94G13 du Centre hospitalier Paul Guiraud.

16 mars 2021 : visite du pôle 94G16 des hôpitaux de Saint-Maurice

25 mars 2021 : rendez-vous à l'hôpital Paul Guiraud pour examiner le logiciel Planipsy, dont la mise en œuvre doit remplacer le Livre de la Loi dans certains hôpitaux

5 mai 2021 : visite du pôle 94G10 du Centre hospitalier Paul Guiraud.

2 juin 2021 : visite du pôle 94G04 à l'hôpital des Murets

22 juin 2021 : visite des pôles 94G06, 94G07, 94G08 du CHU Henri Mondor, site Albert Chenevier.

30 septembre 2021 : visite du pôle 94G01 à l'hôpital des Murets.

21 octobre 2021 : visite du pôle 75G10-11 aux hôpitaux de Saint-Maurice

2 décembre 2021 : visite de l'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA)

On notera, que malgré une activité importante, la CDSP du Val de Marne n'a pas atteint l'objectif fixé par l'article R3223-6 du CSP à savoir visiter les établissements : « au moins deux fois par an ».

Avec 6 établissements, 19 secteurs, une UMD et une UHSA, cet objectif est difficilement atteignable.

Deux réunions se sont tenues avec l'ARS :

- Une réunion en visio-conférence le 9 avril 2021.
Etait à l'ordre du jour :
 - L'élaboration du programme de visites pour le second trimestre,
 - Le suivi des établissements souhaitant dématérialiser le Livre de la Loi ou souhaitant le faire afin de s'assurer que la CDSP peut disposer des mêmes informations,
 - L'examen du projet de rapport d'activité 2020.
 - La définition d'une procédure pour le traitement des réclamations de patients avec transmission des pièces du dossier.

- Une réunion en présentiel dans les locaux de l'ARS le 14 septembre 2021
Etait à l'ordre du jour :
 - L'élaboration du programme de visites pour le 4^{ème} trimestre 2021.

L'état du remplacement de 2 psychiatres,
La mise en œuvre de temps d'échange entre établissements, JLD, CDSP
et ARS en application de l'instruction DGOS/R4/2021/89 du 29 avril 2021
relative à l'isolement et à la contention. L'examen de cette proposition a été
reporté.

Le suivi des observations et recommandations adressées aux
établissements psychiatriques. Ce point a été reporté.

Les visites effectuées par la commission en 2021 ont été organisées selon le schéma
habituel :

- échanges avec la direction et/ou ses représentants sur le fonctionnement global de la
structure, les projets à venir et les difficultés,
- consultation et contrôle des registres de la loi et plus particulièrement d'extractions de ce
registre portant sur les patients en SPI et SDTU ainsi que des patients hospitalisés depuis
plus d'un an et des patients en programme de soins. Examen de certains dossiers.
- Consultation du registre de la contention et de l'isolement. Dans certains hôpitaux cette
consultation n'a pas été possible ou a été très difficile (voir ci-dessous).

**Il serait souhaitable, comme le font certaines CDSP, que la consultation des
documents précède la visite du pôle ou que la durée consacrée à la visite soit
allongée de telle sorte que cette consultation n'empiète pas trop sur le temps
consacré à la visite de l'unité de soins.**

- visite de l'unité psychiatrique en présence du médecin en charge ou de son représentant
;
- entretien avec les patients ayant demandé à être entendus.

III - Analyses des statistiques communiquées par l'ARS

Les Statistiques communiquées par l'ARS ne permettent pas d'établir des pourcentages des différentes mesures SDDE et SDRE, car la définition de chaque mesure est différente de celle du total. De ce fait, il n'est pas possible de calculer des pourcentages. En conséquence, sont principalement examinées les évolutions entre les données 2017 et celles de 2021.

Données de cadrage pour les années 2017 à 2021

	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre total de mesures de soins psychiatriques prise dans l'intervalle	2205	2295	2425	2595	2895
dont le nombre total de mesures SDRE prises dans l'intervalle	426	455	502	445	495
dont le nombre total de mesures SDJ	10	6	16	8	10
dont le nombre de mesure prises en application de l'article L. 3213-1 du CSP	133	138	182	154	201
dont le nombre de mesure prises en application de l'article L. 3213-2 du CSP	118	124	92	55	46
dont le nombre de mesure prises en application de l'article L. 3213-7 du CSP	0	0	0	0	0
dont le nombre de mesure prises en application de l'article 706-135 du CPP	10	6	16	8	10
dont le nombre de mesure prises en application de l'article L. 3214-3 du CSP	175	193	228	237	238
dont le nombre total de mesures SDDE prises dans l'intervalle	1769	1834	2331	2493	2417
dont le nombre de mesures de Soins à la Demande d'un Tiers	679	701	898	722	598
dont le nombre de mesures de Soins à la Demande d'un Tiers en Urgence	363	377	381	657	729
dont le nombre de mesures de Soins pour Péril Imminent	727	756	1052	1114	1090

	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre total de levées de mesures	1925	1943	1741	1869	2150
dont le nombre total de levées de mesure SDRE	338	344	343	311	321
dont le nombre total de levées de mesures SDJ	0	2	2	8	3
dont le nombre de levées de mesures prises en application de l'article L.3213-1 du CSP	101	102	110	90	121
dont le nombre de levées de mesures prises en application de l'article L.3212-1 du CSP	95	97	85	NC	NC
dont le nombre de levées de mesures prises en application de l'article L.3213-7 du CSP	0	0	1	1	1
dont le nombre de levées de mesures prises en application de l'article 706-135 du CPP	0	2	2	3	2
dont le nombre de levées de mesures prises en application de l'article L.3214-3 du CSP	142	145	141	159	155
dont le nombre total de levées de mesures SDDE	1587	1597	1741	1824	1826
dont le nombre de levées de mesures de Soins à la Demande d'un Tiers	585	591	601	}	}
				1017	1031
dont le nombre de levées de mesures de Soins à la Demande d'un Tiers en Urgence	350	357	356	}	}
dont le nombre de levées de mesures de Soins pour Péril Imminent	652	649	784	807	795
Nombre total de mesures ouvertes de plus d'un an	309	312	726	955	1219
dont le nombre de SDRE ouverts de plus d'un an	169	171	164	204	198
dont le nombre de SDJ ouverts de plus d'un an	34	32	30	NC	3
dont le nombre de SDDE ouverts de plus d'un an	107	109	532	751	1021

1- On notera que sur 2895 patients concernés par une mesure SDRE, SDJ ou SDDE prise dans l'intervalle pour 2021 (contre 2595 en 2020), les patients en SDDE sont au nombre de 2417.

2- Sur 5 ans, les patients SDDE sont passés de 1769 à 2417 soit une augmentation de près de 37%.

Les mesures SDT, sont passées de 679 à 598 avec un pic en 2019 à 898, soit une baisse très irrégulière sur 5 ans de 12%.

Les SDTU sont passés de 363 à 729 soit une augmentation de 100% sur 5 ans et de 11% sur 2 ans passant de 657 à 729. Cette évolution s'expliquerait par le passage par les services des urgences des hôpitaux et la difficulté de trouver un lit sans faire valoir le caractère urgent

Les SPI sont passés de 727 à 1090 avec un pic à 1114 en 2020, soit une augmentation de 50% sur 5 ans. Au niveau national, ils représentent ¼ des hospitalisations en soins sans consentement pour 2020 (étude IRDES à paraître).

Il ressort de ces données que les mesures considérées comme exceptionnelles par la loi du 5 juillet 2011 sont devenues la règle avec des variations selon les hôpitaux.

3- Le nombre de mesures SDRE est passé de 426 à 495 soit un **accroissement de près de 14% sur 5 ans** avec un pic à 502 en 2019.

4- En ce qui concerne les levées de mesure, celles-ci ont augmentées de près de 12% sur 5 ans passant de 1925 à 2150 et de 15% entre 2020 et 2021 passant de 1869 à 2150.

5- **Si la population hospitalisée croît sensiblement sur 5 ans (+ 31%) passant de 2205 en 2017 à 2895 en 2021**, le nombre de personnes hospitalisées depuis plus d'un an s'accroît fortement ce qui pourrait signifier une augmentation des durées d'hospitalisation.

Ainsi, le nombre de mesures ouvertes de plus d'un an passe de 309 à 1219 toutes mesures confondues de 2017 à 2021 soit une multiplication par 4 et de 107 à 1021 pour les SDDE soit une multiplication par 10.

Les causes d'une telle augmentation qui s'est accélérée à partir de 2019 seraient, selon l'ARS, factice et dues à une mauvaise transmission des levées des mesures du fait des établissements qui ne les ont pas clôturées.

Il serait souhaitable que les établissements, en liaison avec l'ARS, corrigent, s'il y a lieu, ces données car elles constituent des informations importantes.

En effet, elles laissent à penser que les durées d'hospitalisation ont augmenté de façon très sensible.

L'inclusion éventuelle dans ces données de patients en programme de soins pourrait également avoir gonflé les chiffres. Cette hypothèse devra être examinée auprès des établissements.

Par ailleurs, il est, important que les statistiques établies par l'ARS soient fiables et reprennent les mêmes séries d'une année à l'autre faute de quoi il n'est pas possible d'analyser les évolutions. Cela est particulièrement vrai pour les levées de mesures en fonction du type de mesure. Les tableaux communiqués par l'ARS ne reprennent pas le détail de ces informations pour les SDT et SDTU depuis 2020, ce qui explique l'inscription de chiffres entre les deux lignes.

- 6- En ce qui concerne la répartition par sexe, on notera classiquement que les hommes représentent 63% des 1887 patients avec une mesure en cours.
- 7- En ce qui concerne les âges, la tranche 31 à 50 ans est la plus représentée avec près de 46%.
- 8- Les plus de 70 ans représentent encore 5,14% y compris pour les SDDE où ils sont **90** contre 7 en SDRE.

Recommandation : Une attention particulière devrait être portée à cette population dont une hospitalisation de longue durée ne peut que fragiliser voir altérer gravement les compétences.

En fonction de leur état mental, il serait souhaitable que ces patients soient orientés vers des structures médico-sociales adaptées.

- 9- Les jeunes de moins de 18 ans ne représentent que 7 patients avec une mesure en cours à ce jour dont 4 en SDRE mais ils sont 44 avec une mesure ouverte dans l'intervalle ce qui n'est pas négligeable sachant que cette population relève en principe de la pédopsychiatrie.

- 10- En ce qui concerne l'organisation de la psychiatrie publique dans le Val-de-Marne (voir annexe 3), on observe des écarts significatifs pour la population desservie par un secteur qui vont de 1 à 2,5: le plus petit avec 56 832 habitants (Maison Alfort) et le plus peuplé avec 147 470 habitants (Paris 11^{ème}).

Il serait souhaitable de savoir si le nombre de médecins psychiatres et de personnels non médicaux est proportionnel à la taille du bassin de population.

En ce qui concerne le nombre de patients qui ont eu une mesure ouverte dans l'intervalle, il n'est pas possible d'établir de corrélation avec la population desservie. Toutefois, les écarts interrogent quand le bassin de population est sensiblement de la même taille : 182 pour les hôpitaux de Saint-Maurice, 552 pour Les Murets et 1336 pour Paul Guiraud.

Pour pouvoir faire des comparaisons avec les CDSP d'autres départements, il serait utile que la fiche de pré-visite soit constituée de 2 volets, un pour l'établissement, l'autre pour le pôle concerné par la visite et que ces 2 fiches comportent des cases concernant la file active de l'établissement (intra et ambulatoire) ainsi que le taux d'occupation des lits.

IV - Observations et recommandations concernant les registres.

4-1 La tenue des registres de la loi dans les établissements visités

Tous les établissements visités tiennent à jour les livres de la loi et y apposent les décisions administratives ainsi que les ordonnances du JLD.

Il est régulièrement, indiqué qu'une informatisation de leur tenue serait bénéfique :

- pour les établissements qui sont obligés d'y consacrer un temps important à leur mise à jour, sans parler des difficultés de manipulation,
- pour la commission qui ne peut pas toujours faire extraire les informations qu'elle doit contrôler, notamment la situation des personnes admises en cas de péril imminent et celles dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an, lorsque ces données n'ont pas été préparées à l'avance.

De fait, ces informations sont reportées sur différentes applications afin de pouvoir extraire des données.

Un certain nombre d'établissements, après avoir informé le tribunal judiciaire et la CDSP par lettre en date du 8 janvier 2021, se sont engagés dans l'informatisation du Livre de la Loi.

Les établissements de l'APHP utilisent ou sont sur le point d'utiliser l'application adoptée par l'APHP.

Les Hôpitaux de Saint Maurice et le GH Paul Guiraud ont proposé une présentation du logiciel PlaniPSY aux membres de la CDSP. Une réunion s'est tenue le 25 mars 2021.

Des préconisations (comme l'intégration des personnes en programme de soins et l'ajout d'une fiche pour intégrer le visa de la CDSP) ont été adressées sachant que ces dernières sont susceptibles d'évoluer tant en raison du logiciel que de la réglementation.

Toutefois, ces hôpitaux sont plus ou moins avancés dans le déploiement de ce logiciel ce qui entraîne la coexistence de différents outils et parfois un rendu des données plus difficile.

A terme, cette informatisation devrait permettre de ne plus avoir à manipuler de lourds registres en ayant une seule base de données permettant de réaliser des extractions rapides des informations demandées.

La CDSP a effectué 22 contrôles de dossiers de patient portant :

- sur des mesures de SPI afin de s'assurer que la famille avait bien été recherchée (3)
- sur des hospitalisations de plus d'un an (11)
- sur des mesures d'isolement d'une durée supérieure à 1000h (8)

Malgré une progression par rapport aux contrôles réalisés l'année précédente (année marquée par le COVID), le nombre de ces contrôles reste trop faible.

4-2 Le registre de l'isolement et de la contention

L'article 84 de la loi du 14 décembre 2020 codifié sous l'article L3222-5-1 du CSP a fixé des durées maximales pour les mesures d'isolement et de contention, introduit un contrôle par le JLD et imposé des mentions particulières sur le registre.

Juridiquement, cette disposition pouvait être considérée comme d'application immédiate. Toutefois, son décret d'application concernant la procédure devant le JLD n'est paru que le 30 avril 2021, accompagné par une instruction du Ministère des Solidarités et de la Santé du 29 avril 2021 et d'une circulaire du Ministère de la Justice du 5 mai 2021.

Pour ces raisons, même si l'instruction du Ministère des Solidarités et de la Santé prévoit que : « **les CDSP peuvent désormais enrichir leur rapport d'activité d'un bilan des mesures d'isolement et de contention prévues par l'article L 3222-5-1 qu'elles auront constatées, notamment dans le cadre des visites d'établissement prévues à l'article R 3223-6 du code de la santé publique** », le contrôle s'est principalement borné à rappeler les dispositions légales, tout en relevant les dépassements importants, et à demander que le registre soit conforme aux dispositions du point III de l'article L3222-5-1 du CSP.

De fait, la parution tardive des dispositions réglementaires a eu pour conséquence que les durées des mesures d'isolement et de contention sont restées, dans la plupart des hôpitaux au même niveau que précédemment.

Par ailleurs, sur cette période, le JLD n'a habituellement effectué son contrôle que lors de son examen à 12 jours ou à 6 mois lorsque la personne se trouvait sous une de ces mesures. Or, en l'absence de contrôle judiciaire, l'isolement et la contention de personnes hospitalisées au-delà des limites prévues peuvent constituer des délits de violence sur personnes vulnérables (article 22-13 du Code Pénal) et de séquestration arbitraire (article 224-1 du code Pénal). Une séquestration d'une durée de 7 jours ou plus constituerait un crime.

Avec la publication de la loi du 22 janvier 2022 qui a modifié notamment l'article L 3222-5-1 du CSP en imposant le contrôle du JLD avant l'expiration de la 72^{ème} heure d'isolement ou de la 48^{ème} heure de contention, on devrait connaître une certaine évolution.

En dehors de l'évolution législative précitée, l'ensemble des établissements psychiatriques tiennent un registre informatisé mais celui-ci n'est pas toujours conforme aux dispositions précitées de l'article L3222-5-1 du CSP.

Il constitue le support du rapport annuel sur l'isolement et la contention souvent transmis tardivement à la CDU et à la CDSP.

La CDSP demande, dans sa fiche de pré-visite, que lui soit communiquée la « liste des personnes mises en isolement et en contention, âge de ces personnes, mode d'hospitalisation et durée de ces mesures ».

La plupart des établissements communiquent ces données à l'avance afin de faciliter leur examen et permettre un échange.

Hôpitaux de Saint-Maurice

Il nous a été refusé à 2 reprises l'examen sur place du listing informatique ORBIS des mesures anonymisées d'isolement et de contention.

La première fois en s'appuyant sur une interprétation restrictive du texte de l'article L3222-5-1 Point III 2^{ème} phrase qui dispose : « Le registre, établi sous forme numérique, doit être *présenté*, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques.... ». C'est ainsi que le listing a été posé sur la table sans permettre son examen, alors même que le rapport sur l'isolement et la contention pour l'année 2019 (dernier rapport communiqué) mentionnait une durée maximale des mesures de 1962 heures soit près de 82 jours. Un tel dépassement aurait mérité d'être examiné.

La seconde fois, en s'appuyant sur le recours pendant formé devant le Conseil d'Etat par le centre hospitalier Sainte-Marie contre le jugement du 18 juin 2020 par lequel le tribunal administratif de Lyon a enjoint à ce centre à communiquer à l'association CCDH (émanation de l'église de scientologie) une copie du registre de contention et d'isolement.

Par cette argumentation, les hôpitaux de Saint-Maurice mettaient sur le même plan, tout tiers demandeur en application des articles L311-6 et L311-7 du code des relations entre le public et l'administration et la CDSP dont les membres sont soumis au secret professionnel sous réserve des dispositions des 4° et 6° de l'article L3223-1 du code de la santé publique.

Par une décision en date du 18 novembre 2021, le Conseil d'Etat a rejeté le pourvoi du centre hospitalier Sainte-Marie et a fait droit à la demande du CCDH sous réserve que soient occultées les informations concernant l'identité des patients, des médecins et des soignants.

Si cette décision met fin à une polémique sur le contrôle par tout tiers demandeur d'une copie du registre de l'isolement et de la contention sous certaines réserves, le raisonnement a fortiori pour la CDSP n'est pas correct.

En effet, il méconnaît les dispositions de l'article R 3223-6 modifié par l'article 2 du décret du 30 avril 2021 qui dispose : « Pour l'exercice de cette mission, les établissements donnent aux membres de la commission toutes facilités d'accès à l'ensemble des bâtiments de soins, au registre prévu à l'article L 3212-11, au registre prévu à l'article **L 3222-5-1...** ».

Si, in fine, lors de notre 2^{ème} visite, nous avons pu consulter sur un écran d'ordinateur le registre de l'isolement et de la contention tel que tenu par l'établissement, c'est-à-dire sommant pour un patient donné toutes les périodes d'isolement et de contention. Le détail de chaque période nécessitait l'intervention d'une personne du service. De ce fait notre examen n'a pas été systématique. Un contrôle rapide sur écran a permis de constater que seuls 3 patients avaient subi des durées de mise en isolement supérieures à 100h (169h, 285h et 643,5h).

En tout état de cause, ce registre n'était pas conforme aux dispositions de l'article L3222-5-1 point III du code de la santé publique. La responsable de l'hôpital en convenait puisqu'elle nous informait qu'une nouvelle version de Planipsy devrait être disponible en janvier 2022, version qui intégrerait les mentions manquantes dans le logiciel actuel et qui présenterait séparément chaque mesure.

Plus grave, un contrôle par le CGLPL quelques jours plus tard, révélait un défaut de traçabilité des décisions de placement et de maintien à l'isolement dans une unité.

L'examen des extractions communiquées par les autres hôpitaux font ressortir des dépassements plus ou moins importants des durées maximum fixées par l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique et des difficultés à présenter des registres conformes aux dispositions légales. Manque en effet très souvent le nom du professionnel de santé chargé de la surveillance.

Centre Hospitalier Paul Guiraud

L'examen a posteriori de l'extrait anonymisé du registre général des mesures d'isolement et de contention sur le 1^{er} trimestre 2021 fait ressortir que 5 patients ont été mis à l'isolement pendant plus de 100h dont un pendant 603,17h soit plus de 25 jours.

Ce listing ne mentionne pas les noms des personnes chargées de la surveillance.

Hôpital des Murets :

L'examen du registre de l'isolement et de la contention sur 5 mois de 2021 portant sur 95 patients faisait ressortir 41 mesures comprises entre 48 et 100h, 3 mesures comprises entre 100 et 500h et 2 mesures supérieures à 1000h (1375h consécutives pour un patient soit 57 jours et 1300h non consécutives pour un autre).

En ce qui concerne les mesures de contention concernant 14 patients, 2 mesures ont duré plus de 24h, 3 plus de 100h et 1 plus de 1000h (1526h non consécutives soit 735h+791h).

Un nouvel examen, fin septembre 2021 a porté sur 214 mesures d'isolement prescrites sur les huit premiers mois de l'année : 178 sont supérieures à 48h, 91 sont supérieures à 1000h, 12 à 500h et 6 supérieures à 1000h.

En ce qui concerne la contention, un examen de 25 mesures fait apparaître que : 14 mesures ont duré plus de 24h, 7 plus de 100h et 1 plus de 1000h (1438h soit près de 60 jours)

Groupe hospitalier universitaire AP-HP Hôpital Henri Mondor site Albert Chenevier

L'extraction du registre de l'isolement et de la contention qui nous a été communiqué mentionnait les durées de ces mesures en jours et non en heures comme prescrit.

Après conversion, il ressort que sur les 5 premiers mois de 2021, sur 113 mesures, 67 mesures ont plus de 48h, 20 sont supérieures à 200h et 6 supérieures à 500h dont une de 1932h soit 82 jours. De plus une mineure en soins libre mais sous OPP a été mise de façon continue en isolement et contention pendant 470 heures et de façon discontinue pendant plus de 873h.

UHSA Paul Guiraud

L'examen du registre de l'isolement et de la contention de l'unité fait apparaître que sur 52 patients, 15 mesures d'isolement sont supérieures à 100h dont 2 supérieures à 400h soit 847h d'isolement et 41h de contention- 423h d'isolement et 120h puis 68 de contention.

Dans son rapport de visite du 14 au 17 avril 2014, le CGLPL mentionne que l'isolement est systématiquement appliqué à l'arrivée du patient détenu. Lors de sa deuxième visite, en date des 25 et 26 janvier 2016, il est mentionné dans la Recommandation N°3 :

« La pratique du placement systématique en chambre d'isolement à l'arrivée du patient doit être revue : un tel placement ne peut se justifier que par l'état clinique du patient. » Le rapport précise également que l'isolement serait pratiqué régulièrement à la demande des patients qu'une telle mesure peut apaiser.

Dans tous les cas, le recours à l'isolement et à la contention doit être justifié médicalement, limité dans le temps, tracé dans le registre prévu à cet effet et faire l'objet d'une information et désormais un contrôle par le JLD.

Au niveau du centre hospitalier, le registre de l'isolement et de la contention a été informatisé et des mesures ont été prises pour d'une part informer le JLD dans les délais et d'autre part réduire les incohérences dans le suivi des mesures dans chaque service.

En conclusion : Il ressort de l'examen du registre de l'isolement et de la contention et des conversations avec les responsables :

1 que tous les établissements ne disposent pas encore de registres conformes aux prescriptions légales,

2 que les durées des différentes mesures ont peu évolué par rapports aux pratiques des années précédentes, tant en raison d'une pénurie de médecins et d'infirmiers mais aussi en raison d'une certaine opposition à cette réglementation jugée trop contraignante. Toutefois, plusieurs établissements ont fait suivre à leur personnel des formations « oméga » destinées à apprendre des techniques de désescalade.

3 que les JLD sont peu intervenus en dehors du contrôle à 12 jours et à 6 mois. S'il y a eu quelques mainlevées, nous n'en avons pas eu connaissance. Du fait de l'absence de magistrat au sein de la CDSP, le contact avec la justice n'existe plus alors même que l'instruction du Ministère des Solidarités et de la Santé – DGOS/R4/2021/89 du 29 avril 2021 recommande de prévoir des temps d'échange entre établissements, JLD, CDSP et ARS.

V Observations concernant les locaux

5-1 Les chambres d'isolement

Les chambres d'isolement des établissements visités se présentent comme suit :

Hôpital des Murets

Le service du pôle 94G04 dispose d'une seule chambre d'isolement. Le patient qui venait de la quitter était en pyjama en raison d'incontinence fécale. Les sanitaires comprennent douche, lavabo et WC. La pendule est visible mais le bouton d'appel ne fonctionne plus et n'a pas été remis en marche. Quand la chambre est occupée, la ventilation s'effectue par la VMC.

Le service du pôle 94G01 ne dispose que d'une chambre d'isolement, hors service lors de notre visite car un patient avait réussi à briser la vitre renforcée donnant sur l'extérieur.

Son état est correct. L'accès aux sanitaires est conditionné par l'ouverture par un soignant ce qui est problématique. Le bouton d'appel existant ne fonctionnait pas.

Il existe également une chambre avec du matériel « snoezelen » très apprécié des patients mais son accès est subordonné à la présence d'un soignant.

Centre Hospitalier Paul Guiraud

Pôle 94G10

Les unités 7A et 7B disposent chacune d'une chambre d'isolement ; celle de l'unité 7A est très petite mais dispose de sanitaire ; elle n'a qu'un seul accès ; son état est moyen. La ventilation s'effectue par un dispositif de climatisation. La pendule est visible ; elle ne dispose pas de bouton d'appel alors qu'elle est relativement éloignée du bureau d'infirmier.

UHSA

L'unité 1, celle des entrants, comporte 15 chambres individuelles qui peuvent être fermées pour mise à l'isolement et 5 chambres d'isolement avec 2 accès dont l'un par les sanitaires. Elles disposent d'un bouton d'appel et la pendule est visible au travers d'un judas .Elles ne comportent aucun mobilier autre que le lit.

L'unité 2 ne comporte que 2 chambres d'isolement ; elle reçoit des patients qui n'ont plus de problème de comportement

L'état de ces chambres, toutes individuelles, situées dans un bâtiment récent, est très correct.

CHR Chenevier-Creteil

L'hôpital Albert Chenevier dispose dans ses 3 unités :

Les Oliviers, les Magnolias et les Erables ont chacune, une chambre d'isolement avec WC intérieurs à la chambre et horloge visible; le bouton d'appel est hors service ce qui n'est pas normal. De plus leur l'état est moyen. Chacune de ces unités dispose également d'une chambre fermable pour mise en isolement. Les Erables disposent en plus de 2 chambres d'apaisement.

Hôpitaux de Saint-Maurice –

Pôle 94G16

La chambre d'isolement dispose d'une salle d'eau avec sanitaire dans un local séparé avec un autre accès sur le couloir; elle peut-être climatisée ; elle est munie d'un bouton d'appel et une horloge est visible. Une chambre d'apaisement était en cours d'installation.

Pôle 75G10-11

Ce pôle dispose de deux chambres d'isolement comportant une salle de toilette attenante. Il existe une pendule située dans le sas mais elle n'est pas visible du lit. Le bouton d'appel fonctionne.

5-2 Le recours à des chambres doubles ou triples

Des chambres à 2 voire 3 lits sont encore utilisés en raison de la surpopulation des établissements:

Les Murets

94G04 5 chambres doubles avec WC et salle d'eau

94G01 4 chambres doubles avec également WC et salle d'eau

CH Paul Guiraud

Le pôle 94 G10 dispose de 3 chambres doubles avec WC et salle d'eau

A l'UHSA toutes les chambres sont individuelles.

Hôpital Albert Chenevier

Les unités les Oliviers et les Magnolias ont chacune 6 chambres double et les Erables 7 avec WC et salle d'eau. Cet hôpital est surpeuplé ce qui l'amène à adresser des patients dans d'autres hôpitaux d'Ile de France. Par ailleurs, afin de réduire cette surpopulation, l'APHP et l'ARS ont signé le 14 décembre 2020 une convention de coopération – psychiatrie adulte avec la clinique du Château du Bel Air- Groupe ORPEA-CLINEA afin qu'elle puisse offrir 20 lits d'hospitalisation complète.

Les hôpitaux de Saint Maurice

Le pôle 94G16 a 11 chambres doubles dont seulement 10 disposent de WC et 6 avec salles d'eau.

Le pôle 75G10-11 dispose de 14 chambres doubles dont 8 avec WC et 5 avec salles d'eau et 7 chambres triples dont 3 seulement avec WC et 2 avec salle d'eau. C'est le seul service où nous avons trouvé des chambres triples.

Sachant que les traitements fatiguent, une telle promiscuité ne permet pas le repos et leur usage devrait être proscrit.

De plus, nous avons constaté un bloc WC lavages des mains communautaires destiné à pallier l'absence de toilettes dans certaines chambres, dont l'état est moyen.

Recommandation : Pour des raisons de respect de l'intimité et de repos, il serait souhaitable de supprimer les chambres doubles et tout particulièrement les chambres triples et de veiller qu'elles disposent de sanitaires propres à chaque chambre.

En règle, général les chambres ont une armoire fermant à clé ; toutefois, en cas de manque de place, des armoires individuelles sont installées dans les couloirs.

5-3 l'utilisation du téléphone portable

En dehors de l'UHSA où il existe un poste téléphonique pour chaque service, les téléphones portables sont très souvent autorisés en l'absence de prescription médicale contraire. En revanche, leur recharge la nuit s'effectue très souvent au poste infirmier.

5-4 La problématique de l'accès libre à un espace extérieur.

La plupart des pôles ont des patients en soins libres et en soins sans consentement. Ils disposent généralement de patios fermés. De ce fait, le droit d'aller et venir des patients en soin libre n'est pas toujours respecté sauf dans les cas où ils sont isolés dans des services différents.

A l'UHSA, chaque unité dispose d'un espace extérieur grillagé, accessible seulement par un escalier, qui sert principalement de fumoir. Il n'y a pas de politique de réduction du tabagisme alors qu'il favorise, non seulement le cancer du poumon mais aussi la dépression sévère.

5-5 La salle famille

Le maintien des liens avec la famille quand elle existe est important. Pour cela, il est nécessaire qu'elle puisse être accueillie dans un endroit calme et si possible à l'abri des regards.

Or, nous avons constaté que le plus souvent, il s'agissait d'un coin, voire d'un sas entre deux portes avec quelques sièges. Des améliorations sur ce point nous paraissent nécessaires.

VI Réclamations des patients

La CDSP a répondu à 11 réclamations de patients.

Pour deux d'entre-elles, la CDSP n'était pas compétente soit parce que le patient était en soins libre soit parce que la mesure de SPI était levée.

Deux patients étaient en UHSA et en cas de levée de la mesure de SDRE, ils devraient retourner dans un établissement pénitentiaire.

Quatre réclamations concernaient des hospitalisations ou des soins sans consentement de plusieurs années :

Après un passage en UHSA suivi d'une levée d'écrou, le premier adressait une plainte contre la psychiatrie. Hospitalisé depuis **2014** au centre hospitalier Erasme puis à l'UMD, Henri Colin. Il a saisi le JLD d'une requête pour obtenir une expertise dans l'espoir d'obtenir une mainlevée. Le JLD a rejeté la requête au motif que les conditions ayant justifié l'hospitalisation sans consentement étaient toujours réunies.

Le second, âgé de 74 ans était hospitalisé d'abord en HDT en **2016** puis en SDRE après avoir blessé une infirmière demandait la levée de la mesure. L'expertise réalisée à la demande de la CDSP concluait que l'état de santé de l'intéressé répondait aux conditions de soins sans consentement.

La troisième, hospitalisée en HDT en **2019** puis en SDRE était ensuite transférée en UMD. Tous les rapports insistaient sur le fait que l'état de santé de l'intéressée répondait aux conditions de soins sans consentement.

La quatrième, en programme de soins sans consentement depuis avril **2019** après une hospitalisation sans consentement en date du 23 février **2019**, sollicitait la levée du programme de soins. La CDSP demandait une expertise mais l'intéressée ne s'est pas rendue au rendez-vous.

Deux autres concernaient des hospitalisations récentes pour lesquelles les soins sans consentement paraissaient justifiés.

Une seule réclamation concernait une mesure d'isolement.

Pour tous ces cas, la CDSP s'est assurée en examinant les pièces fournies par l'ARS que la procédure suivie était régulière.

VII CONCLUSION

Les membres de la commission font le constat de l'utilité du contrôle par la CDSP, même si elle n'exerce pas l'intégralité de sa compétence telle que définie par la loi.

Il permet de révéler certaines anomalies qui ne sont plus remarquées par les établissements en raison de l'habitude et d'un manque de moyens.

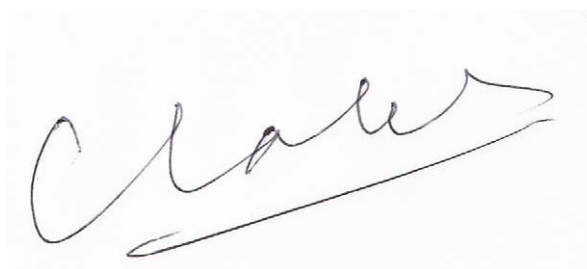
Ce contrôle constitue une charge notamment pour les équipes administratives qui doivent préparer les éléments d'informations demandées.

Cette connaissance des établissements devrait permettre d'avoir des échanges utiles pour l'ensemble des acteurs.

Tous les établissements ont établis des rapports sur le recours à l'isolement et à la contention sans pour autant que les pratiques aient sensiblement évoluées.

En plus de l'examen du registre prévu à l'article L 3222-5-1 point III, il serait souhaitable que la CDSP soit informée des mainlevées de mesures de soins sans consentement et de mesures d'isolement et de contention. Gageons que l'article 17 de la loi du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique favorisera les échanges.

La Présidente de la Commission
Départementale
des Soins Psychiatriques

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Chatelain', with a long horizontal stroke underneath.

Jacqueline CHATELAIN

ANNEXES

Arrêté du 26 juin 2012 fixant le modèle du tableau des statistiques d'activité des commissions départementales des soins psychiatriques prévu à l'article R. 3223-11 du code de la santé publique

Annexe 1

Liste des acronymes

<p>SDRE</p> <p>Soins sur Décision du Représentant de l'Etat</p> <p>Chapitre III du titre 1^{er} du Livre II de la 3^{ème} partie du CSP</p>	<p>Soins sur Décision du Représentant de l'Etat</p>	<p>Article L.3213-1 (direct préfet)</p> <p>Article L. 3213-2 (arrêté du maire – mesure provisoire qui doit être confirmée par le préfet)</p>
	<p>Personne détenue nécessitant des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux</p>	<p>Article L. 3214-3 (D 398)</p>
<p>SDJ</p>	<p>Soins sur Décision de Justice (irresponsabilité pénale)</p> <p>Irresponsabilité pénale sans ordonnance de placement</p>	<p>Article 706-135 du CPP</p> <p>Article L. 3213-7</p>
<p>SDDE</p> <p>Soins sur Décision du directeur de l'Etablissement</p> <p>Chapitre II du titre 1^{er} du livre II de la 3^{ème} partie du CSP</p>	<p>SDT (Soins sur Demande d'un Tiers)</p>	<p>Article L. 3212-1, II, 1°</p>
	<p>SDTU (Soins sur Demande d'un Tiers en Urgence)</p>	<p>Article L. 3212-3</p>
	<p>SPI (Soins en cas de Péril Imminent)</p>	<p>Article L. 3212-1, II, 2°</p>

Annexe 2
Données de cadrage pour l'année 2021

Nombre total de mesures de soins psychiatriques prise dans l'intervalle	2895
dont le nombre total de mesures SDRE	495
dont le nombre total de mesures SDJ	10
dont le nombre de mesure prises en application de l'article L. 3213-1 du CSP	201
dont le nombre de mesure prises en application de l'article L. 3213-2 du CSP	46
dont le nombre de mesure prises en application de l'article L. 3213-7 du CSP	0
dont le nombre de mesure prises en application de l'article 706-135 du CPP	10
dont le nombre de mesure prises en application de l'article I 3214-3 du CSP	238
dont le nombre total de mesures SDDE prises dans l'intervalle	2417
dont le nombre de mesures de Soins à la Demande d'un Tiers	598
dont le nombre de mesures de Soins à la Demande d'un Tiers en Urgence	729
dont le nombre de mesures de Soins pour Péril Imminent	1090
dont le nombre total de levées de mesure SDRE	321
dont le nombre total de levées de mesures SDJ	3
dont le nombre total de levées de mesures SDDE	1826
Nombre total de mesures ouvertes de plus d'un an	1219
dont le nombre de SDRE ouverts de plus d'un an	198
dont le nombre de SDDE ouverts de plus d'un an	1021

Annexe 3 : ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE DANS LE VAL DE MARNE

Etablissement	Secteurs		population concernée	nombre de patients qui ont eu 1 mesure dans l'intervalle
Centre Hospitalier Les Murets	Pôle 94G01		101 891	552
"	Pôle 94G02		83 634	
"	Pôle 94G03		77 039	
"	Pôle 94G04		95 068	
"	Pôle 94G05		94 572	
CH Paul GUIRAUD Villejuif	Pôle 94G10		100 677	1155
"	Pôle 94G011		98 907	
"	Pôle 94G013		86 005	
"	Pôle 94G015		103 383	
"	Pôle 94G017		83 054	
CHI de Villeneuve-Saint-Georges	Pôle 94G09		96 235	56
GHR Chenevier Créteil	Pôle 94G06		56 832	301
"	Pôle 94G07		89 792	
"	Pôle 94G08		70 676	
CHR Paul Brousse Villejuif	Pôle 94G012		64 316	90
Hôpitaux de Saint-Maurice	Pôle 94G016		111 096	162
"	75G01/02		100 196	
"	75G08/09		147 470	
"	75G10/11		141 287	
CH Paul GUIRAUD GHT Psy sud	UMD Henri Colin			8
"	UHSA			231

Annexe 4

Fonctionnement et activité de la CDSP

Nombre de réunions	2
Nombre de visites d'établissements	8
Nombre total de dossiers examinés :	22
- dont SDRE et SDJ	NR
- dont SDDE	NR
- dont SPI	3
Nombre total de mesures de soins psychiatriques de plus d'un an examinées :	10
- dont SDRE et SDJ en hospitalisation complète	NR
- SDRE et SDJ en programme de soins	NR
- SDDE en hospitalisation complète	NR
- dont SPI	NR
- SDDE en programme de soins	NR
- dont nombre total de SPI examinées	NR
- dont SPI en hospitalisation complète	NR
- dont SPI en programme de soins	NR
Nombre total de demandes ou de propositions de levée de la mesure de soins psychiatriques :	
- dont nombre de demandes adressées au préfet	0
- dont nombre de demandes satisfaites	0
- dont nombre de demandes adressées au directeur d'établissement	0
- dont nombre de demandes satisfaites	0
- dont nombre de demandes adressées au JLD	0
- dont nombre de demandes satisfaites	0
Nombre de réclamations adressées à la commission par des patients ou leur conseil	11