

COMMISSION DÉPARTEMENTALE  
DES SOINS PSYCHIATRIQUES  
DES HAUTS-DE-SEINE  
RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉ 2020

Agence Régionale de la Santé –Service Régional des soins  
psychiatriques sans Consentement Secrétariat de la CDSP 28, allée  
d'Aquitaine –CS 20263  
92016 NANTERRE CEDEX



## TABLE DES MATIERES

Introduction .....	5
Chapitre 1. Impact de la crise sanitaire .....	6
I. Observation d'un strict protocole sanitaire .....	6
Recommandation nouvelle 1 : Veiller à expliquer, rappeler régulièrement et faire appliquer les gestes barrières tant auprès des différents personnels qu'auprès des patients (port du masque, lavage de mains et distanciation). .....	6
II. Le maintien d'activités ambulatoires.....	6
III. L'organisation des établissements a été adaptée .....	7
IV. Restrictions excessives des échanges des patients avec l'extérieur .....	8
Recommandation nouvelle 2 : Afin de permettre au représentant de l'état de prendre des décisions en toute connaissance de cause, veiller à rédiger des certificats médicaux précis, motivés et circonstanciés pour justifier les demandes de sortie de courte durée. ....	8
V. Reprise des audiences foraines des JLD .....	9
Chapitre 2. Le respect des droits fondamentaux et de la dignité .....	9
I. Améliorer la connaissance des droits des patients .....	9
Recommandation nouvelle 3 : La Commission réitère sa demande que tous les documents d'information sur les droits des patients soient expurgés des erreurs et omissions qu'ils contiennent et soient réécrits afin de mettre les usagers en mesure d'exercer leurs droits. ....	10
II. Respect de la dignité des patients .....	11
Recommandation nouvelle 4 : s'assurer que le projet architectural et l'exécution du futur projet de construction de Nanterre garantissent des conditions de séjour correctes et le respect des droits des patients, et en particulier la liberté d'aller et venir et l'accès à l'air libre. ....	12
Recommandation nouvelle 5 : en vue de garantir aux patients placés à l'isolement des conditions dignes et l'accès à des installations sanitaires respectant leur intimité, remédier dès que possible au caractère carcéral, délabré ou inconfortable de nombreuses chambres d'isolement. Réaliser une mesure de ventilation de chaque chambre d'isolement afin de vérifier qu'elle respecte les dispositions du règlement sanitaire départemental. ....	13
Recommandation nouvelle 6 : La commission invite les établissements à se rapprocher de leurs confrères d'autres départements ayant déjà mis en place une telle solution technique, afin de transposer dans leurs propres locaux une solution pour permettre aux patients sous contention de communiquer avec les soignants. ....	14
Recommandation nouvelle 7 : La commission invite au maintien d'une certaine vigilance sur le fait que la mise en pyjama ne peut se faire que sur prescription médicale et avoir un caractère exceptionnel et temporaire précisé dans un protocole ou tout autre document dont les patients peuvent demander à prendre connaissance. ....	15
Recommandation nouvelle 8 : Constituer, par exemple en lien avec les associations bénévoles de proximité, quelques garde-robes minimalistes des deux sexes afin de pallier le dénuement de certains patients qui ne disposent pas de vêtements de rechange. ....	16
Recommandation nouvelle 9 : Développer l'activité physique comme faisant partie des outils favorisant un meilleur état de santé tant somatique que mentale en allant quérir, si besoin en les mutualisant, les financements nécessaires au développement des activités thérapeutiques et occupationnelles, en particulier à l'extérieur. ....	17
Recommandation nouvelle 10: Compléter la politique démocratie sanitaire et droits des patients du groupe hospitalier CASH de Nanterre – EPS Roger Prévot par un chapitre spécifique sur les droits des personnes détenues hospitalisées dans l'établissement .....	18

III. Le droit à la vie privée.....	18
Recommandation nouvelle 11: 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 continuer de jouir de ce qui est aujourd'hui considéré comme un droit fondamental d'accès à la citoyenneté. Les interdictions ne peuvent être prescrites que sur décision médicale individuelle et motivée. ....	19
Chapitre 3 : Evolution des hospitalisations complètes pour les SSC .....	20
I. Le nombre des hospitalisations complètes .....	21
II. Le nombre des patients admis en soins sans consentement .....	22
III. Modes légaux de SSC: admissions en SDT .....	22
IV. les modes légaux de SSC : admissions en SPI .....	23
V. Les modes légaux de SSC : admissions en SDRE .....	24
VI. Conclusion de ce chapitre .....	24
Recommandation nouvelle 12: La Commission encourage les établissements à explorer, avec les collectivités locales ayant créé des CLSM, la possibilité de développer les pratiques d'aller-vers dont l'un des résultats prouvés est la réduction des besoins en hospitalisation complète. ....	25
Recommandation nouvelle 13: La Commission invite les établissements à continuer d'exercer une grande vigilance sur l'utilisation des procédures d'exception à l'entrée en soins sans consentement que sont les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) et les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI), en particulier sur le respect des règles de rédaction des certificats médicaux initiaux lorsque ceux-ci sont rédigés par des services d'urgence extérieurs.....	26
VII. L'attention à porter aux programmes de soins .....	26
Recommandation nouvelle 14: La Commission invite les établissements à poursuivre les travaux de réorganisation des parcours de soins de patients en sorte de mettre fin aux risques de rupture de soins. ....	27
VIII. Des durées de maintien en SSC jugées préoccupantes.....	27
Recommandation nouvelle 15 : La Commission invite les établissements à respecter scrupuleusement l'obligation de convoquer chaque année le collège medical chargé d'évaluer l'opportunité de maintien des soins en faveur des patients admis en SDDE (Art L3212-7 du CSP), qu'ils soient accueillis en hospitalisation complète ou suivis en programme de soins.....	28
Chapitre 4 : Contrôle des pratiques d'isolement et de contention.....	28
I. La fréquence du recours à l'isolement et à la contention .....	28
II. La tenue du registre, outil central de la politique de réduction .....	32
Recommandation nouvelle 16: La Commission préconise que les systèmes informatiques soient paramétrés de telle sorte qu'ils verrouillent l'accès au dossier client tant que les décisions médicales relatives à la tenue du registre de l'isolement ne sont pas saisies. ....	34
Recommandation nouvelle 17: La Commission continuera d'être vigilante sur le respect des principes de maintien à disposition du malade provisoirement admis en chambre d'isolement de son lit en chambre banalisée, et d'interdiction des placements en isolement de malades que leur état médical ne justifie pas par manque de lits d'hébergement, tout en étant consciente de la difficulté de le respecter dans un contexte de saturation globale des capacités d'hospitalisation lié à l'organisation des soins où l'aller-vers demeure marginal. ....	34
III. Des politiques de réduction ont-elles été définies ? .....	34
Recommandation nouvelle 18: La Commission demande à tous les établissements qui ne lui ont pas remis copie de leurs protocoles d'isolement et de contention actualisés de le faire. Elle demande aux établissements qui ne l'ont pas encore fait de procéder à des audits de leurs pratiques d'isolement et de contention, incluant l'utilisation du registre éponyme, allant au-delà des aspects formels pour s'interroger sur leur bien fondé.....	36

Recommandation nouvelle 19: La Commission salue les premières initiatives portant sur la formation des personnels et l'organisation de la prise en charge visant à répondre à l'objectif de réduction des pratiques d'isolement et de contention et espère qu'elles aboutiront rapidement à l'inversion de la tendance observée dans la plupart des établissements d'une augmentation de l'usage de l'isolement. ....	36
Chapitre 5. Etat de la démocratie sanitaire, évaluée en termes de transparence.....	36
I. La transparence progresse-t-elle ? .....	36
Recommandation nouvelle 20: 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 l'ex président de la commission, démissionnaire depuis janvier 2020.....	37
II. La qualité du dialogue avec les directions d'hôpitaux a-t-elle progressé ? .....	37
Recommandation nouvelle 21: Le dialogue, constitutif d'une démocratie sanitaire aujourd'hui reconnue comme indispensable, existe donc, entre la CDSP et les établissements des Hauts de Seine, mais demande à être consolidé. La Commission réitère sa demande, adressée à l'ARS, que celle-ci fasse apparaître ses rapports annuels sur son site: reflet de ce dialogue, leur communication au grand public ne peut que dynamiser et enrichir ce dernier.....	38
Recommandation nouvelle 22: La Commission invite la direction départementale de l'ARS à s'assurer que les rapports annuels rendant compte des pratiques d'isolement et de contention lui soient transmis ainsi qu'à la CDSP par l'ESM MGEN de Rueil Malmaison, après avis de la commission des usagers et du conseil de surveillance. ....	38
La Commission invite également l'ARS à demander à la clinique MGEN de tenir les dossiers individuels de patients dans une forme lui permettant d'exercer sa mission de vérification. ....	38
La Commission réitère enfin sa demande, adressée à l'ARS, que celle-ci fasse appliquer par l'établissement de santé mentale MGEN de Rueil-Malmaison ses obligations de répondre aux demandes d'information formulées par la commission dans le cadre de son questionnaire de pré-visite en application du 8° alinéa 2 de l'article L3223-1 du CSP .....	38
III. La communication du dossier médical .....	38
Recommandation nouvelle 23: La commission recommande aux établissements de répondre promptement à ses questions dans les cas où elle est saisie par un patient qui aura préalablement refusé la consultation de son dossier médical en présence d'un médecin de son choix.....	39
Conclusion : .....	39
Annexe 1 : Composition de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques des Hauts de Seine .....	40
Annexe 2 : Compétences de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques .....	41
Annexe 3 : Organisation de la psychiatrie publique dans les Hauts de Seine .....	43
Annexe 4 : Rédaction régulièrement suggérée pour le livret d'information sur les droits des patients en soins sans consentement .....	45

## INTRODUCTION

La Commission départementale des soins psychiatriques des Hauts de Seine, instituée par la loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 5 juillet 2011, est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement (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.

Ce rapport d'activité, organisé autour de cinq axes, reviendra brièvement sur les effets de la pandémie qui a marqué l'essentiel de l'année 2020, avant de revenir sur le respect de la dignité

et des droits fondamentaux des patients, l'évolution quantitative des SSC, la poursuite de l'objectif de réduction du recours à l'isolement et à la contention, et enfin sur l'état de la démocratie sanitaire, vue à travers l'un de ses piliers que constitue la CDSP.

**Cette édition 2020 est basée sur les données statistiques qu'a pu réunir l'Agence régionale de santé, dont les efforts ne lui ont pas toujours permis de collecter toutes les données sollicitées et pas toujours selon les mêmes références calendaires.**

## CHAPITRE 1. IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE

Dans le contexte de la crise sanitaire, la Commission a visité une fois seulement en 2020, cinq des six établissements habilités dans le département à recevoir des patients admis en SSC. Après s'être interrompues en février, les visites des établissements par la CDSP n'ont pu reprendre qu'en octobre, dans le strict respect des mesures de sécurité et des protocoles sanitaires des établissements visités. C'est pourquoi nous incluons également dans ce rapport d'activité les conclusions de la visite de janvier 2021 du site de Clamart du Groupe Hospitalier Paul Guiraud, afin d'être exhaustif dans le périmètre des établissements.

### I. OBSERVATION D'UN STRICT PROTOCOLE SANITAIRE

La commission a pu observer que l'observation d'un strict protocole sanitaire était diversement respecté, alors que les patients ayant des troubles psychiques sont des personnes à risque.

(Extraits de rapports de visite)

**Etablissement de santé mentale MGEN de Rueil-Malmaison** : des mesures strictes d'hygiène, de nettoyage et de déplacement, concernant les visites ont été observées.

A l'opposé, la commission a pu apercevoir, à l'occasion de sa visite dans un autre établissement, des salles communes relativement exigües, où les patients prenaient leurs repas en commun et déambulaient ensuite souvent sans masque dans les couloirs. Deux des patients reçus par la commission se sont présentés pour l'entretien sans masque et sont allés le chercher à sa demande ; deux autres patients sont arrivés avec un masque mal mis. Le personnel infirmier, interrogé à ce sujet, a répondu que, malgré le nombre de masques distribué en nombre suffisant (deux par jour par patient), il a du mal à les faire porter et à faire appliquer cette mesure sanitaire par les patients.

Dans un troisième établissement, le port du masque semble diversement respecté par les patients, qui semblent avoir néanmoins intégré les consignes car ils ont à cœur de corriger cette carence dès lors qu'ils sont observés.

---

RECOMMANDATION NOUVELLE 1 : VEILLER A EXPLIQUER, RAPPELER REGULIEREMENT ET FAIRE APPLIQUER LES GESTES BARRIERES TANT AUPRES DES DIFFERENTS PERSONNELS QU'AUPRES DES PATIENTS (PORT DU MASQUE, LAVAGE DE MAINS ET DISTANCIATION).

### II. LE MAINTIEN D'ACTIVITES AMBULATOIRES

Le maintien d'un lien fluide entre soignants et patients contribue à prévenir la décompensation et à ce titre les admissions en SSC, alors que la fin de la première période de confinement a

suscité une demande accrue de soins de santé mentale. Cependant, le personnel rendu disponible au printemps par l'interruption des activités ambulatoires a repris aujourd'hui son activité extra hospitalière et ne peut donc renforcer les services internes de l'hôpital.

**Secteur d'Issy-les-Moulineaux-Vanves** : après fermeture pendant le premier confinement, l'accueil en hôpital de jour (HDJ) a pu être repris, mais à un niveau réduit. La téléconsultation a été mobilisée par le CMP, pour les patients qui pouvaient s'y prêter.

**Secteur de Colombes**: le fonctionnement du CMP a été restructuré, afin de pallier par d'avantage de visites au domicile et d'appels téléphoniques la réduction des consultations à l'HDJ, ce qui a permis de limiter les décompensations et de ne perdre aucun patient de vue.

**Secteurs de Rueil et Neuilly**: la demande s'est accrue dans les consultations en ambulatoire, et des décompensations apparaissent liées aux perturbations covid, pouvant toucher aussi des personnes jeunes scolarisées. On ignore à ce stade comment ces nouvelles situations de fragilité vont évoluer.

**Secteurs desservis par l'établissement Paul Guiraud de Clamart**: Les deux vagues de confinement (et surtout la première) ont généré une demande de beaucoup de nouveaux patients, y compris en consultation ambulatoire (par exemple au CMP de Bagneux, qui compte de nombreux foyers d'étudiants). Les nouveaux venus sont en général plus jeunes (soumis à l'angoisse de l'avenir), plutôt sujets à des névroses et travaillent dans des professions exposées. Les patients connus ont pu être suivis en ambulatoire, même en mode dégradé tel que des consultations téléphoniques.

### III. L'ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS A ETE ADAPTEE

Au début de l'état d'urgence sanitaire, les permissions et visites avaient souvent été interdites, et la liberté d'aller et venir dans les établissements limitée pour faire face aux obligations du confinement. Cependant, ces restrictions de la liberté d'aller et venir des patients au titre du confinement ne sauraient être plus strictes que celles de tout un chacun.

**Clinique MGEN de Rueil** : Lors du premier confinement (17 mars au 30 mai), toutes les permissions de sortie avaient été annulées, sauf pour raison médicale impérieuse, mais les visites étaient autorisées par exception sur décision médicale. Les patients étaient confinés dans les chambres non fermées à clé. Des efforts ont été faits sur les possibilités de téléphoner, des tablettes ont été mises à disposition et des radios installées dans chaque chambre. Les ergothérapeutes ont proposé des jeux individuels. Malgré les explications apportées par l'équipe soignante, les mesures restrictives ont été mal comprises par certains patients et des dissociations liées au confinement sont apparues.

Lors du déconfinement, les sorties, accompagnées au minimum par un soignant, et les visites des proches ont repris. Quelques permissions ont été accordées à la condition de se confiner dans sa chambre au retour. Des masques ont été distribués à raison de deux par jour pour les déplacements à l'intérieur de l'établissement.

Pendant le second confinement (30 octobre au 15 décembre), les visites et sorties ont été maintenues selon le même protocole que pour le déconfinement. L'accueil des familles se fait au centre ambulatoire avec entrée directe sur la rue dans deux salles, pour une durée limitée à une heure et

en présence d'un soignant. Des activités physiques adaptées aux conditions sanitaires sont mises en place (grand parc offrant des possibilités « d'aération ») et les professeurs de sport des deux salles, utilisées auparavant en ambulatoire et actuellement fermées, les encadrent.

**Etablissement Paul Guiraud de Clamart :** L'établissement s'est réorganisé lors du premier confinement strict, avec la suspension des visites et des sorties. Les patients ont été impactés, mais se sont adaptés. Ils ont apprécié d'être protégés à l'hôpital comme dans une bulle. Depuis la sortie de ce premier confinement, des jours de visite sont autorisés selon les unités (en principe pour une durée maximum de trente minutes, exceptionnellement une heure sur décision collégiale). Un espace dédié aux visites a été aménagé au sein du self. Les permissions de sortie ont été réorganisées. L'achat de cigarettes par exemple a été facilité par la régie par l'entremise des soignants. Pour l'accès aux effets personnels des patients, les horaires d'ouverture de la régie ont été élargis du lundi au vendredi de 9h à 16h (auparavant 9h à 15h30 les mardi et vendredi seulement)

#### IV. RESTRICTIONS EXCESSIVES DES ECHANGES DES PATIENTS AVEC L'EXTERIEUR

Les patients hospitalisés en SSC demeurent des citoyens ayant droit à la même considération que tous les autres, sans se voir imposer des mesures disciplinaires ou dégradantes. Dans son courrier du 16 novembre 2020 adressé au ministre de la santé, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) indiquait qu'elle avait récemment demandé au ministre de l'intérieur le retrait de directives préfectorales qui prévoyaient une opposition systématique aux autorisations de sortie de courte durée. Une telle pratique est en contradiction avec l'article L3211-11-1 du CSP régissant ces autorisations « Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires ». Ces refus systématiques des autorisations de sortie de courte durée ont une incidence négative sur l'état de santé mentale des patients.

**Clinique MGEN de Rueil :** Un patient admis en SDRE présent depuis 25 ans, qui bénéficiait auparavant de sorties accompagnées par des soignants à raison de deux fois par mois, s'est vu opposer par la préfecture un refus de sortie accompagnée pour une heure de temps en temps. Il déprime et s'alimente moins.

**EPS Erasme d'Antony :** Depuis le second confinement, et jusqu'au matin du 2 décembre 2020 (où un patient ayant souhaité rencontrer la CDSP a bénéficié d'une autorisation de sortie), toutes les demandes de sortie ont été systématiquement refusées par le préfet, y compris pour retirer une carte de séjour à la préfecture avec l'accompagnement de deux soignants. Certains patients abusivement confinés n'ont pu effectuer des retraits d'argent liquide qu'en confiant à d'autres patients plus chanceux leur carte bancaire et leur code confidentiel.

**Hôpital Louis Mourier de Colombes :** Depuis le second confinement, toutes les demandes de sortie avaient été systématiquement refusées par le préfet. Une notification de refus du 18 novembre 2020 indiquait de façon laconique sinon abusive « application du confinement ».

---

**RECOMMANDATION NOUVELLE 2 :** AFIN DE PERMETTRE AU REPRESENTANT DE L'ETAT DE PRENDRE DES DECISIONS EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE, VEILLER A REDIGER DES CERTIFICATS MEDICAUX PRECIS, MOTIVES ET CIRCONSTANCIÉS POUR JUSTIFIER LES DEMANDES DE SORTIE DE COURTE DUREE.



## V. REPRISE DES AUDIENCES FORAINES DES JLD

Dans son courrier du 16 novembre 2020 adressé au ministre de la santé, le CGLPL l'informait qu'elle avait demandé au ministre de la justice de garantir que les audiences foraines des juges des libertés et de la détention (JLD) se tiennent conformément aux dispositions du CSP. Le recours à la visioconférence et plus encore à des "audiences sur dossier" n'était pas en effet de nature à garantir le respect des droits des patients. Outre le caractère dégradé de ces audiences, l'assistance obligatoire par un avocat avait également été affaiblie puisqu'elle prenait la forme d'un simple entretien téléphonique ou par visioconférence. Le conseil constitutionnel a censuré le 15 janvier 2021 la disposition prise par ordonnance pendant le premier état d'urgence sanitaire qui permettait aux juridictions pénales d'imposer la comparution par visioconférence sans la justifier.

**EPS Erasme d'Antony** : L'établissement nous a informé de la reprise des audiences foraines depuis le 1<sup>o</sup> septembre 2020, après le premier confinement. Un dossier examiné par la commission faisait état d'une audience en visioconférence le 28 juillet 2020.

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

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

Elle a fait à cet égard des recommandations aux directions d'établissements concernant la rédaction du livret d'accueil remis aux patients entrants (voir annexe 4), et elle s'est efforcée plus généralement de construire une culture partagée à travers de nombreuses recommandations.

### I. AMELIORER LA CONNAISSANCE DES DROITS DES PATIENTS

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

La Commission avait déploré des rédactions lacunaires ou obsolètes des documents d'information destinés à éclairer les patients sur leurs droits, qu'il s'agisse des livrets d'accueil ou des notifications aux patients des décisions d'admission ou de maintien en SSC. Un objectif de la réforme des soins psychiatriques de 2011 était de renforcer les droits des patients et les garanties du respect de leurs libertés individuelles. C'est pourquoi la loi prévoit une obligation d'information du patient, ainsi qu'une obligation de recueillir et de tenir compte de ses observations.

L'article L3211-3 du CSP énonce en particulier le droit des patients admis en SSC de consulter le règlement intérieur de l'établissement. Celui-ci peut se diviser en un règlement général de l'établissement et en un ou plusieurs autres règlements relatifs au pôle de santé mentale (unités

ouvertes et unité fermée par exemple). A cet égard, le CGLPL préconise effectivement des livrets d'accueil spécifiques à la psychiatrie.

**Hôpital Max Fourestier de Nanterre :** Des panneaux présentant les droits des patients sont affichés dans le hall d'accueil du pôle : ils seront complétés par le livret d'accueil spécifique au pôle de psychiatrie à destination des patients, ainsi qu'un livret d'information pour l'entourage du patient admis en psychiatrie, tous deux en cours d'élaboration. Il n'existe aujourd'hui qu'un livret d'accueil pour l'ensemble de l'établissement. Sont également en projet un affichage listant les avocats inscrits au barreau, ainsi que le déploiement du programme « Quality rights » proposé par le CCOMS aux établissements volontaires.

**Hôpital Corentin Celton d'Issy les Moulineaux :** Le triptyque en quadrichromie « vos droits, garanties et voies de recours » dans sa nouvelle version prend acte de la nouvelle dénomination CDU, mais fait toujours uniquement référence à la loi du 5 juillet 2011 (actualisée par la loi du 27 septembre 2013). Les droits mentionnés n'incluent toujours pas celui de désigner une personne de confiance (qui fait cependant l'objet par ailleurs d'une brochure ad hoc de l'APHP et d'une mention dans le règlement intérieur), ni de consulter le livret d'accueil, ni de faire part de ses observations avant toute décision administrative relative à la poursuite des soins.

**Hôpital Paul Guiraud de Clamart :** S'assurer du respect de la procédure relative:

- a) aux droits et aux garanties des patients en SSC: la notification des décisions d'hospitalisation doit être transmise à l'intéressé en y joignant le ou les certificats médicaux sur lesquels elle se base.
- b) à l'information du patient de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes.
- c) au droit du patient de faire valoir ses observations et que celles-ci soient prises en compte.

Pour ces trois procédures (a, b et c) l'établissement doit pouvoir assurer la traçabilité du respect de l'obligation d'information des patients, et du recueil de ses observations.

En règle générale, les établissements ont pris bonne note des observations de la commission, qui seront examinées lors de la validation finale de ces procédures, mais ils sont concentrés en priorité sur les soins depuis le début de la pandémie. Nous reportons donc cette recommandation à une nouvelle année :

---

**RECOMMANDATION NOUVELLE 3 :** LA COMMISSION REITERE SA DEMANDE QUE TOUS LES DOCUMENTS D'INFORMATION SUR LES DROITS DES PATIENTS SOIENT EXPURGÉS DES ERREURS ET OMISSIONS QU'ILS CONTIENNENT ET SOIENT REECRITS AFIN DE METTRE LES USAGERS EN MESURE D'EXERCER LEURS DROITS.

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

En effet, l'obligation de dédier aux audiences du JLD au sein des établissements de santé des locaux spécialement aménagés, équipés et signalisés est diversement suivie. Mais cette diversité ne semble pas porter préjudice aux droits des patients :

**Clinique MGEN de Rueil** : à la suite de sa première visite d'avril 2019, le CGLPL a confirmé (mais aussi relativisé) ce constat de la CDSP: «Les audiences du JLD se déroulent dans de bonnes conditions malgré l'absence d'espace dédié: ce cadre, quoique ne répondant pas aux exigences d'une salle d'audience délocalisée, donne satisfaction aux magistrats, avocats et constitue un espace non anxio-gène pour les patients ».

**Autre demande précédente** : *Recommandation 3* : La Commission préconise l'organisation périodique de rencontres entre le groupe d'avocats du Barreau des Hauts de Seine spécialisés dans les SSC, les JLD du département, les chefs de pôles psychiatriques et elle-même, pour une réflexion commune sur la façon dont l'audience obligatoire sous 12 jours peut remplir au mieux son office dans l'intérêt des patients.

**TGI de Nanterre** : dès mai 2019, la responsable du groupe des avocats du barreau de Nanterre intervenant dans les cadre des hospitalisations en SSC et la coordinatrice du service des JLD du TGI de Nanterre sont intervenues en compagnie de deux praticiens hospitaliers du service de psychiatrie de l'hôpital **Louis Mourier** dans le cadre d'une formation commune sur le thème des audiences d'hospitalisation en SSC, à laquelle était conviée également la CDSP. Plus récemment, à l'occasion de la mise en place des dispositions de l'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale du 14 décembre 2020, Madame la vice-présidente du TGI de Nanterre en charge de la coordination des JLD, a organisé une réunion de coordination, le 5 janvier 2021, avec les établissements du département, en vue de discuter des modalités d'application de cette loi, entrée en vigueur dès le début de l'année, sans attendre la parution du décret d'application prévu pour le premier trimestre 2021.

**Hôpital Paul Guiraud de Clamart** : L'établissement a complété sa documentation en fonction des desiderata du TGI pour élaborer les deux documents dont un spécimen a été remis à la commission : la fiche d'information du JLD du renouvellement d'une mesure d'isolement et/ou de contention, ainsi que le relevé des démarches d'information pour un patient placé sous ce type de mesure.

## II. RESPECT DE LA DIGNITE DES PATIENTS

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

#### Situation générale

Quatre des six établissements du département sont de construction récente ou ont fait depuis peu l'objet de rénovations, ce qui offre aux patients de la psychiatrie des conditions de confort de bonne qualité en général. Dans les deux autres établissements (qui sont aussi des hôpitaux généraux), des projets de rénovation ambitieux sont déjà en cours.

**Hôpital Louis Mourier de Colombes** : la rénovation totale de l'unité fermée est inscrite au plan quadriennal 2019-2023 du nouveau groupe « Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine », qui regroupe huit établissements. La tour principale de l'hôpital date des années 70 et le désamiantage

des locaux renchérit tout projet de rénovation de 600 à 700 KEUR par étage. La fin du chantier d'extension de 300 m2 des urgences a été repoussée de l'été 2020 au printemps 2021. Il permettra d'augmenter le nombre de box de deux à trois pour les patients agités, et une diminution des patients dits « brancards », c'est à dire hospitalisés dans les couloirs des urgences.

**Hôpital Max Fourestier de Nanterre :** le projet du futur groupe hospitalier à l'horizon 2020-2022, prévoit en ce qui concerne la psychiatrie l'accueil au sein d'un nouveau bâtiment de 200 lits des unités d'hospitalisation complète des sept secteurs du Nord du département. Ce projet intègre à la fois la nécessité du rapprochement du patient de son lieu de résidence et celle d'une architecture pensée pour la prise en charge ouverte sur la ville et respectueuse des personnes accueillies.

**Hôpital Corentin Celton d'Issy les Moulineaux :** Dans le cadre d'un mécénat, des photos de paysage sont venues égayer les couloirs et les chambres de l'unité B.

---

**RECOMMANDATION NOUVELLE 4 :** S'ASSURER QUE LE PROJET ARCHITECTURAL ET L'EXECUTION DU FUTUR PROJET DE CONSTRUCTION DE NANTERRE GARANTISSENT DES CONDITIONS DE SEJOUR CORRECTES ET LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS, ET EN PARTICULIER LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR ET L'ACCES A L'AIR LIBRE.

□ **Les locaux d'isolement**

**Nous avons recommandé :** *Recommandation 4 : La Commission recommande vivement à l'établissement Paul Guiraud Clamart de dégager (avec ou sans l'appui de l'ARS) un budget d'investissement d'urgence pour remplacer les portes des chambres d'isolement, de façon à supprimer les deux verrous fixés sur chacune des portes des chambres d'isolement pour en finir avec l'impression carcérale qu'elles dégagent.*

L'inscription du remplacement des portes des chambres d'isolement au budget travaux de l'établissement a été récusée, alors que, selon le rapport annuel du GHPG, 45% des patients admis en SSC dans l'établissement sont soumis à une ou plusieurs mesures d'isolement, et donc à ce traitement inhumain et dégradant.

---

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

Un constat récent montre que l'état des chambres d'isolement est variable et **semble plutôt en voie de dégradation**, sans doute en raison des conditions intensives de leur utilisation.

Conséquence de l'histoire du parc hospitalier du département, les chambres des services de psychiatrie sont presque toujours individuelles et dotées de salles d'eau personnelles, sauf à l'hôpital **Corentin Celton** où la salle de bain est commune aux deux chambres d'isolement, solution imaginée pour dégager plus de place pour les chambres.

**Hôpital Corentin Celton d'Issy les Moulineaux :** Des travaux ont été lancés pour permettre de séparer les sanitaires communs aux deux chambres d'isolement. Actuellement, il ne subsiste qu'une seule chambre d'isolement initiale avec un bloc sanitaire dédié. La seconde chambre d'isolement d'origine est en travaux et une chambre ordinaire a été reconvertie en chambre d'isolement durant la période des travaux. Le CGLPL a questionné la configuration du sas qui dessert ces deux chambres d'isolement, au profit de la sécurité des soignants, mais au détriment du confort et de l'intimité des patients. A l'occasion de la rencontre des patients, la CDSP a relevé que l'odeur était particulièrement

nauséabonde dans le sas d'accès à la chambre d'isolement, qui proviendrait, d'après le cadre de santé, du manque d'aération dans le bloc sanitaire.

**Clinique MGEN de Rueil** : après sa visite d'avril 2019, le CGLPL recommandait : « Il convient d'améliorer le système de ventilation des chambres d'isolement et de rénover les sanitaires qui ne sont pas aux normes afin que les patients puissent y avoir accès. L'utilisation d'un bassin ou d'un urinal doit être proscrite ».

**CHS Erasme d'Antony** : Les espaces des micro-unités (difficilement modulables du fait de la contrainte architecturale) vont être rénovés : télévision amovible dans le salon, mobilier de détente sécurisé, enceinte Bluetooth, accès accompagné à un espace extérieur, création d'espaces multisensoriels avec chariot mobile dans la chambre d'accueil ou l'espace salon (projet Snoezelen : cet outil permettra un espace d'apaisement pour prévenir les crises, et constituera une alternative à l'isolement).

**Hôpital Louis Mourier de Colombes** : Les améliorations citées dans le questionnaire de pré-visite concernent l'installation d'unités de climatisation dans deux des quatre chambres fermables.

**CHS Paul Guiraud de Clamart** : la mise au norme des chambres d'isolement est programmée à raison d'une à deux chaque année pour un coût unitaire élevé d'environ 150 KEUR, ce qui ne manque pas d'inquiéter sur l'horizon de ce plan de rénovation au vu du parc du GHPG de 33 chambres d'isolement. Il convient de s'assurer que les chambres d'isolement de l'unité Auguste Rodin soient chauffées en hiver (ce point avait déjà été relevé par le CGLPL lors de sa visite de janvier 2017), et qu'elles soient dotées d'une literie de qualité favorable à l'apaisement et permettant aux patients de dormir sur le sommier.

---

**RECOMMANDATION NOUVELLE 5** : EN VUE DE GARANTIR AUX PATIENTS PLACES A L'ISOLEMENT DES CONDITIONS DIGNES ET L'ACCES A DES INSTALLATIONS SANITAIRES RESPECTANT LEUR INTIMITE, REMEDIER DES QUE POSSIBLE AU CARACTERE CARCERAL, DELABRE OU INCONFORTABLE DE NOMBREUSES CHAMBRES D'ISOLEMENT. REALISER UNE MESURE DE VENTILATION DE CHAQUE CHAMBRE D'ISOLEMENT AFIN DE VERIFIER QU'ELLE RESPECTE LES DISPOSITIONS DU REGLEMENT SANITAIRE DEPARTEMENTAL.

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

La CDSP rappelle à cet égard le paragraphe ad hoc dans le chapitre réalisation pratique de la contention mécanique de la recommandation de bonne pratique de la HAS : « un dispositif d'appel fonctionnel relié aux soignants doit être accessible par le patient. ». Aucun établissement n'a mis en place à ce jour un système opérationnel pour répondre à cette recommandation. En l'absence de directives ministérielles plus précises, il appartient aux établissements du département de rechercher des expériences réussies dans d'autres établissements. Dans d'autres départements, des sonnettes d'appel d'urgence pour le patient sont fixées par certains établissements sous les lits dans les chambres d'isolement (exemple du CH de Saint Cyr en Mont D'Or dans le Rhône: service Héliante), et sont accessibles y compris en situation de contention mécanique. Toujours dans le département du Rhône, au CH St Jean de Dieu, dans l'unité St Exupéry, dans la chambre d'isolement il existe un bouton d'appel sur le mur. En outre, il a été décidé la mise en

place d'un boîtier sous le lit de chaque patient contenu, que ce soit en chambre d'isolement ou en chambre simple, afin de permettre aux patients d'appeler.

**CHS Erasme d'Antony:** L'essai de baby-phone comme dispositif d'appel patient n'a pas été concluant car les modèles fonctionnant sur secteur sont dangereux et ceux fonctionnant sur pile ne s'arrêtent jamais.

---

RECOMMANDATION NOUVELLE 6 : LA COMMISSION INVITE LES ETABLISSEMENTS A SE RAPPROCHER DE LEURS CONFRERES D'AUTRES DEPARTEMENTS AYANT DEJA MIS EN PLACE UNE TELLE SOLUTION TECHNIQUE, AFIN DE TRANSPOSER DANS LEURS PROPRES LOCAUX UNE SOLUTION POUR PERMETTRE AUX PATIENTS SOUS CONTENTION DE COMMUNIQUER AVEC LES SOIGNANTS.

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

**Hôpital Max Fourestier de Nanterre** : au titre des petits investissements, l'établissement précise qu'il avait réceptionné, pour ses chambres d'isolement, des horloges qui se sont révélées non adaptées car non résistantes aux chocs. Une nouvelle commande a donc été émise pour des horloges adaptées.

**Hôpital Corentin Celton d'Issy** : les horloges numériques ont été commandées en 2019 pour les chambres d'isolement (pour un coût unitaire de EUR 600) qui seront protégées par un caisson situé en hauteur. Le sas accueille aujourd'hui une horloge analogique à quartz (l'utilisateur connaît l'heure grâce au déplacement d'aiguilles qui indiquent les heures, les minutes et les secondes, sur un cadran).

**CHS Erasme d'Antony** : Toutes les chambres d'isolement sont maintenant pourvues d'une horloge murale (date et heure, avec phase lunaire entre autres indications) sur le modèle utilisé par la clinique MGEN de Rueil, qui sont placées dans le double vitrage des fenêtres.

**CHS Hôpital Paul Guiraud de Clamart** : Lors de la visite de l'unité Auguste Rodin, une horloge en état de marche était visible depuis le sas d'entrée de la chambre d'isolement.

La commission observe donc quelques progrès sur cette recommandation ancienne (également du CGLPL en 2016 et de la HAS en 2017 comme détaillés pour la recommandation précédente), et sera attentive à leur continuation lors de ses prochaines visites d'établissement afin de consolider cette dynamique. Elle s'attachera à vérifier que l'horloge est visible depuis le lit, y compris la nuit.

---

#### C) LA MISE EN PYJAMA

**Nous avons recommandé** : *Recommandation 7* : La commission invite au maintien d'une certaine vigilance sur le fait que la mise en pyjama ne peut se faire que sur prescription médicale et avoir

*un caractère exceptionnel et temporaire précisé dans un protocole ou tout autre document dont les patients peuvent demander à prendre connaissance.*

**Hôpital Corentin Celton d'Issy** : La procédure de la mesure d'isolement a été actualisée en novembre 2019 par l'inclusion en page 4, dans le paragraphe « Mise en place de l'isolement », de la précision : « la mise en pyjama du patient est limitée aux cas où elle apparaît médicalement indispensable, elle est donc soumise à prescription médicale ». La procédure de la mesure de contention a été également actualisée en novembre 2019 par inclusion en page 4, dans le paragraphe « Réalisation pratique de la contention », de la précision : « Le patient est mis en pyjama après décision médicale ... la mise en pyjama fait l'objet d'une prescription médicale ».

**Clinique MGEN de Rueil** : Après sa visite d'avril 2019, le CGLPL recommandait « La prescription du port du pyjama doit, dans la mesure du possible, être limitée dans la durée compte tenu de son caractère dégradant. Hors risque suicidaire, il convient de proposer aux patients de revêtir leur pyjama personnel ».

**Hôpital Paul Guiraud de Clamart** : Il conviendra de compléter la procédure interne de janvier 2019 « Recommandations concernant l'isolement thérapeutique » par le paragraphe de la recommandation de bonne pratique de la HAS de février 2017 : « Un patient en isolement, en fonction de la clinique, doit pouvoir garder ses vêtements, ou être en pyjama pour sa sécurité »

**EPS Erasme d'Antony** : L'établissement a remis à la commission la version du 01/01/2019 de la procédure d'isolement et de contention, qui énonce : « Sécurité du patient : mise en pyjama (sans cordon), aucun objet n'est laissé à son usage », ce qui est plus restrictif que la recommandation de bonne pratique.

**Hôpital Louis Mourier de Colombes** : une mise à jour du protocole « Admission en chambre d'isolement » précise : « sur les prescriptions du médecin, retirer tous les objets personnels et mettre le patient en pyjama à usage unique »

L'obligation faite au patient de revêtir le pyjama de l'hôpital reste l'atteinte la plus manifeste à la dignité, et nous rappelons donc cette recommandation :

---

RECOMMANDATION NOUVELLE 7 : LA COMMISSION INVITE AU MAINTIEN D'UNE CERTAINE VIGILANCE SUR LE FAIT QUE LA MISE EN PYJAMA NE PEUT SE FAIRE QUE SUR PRESCRIPTION MEDICALE ET AVOIR UN CARACTERE EXCEPTIONNEL ET TEMPORAIRE PRECISE DANS UN PROTOCOLE OU TOUT AUTRE DOCUMENT DONT LES PATIENTS PEUVENT DEMANDER A PRENDRE CONNAISSANCE.

Possibilité d'accès à un vestiaire de qualité : Lors des auditions de patients, la commission rencontre parfois des patients vêtus d'un pyjama de l'établissement, simplement faute de disposer de leurs propres vêtements. Circuler en pyjama ou dans les vêtements de son voisin faute de vêtements propres paraît peu stimulant pour recouvrer sa dignité. Sur ce dernier point un partenariat avec des associations locales proposant des vestiaires aurait un double avantage, permettre un choix plus large de vêtements et contribuer à inscrire d'avantage l'hôpital psychiatrique dans la cité en favorisant l'échange avec le bénévolat de proximité.

**CHS Paul Guiraud de Clamart** : L'établissement avait remarqué à de nombreuses reprises que des patients arrivaient en hospitalisation avec très peu de vêtements. Afin de les aider, un vestiaire a été

créé sur le pôle. Ce vestiaire est alimenté par de nombreux dons. Les unités ont su se saisir de cette offre pour proposer l'accès à des vêtements aux patients des différents services. Néanmoins l'organisation de ce vestiaire prend beaucoup de temps et l'établissement est aujourd'hui assez débordé par la tâche. Des structures extrahospitalières sont appelées en renfort.

---

**RECOMMANDATION NOUVELLE 8 : CONSTITUER, PAR EXEMPLE EN LIEN AVEC LES ASSOCIATIONS BENEVOLES DE PROXIMITE, QUELQUES GARDE-ROBES MINIMALISTES DES DEUX SEXES AFIN DE PALLIER LE DEVENEMENT DE CERTAINS PATIENTS QUI NE DISPOSENT PAS DE VETEMENTS DE RECHANGE.**

---

#### D) OBSERVATION DES CONDITIONS MATERIELLES DE SEJOUR

La commission s'attache à signaler aux établissements les « points noirs » constatés ou signalés par les patients lors de ses auditions (27 patients rencontrés à leur demande en 2020, comparé à 50 en année pleine en 2019).

**Hôpital Corentin Celton d'Issy :** Se procurer quelques paires de lunettes de lecture pour dépanner les patients qui en auraient besoin, en particulier pour respecter leur droit à l'information sur les décisions d'admission ou de maintien en SSC.

**CHS Erasme d'Antony :** Cette patiente souhaite nous voir à la suite de difficultés de sommeil qu'elle attribue au sommier en fer douloureux pour son dos. Elle utilise une couette comme sur-matelas mais c'est insuffisant. Elle fait le parallèle avec l'hôpital privé d'Antony où la literie était confortable. Elle dit que plusieurs patients dorment en mettant leur matelas par terre la nuit pour être mieux mais qu'elle n'est pas en capacité physique de le faire. A la suite de cet entretien, nous rencontrons le cadre de santé du secteur : les lits ont été changés il y a cinq ans, ceux de l'isolement seraient moins confortables (pas de sommier à lattes compte tenu des risques de dangerosité mais possibilité d'agir sur les matelas). Il va faire mener en interne une enquête de satisfaction sur la question sommeil/literie. Les observations des patients peuvent être utiles pour la préparation du prochain marché.

**Hôpital Louis Mourier de Colombes :** Veiller à pallier les carences signalées par les patients tels que la pénurie de linge et de papier de toilette, ainsi que des portions de nourriture insuffisantes.

---

#### E) LE DROIT DE DEAMBULER

*La Recommandation 8 demandait : Au total, la commission, constatant peu d'amélioration pour permettre un accès des patients à des espaces communs, y compris à l'air libre, demande aux quatre établissements précités (Louis Mourier, Max Fourestier, Corentin Celton, Paul Guiraud) d'accorder une priorité à cette question dans leurs programmes d'investissement.*

Pour tout patient, même en SSC, la liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement est la règle. L'exception ne peut concerner qu'un patient admis en SSC et elle doit être justifiée par son état clinique et adaptée à cet état. La commission a recommandé par exemple, à la suite de ses visites, d'harmoniser par le haut les sorties cigarettes des différentes unités d'un même établissement. Développer l'activité physique comme faisant partie des outils favorisant un meilleur état de santé tant somatique que mentale rencontre quelques difficultés : les enseignants



en activité physique adaptée (APA) doivent être encadrés par un kinésithérapeute, et donc respecter un équilibre entre ces deux fonctions.

**Hôpital Max Fourestier de Nanterre :** L'établissement précise que le schéma directeur architectural est d'autant plus contraignant qu'il s'inscrit désormais dans le contexte du projet de construction d'un ensemble immobilier accueillant les activités de psychiatrie des deux établissements de Nanterre et Moisselles.

**Hôpital Corentin Celton d'Issy :** En réponse à une recommandation du CGLPL, une nouvelle ergothérapeute a été recrutée, et la surface de la salle d'ergothérapie située dans l'unité B sera doublée. Des vélos d'appartement sont en commande pour les unités sécurisées, de même que des baby foots de type « bistrot » dont le premier a été livré dans l'unité A, pour lequel il reste à définir le protocole sanitaire. La commission a recommandé de finaliser la végétalisation de la grille qui clôture la cour accessible à l'unité fermée de psychiatrie, par exemple en organisant une consultation des patients sur le modèle des gros bacs à plantes à sélectionner pour minimiser l'empiétement sur l'espace disponible.

**CHS Erasme d'Antony :** Une salle de sport bien équipée a pu être aménagée dans l'espace polyvalent intersectoriel et sera disponible pour les patients et les soignants selon un horaire adapté. L'idée de la salle de sport résulte du constat d'un manque de lieux permettant de décharger les tensions, mais également de répondre aux besoins de certains usagers ayant un parcours d'UMD et/ou dits difficiles. Le parcours sportif du parc sera revu pour le rendre accessible à tous les patients. Pour les patients difficiles, un art thérapeute, un animateur sportif et une psychomotricienne à mi-temps (création de poste) sont mobilisés.

**Hôpital Louis Mourier de Colombes :** L'accompagnement est le goulot d'étranglement, car l'établissement est proche de nombreuses infrastructures sportives, telles que la piscine olympique ou le parc départemental de l'île Marante. Une opportunité est d'utiliser la salle de sport au sein du service de SSR dédiée au projet de maison sport-santé destiné à un public extérieur dans un but de prévention. Un accord avec la nouvelle équipe municipale sur l'utilisation de cette salle pourrait ouvrir un créneau aux patients de l'unité de santé mentale.

**CHS Paul Guiraud de Clamart :** L'établissement s'efforce de compenser les carences de sa conception architecturale par la mise en place d'activités sportives diversifiées. Son Centre d'activités physiques et sportives (CAPS) est doté de trois personnes à temps plein (infirmière, psychomotricienne et éducateur sportif) auxquelles s'adjoint épisodiquement un stagiaire. Ce centre est commun aux quatre secteurs desservis par l'établissement.

---

**RECOMMANDATION NOUVELLE 9 :** DEVELOPPER L'ACTIVITE PHYSIQUE COMME FAISANT PARTIE DES OUTILS FAVORISANT UN MEILLEUR ETAT DE SANTE TANT SOMATIQUE QUE MENTALE EN ALLANT QUERIR, SI BESOIN EN LES MUTUALISANT, LES FINANCEMENTS NECESSAIRES AU DEVELOPPEMENT DES ACTIVITES THERAPEUTIQUES ET OCCUPATIONNELLES, EN PARTICULIER A L'EXTERIEUR.

---

**F) LE DROIT A LA DIGNITE DES PERSONNES DETENUES HOSPITALISEES**

*Une précédente recommandation insistait : La Commission invite les établissements recevant des malades détenus à ne pratiquer sur eux l'isolement, qui ne devrait avoir d'autre motif que*

médical, qu'en cas de nécessité évaluée précisément en termes de sécurité pour eux et les autres personnes accueillies.

La question est spécifique à l'hôpital **Max Fourestier**, voisin d'une maison d'arrêt dont certains détenus en état d'agitation du fait d'un trouble psychiatrique et ne trouvant pas de place immédiatement en UHSA, font un séjour à l'hôpital pendant quelques jours.

La durée moyenne par mesure d'isolement en 2019 est de 8 jours pour les personnes détenues et 6,6 jours en excluant ces dernières. On peut rapprocher la durée d'isolement pour les personnes détenues avec le délai d'admission en UHSA, qui est justement de 7 à 8 jours, mais peut aller jusqu'à trois semaines. L'établissement rappelle à cet égard que les détenus soignés au titre de l'article D398 du CPP sont le plus souvent admis dans un état d'agitation extrême. Le programme de rénovation de cet hôpital devrait apporter des solutions techniques à un problème très difficile à gérer de façon satisfaisante actuellement.

Le récent document « politique de démocratie sanitaire et droits des patients du groupe hospitalier CASH de Nanterre–EPS Roger Prévot » se donne pour objectif de mettre en œuvre les recommandations formulées tant par le CGLPL que par la CDSP. Mais malgré son caractère très complet, il ne recense aucune déclaration spécifique relative aux droits des patients détenus hospitalisés.

---

**RECOMMANDATION NOUVELLE 10: COMPLETER LA POLITIQUE DEMOCRATIE SANITAIRE ET DROITS DES PATIENTS DU GROUPE HOSPITALIER CASH DE NANTERRE – EPS ROGER PREVOT PAR UN CHAPITRE SPECIFIQUE SUR LES DROITS DES PERSONNES DETENUES HOSPITALISEES DANS L'ETABLISSEMENT**

### III. LE DROIT A LA VIE PRIVEE

#### A) L'USAGE DU TELEPHONE

*La Recommandation 9 énonçait : 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 continuer de jouir de ce qui est aujourd'hui considéré comme un droit fondamental d'accès à la citoyenneté. Les interdictions ne peuvent être prescrites que sur décision médicale individuelle et motivée.*

Le rapport thématique du CGLPL « Soins sans consentement et droits fondamentaux » rappelle à cet égard « Les patients doivent pouvoir conserver leur téléphone portable à tout moment. Toute restriction à cette règle doit être justifiée par l'état clinique du patient et limitée dans sa durée ». Les observations faites entre-temps par la Commission ont permis d'observer quelques progrès dans certains établissements qui ne souscrivaient pas auparavant à cette recommandation:

**Max Fourestier** : La politique de démocratie sanitaire prévoit au titre de la promotion des droits individuels le déploiement de la wifi pour faciliter l'accès des patients à internet dans l'ensemble des unités (notamment pour faciliter les démarches administratives).

**Corentin Celton** : Définir comme règle l'autorisation du téléphone portable (tout en prévoyant son encadrement et des exceptions sur prescription médicale) n'est pas d'actualité pour l'établissement.

**Louis Mourier** : une mise à jour du protocole « Admission des patients en unité fermée » précise : « exception possible au retrait systématique (des objets toxiques ou dangereux) pour téléphone portable, MP3, ordinateur portable ». Les améliorations citées dans le questionnaire concernent entre autres la facilité de communication (utilisation de téléphones portables du service en chambre d'isolement lorsque l'état du patient le permet).

**Paul Guiraud** : L'accès au téléphone portable pour la majorité des patients (et parfois aux tablettes à disposition dans chaque unité) leur a permis de garder le contact avec leurs proches. Les soignants restent disponibles si un patient souhaite entrer en contact avec ses proches, et qu'il n'en a pas les moyens.

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

---

**RECOMMANDATION NOUVELLE 11: 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 CONTINUER DE JOUIR DE CE QUI EST AUJOURD'HUI CONSIDERE COMME UN DROIT FONDAMENTAL D'ACCES A LA CITOYENNETE. LES INTERDICTIONS NE PEUVENT ETRE PRESCRITES QUE SUR DECISION MEDICALE INDIVIDUELLE ET MOTIVEE.**

---

#### B. LE DROIT D'EMETTRE ET DE RECEVOIR DU COURRIER

Ce droit figure parmi les droits « détenus en tout état de cause », qui ne peuvent donc être retirés au patient : le courrier ne devrait être ni ouvert ni même contrôlé. Pourtant des restrictions sont parfois exercées en pratique notamment pour motifs médicaux si certaines correspondances sont jugées néfastes pour le patient. Une justification précise doit alors exister et, dans tous les cas, les limitations à la liberté et à la confidentialité de la correspondance doivent répondre au critère de proportionnalité. La commission avait recommandé de mettre en place une boîte aux lettres permettant aux patients d'émettre directement des courriers sans l'intermédiaire des soignants lorsqu'ils ont des plaintes à adresser à telle ou telle autorité, Cette recommandation a déjà été suivie par les Centres hospitaliers Corentin Celton et Erasme.

---

#### C. LE DROIT A L'INTIMITE

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

**MGEN** : à la suite de sa première visite d'avril 2019, le CGLPL a confirmé (mais aussi relativisé) ce constat de la CDSP : « Afin de favoriser leur accompagnement, les patients placés en chambre d'isolement doivent faire l'objet d'une surveillance humaine permanente. On ne saurait la remplacer par une vidéosurveillance, qui ne peut être utilisée que de manière brève et ponctuelle ».

Le rapport thématique du CGLPL précité énonce également à cet égard les recommandations suivantes : « Les portes des chambres doivent être équipées de serrures permettant au seul patient et aux soignants de les ouvrir et préservant l'occupant de toute intrusion. Les chambres doivent être équipées de placards fermant à clé »

**Corentin Celton** : Poursuivre la réflexion sur l'installation de verrous de confort dans les chambres des patients et définir comme règle que leur soient remises les clés des placards des chambres : cette politique n'est pas malheureusement pas d'actualité pour l'établissement.

### CHAPITRE 3 : EVOLUTION DES HOSPITALISATIONS COMPLETES POUR LES SSC

Nous joignons les tableaux statistiques actualisés par l'ARS :

Établissements /Types hospitalisations	Antony Érasme	Clamart Paul Guiraud	Colombes Louis Mourier	Issy-les-Moulineaux Corentin Celton	Nanterre Max Fourestier	Rueil-Malmaison MGEN
<b>Hospitalisations complètes 2017</b>	759	743	932	385	471	637
<b>Hospitalisations complètes 2018</b>	694	838	916	352	708	590
<b>Hospitalisations complètes 2019</b>	684	833	929	309	648	697
<b>Hospitalisations complètes sans consentement 2017</b>	289 38 %	314 42 %	261 28 %	192 50 %	265 56 %	211 33 %
<b>Hospitalisations complètes sans consentement 2018</b>	289 42 %	468 56 %	183 20 %	160 45 %	296 42 %	262 44 %
<b>Hospitalisations complètes sans consentement 2019</b>	287 42 %	509 61 %	172 18 %	161 52 %	311 48 %	321 46 %

<b>SDRE 2017</b>	41	30	77	15	39	29
<b>SDRE 2018</b>	47	47	23	18	53	38
<b>SDRE 2019</b>	50	36	29	5	57	36
<b>SDT 2017</b>	124	180	138	61	28	106
<b>SDT 2018</b>	104	263	126	46	182	145
<b>SDT 2019</b>	139	262	109	31	200	147
<b>SDTU 2017</b>	110	57	/	68	97	21
<b>SDTU 2018</b> <b>Et % dans SSC</b>	104 27 %	86 15 %	114 41 %	49 31 %	131 31 %	48 18 %
<b>SDTU 2019</b>	117	104	103	65	158	49
<b>SPPI 2017</b>	110	104	10	48	40	33
<b>SPPI 2018</b> <b>Et % dans SSC</b>	126 33 %	158 28 %	16 6 %	47 29 %	61 14 %	37 14 %
<b>SPPI 2019</b>	173	207	15	60	54	43
<b>Total SPPI + SDTU 2018</b>	230	244	130	96	192	85
<b>Total SPPI + SDTU 2019</b>	290	311	118	125	212	92
<b>Décisions Juges 2017</b>	0	2	1	0	2	2
<b>Décisions Juges 2018</b>	0	1	0	0	1	4
<b>Décisions Juges 2019</b>	0	2	0	0	3	2

#### I. LE NOMBRE DES HOSPITALISATIONS COMPLETES

Les données présentées dans le tableau ci-dessus doivent être tempérées par les effets de la pandémie qui font que ces données ne sont pas strictement comparables. Le nombre de séjours en hospitalisation complète dans le département s'est accru de 4% entre 2017 et 2019, alors que les séjours en soins sans consentement se sont accrus de 15% sur la même période pour porter leur participation de 39% du total en 2017 à 43% en 2019.

Une estimation de la durée moyenne de séjour indique une moyenne de 44 jours pour le département, avec un minimum de 23 jours à Louis Mourier et un maximum de 60 jours à Erasme.

On retrouve donc sur le département, mais à un niveau supérieur de vingt points, la tendance à une **hausse sensible du recours aux soins sans consentement** relevée dans l'étude de l'IRDES de février 2017, qui rapportait pour la France entière la progression de 21% en 2012 à 24% en 2015 de la proportion des patients hospitalisés à temps plein sans consentement au total des effectifs. Une première explication de cet écart (qui correspond à un quasi doublement) est la faiblesse relative de l'offre, aussi bien intra hospitalière qu'ambulatoire, sur le département (rapport d'information relatif à l'organisation de la santé mentale par la commission des affaires sociales à l'Assemblée Nationale du 18 septembre 2019).

**Max Fourestier** : Après une forte hausse de 56% des hospitalisations en 2018 avec l'arrivée du secteur de Courbevoie, 2020 a connu un recul de 10% du total des hospitalisations à périmètre constant (664 patients). Les admissions en soins libres, qui culminait à 58% du total depuis 2017, sont en recul à 50% du total en 2020 (329 patients), après un recul de 103 patients sur 2019.

**Erasme** : En raison entre autres de la pandémie, le total des admissions est en baisse d'environ 60 patients en 2020 (en quasi-totalité en soins libres).

## II. LE NOMBRE DES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

Au niveau du département, le nombre des patients admis sans consentement s'est accru de 43% entre 2017 et 2019. Dans son dernier rapport d'activité, le CGLPL rapportait une hausse plus modérée de 28% du nombre de patients hospitalisés sans consentement entre 2012 et 2018 pour la France entière. La proportion de patients en HC admis en SSC est en moyenne de 33% dans le département, avec des extrêmes qui vont de 17% à Louis Mourier à 61% à Paul Guiraud Clarmart (les autres établissements sont concentrés entre 38 et 46%).

Pour l'année 2018, les données nationales montrent que 26 % des patients hospitalisés à temps complet l'ont été au moins une fois dans l'année sans consentement (rapport de la cour des comptes publié le 16 février 2021 « les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie »)

**Max Fourestier** : Les hospitalisations en SSC sont en hausse de 9% avec 335 patients (50% du total)

**Corentin Celton** : En 2020, 149 personnes ont été hospitalisées sans consentement, soit une baisse modérée d'environ 4% sur les 155 patients relevés pour toute l'année 2019.

**Erasme** : En 2020, les 300 patients admis en SSC représentent 50% de la totalité des patients hospitalisés à temps complet (45% en 2019): cette évolution marque la difficulté de prendre en charge les patients en soins libres (PSL) qui pourraient bénéficier d'un séjour en psychiatrie générale.

**Louis Mourier** : La proportion de patients hospitalisés à temps complet en SSC est en recul continu de 19% du total en 2017 à 17% en 2019.

**Paul Guiraud** : Le nombre d'hospitalisations en SSC en hospitalisation complète s'est réduit de 7% entre 2016 et 2020, pour passer de 471 à 437 patients

## III. MODES LEGAUX DE SSC: ADMISSIONS EN SDT

Les admissions en SDT de droit commun (avec deux certificats médicaux) restent le mode prédominant, bien qu'elles aient légèrement régressé en valeur relative de 40 à 39% du total des admissions en SSC. Les admissions en SDTU (un seul certificat médical qui peut être rédigé par tout médecin) sont en revanche en progression de 22% à 26% du total entre 2017 et 2019, ce qui porte la participation du total des admissions en SDT et SDTU de 63% en 2017 à 66% en 2019.

Ce pourcentage se compare pour la France entière à une progression du même total (toutes admissions en SDT confondues) de 52% en 2015 à 53% en 2018 (rapport d'activité 2019 du CGLPL). Le département se situe donc dix points au-dessus de la moyenne nationale pour ce type d'admissions. Nous verrons plus loin qu'une raison de cet écart réside simplement dans l'importance moindre des soins aux patients détenus ou sur décision de justice.

**Max Fourestier** : Les admissions en SDT sont en retrait de 14% du total en 2019 à 11% en 2020, de même que les SDTU de 51 à 48%. Ces dernières demeurent cependant le mode d'admission le plus fréquent.

**Corentin Celton** : En 2020, la part des patients admis en SDTU (44%) reste élevée, La proportion des patients admis en SDT classique est en légère baisse, de 20% à 18% de ce total.

**Paul Guiraud** : Les admissions en SDT ont globalement régressé (45% du total des admissions de 2020 comparé à 53% en 2018); alors que les proportions des admissions en SDT classiques et en SDTU se sont inversées entre 2018 (31% et 22% respectivement) et 2020 (19% et 26%).

#### IV. IES MODES LEGAUX DE SSC : ADMISSIONS EN SPI

Les dossiers de patients admis en SPI sont obligatoirement examinés par la commission (de même que ceux des patients dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an).

Les admissions en SPI sont le troisième mode d'admission par ordre d'importance : elles sont en progression de 22% du total en 2017 à 24% en 2019. Cette progression contraste avec une relative régression au niveau national, de 27% du total en 2015 à 23% en 2018 (rapport d'activité 2019 du CGLPL). On observe cependant que l'ordre de grandeur reste comparable entre le département et la moyenne nationale. Le total des deux procédures réputées exceptionnelles (SPPI et SDTU) se situe donc à un niveau devenu majoritaire, puisqu'il a progressé de 44% du total en 2017 à 51% en 2019.

Les établissements doivent se conformer à l'article L 3212-1 du code de la santé publique concernant l'admission en soins psychiatrique à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, selon lequel le (premier) certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade.

**Max Fourestier**: La hausse des admissions en SPI, de 17% du total des SSC en 2019 à 27% en 2020 représente plus de la totalité de la hausse des admissions en SSC en 2020, avec 40 patients de plus.

**Corentin Celton** : La part des patients admis en SPI (55) reste élevée, à 37% du total des admissions en SSC. La commission a relevé que, concernant les SPI, l'un des certificats médicaux initiaux ne justifiait pas suffisamment le recours à cette procédure d'urgence extrême. Par ailleurs, tout en saluant

la présence systématique d'informations sur les recherches effectuées pour identifier des tiers, la commission note que, dans deux cas où les patients étaient sous tutelle ou curatelle renforcée, si les décisions de placement sous protection du juge des tutelles étaient annexées à la fiche de recherche, preuve que les efforts de recherche avaient bien été faits, il ne figurait pas la mention que le tuteur ou le curateur avait refusé d'être tiers demandeur.

**MGEN** : L'établissement reconnaît que la proportion des SPI est anormalement importante mais ce sont les services d'urgences extérieurs à la Clinique qui choisissent ce mode, soit parce que les proches sont difficiles à identifier ou joindre, soit pour les protéger.

**Paul Guiraud** : Les SPI ont progressé de 35% à 48% du total des SSC.

#### V. LES MODES LEGAUX DE SSC : ADMISSIONS EN SDRE

Les admissions en SDRE sont en régression de 15% du total en 2017 à 9% en 2019, alors que la moyenne nationale progressait de 15% en 2015 à 16% en 2018.

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

Les admissions des patients détenus ou sur décisions de justice sont marginales sur le département, alors qu'elles représentaient 7 % des admissions nationales en SSC entre 2015 et 2018. Ce contraste s'explique par l'absence sur le département de structure dédiée aux patients spécifiques (patients détenus ou considérés comme particulièrement difficiles), ainsi que par la présence d'une seule petite maison d'arrêt.

**Max Fourestier** : Les SDRE sont en retrait de 18% du total des admissions en SSC en 2019 à 13% en 2020. Le nombre de personnes détenues soignées au titre de l'article D398 a régressé de 16 patients en 2018 à 9 en 2019

**Corentin Celton** : La proportion des patients admis en SDRE est à nouveau en baisse, de 3% à 1% des admissions en SSC.

**Paul Guiraud** : Le nombre des admissions en SDRE a régressé de 9% du total des admissions en SSC en 2016 à 7% en 2020.

#### VI. CONCLUSION DE CE CHAPITRE

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

**Louis Mourier** : L'établissement s'est porté candidat pour porter le projet Vigilans sur son territoire (le nord des Hauts de Seine et le Val d'Oise), dispositif de soin innovant destiné à la prévention de la récurrence suicidaire, qui est déjà déployé à Créteil, Versailles et Paris.



Parmi les multiples avis déjà publiés sur le sujet, le dernier rapport de la cour des comptes constate des hospitalisations trop longues, un recours excessif à la ré-hospitalisation sous contrainte mais également un manque accru de suivi des patients après l'hospitalisation.

Alors qu'elles étaient très fréquentes dans les années 1970, au début de la politique de sectorisation des systèmes de soins psychiatriques, les visites à domicile deviennent rares, voire inexistantes, pour assurer un suivi auprès des patients : seulement « 4,5% des patients adultes [ont] bénéficié en 2018 d'actes à domicile ».

---

**RECOMMANDATION NOUVELLE 12:** LA COMMISSION ENCOURAGE LES ETABLISSEMENTS A EXPLORER, AVEC LES COLLECTIVITES LOCALES AYANT CREE DES CLSM, LA POSSIBILITE DE DEVELOPPER LES PRATIQUES D'ALLER-VERS DONT L'UN DES RESULTATS PROUVES EST LA REDUCTION DES BESOINS EN HOSPITALISATION COMPLETE.

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

**La Commission constate que les admissions en Soins Psychiatriques pour Péril Imminent (SPI) et en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence (SDTU) continuent d'occuper des proportions élevées** alors que ces dispositifs ont été conçus par le législateur comme d'usage exceptionnel du fait qu'ils présentent moins de garanties pour les patients, un seul certificat médical, au lieu de deux, étant requis pour ce type d'admission. Dans ces deux cas, un seul CM est exigé, rédigé par tout médecin dans le cas des SDTU, et qui ne soit pas un médecin psychiatre de l'établissement d'accueil dans le cas des SPI. La progression accélérée des admissions en SPI peut s'expliquer d'une part par le souhait du tiers demandeur de ne pas apparaître comme signataire, et d'autre part par l'avantage pour la quête d'un lit d'hébergement du caractère d'extrême urgence (impossibilité d'obtenir une demande d'hospitalisation de la part d'un tiers et péril imminent). La commission recommande de mettre fin à la pratique des certificats médicaux pré-imprimés comprenant des formules types ne permettant pas de caractériser les symptômes justifiant une admission en urgence pour les SPI et SDTU.

**Max Fourestier :** L'importance des admissions en SDTU est expliquée par la présence du service des urgences au sein de l'hôpital général de Nanterre, qui dispose d'un psychiatre 24 heures/24 et 365 jours par an. Le sujet des SDTU a été abordé en CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé), en vue de mobiliser d'avantage les médecins généralistes dans un système de garde, afin de produire autant que possible le certificat médical établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil (procédure SDT classique avec deux certificats médicaux, ou procédure SPI). Cependant, on observe que les procédures exceptionnelles (SDTU) ou d'extrême urgence (SPI) ont continué de progresser de 68% du total des admissions en SSC en 2019 à 75% en 2020. Elles en viennent à représenter presque 7 fois le nombre d'admissions selon la procédure ordinaire des SDT classiques

**Corentin Celton :** L'établissement avance la particularité du fonctionnement du Centre d'Accueil Permanent et de Soins comme explication de cette situation. Les admissions cumulées selon les deux modalités réputées exceptionnelles, atteignent 81% de ce total (comparé à 77% en 2019).

**Erasme** : « Les observations cliniques ne sont pas pré-imprimées et sont en texte libre. Il est rappelé aux prescripteurs que ces observations doivent être suffisamment étayées pour justifier la mesure d'admission en urgence pour les SPI et SDTU ». Les admissions selon les modalités réputées exceptionnelles de SDTU et de SPI continuent leur progression pour représenter 66% des admissions en SSC, comparé à 62% en 2019.

**Louis Mourier** : Parmi les patients admis en SSC à la date de ce rapport, prédominent les admissions selon les modalités réputées exceptionnelles de SDTU (14) et SPI (3) pour un total de 61% des admissions.

**Paul Guiraud** : La part des admissions voulues comme exceptionnelles par le législateur (SDTU et SPI) continue donc de progresser, de 63% du total des admissions en SSC en 2019 à 74% en 2020.

**RECOMMANDATION NOUVELLE 13**: LA COMMISSION INVITE LES ETABLISSEMENTS A CONTINUER D'EXERCER UNE GRANDE VIGILANCE SUR L'UTILISATION DES PROCEDURES D'EXCEPTION A L'ENTREE EN SOINS SANS CONSENTEMENT QUE SONT LES SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS EN URGENCE (SDTU) ET LES SOINS PSYCHIATRIQUES EN CAS DE PERIL IMMINENT (SPI), EN PARTICULIER SUR LE RESPECT DES REGLES DE REDACTION DES CERTIFICATS MEDICAUX INITIAUX LORSQUE CEUX-CI SONT REDIGES PAR DES SERVICES D'URGENCE EXTERIEURS.

#### VII. L'ATTENTION A PORTER AUX PROGRAMMES DE SOINS

La Commission avait abordé la question à travers la *Recommandation 13* : *La Commission invite les établissements à poursuivre les travaux de réorganisation des parcours de soins des patients en sorte de mettre fin aux risques de rupture de soins.*

Le dernier rapport de la cour des comptes est publié alors que plusieurs réformes doivent faire évoluer le système de soins en psychiatrie, à l'instar des PTSM, ou projets territoriaux en santé mentale, qui ont pour objectif de réorganiser cette dernière à l'échelle d'un territoire pour plus d'égalité d'accès aux soins, et qui mériteraient, selon le rapport, d'être renforcés. Les fiches actions et la feuille de route du PTSM des Hauts de Seine privilégient l'intervention précoce à domicile, telle que pratiquée par le secteur Puteaux Suresnes (dispositif UNIDE) intervenant au domicile du patient, qui mérite d'être soutenu et développé.

Les taux de ré-hospitalisations à la suite d'un programme de soins rapportés par les établissements se comparent favorablement en général avec les 32% de réadmission à 30 jours cités par Magali Coldéfy pour l'année 2015 (IRDES : Questions d'économie de la santé février 2017 : les soins sans consentement en psychiatrie). Mais « Les données utilisées dans cette étude ne permettent pas de savoir si ces ré-hospitalisations constituent une composante du programme (hospitalisation séquentielle) justifiée par le niveau de sévérité des troubles, ou si elles correspondent à des rechutes ou réintégrations en hospitalisation suite à son non-respect. »

La commission appelle régulièrement les établissements à respecter l'esprit des programmes de soins en ne donnant pas ce qualificatif à des situations aussi contraignantes qu'une hospitalisation complète. Cette utilisation extensive faite de la notion de programme de soins apparaît abusive et potentiellement source d'atteinte à la liberté des patients en les privant du contrôle systématique du JLD.

Une adresse est exigée pour la mise en place d'un programme de soins au bénéfice d'un patient suivi en SDRE (de même que pour une sortie non accompagnée d'une durée maximale de 48

heures) alors qu'il manque de structures pour assurer la suite de la prise en charge hors hôpital lorsqu'il n'y a pas (ou plus) d'accueil familial possible. La commission observe lors de ses visites la difficulté d'obtenir une sortie de cette modalité de SSC pour les patients admis en SDRE qui sont surreprésentés dans cette modalité de soins (exemple de programmes de soins maintenus depuis août 2012 et mai 2017 lors de la visite à Max Fourestier).

Les médecins trouvent parfois fastidieuse l'obligation des certificats mensuels. Toutefois la commission observe, en examinant les dossiers de programmes de soins en cours, que les certificats médicaux qu'ils contiennent sont en général établis avec rigueur et bien circonstanciés. Les ruptures sont gérées par les établissements par des relances régulières et systématiques par courrier et téléphone, des VAD, ainsi que par l'examen en CLSM (cellule de veille et d'accès aux soins). L'hospitalisation est conçue comme un dernier recours dans le cadre des soins, mais les soins ambulatoires peuvent être également chronophages, comme l'illustre l'exemple d'un patient dont le traitement est suivi quotidiennement au CMP et une fois par semaine lors d'une visite à domicile. Beaucoup des patients suivis au CMP sont en programmes de soins

**Louis Mourier** : l'établissement révisé chaque mois de façon collégiale le renouvellement des programmes de soins, et transforme dès que possible en soins libres le statut des patients stabilisés. Dans le même esprit, la transformation en hospitalisation complète des patients dont l'état se dégrade est fondée sur les signes cliniques objectifs et non sur l'éventuelle absence du patient à ses consultations mensuelles.

---

**RECOMMANDATION NOUVELLE 14:** LA COMMISSION INVITE LES ETABLISSEMENTS A POURSUIVRE LES TRAVAUX DE REORGANISATION DES PARCOURS DE SOINS DE PATIENTS EN SORTE DE METTRE FIN AUX RISQUES DE RUPTURE DE SOINS.

#### VIII. DES DUREES DE MAINTIEN EN SSC JUGEES PREOCCUPANTES

Dans le cadre du contrôle obligatoire des dossiers de patients dont les soins se prolongent au-delà d'un an, la commission relève la présence de patients hospitalisés ou suivis en programme de soins depuis de nombreuses années, ce qui ne manque pas d'interpeller en raison de la tension sur la capacité d'hébergement de ces établissements, et de la coexistence dans la même unité de patients trop éloignés par leur classe d'âge et leur parcours de vie. Une étude nationale d'octobre 2014 de l'IRDES rapportait que ces hospitalisations au long cours représentaient un quart des lits d'hébergement en psychiatrie.

Les établissements recherchent des solutions de transfert pour les patients ne relevant plus de l'assurance maladie, mais du secteur médico-social. L'entrée en EHPAD n'est en principe accessible qu'aux plus de soixante ans (58 ans sur dérogation) ; la tranche d'âge de 56 à 60 ans est la plus compliquée. L'intégration des personnes souffrant de troubles psychiques se fait difficilement dans les structures médico-sociales plus aptes à recevoir des patients souffrant de handicap mental ou de déficience mentale. Certains patients ne sont pas en état d'avoir des occupations à la journée et il faut leur trouver des structures ad hoc.

Le collège des professionnels de santé, qui a vocation à procéder à une évaluation approfondie et pluriprofessionnelle des mesures de soins longues ou concernant des personnes présentant une dangerosité sociale, doit être convoqué pour les patients en programmes de soins comme ceux en hospitalisation complète. La commission a parfois constaté qu'aucun des dossiers de

programmes de soins de plus d'un an ne fait état de la réunion du collège médical pour statuer sur l'opportunité de la prolongation de ces SSC tous les 12 mois. Il est établi que certains médecins se refusent à se conformer à cette obligation et la Commission invite les établissements à exiger qu'ils la respectent. Par ailleurs, La commission a également noté que certaines des réunions de collège s'étaient limitées à un examen par un seul médecin, avec l'explication que la crise sanitaire ne permettait pas la présence des trois membres normalement requis. La direction de l'établissement a précisé que l'ARS avait verbalement autorisé cet écart avec la règle.

---

RECOMMANDATION NOUVELLE 15 : LA COMMISSION INVITE LES ETABLISSEMENTS A RESPECTER SCRUPULEUSEMENT L'OBLIGATION DE CONVOQUER CHAQUE ANNEE LE COLLEGE MEDICAL CHARGE D'EVALUER L'OPPORTUNITE DE MAINTIEN DES SOINS EN FAVEUR DES PATIENTS ADMIS EN SDDE (ART L3212-7 DU CSP), QU'ILS SOIENT ACCUEILLIS EN HOSPITALISATION COMPLETE OU SUIVIS EN PROGRAMME DE SOINS.

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

La loi de modernisation de notre 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 des établissements et des statistiques concernant ces pratiques dans le département, est en mesure d'avoir une vision d'ensemble et de s'en entretenir avec les responsables des établissements. Grâce à la qualité du dialogue qui s'est développé avec une majorité des établissements visités, la commission effectue une analyse régulièrement actualisée des politiques mises en œuvre pour réduire le recours à ces pratiques, et de leurs résultats.

L'article L3222-5-1 a été renforcé par l'article 84 de la loi du 14 décembre 2020. Avant même ce renforcement, le fait que les CDSP aient été désignées comme les principales instances chargées de vérifier la mise en œuvre et la tenue du nouveau registre leur confère une responsabilité centrale dans la bonne marche de la politique ainsi définie.

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

Le département compte un ratio moyen d'une chambre d'isolement pour 16 lits d'hébergement, au-dessus du niveau national (une chambre d'isolement pour 19 lits (rapport d'activité 2019 du CGLPL), avec des extrêmes qui vont d'un espace d'isolement pour 24 lits à Corentin Celton à un pour 14 lits à Erasme. La commission relève cependant un usage de l'isolement qui sature largement en moyenne les chambres disponibles, dont le nombre apparaît comme la plus efficace des limites au recours à l'isolement, du moins quand cette limite n'est pas contournée par des isoléments en chambre ordinaire, pas toujours tracés en tant que tels tant le registre ad hoc. Le commentaire d'un médecin, selon lequel « l'utilisation des chambres d'isolement est intersectorielle » reflète cette pression sur la capacité d'isolement, et son corollaire sur le nomadisme organisé d'une unité à l'autre pour un nombre de patients parfois élevé.

Les chiffres repris ci-dessous sont extraits des rapports annuels 2019, à l'exception de la MGEN pour laquelle nous avons répété ceux du rapport annuel 2017. Ces tableaux statistiques signalent globalement le maintien d'un taux important de recours à l'isolement et à la contention, en général relativement stable 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 2018	Nombre de patients distincts isolés en 2018	Nombre de patients admis en SSC en 2019	Nombre de patients distincts isolés en 2019
Louis Mourier	165	88 53%	153	87 57%
CASH Nanterre	296	112 38%	290	107 37%
Corentin Celton	160	49 31%	162	58 36%
Paul Guiraud Clamart	485	204 42%	533	238 45%
MGEN	157	66 35%	157	66 35%
Érasme	354	251 71%	315	221 70%

#### □ Mesures d'isolement

La mise en isolement en espace dédié (chambre d'isolement) ou non pour cent **patients en soins sans consentement** concerne entre 36 et 70 patients distincts respectivement à Issy-les-Moulineaux et Antony pour une moyenne départementale de 60. Il s'agit donc de proportions élevées pour une pratique de dernier recours.

**Le nombre moyen de placements en isolement par patient distinct** varie de 131% à Corentin Celton à 236% à Érasme (Paul Guiraud constitue une exception à 751%), ce qui révèle une répétition relativement modérée dans l'ensemble des placements pour un même patient (197% en moyenne retraitée hors Paul Guiraud)

**La durée moyenne de chaque mesure d'isolement** est également très variable selon les établissements (de 1,9 jours à Paul Guiraud Clamart à 19 jours à Corentin Celton), la moyenne départementale s'établit à plus de 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 prévoit qu'au-delà de la même limite de 48 heures « le médecin informe sans délai le JLD »).

Comme chaque patient est mis en moyenne plus ou moins souvent en isolement, **la durée totale moyenne passée en isolement par patient distinct** est relativement plus proche : de 8 jours à Louis Mourier à 25 jours à Corentin Celton ; la moyenne départementale s'élève à 16 jours

**Le taux d'occupation des chambres d'isolement** varie de 46% à Louis Moutier à 199% à Corentin Celton, en phase avec l'importance relative du nombre de chambres d'isolement, mais aussi avec la pratique plus ou moins développée de l'isolement en dehors des espaces dédiés (non conforme à la recommandation de bonne pratique et à ce titre réglementairement l'objet d'un suivi spécifique dans le registre de l'isolement).

**La durée maximale d'isolement par mesure** serait, selon les données disponibles, de 207 jours pour Rueil-Malmaison à « seulement » 16 jours à Issy-les-Moulineaux. En général, les mesures les plus longues sont des mesures d'isolement à temps partiel (telles que nuit en chambre d'isolement et journée dans le service). Cette amplitude de 1 à 13 suggère que des échanges d'expérience entre établissements seraient potentiellement fructueux.

Les données communiquées par les établissements permettent de distinguer :

- une pratique de l'isolement relativement modérée, se situant en dessous des moyennes départementales pour Max Fourestier et Louis Mourier;
- une pratique contrastée vis à vis des moyennes départementales pour Corentin Celton;
- une pratique relativement élevée vis à vis des moyennes départementales pour Erasme, Paul Guiraud et la MGEN.

Ces données doivent cependant être relativisées, en observant en particulier que l'objectif de transparence et d'exhaustivité dans la tenue du registre entraîne dans un premier temps une augmentation de ces indicateurs.

**Max Fourestier** : L'établissement bénéficie d'un effort de formation continue tel que la prise en charge de la violence (formation Oméga) et les trois formations spécifiques délivrées aux professionnels par le médecin chef de pôle.

L'état d'avancement de la feuille de route santé mentale et psychiatrie a été publié par le ministère des Solidarités et de la Santé le 21 janvier 2021. Parmi les 37 actions passées en revue, figure la réduction des pratiques des SSC et de contention (sic).

## 2. Mesures de contention

Établissement	Nombre de patients distincts isolés en 2018	Dont nombre de patients distincts contentionnés en 2018	Nombre de patients distincts isolés en 2019	Dont nombre de patients distincts contentionnés en 2019
Louis Mourier	88	37 42%	87	25 29%
CASH Nanterre	112	62 55%	107	50 47%
Corentin Celton	49	10 20%	58	17 29%
Paul Guiraud Clamart	204	26 13%	238	41 17%
MGEN	66	7 11%	66	7 11%
Érasme	251	24 10%	221	24 11%

**Pour cent patients placés à l'isolement**, le nombre de patients distincts placés sous contention varie de 11 à la MGEN et Erasme à 47 à Max Fourestier, pour une moyenne départementale de 22. Il s'agit de proportions élevées pour une pratique de dernier recours.

La proportion de jours passés sous contention **pour cent jours placés en isolement** varie d'environ un jour à la MGEN et Erasme à 17 jours à Nanterre, pour une moyenne départementale de 5 jours.

**La durée moyenne de chaque mesure de contention** est relativement proche selon les établissements (de 0,9 jour à Erasme à 2,2 jours à Max Fourestier), pour une moyenne départementale de 1,7 jours.

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

**Le nombre moyen de placements en contention par patient distinct** varie de 143% à Rueil-Malmaison à 267% à Erasme, ce qui révèle une répétition relativement modérée des contentions pour un même patient. La moyenne départementale est de 212%.

Comme chaque patient est mis plus ou moins souvent en contention, l'écart entre les **durées totales passées en contention par patient distinct** est réduit, de 2,3 jours à la MGEN à 5,2 jours à Corentin Celton, pour une moyenne départementale de 3,8 jours.

**La durée maximale sous contention** varie de 2,6 jours à la MGEN à 37 jours à Max Fourestier.

Les données communiquées par les établissements permettent de distinguer

- Une pratique de la contention relativement modérée, se situant en dessous des moyennes départementales pour Erasme et la MGEN ;
- une pratique globalement contrastée pour Paul Guiraud ;
- une pratique relativement élevée vis à vis des moyennes départementales pour Max Fourestier, Louis Mourier et Corentin Celton.

**Corentin Celton** : L'établissement rappelle que le cas particulier d'une patiente au long cours a pu influencer négativement certains de ces indicateurs. La réponse à ce cas extrême pourrait être de recalculer « en interne » certains de ces indicateurs en excluant ce cas aberrant pour reconstituer une image plus significative des résultats de l'établissement.

**Paul Guiraud** : Les données de l'unité Béranger sont expliquées par la présence de deux ou trois patients autistes, dont l'un en particulier avait provoqué de gros dégâts, y compris humains auprès des soignants. L'établissement est démuné pour prendre en charge ces pathologies, pour lesquelles il n'est pas adapté.

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

- relativement peu d'isolement et beaucoup de contention: Louis Mourier et Max Fourestier
- Isolement relativement contrasté et beaucoup de contention: Corentin Celton
- Relativement beaucoup d'isolement et peu de contention: Erasme et la MGEN
- Relativement beaucoup d'isolement et contention contrastée: Paul Guiraud

Il appartient aux établissements et à l'ARS d'analyser ces données (et de remettre éventuellement en question leurs pratiques), mais une hypothèse serait de distinguer les établissements qui isolent plus fréquemment des patients modérément « violents » plus nombreux (les derniers cités) de ceux qui isolent des patients d'avantage « violents » moins nombreux, et donc plus susceptibles de relever d'une mesure de contention (les premiers cités).

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

En 2019, la CDSP avait conclu son bilan de la mise en œuvre de cette disposition clé par la : ***Recommandation 14** : Seule une instruction du ministère chargé de la santé qui intégrerait toutes les situations et donnerait des indications méthodologiques de tenue du registre pourrait ramener une cohérence qui fait grandement défaut actuellement. Elle préconise aussi que les systèmes*



*informatiques soient paramétrés de telle sorte qu'ils verrouillent l'accès au dossier client tant que les décisions médicales relatives à la tenue du registre de l'isolement ne sont pas saisies.*

Si la première partie de cette recommandation s'est avérée être un vœu pieux, la seconde partie reste d'actualité. La commission a donc recommandé de nombreux points de vigilance, basés soit sur les instructions de la DGOS, soit sur les bonnes pratiques observées dans certains établissements :

- S'assurer que le registre de l'isolement et de la contention permette le décompte des mesures qui rassemblent l'ensemble des décisions individuelles concourant à la même mesure
- Distinguer dans le cadre de chaque mesure les quatre types de décision qui lui sont associés:
  - o une prescription initiale d'isolement et/ou contention
  - o une prescription de renouvellement au bout de six heures pour la contention et douze heures pour l'isolement
  - o une prescription de prolongation de la mesure toutes les 24 heures
  - o une prescription de levée de la mesure d'isolement et/ou contention

L'oubli des levées de mesure (en particulier les week-ends) contribue effectivement à alourdir les statistiques des établissements

- Distinguer les mesures d'isolement dans un espace dédié et en dehors d'un espace dédié
- Tracer dans le registre, le nombre de mesures et de patients concernés par l'isolement faute de place et la durée de ces mesures contraires à la recommandation de bonne pratique de la HAS.
- Mettre en place des audits mensuels de la tenue du registre de l'isolement et de la contention, afin de s'assurer du respect de la recommandation de bonne pratique, et des dernières dispositions de l'article 84 du PLFSS.

D'autres recommandations ont porté sur l'exploitation des données recueillies dans le registre, et en particulier l'optimisation de l'analyse des éléments quantitatifs recueillis par service, selon les horaires de la journée ainsi que selon les jours de la semaine.

**Louis Mourier** : Le registre qui était tenu manuellement depuis 2016 et jusqu'à fin 2018, a été informatisé en 2019 sur le logiciel ORBIS (dossier médical informatisé) de l'APHP. A ce jour, le logiciel pose encore des problèmes aux médecins chargés de le renseigner, par exemple en enregistrant des décisions de renouvellement qui font double emploi ou se chevauchent.

**Paul Guiraud** : Les chiffres d'isolement sont élevés, car ils reflètent directement les données du registre de l'isolement, alors que les données précédentes avaient été retraitées à partir du dossier administratif pour obtenir une image plus fidèle ; le registre de l'isolement pêche par l'enregistrement des décisions de levée.

---

**RECOMMANDATION NOUVELLE 16:** LA COMMISSION PRECONISE QUE LES SYSTEMES INFORMATIQUES SOIENT PARAMETRES DE TELLE SORTE QU'ILS VERROUILLENT L'ACCES AU DOSSIER CLIENT TANT QUE LES DECISIONS MEDICALES RELATIVES A LA TENUE DU REGISTRE DE L'ISOLEMENT NE SONT PAS SAISIES.

L'article 84 du PLFSS du 14 décembre 2020 est venu durcir l'encadrement des mesures d'isolement et de contention, alors que le contrôle du registre homonyme montre que les précédentes dispositions n'étaient pas toujours scrupuleusement respectées. La complexité de ces nouvelles dispositions paraît justifier la rédaction d'une procédure spécifique à la communication relative aux mesures supérieures aux recommandations de bonne pratique de la HAS.

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

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

Au-delà, c'est toute l'organisation des soins psychiatriques dans le département, avec le développement d'équipes mobiles permettant de dispenser des soins à domicile qui doit être repensée, la solution véritable étant la diminution des hospitalisations sans consentement. Une cellule régionale de régulation des lits était en fonctionnement à Sainte Anne et Barthélémy Durand sous l'égide de l'ARS jusqu'à fin août, mais elle a cessé de fonctionner. Ce serait un outil à réactiver de façon pérenne. L'établissement qui sollicite pour un patient de son secteur un hébergement de dépannage auprès d'un autre établissement est tenu en principe de régulariser la situation sous 48 heures. Pour des raisons historiques et démographiques, « les lits sont à Paris », alors que le sud du département en particulier connaît un fort essor de population.

---

**RECOMMANDATION NOUVELLE 17:** LA COMMISSION CONTINUERA D'ETRE VIGILANTE SUR LE RESPECT DES PRINCIPES DE MAINTIEN A DISPOSITION DU MALADE PROVISoireMENT ADMIS EN CHAMBRE D'ISOLEMENT DE SON LIT EN CHAMBRE BANALISEE, ET D'INTERDICTION DES PLACEMENTS EN ISOLEMENT DE MALADES QUE LEUR ETAT MEDICAL NE JUSTIFIE PAS PAR MANQUE DE LITS D'HEBERGEMENT, TOUT EN ETANT CONSCIENTE DE LA DIFFICULTE DE LE RESPECTER DANS UN CONTEXTE DE SATURATION GLOBALE DES CAPACITES D'HOSPITALISATION LIE A L'ORGANISATION DES SOINS OU L'ALLER-VERS DEMEURE MARGINAL.

### III. DES POLITIQUES DE REDUCTION ONT-ELLES ETE DEFINIES ?

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

La Commission avait constaté que peu d'établissements avaient engagé une telle révision. La Commission s'était ainsi inquiétée de l'absence de renseignements, dans plusieurs registres, sur la qualité des soignants ayant décidé de ces mesures et du fait que ce pouvaient être des internes

qui les prenaient sans confirmation rapide par un senior. La rédaction de certains protocoles apparaissait ambiguë à cet égard. La Commission a pu vérifier que **sa recommandation avait été suivie d'effet dans la plupart des établissements.**

La commission a donc émis de nombreuses observations, basées soit sur les recommandations de bonne pratique de la HAS, soit sur les bonnes pratiques observées dans certains établissements, en vue de rédiger ou de réviser le protocole de mise en isolement et/ou contention :

- Étudier la possibilité que la validation, dans l'heure qui suit de toute décision d'isolement ou de contention prise par un interne pendant les périodes de garde, par un médecin psychiatre, intervienne après une rencontre entre le patient et ce dernier (cet entretien permettant éventuellement d'apaiser la crise ou d'avoir, à tout le moins, observé et évalué lui-même son comportement).
- Les alternatives à l'isolement et à la contention doivent être explicitées dans les protocoles de mise en isolement
- Étudier l'aménagement d'espaces d'apaisement (« lieu dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour procurer un espace de faible stimulation, afin de permettre une diminution de la tension interne d'un patient » selon la recommandation de bonne pratique de l'isolement de la HAS)
- Analyser les circonstances des mesures d'isolement et de contention les plus longues, de façon à en réduire la durée et/ou la fréquence dans la mesure du possible
- Rechercher des solutions pour mettre fin à l'isolement faute de place
- Respecter la règle selon laquelle, pour chaque patient placé en chambre d'isolement, un lit doit lui être conservé dans les chambres d'hébergement

Les établissements sont concentrés en priorité sur les soins depuis le début de la pandémie mais ils ont pris bonne note de ces observations, qui seront examinées lors de la validation finale de ces procédures.

**Max Fourestier :** Une réflexion sur la politique de limitation du recours à l'isolement et la contention a conduit à la formalisation d'un document validé et signé en février 2020 par la directrice de l'établissement et le président de la CME

**Corentin Celton :** L'établissement remet à la CDSP la version actualisée des procédures relatives à la mesure d'isolement en psychiatrie, à la mesure de contention et pour chacune de ces deux mesures les supports de prescription. L'établissement indique que les audits mensuels sur le registre de l'isolement seront repris par Monsieur X, infirmier faisant office de cadre de l'unité A.

**MGEN :** à la suite de sa visite d'avril 2019, le CGLPL recommandait : « Les mesures d'isolement ne doivent se dérouler que dans des espaces dédiés. L'établissement doit développer des outils d'analyse fiables et évaluer les mesures d'isolement et de contention qui ne doivent constituer que des solutions de dernier recours. D'autres alternatives, telles que l'aménagement de chambres d'apaisement, doivent être envisagées ». Dans le cadre de l'appel à projets pour 2020-2022 de l'ARS pour le

recrutement de 8 médiateurs de santé pairs au sein de services de psychiatrie, un projet de recruter un pair-aidant est à l'étude, différé à cause de la crise sanitaire.

**Erasme** : L'établissement a fait approuver en octobre 2020 par sa CDU et son CDS la politique en faveur de la réduction du recours et de la durée à l'isolement et aux contentions.

---

RECOMMANDATION NOUVELLE 18: LA COMMISSION DEMANDE A TOUS LES ETABLISSEMENTS QUI NE LUI ONT PAS REMIS COPIE DE LEURS PROTOCOLES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION ACTUALISES DE LE FAIRE. ELLE DEMANDE AUX ETABLISSEMENTS QUI NE L'ONT PAS ENCORE FAIT DE PROCEDER A DES AUDITS DE LEURS PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION, INCLUANT L'UTILISATION DU REGISTRE EPONYME, ALLANT AU-DELA DES ASPECTS FORMELS POUR S'INTERROGER SUR LEUR BIEN FONDE.

L'article L 3222-5-1 impose aux établissements des obligations précises en matière de tenue de registre, mais aussi **d'élaboration d'une politique pour limiter le recours aux pratiques d'isolement et de contention et l'évaluation de sa mise en œuvre.**

La commission demandait aussi : *Recommandation 17* : La Commission salue les premières initiatives portant sur la formation des personnels et l'organisation de la prise en charge visant à répondre à l'objectif de réduction des pratiques d'isolement et de contention et espère qu'elles aboutiront rapidement à l'inversion de la tendance observée dans la plupart des établissements d'une augmentation de l'usage de l'isolement.

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

**Corentin Celton** : Sur la suggestion que le recours à l'isolement serait réduit par une démarche d'équipes mobiles dédiées à la prévention, l'établissement précise qu'il pratique déjà des visites à domicile sur signalement, et qu'il offre un accueil ouvert sur la ville jour et nuit et sept jours sur sept. Les patients accueillis en situation de crise ne sont pas nécessairement ceux qui sont suivis dans la file active, mais souvent de nouveaux patients, liés au dynamisme démographique du secteur.

**Erasme** : La thématique « alternative à l'isolement et à la contention » est retenue pour le plan de formation 2020 ; la formation TARPI originaire du Benelux (« Toward Alternative to Restraint in Psychiatric Institutions » présentée lors d'une journée intersectorielle en décembre 2019) *a eu lieu* : 13 soignants y ont participé et le bilan est très positif. Aussi, l'établissement propose la suite de ce programme dans le plan de formation pour 2021.

---

RECOMMANDATION NOUVELLE 19: LA COMMISSION SALUE LES PREMIERES INITIATIVES PORTANT SUR LA FORMATION DES PERSONNELS ET L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE VISANT A REpondre A L'OBJECTIF DE REDUCTION DES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION ET ESPERE QU'ELLES ABOUTIRONT RAPIDEMENT A L'INVERSION DE LA TENDANCE OBSERVEE DANS LA PLUPART DES ETABLISSEMENTS D'UNE AUGMENTATION DE L'USAGE DE L'ISOLEMENT.

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

### I. LA TRANSPARENCE PROGRESSE-T-ELLE ?

La Commission avait consacré, dans son rapport 2019, deux recommandations à ce sujet où elle relevait une marge de progression quant à la qualité des informations qui sont mises à sa disposition, tant par les établissements que par l'ARS.

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

Cet établissement a continué de produire des dossiers individuels sous chemise plastique transparente n'offrant que des renseignements minima et ne permettant pas à la CDSP de notifier ses vérifications et éventuelles observations. Cette pratique constitue une obstruction à son travail.

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

Le panorama 2020 de ce jalon important de la démocratie sanitaire est contrasté, mais il marque une étape encourageante vers la réalisation de cet objectif :

- présentation en leur temps par Corentin Celton, Erasme et Paul Guiraud à leur CDU respective des trois rapports annuels 2017, 2018 et 2019
- présentation par Max Fourestier à la CDU et au CDS du rapport annuel 2019 en octobre 2020
- présentation par Louis Mourier à une prochaine CDU du rapport annuel 2019 transmis à la CDSP
- présentation par la MGEN à la CDU du rapport annuel 2017 en avril 2019

La Commission s'inquiète du risque d'affaiblissement de la compréhension de son rôle qui a résulté de la décision gouvernementale de supprimer le magistrat de la composition des CDSP à la fin de leur mandat en cours, mais qui a en fait été anticipée dès le mois de janvier 2020.

Par ailleurs, les démissions présentées en 2020 par certains membres de la CDSP ont illustré le risque de fragilisation de cette commission, déjà déséquilibrée par l'absence d'un magistrat de l'ordre judiciaire. La réactivité de l'ARS a permis de pourvoir rapidement au remplacement du médecin psychiatre désigné par le représentant de l'Etat et du représentant d'une association agréée des familles. Il reste donc à pourvoir au remplacement du médecin généraliste désigné par le préfet du département.

---

**RECOMMANDATION NOUVELLE 20:** 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 L'EX PRESIDENT DE LA COMMISSION, DEMISSIONNAIRE DEPUIS JANVIER 2020.

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

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

Institution incarnant, par ses missions et sa composition, l'une des formes de la démocratie sanitaire, la CDSP a, plus généralement, cherché à jouer ce rôle en développant le dialogue avec les directions d'établissements. Cependant, le manque de communication institutionnelle peut expliquer l'absence de la commission dans une instance telle que le projet territorial de santé mentale.

---

RECOMMANDATION NOUVELLE 21: LE DIALOGUE, CONSTITUTIF D'UNE DEMOCRATIE SANITAIRE AUJOURD'HUI RECONNUE COMME INDISPENSABLE, EXISTE DONC, ENTRE LA CDSP ET LES ETABLISSEMENTS DES HAUTS DE SEINE, MAIS DEMANDE A ETRE CONSOLIDE. LA COMMISSION REITERE SA DEMANDE, ADRESSEE A L'ARS, QUE CELLE-CI FASSE APPARAITRE SES RAPPORTS ANNUELS SUR SON SITE: REFLET DE CE DIALOGUE, LEUR COMMUNICATION AU GRAND PUBLIC NE PEUT QUE DYNAMISER ET ENRICHIR CE DERNIER

Ce sentiment global de satisfaction sur la qualité du dialogue établi doit toutefois être nuancé : La direction de l'un des établissements, la clinique MGEN, se refuse systématiquement à fournir les informations de contexte organisationnel demandées avant chaque visite à travers le « questionnaire de pré-visite », argumentant qu'il n'entrerait pas dans les compétences de la CDSP de les recueillir. Les textes sont pourtant clairs à cet égard (8° alinéa 2 de l'article L3223-1 du CSP « Les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes les demandes d'information formulées par la commission »). La commission déplore parfois que son rôle soit mal connu des patients, mais aussi, ce qui est plus étonnant, des professionnels.

**MGEN** : à la suite de sa visite d'avril 2019, le CGLPL recommandait : LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EXERCE PLEINEMENT SES MISSIONS MAIS ESTIME NE PAS RECEVOIR TOUTES LES INFORMATIONS NECESSAIRES.

---

RECOMMANDATION NOUVELLE 22: LA COMMISSION INVITE LA DIRECTION DEPARTEMENTALE DE L'ARS A S'ASSURER QUE LES RAPPORTS ANNUELS RENDANT COMPTE DES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTEN-TION LUI SOIENT TRANSMIS AINSI QU'A LA CDSP PAR L'ESM MGEN DE RUEIL MALMAISON, APRES AVIS DE LA COMMISSION DES USAGERS ET DU CONSEIL DE SURVEILLANCE.

LA COMMISSION INVITE EGALEMENT L'ARS A DEMANDER A LA CLINIQUE MGEN DE TENIR LES DOSSIERS INDIVIDUELS DE PATIENTS DANS UNE FORME LUI PERMETTANT D'EXERCER SA MISSION DE VERIFICATION.

LA COMMISSION REITERE ENFIN SA DEMANDE, ADRESSEE A L'ARS, QUE CELLE-CI FASSE APPLIQUER PAR L'ETABLISSEMENT DE SANTE MENTALE MGEN DE RUEIL-MALMAISON SES OBLIGATIONS DE REpondre AUX DEMANDES D'INFORMATION FORMULEES PAR LA COMMISSION DANS LE CADRE DE SON QUESTIONNAIRE DE PRE-VISITE EN APPLICATION DU 8° ALINEA 2 DE L'ARTICLE L3223-1 DU CSP

### III. LA COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

La pratique de médiation de la commission (en l'espèce entre patient et médecins) est illustrée par le 8° de l'article L3223-1 du CSP qui indique parmi les missions de la CSP qu'elle « statue

sur les modalités d'accès aux informations mentionnées à l'article L1111-7 de toute personne admise... » en SSC. En effet, ces patients sont soumis à une particularité de consultation de leur dossier médical : à titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies dans le cadre d'une hospitalisation en SSC peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur de désigner un médecin, il revient au détenteur des informations ou à l'intéressé de saisir la CDSP. Cette commission rend alors un avis s'imposant au détenteur des informations et au demandeur.

En 2020, la commission a été saisie par deux patients, tous deux hospitalisés en leur temps à Max Fourestier. Pour l'un de ces patients, la commission a recommandé (en accord avec son avocat) la transmission de son dossier médical par l'intermédiaire de son médecin généraliste.

Dans ces deux cas, le délai écoulé entre la demande du patient et la consultation de son dossier médical s'est révélé anormalement long (en contradiction avec un objectif poursuivi par l'établissement « Recueillir l'indicateur délai de communication du dossier médical ».)

---

**RECOMMANDATION NOUVELLE 23:** LA COMMISSION RECOMMANDE AUX ETABLISSEMENTS DE REpondre PROMPTEMENT A SES QUESTIONS DANS LES CAS OU ELLE EST SAISIE PAR UN PATIENT QUI AURA PREALABLEMENT REFUSE LA CONSULTATION DE SON DOSSIER MEDICAL EN PRESENCE D'UN MEDECIN DE SON CHOIX.

## 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 dont les conditions principales sont :

Une réactivité et un appui plus fort de l'ARS face à d'inacceptables retards – parfois refus – de transmission des informations qui sont dues à la Commission.

Des échanges réguliers avec le CGLPL et les JLD, dont les missions de contrôle des SSC sont très complémentaires de celles de la CDSP.

La commission est déjà associée à certaines visites du CGLPL (Corentin Celton et Erasme en dernier lieu) ; elle pourrait l'être également à l'avenir aux visites de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS).

La diffusion plus large de ses rapports annuels d'activité, en particulier sur le site de l'ARS.

La valeur ajoutée de la CDSP réside en particulier dans le fait qu'elle examine les dossiers des patients en programme de soins (qui ne rencontrent plus le JLD de manière systématique), et qu'elle joue le rôle d'un « tiers collectif » pour les patients admis en SPI (dont les dossiers sont systématiquement contrôlés par la commission).

Les rapports du CGLPL (rapports thématiques ou rapports de visite) cités dans le présent rapport d'activité sont effectivement la source de points de vigilance, dont la CDSP exerce le suivi au bénéfice des patients avec une fréquence supérieure à celle d'une telle autorité administrative indépendante

La Commission observe plusieurs éléments caractéristiques dans l'évolution des soins dans les établissements psychiatriques publics des Hauts de Seine :

**Le Projet Territorial de Santé Mentale des Hauts de Seine** en chantier depuis 2018 a abouti en 2020 à la présentation des fiches actions et à la feuille de route, qui ont fixé le cadre de cohérence entre l'ensemble des structures sanitaires, médico-sociales et sociales – incluant les CLSM – du département. Cette feuille de route recommande en particulier de soutenir et développer une intervention précoce au domicile du patient, mais il reste à pérenniser le financement nécessaire.

**Le dernier rapport de la cour des comptes** invite à renforcer la prise en charge des cas les plus sévères, afin de remédier à la proportion élevée de ré-hospitalisations rapides, la proportion importante de patients hospitalisés sur de longues durées faute de solutions d'aval, et l'absence de suivi suffisant à domicile. Il invite également à réduire la part importante des admissions provenant des urgences, alors qu'elle devrait être faible puisque les signaux précurseurs d'une crise sont généralement progressifs.

Il recommande la présentation par les établissements chargés de l'accueil en SSC d'un projet destiné à réduire le recours à ce type de soins, alors même que la contrainte mine « l'alliance thérapeutique » précieuse en la matière. Il recommande enfin de favoriser la mobilité des équipes et leur recentrage sur les patients souffrant des troubles les plus complexes.

Faute d'une prise en charge précoce et proactive, les admissions en urgence en SSC s'accompagnent trop souvent du recours à la l'isolement et à la contention.

**Le futur décret d'application de l'article 84** paraît d'ores et déjà difficile d'application dans le contexte tendu résumé dans ce rapport d'activité. Le rythme soutenu de renouvellement des mesures d'isolement ou de contention et leur parfaite traçabilité dans le registre seront difficile à respecter par certains établissements, en particulier en période de garde les nuits, week-ends et jours fériés. En effet, les efforts en cours de traçabilité et de réduction de ces pratiques demandent encore à être encouragés et consolidés. Des marges d'amélioration et de prévention existent en amont au niveau des conditions de travail, du repérage et de la prise en charge précoce, ainsi que de l'accompagnement sanitaire et social, en amont comme en aval de l'hôpital.

Enfin, l'informatisation programmée de la tenue du livre de la loi, dont le contrôle par la CDSP vient en complément du contrôle des dossiers, devrait apporter une amélioration et simplification, dans la mesure où son cahier des charges sera élaboré en contact avec la commission (s'assurer en particulier de la possibilité d'obtenir des extractions concernant soit une période, soit un type de patients et que les procédures de visa soient bien intégrées).

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

L'arrêté préfectoral ARS-SRSPSC numéro 2020-529 du 12 novembre 2020 est venu actualiser comme suit la composition de la Commission :

Membres prévus	Membres désignés	Date de prise de fonctions
----------------	------------------	----------------------------



<b>Un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel</b>	La présence du magistrat a été abrogé par la loi du 23 mars 2019 de programmation et de réforme de la justice	20/09/18
<b>Un médecin psychiatre désigné par le représentant de l'Etat</b>	Monsieur le Docteur Philippe Gauthier	Septembre 2018
<b>Un psychiatre PH désigné par le procureur général près la cour d'appel</b>	Madame le Docteur Laurence Bigot-Plantade (en remplacement de Monsieur le Docteur Michel Triantafyllou)	29/09/20
<b>Un médecin généraliste désigné par le représentant de l'État</b>	Non encore désigné (en remplacement de Monsieur le Docteur Jean-Pierre Gaston Carrère, ex Président de la Commission)	NA
<b>Un représentant d'association agréée de personnes malades</b>	Monsieur Thierry Villers, représentant la Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie (FNAPSY)	Janvier 2017
<b>Un représentant d'association agréée de familles</b>	Madame Isabelle Bianquis représentant l'Union Nationale des Familles et Amis de Malades psychiques (UNAFAM) (en remplacement de Monsieur Michel Doucin)	07/09/20

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

Ce nouvel arrêté vient remplacer le précédent arrêté préfectoral ARS-UD92-DRUSSC numéro 2018-239 pris le 18 décembre 2018 qui fixait la précédente composition de la CDSP, en vigueur jusqu'à la date précitée.

## 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 ;

Dans le contexte de la crise sanitaire, la Commission a visité une fois seulement en 2020, cinq des six établissements habilités à recevoir des patients admis en soins psychiatriques sans consentement.

Hôpital Max Fourestier, Nanterre	22 janvier
Hôpital Corentin Celton, Issy les Moulineaux	21 octobre
Hôpital MGEN, Rueil-Malmaison	18 novembre
Hôpital Érasme, Antony,	2 décembre
Hôpital Louis Mourier, Colombes	16 décembre
Hôpital Paul Guiraud, Clamart	Repoussé au 20 janvier 2021

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

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

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

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

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

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

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

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

Population municipale desservie par chacun des secteurs couverts par les 6 hôpitaux (au 1<sup>o</sup> Janvier 2017),

Établissement	Secteur	Villes concernées	Population municipale	File active de patients (ambulatoire)	Nombre de lits
<b>Louis Mourier Colombes</b>	92G06	Colombes	85 177	<b>910</b> <b>(1 184)</b>	<b>40+4 CI</b>
	Intersectorielles				<b>17</b>
<b>Max Fourestier Nanterre</b>	92G07	Courbevoie	81 719	<b>664</b> <b>(523)</b>	<b>20</b>
<b>Max Fourestier</b>	92G10	Nanterre	95 105	<b>257</b>	<b>20</b>

<b>Nanterre</b>	Intersectorielles			<b>(1 211)</b>	<b>27 + 4 CI</b>
<b>Corentin Celton Issy-les-Moulineaux</b>	92G12	Issy les Moulineaux, Vanves	96 180	<b>385 (877)</b>	<b>49+2 CI</b>
<b>Paul Guiraud Clamart</b>	92G16	Meudon Chaville	65 872	<b>284 (672)</b>	<b>22+2 CI</b>
<b>Paul Guiraud Clamart</b>	92G17	Clamart Le Plessis Robinson	82 071	<b>233 (964)</b>	<b>20+2 CI</b>
<b>Paul Guiraud Clamart</b>	92G18	Montrouge Malakoff	80 980	<b>252 (1 147)</b>	<b>23+2 CI</b>
<b>Paul Guiraud Clamart</b>	92G19	Châtillon Bagneux	78 273	<b>199 (1168)</b>	<b>22+2 CI</b>
	Intersectorielles	Toutes les villes	307 196		<b>36</b>
<b>Mgen Rueil Malmaison</b>	92G08	Neuilly- sur- Seine	60 361		
<b>Mgen Rueil Malmaison</b>	92G11	Rueil- Malmaison	78 152	<b>409</b>	<b>58+3 CI</b>
<b>Érasme Antony</b>	92G09	Suresnes Puteaux	92 909	<b>536 (1050)</b>	<b>17+2 CI UIA: 17+2</b>
<b>Érasme Antony</b>	92G20	Sceaux Châtenay- Malabry	77 194	<b>191 (1609)</b>	<b>17+2 CI UIR : 26 lits</b>

		Fontenay-aux-Roses			
<b>Érasme</b>	92G21	Antony	83 237	<b>235</b>	<b>17+2 CI</b>
<b>Antony</b>	Intersectorielles	Bourg-la-Reine		<b>(1214)</b>	<b>Unité Min-kowski</b>
					<b>19 lits</b>
<b>Totaux</b>			<b>1 057 230</b>	<b>4 298</b>	<b>467+29 CI</b>
				<b>(11 619)</b>	

## ANNEXE 4 : REDACTION REGULIEREMENT SUGGEREE POUR LE LIVRET D'INFORMATION SUR LES DROITS DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

### Présentation générale

#### **Vous disposez de deux types de droits**

##### Droits procéduraux

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

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

##### Droits individuels fondamentaux

*Un patient admis en soins psychiatriques sous contrainte peut toujours :*

- Consulter le règlement intérieur de l'établissement et recevoir les explications qui s'y rapportent*
- Désigner une personne de confiance*
- Émettre ou recevoir des courriers*
- Exercer son droit de vote*

- *Se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix*

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

*Vous pouvez également consulter le livret d'accueil de l'établissement.*

*En outre, avant toute décision administrative relative à la poursuite des soins, **vous pourrez faire part de vos observations**, soit par l'intermédiaire du psychiatre qui assure votre prise en charge, soit directement auprès de l'autorité administrative (préfet).*

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

« Un contrôle de la régularité de votre hospitalisation sans consentement est exercé par le juge des libertés et de la détention obligatoirement dans les 12 jours suivant votre admission, puis avant l'expiration d'une période de six mois suite à une précédente décision judiciaire, et à tout moment sur demande ».

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

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

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

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