



UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES  
MALADES ET/OU HANDICAPEES PSYCHIQUES

## **La pratique des commissions départementales des soins psychiatriques au service du respect des droits fondamentaux en psychiatrie vue à travers leurs rapports annuels d'activité**

### **Table des matières**

I. L'examen des dossiers de patients source d'identification de détournements de procédure lors des admissions en soins sans consentement .....	4
1. Le détournement des procédures d'urgence.....	4
2. La pratique du copier-coller et l'insuffisante personnalisation des certificats médicaux .....	6
II. L'examen des dossiers de patients source de réflexion sur des durées de séjour excessives dans les différentes phases de l'hospitalisation.....	8
1. Des délais d'attente importants aux urgences.....	8
2. Des durées d'hospitalisation complètes jugées préoccupantes.....	8
3. Des programmes de soins anormalement longs.....	9
III. La surveillance des pratiques d'isolement et de contention .....	10
1. Le contrôle de la tenue du registre de l'isolement et de la contention .....	11
2. La vérification lors des visites du respect de la règle que l'isolement et la contention sont des prescriptions médicales ou de sécurité et non des mesures disciplinaires.....	14
3. La vérification dans le registre et lors des visites du respect du principe d'isolement et contention exclusivement dans des espaces dédiés .....	15
4. La lecture des rapports annuels sur l'isolement et la contention produits par les établissements .....	16
IV. Le contrôle des conditions matérielles du respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients lors des visites .....	19
1. L'observation des conditions matérielles de séjour .....	19
2. La vérification des conditions de sécurité proposées aux patients .....	20
3. Les visites permettent aussi l'accès à des lieux peu visités .....	21
a. Les services d'urgences .....	21
b. Les services de soins ambulatoires.....	22
V. La vérification des manifestations symboliques du respect de la dignité des patients lors des visites.....	22
1. Le respect de la dignité sous ses angles vestimentaire et conditions de confort.....	22
a. Au plan vestimentaire : l'obligation humiliante de port du pyjama .....	22
b. Au plan de l'hygiène, des conditions dégradantes ou déstabilisantes.....	23
c. L'importance des repères temporels et institutionnels .....	23
d. Le droit à l'intimité.....	23
2. La dignité par des soins de qualité dispensés par un personnel identifiable.....	24
3. L'accès à la connaissance de ses droits.....	24
4. Le respect des libertés de communiquer, recevoir des visites, d'aller et venir .....	25
5. Les visites permettent une attention particulière pour des populations vulnérables .....	26
a. Les mineurs hospitalisés .....	26
b. Les personnes âgées .....	28
c. Les majeurs protégés.....	28

d. Les personnes de nationalité étrangère.....	28
e. Les détenus en UHSA, UMD, USIP ou hospitalisés en soins sans consentement .....	28
<b>VI. Une méthodologie fondée sur le suivi assidu des plaintes, dossiers et recommandations.....</b>	<b>30</b>
1. Les réclamations des patients traitées par échange avec les soignants .....	30
2. Les auditions de patients, occasion d'échanges humains puis d'interpellation des soignants .....	31
3. Les anomalies constatées dans les dossiers donnent lieu à des rappels .....	32
4. Les observations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) de plus en plus l'objet de suivi par les CDSP .....	32
5. Une volonté de dialogue avec les équipes soignantes autour de leurs pratiques .....	34
6. Le développement d'une pratique de médiation .....	35
<b>VII. Une complémentarité entre la CDSP et le juge des libertés et de la détention s'établit malgré l'imprécision des textes .....</b>	<b>36</b>
1. Le pouvoir peu utilisé de demander au JLD la levée des mesures d'admission en soins sans consentement .....	38
2. Une fenêtre sur l'activité des JLD .....	39
3. La promotion du rôle de protection du JLD auprès des patients.....	40
4. Le rappel des règles de tenue des audiences du JLD .....	41
<b>Conclusion .....</b>	<b>42</b>
<b>Annexe 1 : Tableau des mesures d'admission.....</b>	<b>45</b>
<b>Annexe 2 : Tableau sur l'activité des CDSP.....</b>	<b>46</b>

Les commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP) qui, chaque année, scrutent à travers les dossiers des patients et leurs visites d'établissements psychiatriques, la façon dont les pratiques soignantes respectent la dignité et les droits de personnes hospitalisées sans leur consentement, sont peu connues et parfois suspectées d'inefficacité.

L'UNAFAM a collecté, fin 2020, auprès de ses délégations, les rapports annuels disponibles produits par ces commissions en vue de les étudier, se limitant aux années 2017, 2018 et 2019. La loi demande à ces instances de les établir pour les transmettre aux autorités judiciaires, administratives et sanitaires. Ces documents ont vocation à être connus du grand public, comme le confirme la Commission d'accès aux documents administratifs.

Pour des raisons qui tiennent beaucoup à la désertification médicale que connaît le territoire français – ne permettant plus, dans nombre de départements, de trouver des médecins généralistes ou psychiatres disponibles pour une mission astreignante et quasi-bénévole -, mais aussi au désintérêt d'un certain nombre d'Agences Régionales de la Santé pour la démocratie sanitaire à laquelle participent les CDSP, cette étude n'a pas pu avoir accès qu'à 135 rapports annuels produits par 54 commissions, soit un peu plus de la moitié du nombre prévu par la loi.

En 2017, une précédente étude conduite par l'UNAFAM auprès des présidents de CDSP avec l'appui du ministère des solidarités et la santé avait signalé « la méconnaissance par les patients et les professionnels du rôle de la CDSP, dans un contexte où les relations avec les psychiatres et les institutions (établissements, ARS) s'avèrent parfois difficiles. D'autre part, est déploré le manque d'effectivité des observations faites aux équipes ou aux directions, en vue d'améliorer le respect des droits et de la dignité des patients. »

Dans ce contexte, il est apparu urgent à l'UNAFAM, qui mobilise l'énergie et le dévouement de plusieurs dizaines de ses adhérents en tant que représentants des familles de ces personnes au sein de la plupart de ces commissions, de dresser un bilan le plus objectif possible de leur activité afin d'en tirer des leçons.

L'article L3222-5 du code de la santé publique assigne à la Commission départementale des soins psychiatriques, institution de la démocratie sanitaire née en 1990 sous le nom de Commission de

l'Hospitalisation Psychiatrique, une mission ambitieuse : « examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes ». Sa composition pluridisciplinaire associant des médecins (3 dont deux psychiatres), des représentants des usagers et des tiers (2) ainsi que (jusque récemment) un magistrat, vise à lui permettre d'exercer cette mission en combinant capacités d'expertise juridique et médicale avec savoir expérientiel.

Plusieurs des tâches assignées à la CDSP par l'article L3223-1 du CSP balisent son travail à cet égard : outre l'invitation à contrôler les admissions en soins psychiatriques en péril imminent (SPPI) et les durées de séjour supérieures à un an, outre les visites d'établissements et le contrôle du registre de la loi, ce texte prévoit qu'elle est informée de toute décision d'admission, de renouvellement et de fin de soins ; qu'elle statue sur l'accès au dossier médical des patients ; qu'elle peut saisir différentes autorités d'anomalies ou évènements indésirables qu'elle constate ; enfin, qu'elle peut lever les mesures décidées par un directeur d'établissement, proposer au préfet une levée de mesure qu'il a signée et saisir le JLD.

La CDSP du Pas de Calais, dont le rayon d'action inclut 8 établissements, décrit de façon lapidaire, à travers l'« ordre du jour type » d'une de ses réunions (sans visite) l'ampleur de cette mission :

1. *Validation du compte rendu de la réunion précédente*
2. *Examen des demandes de personnes hospitalisées sans consentement telles que : plaintes relatives à de mauvais soins, demandes de levée de l'hospitalisation sans consentement, demandes d'information, contestation de la forme de prise en charge ;*
3. *Examen de la situation des personnes dont l'hospitalisation en admission en soins psychiatriques se prolonge au-delà d'un an*
4. *Examen de la situation des personnes dont l'hospitalisation en admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent pour la santé est prononcée par le directeur de l'établissement*
5. *Visite des établissements : planification, bilan des visites.*

La présente étude présente un aperçu de l'activité générale de l'institution CDSP en s'appuyant sur une base de représentativité statistique relativement solide : les rapports des **54 commissions** qui ont pu être analysés, soit un peu plus de la moitié du nombre théorique de celles-ci, **collationnent au total entre 46.100 et 46.600 entrées en soins psychiatriques sans consentement** chacune des années 2017, 2018 et 2019. Or, on évalue à 80.000 la moyenne annuelle des entrées en soins psychiatriques. La photographie, certes imparfaite, de la situation des soins sans consentement donnée par cette étude, est donc fidèle au moins à 60 %. (A noter aussi que certains rapports proposent des comparaisons avec les années précédentes, ce qui permet de reconstituer partiellement des rapports manquants).

On distinguera ci-après les principaux modes de mise en œuvre de cette vaste mission par les CDSP tels que les rapports les révèlent autour de sept grandes questions :

- L'examen des dossiers de patients source d'identification de détournements de procédure lors des admissions en soins sans consentement
- L'examen des dossiers de patients source de réflexion sur des durées de séjour excessives dans les différentes phases de l'hospitalisation
- La surveillance des pratiques d'isolement et de contention
- Le contrôle des conditions matérielles du respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients lors des visites
- La vérification des manifestations symboliques du respect de la dignité des patients lors des visites
- Une méthodologie fondée sur le suivi assidu des plaintes, dossiers et recommandations

- La complémentarité de la CDSP et du juge des libertés et de la détention s'affirme au-delà des textes

Dans un souci d'objectivité, ce sont des citations extraites des rapports des commissions qui formeront la matière de la présente étude.

## **I. L'examen des dossiers de patients source d'identification de détournements de procédure lors des admissions en soins sans consentement**

La plupart des rapports quantifient le nombre des dossiers de patients qui ont été examinés au cours de l'année par la commission, avec une distinction selon les types de mesures ainsi contrôlées. Parmi les 54 commissions ayant fourni des renseignements, 39 ont indiqué le nombre des dossiers qu'elles ont examinés en 2017, 44 en 2018 et 36 en 2019 ; les totaux pour ces trois années sont respectivement de 7988, 9084 et 6068 dossiers. Le travail ainsi fourni est impressionnant.

Le nombre de dossiers examinés par les commissions varie fortement d'une commission à l'autre. Voir tableau annexe n°2. Pour l'année 2018, les trois départements où ce travail a été le plus fourni ont été Paris (1757), la Drome (1145) et la Savoie (696) ; les trois ayant examiné le moins de dossiers ont été les Vosges (17), la Haute Vienne (34) et les Hautes Pyrénées (42). Aucune logique simple n'explique ces différences : entrent en jeu évidemment le nombre d'admissions, le nombre d'établissements à visiter, la préférence donnée à l'examen sur dossier ou aux visites assorties de rencontres avec patients et soignants, le temps consacré au suivi, etc.

La CDSP des Pyrénées Occidentales, par exemple, a étudié 439 dossiers en 2017 (sur 1030 mesures, soit 40%) en formulant des remarques sur 132 d'entre eux, ensuite « suivis par l'ARS auprès de l'établissement jusqu'à leurs régularisations. » Il n'existe qu'un établissement dans ce département.

Ce travail, imparfait, se heurte en outre souvent à des difficultés d'accès aux données, soit via les fichiers informatiques des ARS, soit lors de leurs visites, que signalent les rapports, comme, par exemple, la CDSP 34 en 2018 : « Les logiciels informatiques ne sont pas identiques entre les hôpitaux, ce qui rend difficile l'extraction des données. Pour l'hôpital La Colombière, l'extraction du logiciel ne permet pas de faire de distinction entre les levées de SDT ou de SDRE, qu'elles soient médicales ou judiciaires. »

Malgré cela, nombre de rapports font état d'observations intéressantes.

### **1. Le détournement des procédures d'urgence**

Le législateur invite les CDSP à porter un regard plus particulièrement attentif à la procédure d'admission la plus récemment instituée, celle pour « péril imminent » parce qu'elle confère potentiellement au médecin un pouvoir excessif : aucun « tiers demandeur » n'y participe et un seul certificat médical, d'un médecin extérieur à l'établissement, est demandé. La lecture des rapports, y compris de ceux dont la forme est purement statistique, permet d'observer que les CDSP ont répondu à cette invitation, élargissant souvent leur vigilance à une autre procédure d'admission où un seul certificat est exigé : « en urgence à la demande d'un tiers ».

Car, **ces dispositions que le législateur a conçues comme d'usage restreint, se révèlent banalisées.** L'annexe 1 fait apparaître que la moyenne du total de ces deux modalités d'entrée rapportée au total des admissions à la demande du directeur d'établissement (SDDE) s'est élevée à 62 % en 2017, 66 % en 2018 et 73 % en 2019. Les départements où l'usage le plus bas en est fait sont la Haute Corse et l'Aude (34 et 48 % en 2019). Les maxima atteints sont 98 % en 2018 (Haute Garonne) et 97 % en

2019 (Haute Garonne, Hérault et Var). Dans 21 des 39 départements pour lesquels on dispose des chiffres, ce total atteignait ou dépassait les 80% en 2019.

Si l'on distingue les deux types de procédures, les moyennes étaient de 22, 37 et 30 % pour les SPPI au cours des trois années, et de 40, 39 et 43 % pour les SDTU. S'appliquant à suivre les recommandations du législateur, les CDSP ont vérifié au cours des trois années, respectivement 2691, 2698 et 2348 dossiers de SPPI, soit 34, 34 et 40% du total.

La dérogation est donc devenue la norme. Certaines CDSP ne se contentent pas de livrer la donnée statistique : plusieurs, qui dédient une partie de leur dialogue avec les équipes soignantes sur ce sujet à chaque visite d'établissement, s'essaient à des analyses intéressantes et formulent des recommandations :

CDSP 18 2017 : « La commission rappelle que le législateur a souhaité qu'une admission en SPDT soit assortie d'une demande d'un tiers et de deux certificats médicaux, ce qui doit être la règle générale, protectrice des droits de la personne. Compte tenu de la situation de pénurie médicale de notre département, il est régulièrement fait appel aux médecins de SOS pour établir le certificat médical initial ... Or, actuellement ces médecins ne répondent à la demande de l'établissement que pendant la permanence des soins, soit de 20 h à 8 h. Afin d'éviter une attente trop longue (certains patients ont été examinés à 2 h du matin), l'établissement fait le choix d'admettre les patients sous la forme d'une mesure de SPDTU, ce qui explique la forte augmentation de celle-ci. »

CDSP 22 2017 : « Deux dimensions sont avancées par les acteurs du terrain, professionnels et représentants de familles de patients pour expliquer la montée en charge du dispositif des SPPI. D'une part, les SPPI constitueraient une simplification de la procédure d'admission en soins psychiatrique dans un contexte d'urgence (difficulté à attendre aux urgences la recherche de tiers ou du consentement de la personne pour des patients en crise). D'autre part, les SPPI peuvent également être utiles pour protéger le tiers de la difficile démarche de demander des soins pour un proche contre sa volonté. Dans le cas des SPPI, le médecin porte seul la responsabilité morale et médicale de la décision ». Dans ses conclusions, en recherche d'améliorations, le rapport s'interroge sur « l'existence ou non de possibilités de transformer des mesures de SDT sans tiers dans les 24 h si un tiers a pu être déterminé entre temps », recommande de regarder « le moment dans la semaine où est prononcée la mesure (soirée ? week end ?), la situation clinique et sociale du patient, le prescripteur » éléments susceptibles d'être explicatifs, et propose « des retours pédagogiques aux équipes selon les constats, besoins éventuels de formation... »

CDSP 27 2018 : « La problématique de l'utilisation des mesures d'urgence au détriment de la mesure de droit commun perdure et s'amplifie une nouvelle fois au cours de cette année 2018 après un léger fléchissement au cours de l'année 2016. Les différents travaux et campagnes de sensibilisation menés jusqu'à ce jour n'ont pas porté leurs fruits. Des progrès importants devront être réalisés à ce sujet. Le recours parfois discutable à des mesures de cet ordre a été souligné notamment lorsque des demandes émanent d'institutions type EHPAD.»

CDSP 34 2019 : « Le nombre de SDDE en urgence représente presque 80 % des mesures et le nombre de péril imminent presque 25 %, ce qui revient à dire que le CHU de Montpellier n'utilise que les procédures d'urgence qui devraient théoriquement être l'exception ». D'où la proposition, en 2018 de : « développer un document traçant la recherche du tiers par les directions d'établissement. »

CDSP 38 2017 : sur le site de Bourgoin-Jallieu, « les membres de la CDSP relèvent que 3 des dossiers de SPPI auraient pu relever de SDRE, ce qui aurait semblé plus adapté devant le risque d'atteinte à la sûreté des personnes (en l'absence de tiers ou du fait que ceux-ci n'ont pas voulu signer la demande d'hospitalisation) ... Ils notent et apprécient le rajout d'un imprimé spécifique dans le livre de la loi afin de renseigner s'il y a eu recherche de tiers dans les cas d'hospitalisation en SPPI. Les noms des tiers contactés doivent alors être indiqués précisément. »

CDSP 44 2017 : « La CDSP s'interroge sur les causes et effets de l'augmentation importante du nombre

des SPPI – et donc de l'absence de tiers (entourage du patient) – sur la quasi-totalité des établissements, ainsi que sur la prévalence de ce mode d'hospitalisation sous contrainte. »

CDSP 45 2018 : « Les membres de la commission ont constaté que les mesures d'admission en péril imminent sont plus souvent transformées en mesure d'admission à la demande du représentant de l'Etat que les autres mesures (cas d'urgence et admission à la demande d'un tiers). »

CDSP 76 2017 : « Il est constaté, cette année encore, que la procédure d'urgence reste la plus utilisée par les directeurs d'établissements. Ce sujet est identifié et inscrit dans les travaux devant être menés par l'ARS avec les établissements ... Concernant l'utilisation de la SDTU, celle-ci est souvent utilisée pour pallier l'impossibilité de recourir à un médecin extérieur à l'établissement. » Puis, en 2019 : « Dans 67,8% des situations [sur un échantillon de 93 SPPI], la recherche de tiers à l'admission n'est pas documentée... ce qui constitue une forme de contournement de la procédure en se limitant à la procédure la moins chronophage et surtout moins consommatrice de recours médical. »

Les rapports montrent de la compréhension pour les établissements confrontés au problème de la désertification médicale, facteur amplifiant le recours aux deux « exceptions » sur lesquels les rapports de certaines CDSP apportent un regard précis :

CDSP 27 2017 : « Cette procédure reflète la situation de la démographie médicale dans l'Eure qui rend difficile la mise en œuvre des dispositions de droit commun nécessitant d'emblée la production du certificat médical d'un médecin généraliste. »

CDSP 77 2017 : « Dans les régions rurales (dépendant notamment des hôpitaux de Provins et Nemours), où SOS Médecin n'intervient pas, il est parfois difficile de trouver un médecin extérieur à l'établissement pour établir le certificat d'admission dans les cas de « péril imminent ». Pour résoudre cette difficulté, il arrive que l'hôpital de Nemours envoie en ambulance un patient relevant d'une admission en "péril imminent" à l'hôpital de Fontainebleau où il y a une permanence de SOS Médecin, solution retardant la prise en charge médicale du patient et coûteuse de surcroît. »

Et les progrès produits par les questions posées sont appréciés : CDSP 18 2017 : « Les remarques faites à l'établissement sur la nécessité de réunir les conditions prévues par la loi (pour les SPPI) ... semblent avoir été suivies d'effet puisqu'en 2017, le nombre d'admissions en SPPI est en diminution par rapport à celui de 2016 ».

## 2. La pratique du copier-coller et l'insuffisante personnalisation des certificats médicaux

Nombre de CDSP signalent des faiblesses dans la rédaction des certificats d'admission. L'une des formes les plus fréquemment dénoncées est la **pratique de « copiés-collés »** de certificats médicaux standards significatifs d'une attention insuffisante à l'évolution de la situation clinique du patient, situation fréquente lorsqu'il s'agit de patients en programmes de soins (maintien de la personne en soins sans consentement en ambulatoire). Les CDSP écrivent alors souvent aux médecins pour regretter cette pratique et leur demander des justifications à des durées de maintien anormalement longues.

CDSP 34 2018 : « Recommandation : maintenir une vigilance élevée quant à l'utilisation des copiés-collés dans les certificats, notamment les programmes de soins. »

CDSP 44 2017 : « Certains dossiers interpellent la commission, notamment lorsque les certificats mensuels se suivent sous la forme de "copié-collé". Un complément d'information est demandé au médecin psychiatre référent afin qu'il apporte plus de précisions sur la situation du malade : évolution de la maladie, de la prise en charge, projet professionnel et de resocialisation... »

CDSP 50 2018 : « Suite aux observations de l'année précédente sur la problématique liée à la pratique avérée des "copier-coller" dans la rédaction des certificats mensuels par les médecins psychiatres, les

membres de la CDSP restent sensibles et vigilants (même si) la pratique apparaît moins visible sur l'année écoulée. »

CDSP 61 2018 : « Suite aux observations de l'année précédente sur la problématique liée à la pratique avérée de "copier-coller" dans la rédaction des certificats mensuels par les médecins psychiatres, les membres de la CDSP restent sensibles et vigilants. La pratique apparaît moins visible sur l'année écoulée et la commission salue l'effort concédé. »

CDSP 62 2019 : « 98 dossiers ont été examinés. 7 présentaient des anomalies : 5 dans la date de rédaction et/ou de réception des certificats médicaux mensuels ; 1 n'était pas explicite quant aux motifs cliniques de maintien en soins sans consentement, 2 comportaient des certificats médicaux identiques. »

CDSP 57 2018 : « Il a été notifié à la direction (du CHS de Jury) les nombreuses incohérences concernant les certificats mensuels et avons rappelé qu'un certificat mensuel impose de voir le patient mensuellement et non tous les deux ou trois mois. » Puis, 2019 : « (Au CHS de Jury) la visite de l'établissement laisse transparaître de nombreuses carences. ... Concernant les certificats mensuels, la commission rappelle qu'il est indispensable que le patient soit examiné par le médecin psychiatre tous les mois. » ...

CDSP 76 2017 : « En ce qui concerne les certificats médicaux, la CDSP rappelle régulièrement aux établissements la difficulté que représentent les copiés collés pour des patients présentant une pathologie chronique... Pour les SDRE, les services de l'ARS se chargent d'intervenir dès qu'un dossier comporte plusieurs certificats ou avis identiques. Pour les SDDE, le problème est plus marqué et concerne surtout les patients en programme de soins. »

Une autre pratique dénoncée est **l'insuffisance dans la description des motifs légitimant les notions d'urgence et de péril imminent** :

CDSP 27 2017 : « Malgré la campagne d'information réalisée, les membres de la CDSP ont souvent constaté que certains établissements utilisent des anciennes maquettes de certificats médicaux, notamment pour les admissions en « péril imminent ». Ces documents ne font pas référence à la recherche du tiers et sont ainsi susceptibles de recours. Cette irrégularité est régulièrement soulevée par le juge des libertés et de la Détention qui a demandé un contrôle juridique des certificats dès l'admission. »

CDSP 46 2019 : « Les membres de la commission ont noté l'absence de description de la notion de péril imminent dans la majorité des certificats initiaux et que ces certificats étaient établis par des urgentistes. Il est donc adressé à nouveau un courrier aux directeurs des centres hospitaliers du Lot afin de les sensibiliser à ce manquement. »

CDSP 55 2018 : « La CDSP a constaté que pour les dossiers SPDRE dans la plupart des certificats médicaux, il y avait une absence de mention de risque à l'ordre public ». »

CDSP 77 2017 : « La commission a été amenée à adresser des courriers (10 au total) aux directions d'hôpitaux, aux chefs de pôles de psychiatrie ou aux psychiatres, après avoir constaté différentes carences : absence de recherche du tiers suite à l'admission de patients en "péril imminent" ; manque d'éléments cliniques justifiant le maintien de la mesure ; certificats médicaux insuffisamment circonstanciés (copiés-collés sur de longues périodes, allant jusqu'à un an). »

Les observations que font les CDSP sur ces détournements de procédures ne sont pas sans efficacité dans certains cas :

CDSP 66 2017 : Si « les certificats mensuels CDDE comprennent encore de nombreux "copier-coller", ils se sont tout de même bien réduits au fil des années après des rappels de la commission aux services ». »

CDSP 76 2018 : A l'hôpital Pierre Janet, « une procédure de recherche de tiers a été mise en place et un nouveau document figure dorénavant dans chaque dossier. »

## II. L'examen des dossiers de patients source de réflexion sur des durées de séjour excessives dans les différentes phases de l'hospitalisation

L'invitation du législateur faite aux CDSP d'examiner les dossiers des personnes dont les soins sans consentement dépassent un an, y compris si un programme de soins prolonge une hospitalisation complète, a également été respectée. Au cours des trois années, les nombres de vérifications de dossiers de patients hospitalisés en soins sans consentement depuis plus d'un an ont été de 1875, 2107 et 1989, soit respectivement 23, 26 et 34 % du total des dossiers.

Ces travaux ont conduit nombre de CDSP à élargir leur attention aux durées d'hospitalisations sous leurs différentes formes et à s'interroger sur leur justification. Elles alertent sur des situations jugées abusives.

### 1. Des délais d'attente importants aux urgences

Comme on le verra plus loin, nombre de commissions sont attentives au fonctionnement des services d'urgences et les visitent. Elles peuvent alors relever des délais d'attente anormaux qui, n'étant pas considérés comme relevant des soins sans consentement car les actes juridiques d'admissions n'ont pas encore été signés, passent généralement inaperçus, n'étant pas repérable par les balises mises en place. Un exemple : CDSP 42 2017 : Au CH du Forez, « le délai d'attente aux urgences est d'environ 4 jours avec un taux d'occupation de 100 % depuis le début de l'année. Les lits de l'UHCD sont également utilisés... Le service des urgences n'est pas adapté pour accueillir durant 3 ou 4 jours des patients psychiatriques, d'autant qu'il n'a pas de personnel dédié. La psychiatrie de liaison qui permettait de placer les patients en médecine [générale] n'existe plus en raison de difficultés sur ce service dans lequel la durée de séjour est plus longue que la moyenne nationale... Comme il n'existe pas d'urgences psychiatriques... une réflexion est menée sur la création d'une salle supplémentaire pour accueillir les patients lors des périodes de tension (les patients en UHCD sont récurrents à Feurs) ».

### 2. Des durées d'hospitalisation complètes jugées préoccupantes

Les statistiques disponibles (tableau 2) sur les dossiers vérifiés d'hospitalisation de plus d'un an sont malheureusement trop incomplètes pour que des conclusions claires puissent en être tirées. Certaines CDSP alertent sur ces durées jugées excessives et/ou mal encadrées.

CDSP 27 2017 : La commission s'inquiète de la situation d'« un patient ayant fait l'objet d'une admission dans un contexte de troubles graves à la sécurité publique et faisant l'objet d'une hospitalisation depuis un an. » D'autre part, elle relève « l'absence de consultation du "collège" dans les dossiers patients en mesure de plus d'un an. L'attention de l'établissement va être attirée sur ce point. »

CDSP 34 2019 : « La situation de M. D. a été évoquée. Ce patient a quitté l'établissement après avoir passé **19 ans dans le secteur fermé alors qu'il était en soins consentis** et ne relevait pas d'une hospitalisation en psychiatrie mais d'un accueil en établissement médico-social. Son transfert a été rendu possible suite à la création de 10 places adaptées à son handicap dans une MAS du département. Le départ de ce patient a participé à l'évolution favorable du climat et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients ».

CDSP 44 2017 : « L'attention de la CDSP a été particulièrement attirée cette année sur la situation ... des patients dont la durée de séjour hospitalier dépasse 5 ans de présence effective sans rupture.... Certains sont en soins sans consentement, mais d'autres ne le sont pas alors que, manifestement en très grande difficulté pour exprimer une volonté, voire hors d'état de le faire, leur situation échappe ainsi à tout contrôle, la fermeture de la chambre, le recours à la CSI et à la contention étant pas ailleurs, eux, effectifs. ... Après échanges avec le psychiatre référent, le patient a pu bénéficier d'un placement en soins

sans consentement... Il a été prévu en pareille hypothèse de s'enquérir des démarches entamées par le service auprès de la MDPH (suite RAPT) afin de s'assurer de la mobilisation effective des droits ouverts au patient, comme de vérifier que l'attente d'une place en UMD n'impose pas, du fait de sa durée, un recours systématique au placement en CSI/contention. »

CDSP 66 2017 : « Le problème de l'application du décret n°2016-94 du 01/02/2016 concernant le collège obligatoire pour un patient ayant une mesure depuis plus d'un an pose toujours questions. Certains secteurs ont suivi les recommandations de la CDSP en 2016 qui avait transmis la longue liste de patients n'ayant pas bénéficié de ce droit. Mais, d'autres, malgré notre intervention, n'ont toujours pas effectué ces obligations légales. »

CDSP 72 2017 : au CH d'Allonnes, « quelques psychiatres de l'établissement ont été reçus afin d'évoquer la situation de patients en SDRE, les conditions de leur prise en charge et les perspectives d'évolution de celle-ci, et plus particulièrement l'un des patients hospitalisés depuis de nombreuses années (**en hospitalisation complète depuis 1987**). Le médecin psychiatre explique la décision d'aménager la prise en charge de ce patient, décision de l'équipe médicale initiée en décembre 2016. »

CDSP 83 2019 : « Le triplement du nombre de dossiers de patients en SDRE examinés entre 2018 et 2019 rend compte de l'orientation de la CDSP de porter un intérêt particulier aux patients sous mesure depuis plus de cinq ans, ce qui conduit à reprendre des dossiers déjà vus au cours des trois années précédentes. »

Les commissions ajoutent fréquemment qu'elles ont conscience du fait que c'est la rareté des structures médico-sociales disposées à recevoir des malades psychiques chroniques qui explique cet embolisation des lits de psychiatrie et attirent à ce sujet l'attention des autorités.

### 3. Des programmes de soins anormalement longs

Le programmes de soin sont une prescription médicale de soins ambulatoires organisant un contrôle de son respect dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement. La CDSP 22 précise : « Ce type de programme est de courte durée, sur une période d'observation transitoire permettant d'évaluer la capacité du patient à bénéficier d'un programme de soins moins contraignant. »

Ces mesures, bien que leur caractère coercitif soit très limité – la jurisprudence a plusieurs fois rappelé qu'on ne pouvait pas réintégrer une personne en hospitalisation complète au motif qu'elle ne respectait pas son programme de soins - intègrent une composante de restriction de libertés qui n'échappe pas à un certain nombre des CDSP et explique l'attention particulière qu'elles portent à l'observation de leur durée. L'annexe 2 recense, de façon très incomplète, des informations permettant de quantifier le nombre de vérifications de programmes de soins auxquelles procède chaque commission. Les totaux se sont élevés à 664, 520 et 756, au cours des années 2017, 2018 et 2019. Ces chiffres sont très minorés car nombre d'ARS ne renseignent pas les deux lignes afférentes dans les tableaux statistiques qu'elles établissent.

CDSP 13 2018 : La commission (souhaite) aborder le thème de la durée d'un programme de soins considéré comme une surveillance médicale en s'appuyant sur des critères de surveillance. »

CDSP 22 2018 « La commission a examiné la situation des patients en SDT et SDRE dont le programme de soins comprend des retours en hospitalisation complète. »

CDSP 44 2017 : « [Pour] les programmes de soins... si une durée longue peut s'entendre en raison de la problématique de santé du patient et de son parcours, la nécessité de l'actualisation de ses termes doit interroger. Le patient évolue en effet au cours de son parcours de soins et les exigences peuvent aussi fluctuer selon son état de santé et certaines circonstances extérieures. La CDSP s'est donc fixé comme repère la possibilité d'interroger le médecin psychiatre référent si les éléments n'ont pas été modifiés pendant une période de 12 à 18 mois sans que le dossier permette d'expliquer cette absence

d'actualisation. Ce sont en général l'échange entre les membres et leurs "regards croisés" sur la situation qui permettent d'adopter une position. Le taux de réponse des praticiens est de 70% environ, avec un réel souci d'explicitation des situations. Des relances sont effectuées en l'absence de réponse et le réexamen des dossiers permet de repérer que les praticiens qui ne répondent pas sont souvent les mêmes. »

CDSP 49 2017 : « Difficulté soulevée : la situation de certains patients admis en soins psychiatriques sur décision de justice et sous le coup d'une interdiction de territoire (quartier, ville ou département) : comment organiser leur prise en charge en soins ambulatoires ? ». Puis, en 2019 : « Il est observé un **allongement de la durée des mesures du fait de l'exigence quasi-systématique par la préfecture d'un deuxième avis** sur les demandes de levées de mesures et pour certains passages en programme de soins. »

CDSP 50 2018 : « Un élément de difficulté de lecture a été constaté concernant certaines décisions de directeurs ...(qui) mentionnent la date de la précédente décision concernant la forme de prise en charge plutôt que la date initiale de ce même changement. Cela n'est ainsi pas révélateur de la durée que le patient a passée sous ladite forme. »

CDSP 62 2019 : « 54 dossiers SDDE se prolongeant au-delà d'un an ont été examinés. 20 dossiers présentaient des anomalies : 10 comportaient des irrégularités dans la date de rédaction et/ou de réception des certificats médicaux mensuels ; 2 n'étaient pas explicites quant aux motifs cliniques de maintien en soins sans consentement, 7 comportaient des certificats médicaux mensuels identiques, pour 5 manquaient des certificats mensuels. »

CDSP 92 2018 : La commission « partage l'opinion de la mission Robillard-Jacquat quant au manque d'évaluation de l'efficacité probable d'un bon nombre de ces programmes de soins comme en atteste, pour l'un des rares établissements ayant bien voulu fournir des statistiques à cet égard, le **nombre élevé de ré-hospitalisations** : 50 en 2017 et 53 fin novembre 2018, alors que la capacité totale est de 120 lits. ...Elle recommande que les établissements engagent des évaluations des programmes de soins et assurent une meilleure coordination entre services psychiatriques hospitaliers, hôpitaux de jour et Centres Médico-psychologiques dans leur suivi afin d'éviter leur interruption prématurée et éviter les actes administratifs redondants. »

Parfois aussi, la commission reproche à l'établissement **la pratique des « faux programmes de soins »** consistant en des autorisations de sortie dans la journée mais le maintien de l'hospitalisation de nuit  
CDSP 92 2018 : « La Commission a relevé avec intérêt que le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) avait observé que l'un des établissements du département qualifiait de programmes de soins des hospitalisations complètes assorties de permissions de sortie, ce qui avait pour conséquence de faire échapper les patients à la vigilance des JLD. L'établissement a assuré à la Commission qu'il avait mis fin à cette pratique. »

Cette attention portée aux programmes de soins inclut le souci de leur efficacité lorsqu'il s'agit de personnes dont l'irresponsabilité pénale a été reconnue. La CDSP 27 demandait en 2017 à propos de la : « Situation individuelle d'un patient SDRE, irresponsable pénal et en programme de soins : la lecture des certificats médicaux laisse apparaître un état stable du patient qui respecte bien son programme de soins. La commission souhaite rencontrer ce patient à la prochaine CDSP de décembre 2017 au sein du NHN. La commission veut s'assurer de la nécessité du maintien du programme de soins. »

### III. La surveillance des pratiques d'isolement et de contention

L'article 72 de la loi du 26 janvier 2016 demandant aux CDSP de vérifier la tenue du nouveau registre de l'isolement et de la contention qu'elle créait et d'analyser le rapport annuel, que les établissements ont

obligation de rédiger, a renforcé la possibilité pour les commissions d'exercer plus efficacement un contrôle qu'elles effectuaient jusque-là à travers leurs visites, l'audition de patients et la réception de plaintes et de dossiers peu diserts sur ces pratiques très restrictives des droits fondamentaux.

Cette loi, affirmant dans le premier alinéa de cet article que l'isolement et la contention sont « des pratiques de dernier recours » auxquelles il ne peut être fait appel que « pour prévenir un danger imminent pour le patient ou pour autrui », complétée par des déclarations gouvernementales explicites, a posé un objectif général de réduction de pratiques devenues au contraire de « premier recours » pour un grand nombre d'établissements.

Les CDSP se sont pour la plupart attachées à jouer la partie qui leur était assignée dans la réalisation de cet objectif. Quatre axes de leurs travaux caractérisent cet engagement, outre l'examen des conditions matérielles et disciplinaires dans lesquelles les malades sont reçus dans les « chambres de soins intensifs » :

### **1. Le contrôle de la tenue du registre de l'isolement et de la contention**

Tout d'abord, les CDSP ont exercé une vigilance sur le processus de création des registres. Nombre d'entre elles ont consacré une partie de leurs rapports 2017 et 2018 à signaler d'importantes difficultés dans la mise en œuvre de ces registres et leur informatisation, regrettant que le ministère de la tutelle n'ait pas jugé utile de construire un logiciel commun et soulignant les difficultés liées au caractère contraignant de certaines prescriptions comme la distinction entre les chambres de soins intensifs exclusivement dédiées et les chambres à usage mixte. D'où des difficultés d'accès et des critiques signalées par les CDSP ;

CDSP 13 2018 : « Le rôle de la CDSP est de créer un réel débat autour du registre de l'isolement et de la contention avec un contrôle formel du registre pour que le personnel soignant reste en éveil sur les difficultés d'organisation et les besoins en formation. La question de l'accessibilité du registre de loi de l'isolement et de la contention devient une nécessité avec un historique et un rapport établi par la CME sur la politique de l'isolement et de la contention une fois par an. »

CDSP 44 2017 : « A Blain, l'impression [du registre] sur papier avait été réalisée et a permis un contrôle de la CDSP. A Bouguenais, l'impression sur papier n'était pas d'emblée disponible mais a pu être obtenue. Il en est résulté un document difficilement lisible et exploitable d'emblée en raison de la multiplicité des informations contenues qui nécessite des clés d'entrée, ce que seul l'outil informatique permet. Un réel contrôle impose donc la consultation numérique du registre avec des difficultés d'accès et de temps manifestes. Le contrôle du registre à Blain a fait apparaître des situations qui ont appelé un courrier au directeur de l'établissement (durée de placement, placement d'une mineure). » En 2018, ayant visité les urgences du CHU de Nantes et constaté que la contention y est pratiquée, elle a « suggéré que ce service puisse inscrire l'utilisation au sein du registre (ce service se situant sur des lieux géographiques différents des lieux d'hospitalisation) ».

CDSP 77 2017 : « La commission déplore que les équipes n'aient reçu aucune aide technique, ni du ministère ni de l'ARS, relative à la constitution des registres de l'isolement et de la contention sous forme informatique. La circulaire DGS/DGOS évoque la possibilité d'un registre sous forme informatique mais ne donne aucune indication sur sa constitution. ... Les soignants sont astreints à de fastidieux calculs, qui souvent d'ailleurs ne répondent pas toujours aux prescriptions de l'ordonnance précitée. Par ailleurs, dans ces conditions, il est irréaliste de demander, comme le fait l'instruction ministérielle, une analyse des placements selon les horaires de la journée ou les jours de la semaine. Les registres informatiques consultés au GHEF (site de Meaux) correspondent aux indications de la circulaire DGS/DGOS mais leur contrôle n'est pas aisé. Par ailleurs, les durées de chaque mesure n'avaient pas été calculées, faute de formule en permettant le calcul dans un tableur Excel. »

CDSP 92 2017 : « La CDSP 92 avait noté, dans son rapport annuel 2017 que la constitution, de manière isolée dans chaque établissement, d'un système informatique pour construire un registre de l'isolement et de la contention était une erreur. Cette année 2018 a confirmé cette analyse : les configurations informatiques souvent rigides ont rendu lourde la transcription des décisions médicales individuelles dans les registres et difficile le respect de la réglementation, en particulier en ce qui concerne l'anonymat des patients et la traçabilité des décisions. Les audits internes faits dans quelques établissements ont aussi identifié ces faiblesses. La commission déplore que les équipes n'aient reçu aucune aide technique, ni du ministère ni de l'ARS pour la constitution des registres de l'isolement et de la contention sous forme informatique. La circulaire DGS/DGOS évoque la possibilité d'un registre sous forme informatique mais ne donne aucune indication sur sa constitution. »

Fin 2018, une grande partie des registres est mise en place, comme l'indique une enquête, effectuée tout au long de l'année 2018 par les représentants des usagers UNAFAM membres des commissions départementales de soins psychiatriques sur 79 établissements (dont un résumé est présenté dans *L'information psychiatrique* de janvier 2021). 93% ont un registre : 31, 7% sous forme papier, 60,3 % sur support informatique et 7,9% sous les deux formes.

A partir de 2019, des rapports dénoncent toutefois encore **des retards** dont la responsabilité incombe plus directement aux établissements et des difficultés pratiques rencontrées dans la consultation des registres informatisés. Ce sont pourtant surtout les difficultés d'accès et d'exploitation qui sont signalées, telle la CDSP 76 : A l'hôpital Pierre Janet du Havre, « concernant le registre de l'isolement et de la contention, celui-ci n'apparaissait pas exhaustif "à cause de problèmes informatiques". »

Certaines commissions réussissent pourtant à maîtriser suffisamment le registre pour lui faire jouer son rôle de tour de contrôle de la régularité et de la pertinence des isolements et contentions. Elles constatent parfois des progrès :

CDSP 42 2018 : CH du Forez « Le registre de l'isolement et de la contention est informatisé. Les pratiques d'isolement et de contention se sont améliorées suite à la mise en place de formations adéquates, ainsi qu'à l'installation d'horloges et sonnettes dans les chambres. » CH de Roanne : « Les échanges avec les équipes soignantes ont mis en lumière des efforts conséquents concernant la contention et l'isolement pour respecter les recommandations de la HAS. Un registre informatisé devait être mis en place en juillet 2017. »

CDSP 57 2018 : « La commission a pu constater que la traçabilité des patients en chambre d'isolement était très bien suivie, et que de nombreux paramètres y étaient inscrits. Le suivi des isolements est très satisfaisant. »

CDSP 72 2019 : « Les membres de la commission ont effectué un gros travail tout au long de l'année avec l'établissement (d'Allonnes) sur la tenue du registre de l'isolement et de la contention qui est en support informatique pour en comprendre les tenants et aboutissants. ...En conclusion, le président de la commission propose de suivre deux ou trois patients une année entière avec des paramètres déterminés, afin d'en tirer des enseignements. »

Mais aussi des marges de progrès :

CDSP 12 2018 : « Les membres de la commission ont remarqué qu'il n'était pas précisé sur le registre de l'isolement et de la contention si l'isolement est ou non continu. Les membres ont donc insisté sur le fait qu'il serait souhaitable qu'une case d'observation soit insérée sur le registre afin d'apporter cette précision. »

CDSP 13 2019 : « Les membres de la CDSP constatent lors des visites des établissements que les registres ne sont pas remplis conformément à la réglementation : durée de la contention, bilan quantitatif

et qualitatif »

CDSP 29 2018 : « Nous avons pu constater que (les registres) ne répondaient pas tous à la réglementation : absence de mise en place d'un accès spécifique afin de faciliter le contrôle ; impossibilité d'accéder aux registres médicaux des patients ; (défaut) d'enregistrement d'une mesure avec date et heure de début et date et heure de fin, avec un total qui peut dépasser les 24 heures. » Puis, en 2019 : « Nous constatons encore des **irrégularités**. Des courriers sont adressés aux établissements concernés et une réelle implication permet d'améliorer les pratiques. Les différents points suivants ont été soulevés : un nombre relativement important de patients en libre notés dans le registre ; ... ; l'absence de formation du personnel relatif à la contention. »

CDSP 44 2019 : CDSP 44 2019 : Aux tableaux prévus par la circulaire susvisée, nous avons exigé l'ajout de deux colonnes : l'une pour l'âge du patient et l'autre pour la nature de la mesure (HL, SDRE, SDDE). ... La consultation du registre fait apparaître que les différents tableaux ne sont pas toujours correctement renseignés (la notion de chambre d'apaisement nécessiterait d'être clarifiée, difficulté à identifier ce que revêt la notion de contention) ou pris en compte. Certains constats ont fait l'objet de courriers, l'ensemble des établissements étant concerné (placement en CSI de personnes en soins libres, de mineurs, durée de certains séjours...) et ne tenant que peu compte des courriers déjà adressés avec les mêmes observations. Pour l'ensemble des hôpitaux, les durées de placement à l'isolement qui paraissent élevées correspondent régulièrement, après contrôle des dossiers des patients, à des troubles autistiques majeurs ou à une attente de place en UMD. ...La CDSP entend travailler au cours de l'année 2020 avec les axes prioritaires suivants : l'amélioration de la qualité du contrôle et de l'échange avec les soignants sur :

- la durée moyenne par mois et par année des placements en isolement,
- le nombre de placements en isolement d'une durée supérieure à 48 heures (en l'état de la recommandation de bonne pratique de la HAS février 2017),
- la durée du placement à l'isolement alors que le patient est en soins libres, et ce par patient, par unité, par service et pour chaque type de soins sans consentement ;
- une meilleure connaissance des conditions de séjour en CSI jusqu'à la sortie (port du pyjama, organisation de passerelles...) et des modalités de reprise avec le patient de ce temps particulièrement contraint ; »

CDSP 49 2017 : « Une difficulté est mise en évidence s'agissant des prescriptions médicales par téléphone ; pour ces situations, la date de fin de mesure n'est pas mentionnée, rendant impossible toute extraction statistique. De plus ces registres apparaissent toujours difficilement compatibles avec la réalisation de statistiques du fait notamment de l'anonymisation du nom des patients. Serait-il possible d'envisager un registre avec un système de double entrée : un registre anonyme pour les personnes amenées à consulter et un registre avec les noms des patients pour les médecins, ce qui permettrait d'établir des statistiques fiables destinées au rapport d'activité annuel. » Puis, en 2018 : « ... il a été remarqué, notamment pour un établissement, que le registre est consultable à la semaine ou au mois et que les patients sont bien identifiables par numéros. En revanche, il n'est pas précisé s'il s'agit de chambre d'isolement ou de chambre sécurisée. L'idéal serait que chaque unité de soins disposant de chambres d'isolement remplisse en temps réel un registre propre à chaque unité. »

CDSP 69 2018 : Au CH Le Vinatier, « Nous avons consulté le registre d'isolement et de contention. Les patients sont rencontrés par un soignant toutes les heures avec compte rendu. La prise de tension artérielle (TA) obligatoire deux fois par jour n'est pas toujours renseignée. Il s'agirait d'oubli quand la TA est normale. » Au CH St Jean de Dieu : « On ne voit pas sur le fichier Excel le changement de modalité d'hospitalisation, par exemple, si la mesure a été initiée dans un contexte d'hospitalisation libre. »

CDSP 76 2018 : Au CH de Dieppe, « il a été constaté des manquements sur le registre isolement/contention : les heures de début et de fin d'isolement ne sont pas renseignées, alors que les cases sont bien prévues dans le tableau ; les motifs de mise en isolement ne correspondent pas à des indications thérapeutiques. »

CDSP 92 2018 : « A Antony et Issy les Moulineaux, il n'était pas clair que les décisions de mise en

chambre d'isolement et/ou de contention prises par un interne ou par un infirmier devraient toujours être confirmées dans l'heure par la visite d'un médecin auprès du patient. La Commission demande que les protocoles précisent que les décisions d'isolement et de contention doivent toujours être signées ou confirmées dans l'heure par un psychiatre. »

Soit, au total, un ensemble de constats qui invite le ministère à revoir, en l'unifiant et le simplifiant, le dispositif de surveillance des placements en isolement et contention, d'autant plus nécessaire qu'il devrait à l'avenir, suite à la réforme provoquée par le Conseil constitutionnel, être un des outils de travail du JLD dans ses nouvelles attributions.

## **2. La vérification lors des visites du respect de la règle que l'isolement et la contention sont des prescriptions médicales ou de sécurité et non des mesures disciplinaires.**

Nombre de commissions s'inquiètent des interprétations divergentes données par les équipes soignantes à l'isolement et à la contention induisant des pratiques de « mises en sécurité » critiquables.

CDSP 18 2019 : « Une personne en chambre d'isolement depuis 12 jours a été visitée par les membres de la commission afin de recueillir ses observations. Elle était en grande souffrance et son maintien en chambre d'isolement, qui s'apparentait à un traitement inhumain, ne se justifiait pas d'un point de vue médical mais était en lien avec des fugues itératives et une intervention du représentant de l'Etat. Cette situation a motivé la rédaction d'un courrier au représentant de l'Etat. »

CDSP 42 2017 : « Il est souvent constaté au sein des établissements habilités à accueillir des personnes en soins sans consentement que l'usage de la contention et de l'isolement est différent selon les équipes soignantes. »

CDSP 72 2017 : au centre hospitalier d'Allonnes, « lors de la visite d'une chambre d'isolement, (un membre de la commission) relève que le patient est en chambre d'isolement la nuit mais libre la journée, ce qui est contraire à la loi. »

CDSP 76 2018 : Au CH de Dieppe, « lors d'une admission, les patients sont systématiquement placés en chambre d'apaisement terme qui n'existe pas au regard de la loi et qui correspond donc à un placement en chambre d'isolement. Les membres constatent avec regret que, pour des raisons de sécurité, il y a de plus en plus d'unités fermées alors que la politique tente d'aller vers de moins en moins d'isolement. » Puis, en 2019, à propos du CH de Dieppe : « Il a été demandé qu'une attention particulière soit apportée à la pratique qui viserait systématiquement à admettre en chambre d'isolement un patient dès l'admission. »

Les comparaisons entre établissements d'un même département recevant des patients aux profils proches peut être une méthode pour discerner la pertinence de l'isolement et de la contention :

CDSP 77 2017 : « Plusieurs observations peuvent être formulées en comparant les pratiques des deux pôles de psychiatrie de Melun et Provins :

- Le nombre moyen de placements en isolement par patient distinct est près de quatre fois plus faible à Provins qu'à Melun : respectivement 1,3 et 4,8, ce qui révèle dans ce dernier hôpital une répétition de placements pour un même patient.
- La durée moyenne de chaque mesure d'isolement est du même ordre de grandeur dans les deux établissements (1,5 et 1,9 jours) mais comme à Melun chaque patient est mis en moyenne près de cinq fois en isolement la durée totale passée en isolement est sensiblement plus élevée dans cet établissement : 7,4 jours contre 2,5 à Provins.
- Les mises en contention sont sensiblement plus fréquentes et plus longues au pôle de psychiatrie de l'hôpital de Provins qu'à celui de Melun. A Provins, 39% des patients mis en isolement sont

contentionnés, pour des durées qui atteignent 1,9 jours, contre 12% à Melun, pour des durées de 0,6 jours. »

Puis, en 2018, concernant l'hôpital de Melun, où « un service entier, fermé, regroupe 8 chambres d'isolement et 8 chambres fermées, et chacun des deux autres services dispose de 2 chambres fermées, ...la commission s'interroge sur la nécessité de disposer d'un nombre aussi élevé de lieux d'isolement, même en tenant compte de la présence récurrente de détenus (22 au cours de l'année 2017) » par comparaison avec les autres établissements. »

CDSP 92 2018 : « La durée moyenne de chaque mesure d'isolement est également variable selon les établissements (de 5,5 jours à Nanterre à 10,7 jours à Clamart), mais, comme chaque patient est mis en moyenne plus ou moins souvent en isolement, la durée totale moyenne passée en isolement par patient distinct est sensiblement différente dans chaque établissement : de 7,5 jours à Nanterre à 18,7 jours à Clamart. La commission note que la durée moyenne de séjour du 92 est inférieure à la durée moyenne nationale qui se situe aux alentours de 15 jours. »

### **3. La vérification dans le registre et lors des visites du respect du principe d'isolement et contention exclusivement dans des espaces dédiés**

En combinant analyse du registre et visites dans les établissements, certaines commissions s'intéressent à ce point sensible de la réglementation visant à limiter la pratique de l'isolement en la cantonnant dans des espaces dédiés en principe peu nombreux car créés sur autorisation de l'ARS. La plupart identifient un **non-respect de ce principe** et accompagnent le constat de considérations sur la gamme étendue des crypto-chambres de soins intensifs (chambres d'apaisement, chambres fermées, chambres d'isolement ouvertes, chambres sécurisées...) et des explications données par les soignants :

CDSP 13 2018 : « Il est constaté que les chambres d'isolement peuvent parfois être utilisées à d'autres fins que celles prévues : il n'y a, à ce sujet, aucune norme ni doctrine partagée. »

CDSP 34 2019, concernant le CH de Béziers : « actuellement chaque chambre peut encore, dans l'unité fermée, être transformée en chambre d'isolement. Cette pratique n'est pas conforme aux normes de sécurité. »

CDSP 42 2017 CH du Forez : « Il existe dans l'établissement une différence entre l'isolement indiqué et l'isolement maintenu sans justification clinique faute de lit dans les secteurs ainsi qu'une difficulté d'adéquation entre le nombre de lits et la demande. L'ARS a été saisie de ce problème. »

CDSP 76 2017 : Au Havre, « il a été de nouveau constaté l'utilisation de chambres d'isolement ouvertes pour pallier l'absence de chambre classique. » Puis, en 2019 : « La notion de chambre d'apaisement thérapeutique "... n'a pas d'existence légale... Des modifications doivent être apportées à ce niveau. ».

CDSP 77 2017 : « A l'hôpital de Provins, où existent plusieurs chambres fermées, neuf patients ont fait l'objet d'un placement en chambre fermée pour une durée moyenne sensiblement plus longue (7,9 jours) qu'en chambre d'isolement. »

CDSP 92 2019 : « Les établissements qui pratiquent la « mise en isolement faute de place » parce qu'ils n'ont pas assez de chambres banales à certaines périodes tiennent aussi différemment leur registre. Certains enfin utilisent régulièrement l'isolement dans des espaces non dédiés (des chambres banales) pour répondre aux angoisses de patients craignant d'être visités par des voisins somnambules (à Rueil en particulier). Ces disparités de pratiques, jointes aux renseignements incomplets, rendent difficile actuellement l'exploitation complète de ces registres. »

L'étude précitée de l'UNAFAM portant sur 79 établissements avait distingué, parmi une assez large panoplie de dénominations, « chambres d'isolement (pièce spécialement aménagée, sécurisée, dont le mobilier se compose seulement d'un lit, fixé au sol, et pouvant être équipé de sangles de contention) », « chambres fermables (dont le cadre général est plus proche d'une chambre normale que d'une chambre d'isolement dans laquelle le patient peut être enfermé par les soignants) » et « chambres

d'apaisement destinées à accueillir un patient pour une durée très limitée - quelques heures – qui, idéalement, devraient être des pièces plutôt agréables »). **27,5 % des services habilités pour les soins sans consentements disposaient de chambres fermées en plus des chambres d'isolement** et, dans 5 % des services, toutes les chambres étaient susceptibles d'être utilisées pour une mise en isolement. Moins de 10 % des services visités disposaient en outre d'une chambre d'apaisement.

Le constat général est que la réglementation part d'une bonne intention mais aboutit à des rigidités peu adaptées au besoin d'organiser, pour chaque patient, des transitions entre isolement complet et réintégration dans le service. D'où de nombreuses irrégularités constatées par rapport à la règle de l'espace exclusivement dédié à l'isolement, les chambres « fermables » servant de variable d'adaptation, parfois de façon importante.

#### **4. La lecture des rapports annuels sur l'isolement et la contention produits par les établissements**

Du fait de la confusion qui a régné dans l'établissement du dispositif des registres de l'isolement et de la contention, les CDSP ont été handicapées au cours des deux premières années, dans leur rôle d'analyse de ces documents. Elles ont dû aussi souvent insister pour que leurs soient remis les rapports annuels sur l'isolement et la contention. Rappelons que ces documents, prévus par la loi et obligatoirement transmis aux Commissions des Usagers et CDSP, demandent aux établissements d'établir des bilans mais aussi de définir des programmes de réduction de ces pratiques,

CDSP 66 2017 : « Le rapport annuel concernant les mesures d'isolement et de contention ne nous ayant pas été communiqué, nous ignorons s'il a pu être transmis pour avis à la commission des usagers et au conseil de surveillance du C.H. »

Fin 2018, l'étude UNAFAM précitée portant sur 79 établissements avait constaté que ce rapport n'avait été présenté à la CDU que dans 65,2% des cas. Progressivement un bon nombre de commissions ont pu toutefois engager des dialogues avec les équipes soignantes, s'appuyant sur l'analyse des registres, sur les constats et objectifs de ces rapports.

CDSP 38 2017 « A l'ESMPI de Bourgoin-Jallieu, il y a 6 chambres d'isolement pour 72 patients, 2 chambres d'isolement par unité. Au jour de notre visite, 2 seulement sont occupées. Cela résulte d'une politique de soin déterminée afin de limiter ces mesures. »

CDSP 42 2017 Au CHU de St Etienne « La contention pouvant être perçue comme un traumatisme par les patients et les familles, un membre de l'équipe soignante explique que tout dépend de la manière dont elle est faite. Elle est utilisée en nombre dans le cadre du "prendre soin" afin de protéger le patient contre lui-même. Le nombre est contenant pour le patient et fait appel à des effectifs extérieurs d'aide. » Sur le site de Bellevue, « des formations à la contention sont proposées au personnel, et le tutorat qui avait disparu depuis 4 ans a été remis en place. Il y a également une contention chimique, mais il n'y a pas encore assez de recul pour déterminer si celle-ci a augmenté. ... Un travail est effectué par les équipes concernant l'apaisement des patients. Sur le 52 A, il y a eu **une baisse de la contention depuis 6 mois, ce qui constitue un réel effort** compte tenue de la baisse des effectifs. Il existe cependant un noyau incompressible d'isollements lié au fait que la décision est prise par une équipe et présente un caractère objectif. ... [Dans le cadre du comité de suivi du rapport du CGLPL], il a bien été rappelé que l'isolement et la contention ne sont possibles que pour de personnes en soins sans consentement. Ces mesures ne sont possibles que pour un court délai (12 h) pour des personnes en soins libres avant la transformation en soins sans consentement. »

CDSP 44 2018 : « La consultation du registre a pu être effective lors de chaque visite sur site... [qui] constitue une bonne photographie de la qualité des soins. Cependant, malgré cette évolution positive, la

déclinaison de cet outil a été très diverse. Il nous semble **qu'il n'existe pas, sauf sur certains lieux, de réflexion réelle sur la "réduction des pratiques d'isolement et de contention"** rappelée par la circulaire de mars 2017. Peu de protocoles hospitaliers ont été revus en 2018 et, pour une majorité d'établissements, n'ont pas été présentés lors de la Commission des usagers ou en commission de surveillance. » La CDSP participant au comité de suivi des recommandations du CGLPL, relève que « les pratiques concernant l'isolement et la contention ont été intégrées au plan de formation prévu pour 2019 et un congrès sur la désescalade de la fonction contenante s'est déroulé au CHU de St Etienne en novembre 2018 et a obtenu une large audience. »

CDSP 44 2019 : [Le rapport annuel sur l'isolement et la contention] « n'est que rarement présenté spontanément à la CDSP et a fortiori en amont de la visite, ce qui compromet un échange verbal efficace au cours de cette dernière. Il existe une grande disparité entre établissements quant à l'élaboration de cette synthèse (absence de statistiques par service et par unité pour certains par exemple) qui reste descriptive, sans analyse qualitative, et la CDSP déplore **l'absence de mise en perspective** effective des données recueillies pour une réflexion permettant la réduction du recours à l'isolement et à la contention qui reste présenté comme une réponse "thérapeutique" face à certaines situations en gommant le caractère éminemment privatif de liberté et de dignité. Ce propos doit toutefois être nuancé pour les Centres Hospitaliers de Saint-Nazaire et de Blain où des dispositifs sont réfléchis pour gérer la crise, prévenir et anticiper la mise en isolement, destinés à travailler notamment les modalités ayant pour but de réduire le nombre de placements à l'isolement.... En réalité, comme nous l'avons appris suite au courrier du 3 avril 2019 à la directrice de la délégation territoriale de Loire-Atlantique, la transmission des données n'est pas réalisée et la politique régionale est pour l'instant inexistante. Le rôle de contrôle confié à la CDSP en la matière n'est donc pas encore intégré voire compris par les établissements, le corps médical et nos différents interlocuteurs.»

CDSP 61 2018 : « Une réflexion d'ordre général des membres de la Commission s'est engagée sur les modalités de la prise en charge des patients face à l'isolement et se poursuivra au cours de l'année 2019. Les membres restent sensibles à l'importance du rôle de la CDSP quant au suivi de l'évolution des pratiques institutionnelles dont ils sont des observateurs privilégiés. »

CDSP 72 2018 : « La commission a reçu la Commission des Usagers (CDU) de l'EPSM de la Sarthe, suite au rapport annuel sur les pratiques et la politique de limitation et d'évaluation de l'isolement et la contention pour l'année 2017.... Selon le souhait de la commission, une réunion a eu lieu avec le responsable de la DSI de l'établissement pour des échanges fructueux et une première réponse en date du 24 janvier 2018 qui stipule qu'une première mouture graphique (du registre de l'isolement et de la contention, ainsi que souhaité par la commission l'année précédente), une première étape vers la lisibilité et la compréhension des données chiffrées de la contention et de l'isolement. ».

CDSP 74 2017 : « Dans les hôpitaux du Léman, la CDSP a observé qu'au cours de cette année le pôle psychiatrique a effectué un gros travail sur les procédures concernant l'utilisation des chambres d'apaisement et la contention des patients. »

CDSP 76 2019 : CH du Havre « L'amélioration du registre devra permettre d'élaborer un rapport annuel plus étayé rendant compte des pratiques d'isolement et contention, proposant une comparaison des pratiques entre les unités d'hospitalisation et livrant une analyse des moyens employés pour réduire le recours à l'isolement et à la contention comme l'exigent les textes. » Et, « il n'est pas retrouvé, dans la plupart des établissements de registre suffisamment exploitable pour permettre d'élaborer un rapport annuel étayé... proposant une comparaison des pratiques entre les unités d'hospitalisation et de livrer une analyse sur les moyens employés pour réduire le recours à l'isolement et à la contention. »

CDSP 77 2017 : « Le rapport présenté à la CDU du Centre hospitalier du sud 77 (pôle de psychiatrie de Nemours) témoigne d'une volonté de prendre en compte les nouvelles obligations légales. Ce rapport **prend acte avec lucidité d'un taux de recours à l'isolement jugé élevé**, notamment dans des espaces non dédiés (chambres fermées). La politique définie pour limiter ces pratiques s'appuie sur une forte implication institutionnelle, affichée dans le projet d'établissement 2017-2022. Des formations sont en cours : droit des patients, Omega, entretiens IDE, IDE référents en matière d'isolement contention et des

EPP ont été réalisées sur "Isolement-contention" et "prise en charge d'un patient violent" ».

CDSP 92 2018 : « Tous les protocoles d'utilisation de l'isolement et de la contention n'ont pas encore été établis et, lorsqu'ils l'ont été et que la CDSP a pu en avoir connaissance, ils se contentent généralement de reprendre certains aspects de la recommandation de la HAS sans appropriation. »

Du fait des difficultés d'accès au registres informatisés (ou non), peu de commissions ont été en mesure, à ce jour, d'établir des **statistiques assorties de commentaires sur les pratiques d'isolement et de contention** ; mais lorsqu'elles le font, l'information est intéressante :

CDSP 76 2019 : Au CH de Dieppe, concernant la « durée de temps d'isolement, la plus longue est de 17 jours... liée à la pratique séquentielle avec sortie de chambre quelques heures. Il a été demandé de tracer cette pratique. »

CDSP 77 2018 : « La densité des lieux d'isolement (chambre de soins intensifs et chambres fermées utilisées pour des mises en isolement) peut être mesurée en calculant le rapport entre le nombre de lits « ordinaires » et le nombre de chambres d'isolement ou fermées – CI-F. Ce rapport est de l'ordre de 5 lits pour 1 CI-F à Nemours et Provins, 4 pour 1 à Jossigny et 3 pour 1 à Melun. Dans ce dernier établissement, un service entier, fermé, regroupe 8 chambres d'isolement et 8 chambres fermées, et chacun des deux autres services dispose de 2 chambres fermées, ce qui explique ce rapport particulièrement élevé. La commission s'interroge sur la nécessité de disposer d'un nombre aussi élevé de lieux d'isolement, même en tenant compte de la présence récurrente de détenus (22 au cours de l'année 2017). En conclusion, la CDSP est amenée à faire le constat que, au vu des documents en sa possession, l'article 72 de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 ne connaît **aucun début de mise en œuvre en ce qui concerne les mesures destinées à limiter le recours à l'isolement et à la contention**, plus de deux ans après son entrée en vigueur, à l'exception d'un établissement. Elle demande à l'ARS de prendre toutes dispositions pour mettre un terme à cette situation.»

CDSP 92 2018 : « La mise en isolement en espace dédié (chambre d'isolement) ou non concerne, selon les établissements, entre deux et cinq patients distincts en soins sans consentement sur dix : 19% et 48% respectivement à Clamart et Antony ; Issy et Nanterre sont au niveau intermédiaire de 38%. Ce dernier chiffre doit être apprécié en tenant compte du fait que l'hôpital de Nanterre accueille des détenus en transit, systématiquement placés en chambre d'isolement... Le nombre moyen de placements en isolement par patient distinct est proche pour Nanterre, Antony et Clamart : respectivement 1,4, 1,5 et 1,7, ce qui révèle une répétition modérée des placements pour un même patient. La durée moyenne de chaque mesure d'isolement est également variable selon les établissements (de 5,5 jours à Nanterre à 10,7 jours à Clamart), mais, comme chaque patient est mis en moyenne plus ou moins souvent en isolement, la durée totale moyenne passée en isolement par patient distinct est sensiblement différente dans chaque établissement : de 7,5 jours à Nanterre à 18,7 jours à Clamart... La mise sous contention concerne de 1% (Issy-les-Moulineaux) à 6% (Antony) des patients en soins sans consentement. La durée moyenne de chaque mesure de contention est variable selon les établissements (de 0,9 jours à Nanterre à 4,2 jours à Clamart), mais, comme chaque patient est mis en moyenne plus ou moins souvent en contention, l'écart entre les durées totales passées en contention par patient distinct est limité : de 4 jours à Antony à 6,4 jours à Clamart. La durée maximale sous contention varie de 14 jours à Rueil-Malmaison à 22 jours à Clamart...La Commission constate une **pratique d'isolement globalement importante** dans les différents établissements psychiatriques des Hauts de Seine, qui peut, pour certains patients s'étendre à plusieurs mois, en contradiction avec le principe d'exceptionnalité de ce type de mesure, et invite à une accélération des réflexions engagées pour la réduire significativement. Elle prend acte avec satisfaction de l'**usage apparemment modéré qui est fait de la contention** dans les établissements psychiatriques des Hauts de Seine, mais s'inquiète des durées élevées auxquelles sont soumis certains patients.»

#### IV. Le contrôle des conditions matérielles du respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients lors des visites

##### 1. L'observation des conditions matérielles de séjour

Les CDSP manifestent une attention soutenue à l'état de l'immobilier à travers des indices divers, selon le principe « le diable se cache dans les détails ».

Le rapport 2017 de la CDSP 77 en donne une liste non exhaustive : « La commission s'attache à signaler aux directions d'établissement les "points noirs" constatés ou signalés par les patients, qui portent atteinte à la dignité et au confort des patients, par exemple : insuffisance du chauffage, absence de serviettes de toilette, remplacées par des draps, portions de nourriture insuffisantes, qualité des repas médiocre, chambres à 3 (voire 4) lits, état dégradé de certaines pièces (notamment les sanitaires), saleté des vitres, nettoyées trop rarement, impossibilité pour les patients d'être tranquilles dans leur chambre, difficultés d'accès aux espaces extérieurs pour les patients en fauteuil roulant, absence de sanitaires dans les chambres d'isolement (CI) ».

CDSP 13 2018 : « Il est constaté un écart de **vétusté** entre les établissements et les différents services. Il est déclaré et déploré que la CDSP ne soit pas consultée sur les projets concernant les locaux. Il est noté que des réparations suggérées par les membres de la CDSP lors des visites d'établissement ne sont pas faites, surtout lorsqu'il y a un projet de réhabilitation. La maintenance est souvent négligée dans l'attente de la mise en œuvre du projet. Cependant certaines réfections sont indispensables pour le confort et le respect de la dignité des patients. Il manque, par exemple, des sonnettes dans des chambres d'isolement. »

CDSP 34 2017 : « constats : La **vétusté** et l'inadaptation de certaines chambres d'isolement (seau comme toilettes), des **sanitaires hors d'âge**, des **portes avec serrures moyenâgeuses** (HHIBT), des lits à barres métalliques avec des liens mécaniques non utilisés attachés au lit et trainant au sol en l'absence du patient dans sa chambre (CH Béziers) », puis, 2019 : au CH de Thau, « l'unité dispose de 4 chambres d'isolement qui sont vétustes et mériteraient des travaux importants. »

CDSP 45 2018 : « Lors de la visite de l'EPSM du Loiret de Fleury les Aubrais, (la CDSP) a visité des locaux réaménagés et rafraîchis où elle a constaté **l'absence de sanitaire** dans chaque chambre : 4 salles de bains ont été aménagées pour 19 lits. »

CDSP 76 2017 : « Les visites de certains locaux, tels qu'à l'Hôpital Pierre Janet du Havre ou de l'unité Duchêne du CH du Rouvray, ont permis de mettre une nouvelle fois en exergue la **vétusté** des installations ; le manque de personnalisation des chambres où sont pourtant accueillis des patients en long séjour. Au Havre, la **suroccupation aboutissant à la mise en place de lits supplémentaires** est toujours présente ».

CDSP 77 2017 : Dans l'hôpital de Meaux, « globalement, les locaux des trois services renvoient une image de **vétusté** et l'absence de tout équipement sanitaire dans les chambres ne répond pas à ce qu'on attend aujourd'hui d'un établissement hospitalier. »

CDSP 78 2017 : au CHI Poissy/St Germain – site de Poissy, « la visite appelle les mêmes remarques que les années précédentes. Il n'y a pas d'ascenseur menant aux étages, celui-ci étant en panne depuis 2014... Il persiste des **problèmes de fuite, d'isolation et de chauffage**, situations entraînant des conditions d'hospitalisation pouvant être « problématiques » voire **indignes** pour certains patients. » et, sur le site de St Germain, « les chambres de soins intensifs sont **vétustes**. » Au Centre hospitalier Jean Martin Charcot à Plaisir, « de nombreux travaux ont été réalisés mais néanmoins une disparité entre les pavillons et une impression générale de **vétusté** demeure. »

CDSP 92 2019 : « La CDSP 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

de soins intensifs pour en finir avec **l'impression carcérale** qu'elles dégagent. »

CDSP 94 2017 : « Au CHI Villeneuve St Georges, la commission constate que **deux chambres d'isolement ne disposent pas de fenêtres et sont des pièces totalement aveugles**. L'état d'entretien est peu satisfaisant et les sanitaires sont partagés avec la seconde chambre attenante. » Puis, en 2018 : « Il n'y a **pas de toilettes** : mise à disposition d'un pot de chambre ; l'alarme anti-incendie est décrochée de son socle. »

L'étude UNAFAM de 2018 portant sur 79 établissements et 151 chambres d'isolement avait observé sur ce sujet : « **une chambre d'isolement sur cinq est dépourvue de sanitaires**, ce qui amène souvent les soignants à mettre un seau hygiénique à disposition des patients ; **près d'une sur dix est dans un état dégradé (murs souillés, fenêtres sales, sols abîmés. . .)** et une sur six est dans un état "moyen" ».

A l'inverse, heureusement :

CDSP 38 2017 : à l'UPRA du Centre hospitalier de Saint Egrève, « l'unité est neuve. Le personnel médical a constaté un effet positif sur les patients. Désormais, tous les patients ont des toilettes et une salle de bains dans leur chambre. »

CDSP 77 2018 : « A l'hôpital de Meaux, la réfection d'une chambre d'isolement particulièrement dégradée, comme l'avait constaté la CDSP, a été effectuée. »

## 2. La vérification des conditions de sécurité proposées aux patients

La question de la sécurité dans les chambres de soins intensifs est un sujet récurrent de préoccupation des CDSP. L'étude UNAFAM de 2018 avait observé que « **dans une CSI sur trois, il n'y a pas de bouton d'appel, ce qui conduit les patients à crier ou taper sur la porte pour voir un soignant** ». Les observations consignées dans les rapports des CDSP sont convergentes :

CDSP 13 2018 : « Il manque, par exemple, des sonnettes dans des chambres d'isolement. »

CDSP 38 2017 : à l'ESMPI de Vienne, unité Psy 15, dans une chambre d'isolement « nous avons constaté qu'il n'y a pas de dispositif d'appel. Une demande a été faite par le personnel du service pour cela, de même que pour des travaux de réfection ou de propreté dans la chambre. »

CDSP 42 2017 : au CH du Forez, « sur le site de Fleurs, la nécessité d'améliorer la prévention en termes de matériel : salle spéciale à aménager avec des vêtements atissés [non tissés ?]. »

CDSP 61 2018 : « Il a été signalé...aux équipes du CPO (site de l'Aigle) la **dangerosité des repose-serviettes** équipant chaque salle de bain des chambres, qui pourraient potentiellement être utilisés à des fins d'autolyse. »

CDSP 69 2018 : au CH Le Vinatier dans la CSI du service Canguilhem, « Aucune sonnette n'est présente à proximité du lit ». Au CH St Jean de Dieu, unité St Exupéry, dans la CSI, il existe un bouton d'appel sur le mur. En revanche, il n'existe pas pour l'instant de bouton d'appel accessible sous le lit. La veille de notre visite a été décidée 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. » (NDLR, ce qui signifie que des isolements se font hors espace dédié !)

CDSP 76 2019, au CH du Rouvray, la CDSP observe, dans l'unité Artaud : « des chambres d'isolement... sans bouton d'appel. »

CDSP 77 2017 : « La vidéo-surveillance, contraire aux recommandations de la HAS, n'est utilisée que dans l'hôpital de Coulommiers. Les boutons d'appel font souvent défaut. »

CDSP 92 2019 : « La Commission s'est particulièrement préoccupée d'une lacune commune à tous les hôpitaux : aucun dispositif n'existe pour relayer et amplifier un appel vocal urgent qui pourrait être lancé par un patient sujet à un malaise (en contention). Cette préoccupation apparaît aussi dans le rapport thématique du CGLPL de mai 2016 et dans la recommandation de bonne pratique de la HAS de février

2017. Les directions d'établissements affirment que la fréquence des contrôles en chambre par les soignants rend improbable qu'un patient en difficulté ne soit pas rapidement secouru. »

CDSP 94 2017 : Au CHI Villeneuve St Georges, « Il n'existe pas de dispositif d'appel pour le patient isolé. » Au CH Les Murets, « aucun dispositif d'appel n'est prévu (dans les CSI), de sorte que le patient ne peut appeler le personnel soignant. Tout objet présent dans la chambre d'isolement, y compris la literie, doit être scellé pour garantir la sécurité des patients placés à l'isolement. » Puis, en 2018 : Hôpital Paul Brousse, dans la CSI visitée, « **l'éclairage électrique est facilement accessible en montant sur le lit** » et aux Hôpitaux de St Maurice, il n'y a « pas de dispositif d'appel, or la chambre est éloignée du bureau des infirmières, le lit n'est pas scellé et **le matelas est en mousse**. » En 2019, à l'hôpital Albert Chenevier, dans les unités Erables et Mélèzes, « la CDSP note l'absence de bouton d'appel pour le patient à l'isolement ».

CDSP 95 2018 : « Dans la grande majorité des établissements, la problématique de la revente de stupéfiants reste d'actualité... La sécurisation des sites est indispensable tant pour les patients que pour le personnel soignant. »

En revanche, des CDSP, toujours mues par le souci de vérifier la sécurité des chambres de soins intensifs, signalent des conditions satisfaisantes pour des CSI : par exemple la CDSP 69 décrit, dans une CSI du CH de St Cyr en Mont d'Or, au service Condorcet, « un dispositif musical dans le cadre d'un projet de recherche franco-suisse » et un « plafond suffisamment haut pour qu'un patient debout sur son lit n'ait pas accès au plafonnier et aux éclairages ». Dans une chambre non CSI, « la signalétique d'urgence est présente au plafond sous forme de luminaires ». Et, au service Hélianthe, dans une CSI, « une sonnette d'appel d'urgence pour le patient est accessible y compris en situation de contentions mécaniques ».

Et les demandes de CDSP finissent parfois par aboutir :

CDSP 76 2018 : Au CH du Rouvray, « les chambres d'isolement ont bénéficié de l'installation d'une sonnette d'appel ; cependant les sanitaires restent à l'extérieur de ces chambres. »

CDSP 82 2019 : « La commission a relancé le directeur du centre hospitalier de Montauban au sujet de la gêne engendrée par l'intrusion inopinée de patients dans les chambres d'autres patients, signalement qui lui avait été fait en juin 2017. Par courrier du mois d'août 2019, il nous a informé que des verrous ont été installés sur l'ensemble des chambres de deux unités fermées. »

### 3. Les visites permettent aussi l'accès à des lieux peu visités

#### a. Les services d'urgences

Une dizaine de commissions incluent en outre les **services d'urgences** dans leurs visites, où ils relèvent de graves problèmes de modalités d'accueil et délais d'attente et de séjours exagérés, jusqu'à plusieurs jours.

CDSP 31 2019 : « La CDSP reste attentive et très préoccupée par les conséquences de la "haute tension de la filière psychiatrique" bien illustrée par la visite au CHU de Toulouse au service des urgences, signalée par le professeur ... qui relève la difficulté de flux en aval expliquant un séjour aux urgences prolongé pour les patients, des périodes importantes en termes d'admission » ;

CDSP 38 2017 : « A l'UCAP (Unité de Consultation et Avis Psychiatrique) ... situé aux urgences du CHU (de Grenoble), visant une chambre d'isolement, [la commission a constaté] qu'il n'y a pas de caméra de surveillance. Par contre, il y a une lucarne dans la porte d'entrée et dans la porte de la chambre permettant au personnel médical de voir le patient dans sa chambre. »

CDSP 42 2017 : Au CHU de St Etienne « la première visite a eu lieu aux urgences psychiatriques de l'hôpital Nord : pour la Commission, il est important de disposer d'une salle d'attente pour accueillir les

patients en consultation. Les espaces d'attente dans les couloirs manquent de confidentialité et d'intimité. Cette **installation dans les couloirs des salles d'attente se développe** quel que soit le secteur médical... Aux urgences psychiatriques, la salle d'attente n'accueille que très rarement des patients puisque son rôle n'est pas de s'occuper des consultations en première intention... Les urgences psychiatriques ont connu une fois de plus un pic d'activité...

CDSP 44 2017 : « Certains membres de la commission ont été alertés [...] sur la difficulté de l'accès aux soins : gestion de crise, traitement des urgences, nombre de lits disponibles hors CSI... qui ne peut que majorer les difficultés inhérentes à l'admission en soins sans consentement. »

CDSP 69 2018, au service urgences Psychiatriques Rhône Métropole : « En théorie, le séjour doit durer moins de 24 h sur les 11 lits du service (dont 3 CSI). En pratique, **les séjours dépassent souvent 24 h et il est arrivé qu'un patient reste une semaine. On installe alors les patients dans le couloir** sur des lits de camp. Ce jour, 12 personnes en observation (4 en consultation, 8 sont là depuis plus de 24 h). Une patiente est présente depuis cinq jours et son état mental s'est franchement aggravé depuis son arrivée en hospitalisation libre. Une mesure de contrainte est discutée. Cette aggravation pourrait être liée à un séjour prolongé dans un service inadapté au-delà de 24 heures. Le personnel reconnaît que l'accueil des patients n'est pas satisfaisant. »

CDSP 76 2017 : « La problématique de la suroccupation des urgences est prégnante au Havre. Des **organisations de fortune** sont parfois mises en place pour permettre aux patients d'être pris en charge. »

CDSP 94 2017 : « La question des urgences psychiatriques est au centre des préoccupations des acteurs de la psychiatrie. Pour la CDSP, du fait du nombre de lieux de soins psychiatriques dans le département et leur morcellement, envisager la création d'un service unique et intersectoriel d'urgences psychiatriques faciliterait l'accès aux soins, notamment sous contrainte. »

#### b. Les services de soins ambulatoires

Certaines CDSP visitent des **Centres Médico-Psychologiques ou Hôpitaux de jour**, institutions où s'effectuent les contrôles de respect des programmes de soins qui ne sont pas présentés aux JLD.

CDSP 42 2017 : « Concernant le CMP de Saint Etienne situé rue Michelet, les locaux sont mal adaptés à l'accueil de patients. »

CDSP 72 2019 : Au CH d'Allonnes, « la visite a concerné un centre de soins de jour créé dans une unité d'hospitalisation reconfigurée suite à la fermeture de celle-ci... L'accès de ce lieu de soins en hôpital de jour est limité à 15 jours. »

CDSP 94 2018 : Au CMP d'Ivry sur Seine, « des difficultés demeurent : problème d'accessibilité, il n'y a pas d'ascenseur ; **insécurité due à la localisation** : agressions, jets de pierres, trafics illicites entraînant une perte de patientèle d'environ 100 patients. La délégation départementale de l'Ars a été saisie de ces difficultés. »

### V. **La vérification des manifestations symboliques du respect de la dignité des patients lors des visites**

#### 1. **Le respect de la dignité sous ses angles vestimentaire et conditions de confort**

Nombre de CDSP rappellent, au terme de leurs visites, que les personnes hospitalisées en soins sans consentement demeurent des citoyens ayant droit à la même considération que tous les autres sans se voir imposées des mesures disciplinaires ou dégradantes. Elles s'attachent à dénoncer ces mesures :

##### a. Au plan vestimentaire : l'obligation humiliante de port du pyjama

CDSP 34 2018 : « Le port très fréquent du pyjama dans certaines unités, notamment à l'USIP du CHU La Colombière, ce qui ne semble pas toujours avoir été explicité aux patients ou correspondre à une situation clinique ».

CDSP 92 2019 : « 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. »

#### b. Au plan de l'hygiène, des conditions dégradantes ou déstabilisantes

Le sujet a déjà été abordé à propos de la qualité générale des espaces. Nombre de CDSP portent une attention accrue sur les conditions d'hygiène.

CDSP 38 2017 : à l'ESMPI, unité 14 de Vienne « Les membres de la CDSP ont demandé à visiter les toilettes réservées aux patients et aux visiteurs : il n'y avait pas de papier de toilette. » Unité 15 : « Les toilettes étaient propres, cependant fermées à clef. »

CDSP 77 2018 : « Un seul établissement – Meaux- a encore des chambres d'isolement sans sanitaire, ce qui nécessite l'utilisation d'un seau hygiénique. »

CDSP 94 2019 : Au centre Albert Chenevier, « Les chambres n'ont pas d'horloge visible, ce qui ôte au patient ses repères dans le temps. »

CDSP 95 2018 : « Rappelant les termes de l'article L.3211-3 du code de santé publique, selon lequel "en toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée", la CDSP regrette que les chambres d'isolement ... ne soient pas systématiquement équipées d'un système de climatisation, même en présence de ventilations efficaces ; que l'entretien général ne soit pas soutenu, s'agissant de locaux plus exposés aux dégradations ; et sera attentive aux conditions d'hygiène dans les chambres de soins intensifs. »

#### c. L'importance des repères temporels et institutionnels

Après avoir rappelé les recommandations de la HAS pourtant pressantes en la matière, l'étude 2018 de l'UNAFAM avait relevé que « dans **une chambre d'isolement sur quatre**, il n'a pas été jugé opportun de faire l'achat d'une pendule et de l'accrocher à la vue des patients, ce qui les prive de repères temporels. »

CDSP 61 2018 : Concernant les chambres d'isolement, « il a été noté et soulevé, si nécessaire l'importance pour le patient de disposer d'un repère temporel clair, au même titre qu'un dispositif permettant à ce dernier d'appeler, au besoin, l'équipe soignante. »

CDSP 92 2018 : « La commission a observé que, si les horloges existent bien, elles ont presque toujours été placées, dans les couloirs d'accès aux chambres de soins intensifs et ne sont dès lors visibles que pour des personnes en position debout se plaçant devant les fenêtres d'observation ménagées dans les portes. Ceci exclut toute lecture de l'heure pour une personne allongée sur son lit, en particulier si elle est placée sous contention mécanique. La Commission a rappelé qu'il s'agit d'une **obligation réglementaire fondée sur un principe thérapeutique**, et qu'elle ne peut être ignorée. Des solutions techniques existent, comme à l'hôpital Érasme ; où des horloges à aiguilles ont été insérées dans le double vitrage de certaines chambres, ou à la clinique MGEN, où des appareils numériques ont été placés dans des boîtes transparentes résistant aux chocs. »

#### d. Le droit à l'intimité

CDSP 76 2019 : « L'insuffisance en nombre d'espaces pour les visites de famille (2 seulement) a été rappelée. »

CDSP 92 2018 : La CDSP « note avec intérêt que sa recommandation d'occulter de la vue des voisins la courette du service fermé de l'Hôpital Corentin Celton d'Issy les Moulineaux, placée directement sous les fenêtres d'un immeuble d'habitation situé en vis-à-vis, a conduit à l'élaboration d'un projet de végétalisation du grillage qui l'entoure. »

CDSP 94 2019 : Au centre Albert Chenevier, « il n'y a pas de salle de famille et les rencontres se font dans le sas d'entrée... la suroccupation a amené à augmenter la capacité des chambres, passant de 2 à 3 lits. » »

Quelques progrès sont toutefois signalés, conséquences directes ou indirectes des recommandations :

CDSP 74 2017 : « Pour les hôpitaux du Léman (la CDSP remarque que) l'établissement a investi dans des protections visuelles contre le voyeurisme des passants et pour la tranquillité des patients. »

## **2. La dignité par des soins de qualité dispensés par un personnel identifiable**

Les déficits en personnels, mais aussi un manque d'investissement dans la prise en charge des patients sont relevés par un certain nombre de commissions qui y voient des formes de maltraitance, une prise en charge compétente ne pouvant aujourd'hui se limiter à l'administration de médicaments.

CDSP 42 2017 : au CH du Forez : « Ce manque de personnel s'accompagnerait, selon les médecins de l'établissement présent à la réunion, d'un manque de moyens. Pas d'activité occupationnelle de ce fait. »

CDSP 57 2019 : (Au CHS de Jury) « Les règles élémentaires de présentation doivent être rappelées. Le personnel doit être clairement identifiable et doit clairement se présenter. ... Nous rappelons au personnel que les patients sont vus individuellement en non en groupe (par la CDSP). »

CDSP 55 2018 : « La CDSP relève le manque d'activités proposées aux patients du pavillon Cézanne. ».

CDSP 76 2018 : Au CH de Dieppe, suite à la plainte d'un patient, l'échange avec les soignants « a permis de confirmer que certaines activités ne sont pas toujours mises en place faute de personnel. » Au CH du Rouvray, dans l'unité Fanon, le choix a été fait d'accueillir principalement des patients nécessitant des soins de plus longue durée avec un accompagnement vers une réhabilitation (handicaps lourds ou pathologies encore mal stabilisées). Dans un contexte d'effectif réduit, les soignants ont fait part de l'importance des tâches de 'nursing' pour des patients lourdement atteints. De plus, en raison de la suroccupation de l'hôpital, cette unité est amenée à accueillir des entrants en urgence avec les problèmes que cela engendre, à savoir le mélange des pathologies qui conduit à des situations de stress pour certains patients. Cette suroccupation entraîne la mobilisation de lits supplémentaires installés dans des lieux non prévus, avec des literies sommaires pliantes et souvent l'absence d'accès aux sanitaires. »

CDSP 94 2017 : « La commission a également porté son attention lors de ses visites sur l'aide aux aidants et insiste sur l'implication des familles dans la prise en charge du patient. ... Cet aspect amène à la question de l'éducation thérapeutique qui est essentielle également. ... Dans ce domaine, les moyens devraient être renforcés pour une meilleure et efficace structuration de la prise en charge du patient. »

Les dysfonctionnements du système de sectorisation des soins peuvent aussi être relevés à l'occasion de l'examen de dossiers, comme le fait la CDSP 27 en 2017 : « La situation d'un patient SDRE en attente de transfert vers la Martinique a été suivie pendant toute l'année par la CDSP (difficulté pour obtenir les accords médico-administratifs de la part de l'établissement d'origine qui ne souhaitait pas reprendre ce patient) – situation réglée après 18 mois de démarches. »

## **3. L'accès à la connaissance de ses droits**

Nombre de commissions reprochent aux directions d'établissements de se contenter de distribuer des documents sommaires et peu compréhensibles pour permettre aux patients de connaître les droits dont ils disposent au sein d'un service de soins sans consentement, sans trop insister pour qu'ils en prennent connaissance et les signent.

CDSP 27 2018 : « D'une manière générale, la lecture des dossiers de patients a permis de constater que trop peu de récépissés sont signés par les patients eux-mêmes. Les membres de la CDSP constatent que trop souvent ces documents sont signés par un membre de l'équipe soignante ce qui constituerait "une solution de facilité". La signature du patient doit être priorisée. »

CDSP 34 2018 : « (Il faut) donner accès aux patients aux documents d'information sur leurs droits le plus tôt possible dans l'hospitalisation, bien sûr en fonction de leur état psychique ; améliorer les formulaires de droits des patients en précisant clairement les instances de recours et leurs coordonnées : développer un livret d'accueil traduit en anglais, espagnol, arabe et peut-être roumain. »

CDSP 42 2017 : « La vigilance quant au respect du droit et de la dignité des patients reste prégnante et passe par une attention particulière apportée à l'usage de l'isolement et de la contention. »

CDSP 44 2017 : « Après une nouvelle intervention de la CDSP, il a été constaté pour les patients relevant du TGI de St Nazaire qu'ils pouvaient désormais bénéficier de l'assistance – pourtant obligatoire depuis 4 ans – d'un avocat commis d'office, le barreau étant revenu sur son refus. Il a toutefois signalé des difficultés qui concerneraient la perception d'honoraires par des avocats non choisis dans des cas relevant de l'aide juridictionnelle totale. Des démarches pour éclaircir ce point ont été réalisées. »

Parmi les reproches faits aux établissements concernant l'accès des patients à leur droit, s'exprime de façon récurrente celui que l'information donnée sur le rôle de la CDSP est insuffisante. Par exemple, en 2017, la CDSP 66 regrette « les informations erronées données par les soignants aux patients sur le rôle de la CDSP et de leurs droits en ce qui la concerne. »

#### **4. Le respect des libertés de communiquer, recevoir des visites, d'aller et venir**

CDSP 04 2018: Le CDSP suscite des « échanges sur la liberté d'aller et venir des patients en gériatrie-psychiatrie » avec l'équipe soignante.

CDSP 34 2018 : La commission constate « l'accès inhomogène persistant dans les différents services au portable, à internet et à la télévision sur la base de critères pas toujours accessibles aux patients et à leurs proches. La liberté de circulation des patients vers leur chambre est aléatoire d'une unité à l'autre et sur la base de critères inhomogènes. »

CDSP 44 2017 : « La CDSP a été très vigilante sur les conditions matérielles dans lesquelles les patients peuvent exercer leurs droits : accès au téléphone, relations avec l'extérieur.... La question du téléphone portable est devenue plus complexe en raison de l'accès à Internet qu'il peut comporter et de la possibilité de prendre des photos et de filmer. L'accès à un téléphone collectif n'est pas toujours aussi respectueux de l'intimité du patient qu'il serait souhaitable. »

CDSP 77 2018 : « S'agissant des droits des patients, **les entorses les plus évidentes concernent la liberté d'aller et venir et l'usage du téléphone**. Les restrictions à la liberté d'aller et venir comportent des degrés divers. ... A Meaux, les portes des services sont fermées en permanence, ce qui oblige les soignants à des allers-retours pour ouvrir la porte aux patients ayant le droit de circuler. Il en va de même à Jossigny, aux heures où les services sont fermés (le matin). A Provins, le bâtiment, qui abrite un seul service, est fermé. A Nemours, les portes des services sont généralement ouvertes, mais en contrepartie des patients sont maintenus enfermés dans leurs chambres. L'usage du téléphone est très restreint en général, sauf à Jossigny où les patients peuvent garder leur téléphone sauf contre-indication médicale (le chargeur étant conservé au poste infirmier pour des raisons de sécurité évidentes). Dans cet établissement, les patients peuvent également avoir l'usage de leur ordinateur, sans restriction de l'accès Internet. »

CDSP 92 2018 : « La Commission a relevé que les règlements relatifs à l'utilisation du téléphone, y compris dans les unités fermées, étaient loin d'être homogènes. Le droit de communiquer est aujourd'hui reconnu comme fondamental et les règlements qui font de l'utilisation des téléphones portables l'exception au lieu de la règle méritent d'être questionnés sur leur pertinence. Le CGLPL notait ainsi à l'issue de sa visite de l'hôpital Max Fourestier : "L'accès au téléphone portable doit être la règle et l'interdiction l'exception, motivée par des raisons médicales. Les patients doivent avoir librement accès à un téléphone – sans avoir à solliciter l'intervention ou l'autorisation d'un soignant (sauf exception individuelle dûment justifiée par des motifs thérapeutiques) – dans des conditions garantissant la confidentialité des conversations". »

Plusieurs CDSP, en région Ile de France, déplorent l'absence d'accès des patients à des espaces verts de détente :

CDSP 92 2018 : « La commission recommande qu'un programme de travaux corrige, dans les quatre établissements où la possibilité d'effectuer des promenades extérieures est matériellement difficile, les atteintes ainsi portées aux droits et à la dignité des patients, étant souligné que, pour l'établissement Paul Guiraud de Clamart, les modifications spatiales ne pourraient porter leurs fruits que conjuguées avec une réorganisation autour de la création d'unités correspondant aux différentes phases du parcours de soins des patients.... La Commission souhaite que les protocoles de soins précisent les critères sur lesquels des restrictions au droit de visite des proches des patients peuvent être décidées par les soignants et qu'ils soient portées à la connaissance des personnes hospitalisées et de leurs proches dans les documents d'information sur les droits. »

CDSP 94 2017 : « La CDSP préconise que le service de psychiatrie (de Villeneuve St Georges) soit réimplanté dans l'enceinte de l'établissement, mais avec une externalisation du service pour permettre aux patients de bénéficier d'un accès "ouvert" à des espaces verts. » « A l'UHSA (Villejuif), les espaces verts prévus restent relativement restreints. Le souhait est émis de prévoir, lors de la construction de l'UHSA 2, des espaces verts plus conséquents. Certaines structures, comme les hôpitaux St Maurice, Albert Chenevier et les Murets, s'organisent relativement bien autour de ces espaces de vie extérieure permettant des ateliers jardinage, des projets thérapeutiques et une liberté d'aller et venir encadrée qui peut permettre d'atténuer parfois les tensions. »

CDSP 95 2018 : « Comme depuis 2015, la CDSP déplore, dans un certain nombre d'établissements, l'absence d'espace extérieur de déambulation sécurisée, ce qui augmente le risque de fugue et entrave la liberté de circuler pour les patients en hospitalisation libre. »

Et, comme déjà signalé, les problèmes résultant de la cohabitation des patients avec des détenus transférés :

CDSP 77 2017 : « Dans ces deux hôpitaux (Melun et Meaux), les responsables font état des difficultés rencontrées pour préserver la liberté d'aller et venir des patients en soins libres avec l'accueil de détenus admis en soins psychiatriques. La mise en isolement systématique des patients détenus est généralement la réponse à ces difficultés. »

## **5. Les visites permettent une attention particulière pour des populations vulnérables**

### **a. Les mineurs hospitalisés**

Certaines CDSP se penchent sur le problème des **mineurs hospitalisés** en soins libres mais de fait sous contrainte et qui échappent à la juridiction du JLD :

CDSP 27 2017 : « Point sur la prise en charge des mineurs suite signalement de difficultés à la présidente de la CDSP par les juges des enfants d'Evreux.... Afin de les protéger et d'éviter le contact avec les

adultes, certains mineurs sont parfois isolés dans leur chambre. ... Une rencontre avec l'équipe soignante et la direction du Nouvel Hôpital de Navarre (NHN) a été organisée sur le thème de la prise en charge des mineurs, suite à la demande de la présidente de la CDSP. Le NHN a conscience que la prise en charge des mineurs au sein des unités adultes pose problème pour différentes raisons : **conditions de mise en isolement, absence de prise en charge éducative et occupationnelle adaptée et cohabitation problématique au sein des adultes.** Une convention justice et NHN est évoquée avant d'envisager une convention tripartite avec l'ASE dans l'attente de la mise en place d'une structure d'hospitalisation pour adolescents au NHN.»

CDSP 44 2017 : « Il n'a pas été permis de voir avancer une situation très critique que notre CDSP reprend depuis au moins 4 ans : celle des mineurs hospitalisés en service « adultes » qu'ils aient plus ou moins de 16 ans – jusqu'à 12 ans. La plupart d'entre eux sont considérés en soins libres et n'ont pas accès, notamment, au juge des libertés. Ces jeunes sont pourtant très fréquemment placés en CSI – pour leur propre protection argumentent les soignants – mais, tant sur le plan légal que psychologique, cette situation relève d'une alerte nécessaire tant elle contrevient aux besoins spécifiques de jeunes en grande souffrance, les place dans des situations à risque et, bien souvent, rend le sens du soin problématique à travailler pendant plusieurs années. » Reprenant le sujet en 2019, la même commission constate que « La situation a sensiblement évolué depuis quelques mois : en effet, l'ARS a débloqué sur le budget 2019 des financements pour des restructurations de services et les créations de poste d'infirmiers en résultant ont permis une réorganisation des urgences et du service de pédiatrie ainsi qu'un développement de postes en ambulatoire. Ces apports expliquent la réduction du nombre de mineurs hospitalisés et induisent vraisemblablement une diminution sensible des durées de séjour. En effet, la connaissance du réseau par l'infirmier permet plus rapidement d'activer la réflexion collective devant permettre de mieux préparer la sortie du jeune. Cependant les patients mineurs restent encore trop nombreux dans les services de psychiatrie pour adultes et séjournent encore trop souvent en CSI, même si sur ce dernier point il semblerait que leur nombre ait aussi diminué. Pour un petit nombre, dans certains établissements, leur séjour en CSI couvre la totalité de leur période d'hospitalisation. **Une telle situation interroge notre CDSP quant au respect des droits des patients mineurs. En effet, nous ne possédons aucun dossier pour ces jeunes hormis celui de l'admission dans lequel ne se trouvent qu'une rubrique "état civil" et l'autorisation parentale.** L'ARS, quant à elle, n'a aucune référence. Pour ces situations que nous découvrons lors de nos visites sur site ou lors de la consultation du registre CSI-contention, le psychiatre de la commission peut être amené à interroger son collègue hospitalier pour que nous ayons un éclairage sur les modalités de soins et les projets. Cela reste toutefois très insuffisant et risque de laisser de côté de nombreux dossiers similaires. La CDSP 44 est également amenée à rappeler régulièrement aux directeurs d'établissement que cette situation, si elle leur est, au départ, imposée, ne peut être tolérée puisqu'il n'existe, pour ces patients mineurs, aucun recours, notamment auprès du JLD, et donc aucune protection effective malgré leur particulière vulnérabilité résultant de leur âge. »

CDSP 45 2017 : « Un échange entre les membres de la commission a porté sur une augmentation des admissions d'adolescents. Les médecins ont confirmé que la consommation de toxiques peut déclencher des psychoses. »

CDSP 69 2018 : « Nous visitons l'unité Ulysse (unité pour accueil d'adolescents) – de l'hôpital St Jean de Dieu - . Dans cet hôpital, il n'y a pas d'hospitalisation sous contrainte de type SPDT ; en revanche, il peut arriver que des patients soient hospitalisés en SPDRE. .. Il y a la possibilité qu'un patient soit pris en charge en chambre fermable. Dans ce cas, il s'agit d'une prescription, avec une demande d'autorisation pour que cette chambre devienne fermable.»

CDSP 72 2019 : Au CH d'Allonnes, « une visite a eu lieu à l'unité infanto-juvénile "les Tamaris" qui est une unité pédopsychiatrique d'accueil et d'hospitalisation. Les séjours de ces jeunes patients vont de quelques jours à plusieurs mois et les troubles du comportement, la maltraitance ou les problèmes sociaux en sont les principales raisons. »

CDSP 76 2017 : « L'accueil des mineurs pose des problèmes dans plusieurs établissements ».

#### b. Les personnes âgées

D'autres signalent l'embolisation des services psychiatriques par les **personnes âgées**, dont certaines atteintes de la maladie d'Alzheimer.

CDSP 42 2017 : au CH du Forez « Une liste d'attente concernant les patients relevant de structures extrahospitalières conduit à une réflexion sur les structures accueillant des personnes handicapées vieillissantes. »

CDSP 45 2017 : « Lors de la visite du CH de l'Agglomération Montargoise, l'accent a été porté sur le manque de places dans les établissements médico-sociaux pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Certains malades sont donc admis à l'unité de soins psychiatriques, service non adapté pour ce type de maladie. Ces résidents sont souvent déstabilisés, "prennent des places" aux malades psychiques et **peuvent être en souffrance**. »

CDSP 76 2017 : « Certains patients (âgés) présents relèveraient de structures extérieures qui font défaut. »

CDSP 83 2017 : « La psycho-gériatrie est un domaine complexe où les pathologies se révèlent à la croisée des dégénérescences cognitives et des manifestations de désordres psychiques graves, et où se pose avant tout la question de savoir si la prise en charge en soins psychiatriques de patients âgés reste bien fondée sur le plan de leur état psychique et sous la réserve des contraintes que peut faire peser leur état général de santé. Ainsi, la visite du CH Henri Guérin de Pierrefeu du Var a notamment permis de recueillir les avis de patients pris en charge dans l'unité de gériopsychiatrie. »

#### c. Les majeurs protégés

Une attention particulière est portée à l'information des mandataires des majeurs sous protection par certaines commissions :

CDSP 27 2018 : « Concernant les mesures de protection, il est apparu que la ligne n'est bien souvent pas renseignée alors que le patient a été admis en soins à la demande de son tuteur ou curateur (ce manquement a été constaté à 5 reprises lors du sondage sur les registres réalisés par les membres de la commission) ».

#### d. Les personnes de nationalité étrangère

Un nombre important des mineurs est de **nationalité étrangère** et cela pose, de même que pour les adultes étrangers, des problèmes d'accès à leurs droits :

CDSP 27 2017 : « L'attention des membres de la commission a été attirée sur la situation délicate d'un patient hors UE admis le 22/05/2017 suite à sa levée d'écrou et qui fait l'objet d'une décision de reconduite à la frontière ».

CDSP 94 2018 : « Les équipes doivent faire face, lors des prises en charge, à la barrière de la langue. Il y a peu ou pas d'interprètes ; ils sont notamment utiles pour la notification des droits et des décisions des JLD. »

#### e. Les détenus en UHSA, UMD, USIP ou hospitalisés en soins sans consentement

Les rapports annuels des CDSP des départements où sont implantées des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), Unités pour Malades Difficiles (UMD) et Unités de Soins Intensifs en Psychiatrie (USIP) fournissent, à travers leurs tableaux statistiques intitulés « éléments de cadrage » des

informations sur les flux d'entrée et de sorties de ces structures où les conditions de sécurité sont renforcées et dont la nature est parfois mixte, cas des UHSA, enclaves pénitentiaires au sein d'hôpitaux psychiatriques. Certaines commissions rendent compte aussi de visites qu'elles ont effectué dans ces unités. Toutes soulignent la saturation de ces structures qui conduit à des envois de détenus dans d'autres unités éloignées de leur établissement pénitentiaire d'affectation, source de difficultés d'accès pour leurs proches.

- UHSA

CDSP 45 2017 : « 154 détenus ont été admis à l'UHSA (de Saran) sur décision préfectorale. 47 détenus ont été adressés par le Centre pénitentiaire d'Orléans -Saran (23 en 2016). La provenance des malades admis distingue le ressort territorial comprenant les 6 départements de la région Centre-Val de Loire (101) et 3 départements hors de cette région (41) et les hors ressort territorial (12). Les détenus transférés hors ressort territorial de l'UHSA sont incarcérés dans les Yvelines et les Hauts de Seine, les UHSA ayant compétence pour les accueillir sont régulièrement saturées. » Le rapport 2019 signale que allogènes à la région proviennent désormais en outre, pour cette raison, du Jura et de la Côte d'Or.

CDSP 69 2018 : « L'UHSA Simone Weil accueille, pour des soins hospitaliers à temps complet, les personnes détenues dans les établissements des régions ARA et BFC. Elle est constituée de 3 unités de 20 lits chacune. » Les admissions sont présentées dans un tableau qui se résume ainsi : 195 en 2017 ( 183 L 3214-3 du CSP et 12 D398 du CPP) et 231 en 2018 (224 L 3214-3, 7 D398). L'augmentation est de 18,46% entre les deux années. « Les membres de la commission se sont rendus à l'UHSA pour la dernière fois en octobre 2016 afin de pouvoir y rencontrer des patients qui en avaient émis le souhait. »

- UMD

Quelques rapports permettent aussi de mesurer l'importance des mesures de placement en UMD de personnes en soins sans consentement : en Moselle 106 et 107 respectivement en 2018 et 2019, à rapprocher de 1.801 et 1.743 personnes placées en soins sans consentement dans les mêmes temps ; en Meurthe et Moselle 89, 107 et 107 respectivement en 2017, 2018 et 2019, à rapprocher d'environ 2.200 personnes en SSC chaque année.

La CDSP 94 indique en 2019 que « la durée moyenne de séjour dans l'UMD Henri Colin de l'hôpital Paul Guiraud est de 242 jours... L'accent est mis sur les activités sportives, nécessaires pour lutter contre la prise de poids. Pour autant les patients sont en manque d'activité, réduit à une heure par jour... L'UMD est en réflexion d'une solution appropriée concernant les relations intimes (étant) rappelé qu'il n'existe pas un droit à la sexualité. « Les chambres d'isolement n'ont ni vidéo de surveillance ni bouton d'appel. »

- USIP

Plus rares sont ceux abordant la question des USIP, unités de soins psychiatriques intensifs, où la sécurité est renforcée du fait de la violence potentielle des patients. Mais ils sont d'autant plus intéressants lorsqu'ils évoquent une visite.

CDSP 57 2018 : « La commission a visité les locaux de l'USIP de Sarreguemines avec le cadre de santé qui lui a réservé un très bon accueil. Dans l'unité, les activités thérapeutiques quotidiennes sont obligatoires. Le suivi des patients est très complet. Il a été constaté une bonne prévention des passages à l'acte. » Dans ce département, l'USIP a accueilli 64, 86 et 78 patients en 2017, 2018 et 2019.

- Hospitalisation de détenus dans les unités fermées banales

Concernant les hospitalisations de détenus, les totaux que permet de calculer l'annexe 1 impressionnent par leur caractère élevé, même si un certain nombre sont en UHSA : 2137, 2514 et 2539 pour les années 2017, 2018 et 2019, étant rappelé que les informations sur le sujet ne sont fournies que par une quarantaine de CDSP.

On observe que, dans certains départements, le nombre de détenus hospitalisés est de plusieurs centaines chaque année : Meurthe et Moselle (317 en 2018), Seine Maritime (243), Rhône (231), Moselle (230) et Val de Marne (199) notamment. Or, comme le CGLPL l'a signalé dans plusieurs de ses rapports, **les hôpitaux psychiatriques sont mal équipés pour accueillir des détenus et pratiquent pour la plupart un isolement systématique de ces personnes** au nom des risques potentiels que leur présence fait courir aux autres patients. L'isolement est alors délibérément utilisé à des fins disciplinaires préventives et non thérapeutiques, au mépris des règles. Les chiffres révélés par la présente étude renforcent les conclusions du CGLPL sur les abus des procédures d'isolement pratiqués sur les détenus : une autre manière d'assurer une complémentarité avec celui-ci.

Quelques CDSP signalent toutefois que les préjugés concernant les détenus et qui conduisent à les placer d'emblée en isolement peuvent être dépassés.

CDSP 77 2017 : « Le pôle (de Melun) accueille régulièrement des détenus (une trentaine en 2017). En général il s'agirait de personnes admises pour de courts séjours, en l'absence de justification psychiatrique. La communication par l'administration pénitentiaire, d'une fiche de situation caractérisant le comportement en détention de la personne admise est appréciée positivement par les soignants. »

CDSP 83 2018 : « Dans le cas du CH de Dracénie, les échanges ont principalement porté sur l'impact de l'ouverture, en janvier 2018, de la nouvelle maison d'arrêt de Draguignan sur le pôle de psychiatrie, ainsi que sur la prise en charge des patients postérieurement aux levées de mesure SDDE par le JLD. La CDSP a insisté sur l'intérêt d'appréhender la question des soins psychiatriques sans consentement délivrés aux détenus de cette maison d'arrêt à l'échelon du Groupement hospitalier de territoire sous la houlette du CH Henri Guérin. » Puis, en 2019, est constatée « la progression du nombre de patients en provenance de la maison d'arrêt de Draguignan (pour lesquels) le CH de la Dracénie constitue une espèce de sas entre l'Unité sanitaire en milieu pénitentiaire et l'UHSA de Marseille. »

## **VI. Une méthodologie fondée sur le suivi assidu des plaintes, dossiers et recommandations**

Les CDSP s'inscrivent dans une démarche que l'on pourrait qualifier de « soft power », c'est-à-dire de patient exercice de l'influence que leur permet d'exercer leur qualité d'incarnation de la démocratie sanitaire du fait de leur constitution plurielle en termes de légitimité : savoirs scientifiques, juridiques et expérientiels réunis.

### **1. Les réclamations des patients traitées par échange avec les soignants**

L'article L.3223-1 du code de santé publique prévoit que la CDSP « reçoit les réclamations de personnes en soins sans consentement ...et examine leur situation » ;

Les données statistiques collationnées dans le tableau 2 donnent une indication sur l'importance de cette activité pour les commissions, très différente de l'une à l'autre. Le total s'élève à 520 réclamations reçues, par exemple en 2018, nombre minoré par le fait que les statistiques tenues par les ARS ignorent souvent cette rubrique. La plupart des commissions n'assurent qu'aucune n'est laissée sans réponse, soit immédiate, soit après que l'établissement ou le préfet aient été interrogés. On ne citera ici que quelques exemples :

CDSP 31 2017 : « Toutes les plaintes des patients et de leurs familles, 37 en 2017, ont été examinées attentivement par la commission et ont fait l'objet d'une réponse. Quand la commission l'a estimé nécessaire, des demandes d'explications ont été formulées auprès des médecins rédacteurs des certificats médicaux. »

CDSP 83 2017 : « Au centre Hospitalier Intercommunal de Toulon La Seyne sur Mer, la CDSP a pu organiser une réunion autour d'un courrier de plainte. Des propositions d'amélioration ont été formulées et un groupe de travail a été constitué. »

## **2. Les auditions de patients, occasion d'échanges humains puis d'interpellation des soignants**

En 2018, 510 patients ont été reçus, à l'occasion de visites, par la trentaine de commissions qui fournissent des informations détaillées sur le sujet (450 et 411 les années précédente et suivante). Le nombre, qui peut sembler faible, reflète une diversité de pratiques entre commissions fondée sur le dilemme : dans le temps disponible pour les visites d'établissements, comment répartir le temps entre les différentes tâches, celui qu'appelle chaque rencontre avec un patient nécessitant une grande disponibilité.

La CDSP 77 résumait en 2018 les demandes les plus fréquemment exprimées par les patients lors des auditions : « De façon quasi unanime, les patients rencontrés contestent le bien-fondé de la mesure. Les autres sujets évoqués : demande de changement de psychiatre ; mécontentement d'être à 3 patients dans la chambre, demande de transferts en chambres individuelles ; souhait de récupérer des documents de son dossier médical ; nécessité de soins somatiques et de pédicurie ; effets secondaires du traitement ; modalités de levée de mesure par un tiers ; nouvelles quant à la mise en place d'un programme de soins ou de sorties ; autorisations de sorties pour pouvoir s'occuper d'animaux au domicile ; crainte que la mesure de soins ne soit pas levée avant un examen. »

Certains rapports de commissions donnent le sentiment que les auditions de patients qu'elles réalisent à la demande de ces derniers n'ont guère d'intérêt car leurs membres pensent qu'il n'est pas possible, en quelques minutes d'entretien, de réaliser le diagnostic d'un patient venu expliquer que les soins sans consentement dont il est l'objet ne se justifient pas. Une autre raison de cette réticence tient sans doute aussi dans le scrupule des médecins membres des CDSP à interroger les décisions médicales prises par leurs collègues.

A cet avis s'oppose tout d'abord la conviction de certaines commissions que les auditions sont une occasion importante d'informer les patients des droits et voies de recours dont ils jouissent tout au long de leur séjour, ce que la période d'admission n'a généralement pas pu faire de manière satisfaisante du fait des conditions dans lesquelles elle s'opère : sédation, stress, expression aiguë des symptômes, etc. Parmi les droits rappelés à l'occasion de ces audiences, celui, méconnu et peu promu par les soignants, de demander une nouvelle audience au JLD.

Nombre de commissions voient enfin dans ces auditions la possibilité d'analyser les différences de pratiques entre services et s'attachent à demander des compléments d'information aux psychiatres référents, soit lors de séances de débriefing concluant les visites, soit par écrit.

CDSP 29 2017 : « Des demandes particulières ont été faites lors d'une visite. Un courrier a été adressé à la direction de l'établissement concerné qui nous a indiqué sa prise en compte et ses solutions ».

CDSP 74 2018 : « Le retour qui en a été fait à certains établissements a pu contribuer à l'évolution de la prise en charge dans des lieux optimisés. »

Enfin, la présence régulière d'une commission comprenant des médecins, un magistrat et des représentants des usagers, incarnation de la démocratie sanitaire, exerce très souvent un effet d'apaisement sur les angoisses de personnes en situation de fragilité qui ressentent leur brutal isolement de la société comme une perte d'identité.

CDSP 61 2018 : « D'une manière générale, les patients rencontrés expriment leur désir de recouvrer leur liberté, souhaitent parler de leur traitement car pensent, dans l'ensemble, qu'un autre leur serait préférable, et dans l'explication de leur quotidien ou des éléments qui ont conduit à leur admission, confient parfois reconnaître partiellement le besoin de soins ou comprendre en partie les dits éléments. »

CDSP 74 2018 : « L'audition d'un nombre significatif de patients est certes chronophage mais est de nature à valider et valoriser la pertinence du rôle et des missions de la CDSP, particulièrement vouées au respect de la dignité des patients, et de la légitimité et de la qualité de leur prise en charge. Il est remarquable que les patients auditionnés émettent dans un premier temps certaines protestations ou doléances "contre" l'hospitalisation (ou, le plus souvent contre les contextes d'admission) ... mais que celles-ci s'estompent au cours de l'audition : **la CDSP pluridisciplinaire devenant pour les patients un espace et un temps de libre parole et d'écoute bienveillante.** »

### 3. Les anomalies constatées dans les dossiers donnent lieu à des rappels

CDSP 61 2018 : « Lors des examens des dossiers des patients, les membres de la Commission ont relevé à plusieurs reprises que les certificats mensuels ne permettaient pas de connaître les raisons de la poursuite de la mesure de soins sous contrainte et ainsi ont adressé 17 courriers aux médecins référents concernés afin d'obtenir les informations nécessaires. Six réponses sont parvenues à la Commission et, pour le reste des dossiers ainsi remarqués, ils ont été réexaminés et des relances ont été effectuées au besoin... Appuyée par un courrier signé de la DGARS de Normandie au directeur du CPO, la Commission a souhaité qu'il soit **rappelé l'obligation de motivation des certificats médicaux.** En réponse, la direction concernée a assuré qu'un rappel serait fait par la présidente de la CME aux médecins psychiatres rédigeant les certificats. »

CDSP 83 2017 : « La CDSP a alerté le CH de Dracénie sur **l'absence d'avis annuels du collège de soignants** constaté dans les dossiers de patient en SDDE depuis plus d'un an, ainsi que sur divers cas de réintégration en hospitalisation complète de patients traités à l'instar de nouvelles admissions (avec demande de tiers et certificat des 72 h). Cette démarche a recueilli l'assentiment du CHD qui, par courrier de son chef de pôle de psychiatrie du 28/11/2017, a indiqué à la CDSP avoir mis en place les moyens informatiques nécessaires à l'édition des avis annuels du collège et avoir bien pris note des modalités de traitement des réintégrations en hospitalisation complète des patients en SDDE. »

### 4. Les observations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) de plus en plus l'objet de suivi par les CDSP

Les textes n'ont directement rien prévu concernant l'articulation des rôles de la CDSP et du CGLPL. Mais le CGLPL s'étant défini comme priorité, sous l'égide de la Contrôleure Adeline Hazan entre 2014 et 2020, la surveillance du respect des droits fondamentaux des personnes placées en soins sans consentement à travers des visites poussées, la collecte de plaintes et du maximum d'informations disponibles, cette institution a décidé d'inclure systématiquement les rapports des CDSP parmi les documents consultés. Dans son rapport annuel de 2018, le CGLPL, après le rappel des missions des CDSP, exprimait la déception que lui avaient inspirées généralement ces lectures : « Les visites effectuées sont très peu détaillées et leur impact n'est pas décrit. », à quelques exceptions près toutefois : « des constats plus positifs existent, tel celui d'une CDSP qui se saisit pleinement de ses compétences ou, dans un département de banlieue parisienne, la réinstallation d'une CDSP en sommeil depuis de longues années après des demandes réitérées du CGLPL. »

Toutefois, peu à peu s'est instaurée, avec certaines commissions, une relation dynamique sous deux formes principales : lors de leurs visites d'établissements, les contrôleurs ont souhaité rencontrer les CDSP afin de leur demander de développer des informations que leurs rapports abordaient de façon souvent trop allusive par souci de ne pas heurter les équipes soignantes ; et un nombre croissant de commissions s'est attaché, lors de ses visites, à demander aux directions d'établissements des informations sur les conséquences qu'elles avaient tirées des observations d'un CGLPL dont les visites sont espacées de plusieurs années et qui ne dispose pas d'un dispositif de suivi. Une dizaine des rapports CDSP analysés ici reflète la complémentarité qui s'est ainsi pragmatiquement bâtie :

CDSP 13 2019 : « Suite au passage du CGLPL au Centre hospitalier de Montperrin à Aix en Provence, la DIM demande des précisions sur les critères qui pourraient figurer dans ce registre (d'isolement et de contention) : durée, motif de renouvellement... »

CDSP 42 2018 : « Suite à la visite du CGLPL en 2017, les procédures de l'établissement (CH du Forez) ont été revues. Un suivi avec les urgences a été établi pour optimiser la prise en charge des patients. Les chambres d'isolement sont réservées uniquement aux cas qui le nécessitent. Le registre de l'isolement et de la contention est informatisé. Les pratiques d'isolement et de contention se sont améliorées suite à la mise en place de formations adéquates, ainsi qu'à l'installation d'horloges et sonnettes dans les chambres. ... » AU CHU de St Etienne, le contrôle du CGLPL a eu lieu aux urgences générales et non en service de psychiatrie ... ses conclusions étaient négatives. Notamment la **contention des patients sur des brancards pour des durées pouvant être longues**. L'hôpital déclarait 331 contentions aux urgences générales entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 1<sup>er</sup> septembre 2018. Des représentants de la CDSP sont conviés aux réunions de suivi du plan d'actions décidé suite à ce contrôle.... Les contours des nouvelles dispositions envisagées ainsi que les moyens alloués paraissant encore flous, la plus grande attention sera portée à la mise en œuvre effective de ce qui a été présenté ... Après le contrôle du CGLPL en janvier 2018, qui nous a touchés, la CDSP a décidé de s'investir dans le comité de suivi des dysfonctionnements constatés... en 2019, ce sera un des points d'attention de la commission.»

CDSP 44 2018 : « Le Contrôleur Général des libertés et de la détention s'est déplacé en Loire Atlantique, à deux reprises, (CHS BLAIN et SAINT NAZAIRE). La CDSP a été invitée à participer à la visite du CH de SAINT NAZAIRE. Madame ..., cheffe de mission était chargée de cette visite programmée au sein de cet établissement et non d'une visite inopinée comme cela est prévu également par les textes. Monsieur..., médecin généraliste était présent ainsi qu'un représentant de l'UNAFAM. A cette occasion, la délégation nous a alerté sur la libre circulation des patients en soins libres et des patients hospitalisés en unités fermées ».

CDSP 45 2018 : « La visite de Mme la CGLPL de février 2017 (au CH Montargis), ainsi que son courrier du 04/07/2018 à Mme la Ministre des solidarités et de la santé, suite à ce contrôle, ont été évoqués. Ce courrier faisant mention de **plusieurs manquements des services de l'unité psychiatrique concernant le respect des patients**, la CDSP a adressé un courrier au directeur de l'établissement afin de connaître les mesures mises en place pour remédier à cette situation. Dans sa réponse du 6/11/2018, le directeur du centre hospitalier a envoyé la liste des actions qui se dessinent dans le service : livret d'accueil spécifique à l'hospitalisation en psychiatrie rédigé et validé, remis aux patients, comportant un chapitre sur le droit de vote des malades ; formulaire « recueil de l'accord de la personne de confiance désignée par le patient » validé et mis en place ; les certificats médicaux à 24 h et 72 h de l'admission sont réalisés après évaluation des patients par les médecins (audit de dossier réalisé le 7/11/2018) ; respect de la dignité vestimentaire : port systématique d'un bas de pyjama et d'une blouse fermée, le port du pyjama étant une décision médicale qui se traduit par une prescription et ne peut excéder 48 heures. »

CDSP 49 2019 : « La directrice des usagers du centre angevin de santé mentale (CESAME) a également fait une brève restitution orale de la visite du contrôleur général des lieux de privation de liberté qui a eu lieu en juin 2019 au Césame: - avec des points positifs [...] - et des points à améliorer tels : la prise en charge des détenus en chambre sécurisée, l'absence de TV, patère pour les vêtements et coupe sangle

dans les chambres d'isolement, la présentation parfois en pyjama des patients pour l'audition devant le JLD, l'information sur les voies de recours faite par les soignants et non l'autorité décisionnaire, l'information sur la sexualité, le droit de vote. »

CDSP 69 2018 : « Le CGLPL est venu examiner pendant une semaine l'hôpital de Saint Cyr au Mont d'Or en 2017 et, notamment, s'est penché sur la question de l'isolement. Un rapport a été rendu qui préconisait notamment la mention pour chaque patient isolé, de la nature des soins, durée et nom des soignants intervenant pour chaque acte, ce qui a été pris en compte par le Centre Hospitalier.

CDSP 76 2019 : « Le rapport annuel rendant compte des pratiques d'isolement et contention doit être repensé à la lumière des préconisations du CGLPL dont les conclusions ont été abordées lors de la réunion. »

CDSP 92 2019 : Les travaux du CGLPL y sont cités à dix reprises. Ex : « 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 Wi-Fi) 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 9* : La Commission invite tous les établissements à mettre en place des règles d'accès au téléphone portable et à Internet permettant aux personnes sous soins sans consentement 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. »

Ainsi s'est affirmée la complémentarité prévue par les textes avec le JLD (dont on analysera un autre aspect important dans le chapitre suivant) et s'est inventée une relation dynamique avec le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté qui aide cette institution à identifier des dysfonctionnements dans les établissements psychiatriques et à vérifier que ses recommandations sont suivies d'effets.

## 5. Une volonté de dialogue avec les équipes soignantes autour de leurs pratiques

Dans un premier cas de figure, ayant reçu en audition quelques patients, les CDSP interrogent les équipes soignantes sur l'opportunité de mesures qui les interpellent et obtiennent, parfois, une modification de celles-ci pouvant aller (rarement) jusqu'à la levée. Les rapports annuels, conçus dans la perspective de recevoir une large diffusion (la CADA ayant plusieurs fois donné suite à des demandes de communication, notamment de la CCDH liée à l'Eglise de scientologie) reflètent peu cette part de leur activité autrement que par le nombre brut, conséquent, des patients qu'elles ont reçus.

Dans un second type de situations, un nombre non négligeable de CDSP indiquent avoir adressé des courriers aux médecins des services traitant les malades dont l'analyse du dossier leur a semblé présenter une anomalie du point de vue de l'opportunité du maintien dans la forme en cours.

CDSP 12 2018 : « Au cours de ses trois séances, [...] elle a saisi 6 médecins au sujet de la situation de plusieurs patients et a écrit un courrier au directeur de l'établissement. »

CDS 18 2018 : « Des remarques ont été adressées par courrier aux médecins (5) et au directeur de l'établissement (1) concernant : **la durée des mesures semblent excessive**, une mesure de soins sous contrainte qui n'est plus adaptée pour un patient qui relève d'une prise en charge médico-sociale... » Puis, en 2019 pour « l'irrégularité d'une décision d'admission dont le certificat initial ne comportait aucun motif, pas même d'ordre médical ».

CDSP 31 2018 : « La CDSP est régulièrement amenée à interpellier les psychiatres pour leur demander de justifier le maintien de soins contraints qui se prolongent. »

Cette offre de dialogue ne rencontre malheureusement pas toujours ses interlocuteurs :

CDSP 18 2018 : « La présence des psychiatres traitants lors de la venue des membres de la commission demeure exceptionnelle. »

CDSP 29 2018 : « Nous rappelons notre souhait de pouvoir échanger avec un représentant de la direction et un membre du corps médical à chacune de nos visites. »

Les CDSP essaient d'analyser les dysfonctionnements du système des soins sans consentement en évitant d'être jugeantes. Les commissions ont tout d'abord conscience du manque général et chronique de personnels des services de psychiatrie accueillant des patients en soins sans consentement. Elles le soulignent régulièrement ainsi que des difficultés particulières, comme la montée de la violence dans certains services.

CDSP 42 2017 : Au CHU de St Etienne, la commission note qu'« un regain de violence verbale se manifeste depuis 2 ou 3 ans à l'endroit des soignants.... Pour la commission, un professionnel qui subit de la violence est déstabilisé alors même qu'il est sur son lieu de travail. La CDSP se doit de relever ce problème... »

Mais elles ajoutent que cette situation ne saurait excuser le maintien de pratiques contraires au droit des patients et elles formulent des suggestions.

On a déjà signalé l'attention portée aux difficultés suscitées par la cohabitation de mineurs avec les adultes dans certains services de même que celle de malades Alzheimer. Des CDSP signalent d'autres présences indues :

CDSP 45 2018 : « Certains malades (sont) accueillis en établissement de santé alors qu'ils relèvent d'un suivi en institution. En effet, certains patients dont l'état de santé est stabilisé ont besoin d'un système psycho/socio/éducatif et leur orientation vers un établissement adapté peut prendre des années. Certains se tournent vers des structures à l'étranger ayant un fort taux d'encadrement de type éducatif. »

Certaines commissions proposent aussi aux établissements des méthodes de management pour créer des dynamiques de changement.

CDSP 34 2018 : Propositions : « Développer des groupes référents pluridisciplinaires en responsabilité de la question des soins sans consentement dans les différents établissements de santé ; généraliser au niveau départemental des rencontres annuelles médecins, magistrats et référents de la permanence pénale des avocats sur la question des soins sans consentement, rencontres auxquelles la CDSP serait conviée. » Et, l'année suivante, elle salue l'existence de la création du « groupe de travail pluridisciplinaire sur l'amélioration de l'application de la loi sur les soins sans consentement, ouvert aux magistrats, avocats et représentant de l'ARS », tout en regrettant que la dernière citée n'y soit pas parue.

## **6. Le développement d'une pratique de médiation**

Certaines CDSP, sollicitées par les équipes soignantes, se posent en médiatrices entre médecins et autorité préfectorale. Certaines ont été approchées par des personnels soignants inquiets du refus systématique, par les préfets, de sorties accompagnées et, encore plus, de levées de mesures pour des personnes en SDRE en dépit de certificats médicaux circonstanciés expliquant l'intérêt thérapeutique de

ces décisions médicales; ces CDSP ont alors entrepris des démarches auprès des représentants de l'Etat pour demander des explications, leur demandant parfois un rendez-vous. Elles signalent ce faisant une forme **d'abus de pouvoir d'autorités administratives s'investissant d'un rôle médical indu** :

CDSP 18 2018 : « On peut constater une nette diminution des refus de levée du représentant de l'Etat (4) : des certificats médicaux plus motivés et des demandes de deuxième avis ont permis au représentant de l'Etat de prendre des décisions en toute connaissance de cause. »

CDSP 31 2017 : « Lors de sa dernière visite, la commission a été interpellée par les médecins psychiatres sur l'attitude du **préfet de Haute Garonne qui, avec une fréquence croissante, ne respecte pas les avis médicaux et s'oppose aux sorties et aux permissions**. Une demande d'audience à la préfecture à ce sujet devra être envisagée après la mise en place de la nouvelle commission. »

CDSP 44 2017 : « La CDSP a été saisie de deux situations par des psychiatres référents eux-mêmes, le cabinet du **représentant de l'Etat dans le département exigeant l'instauration d'un programme de soins** alors que les deux avis médicaux concordants pour la levée avaient été adressés dans les délais impartis, conformément à l'article L.3213-9-1 du Code de santé publique. Suite aux courriers adressés aux médecins avec copie au cabinet du préfet, aucune réponse de l'autorité administrative n'a été reçue mais, selon les renseignements recueillis (de l'ARS et de l'établissement hospitalier concerné), cette situation ne s'est plus reproduite. » En 2018, elle ajoute : « Pas moins de 50 % des établissements interrogés nous ont relaté une évolution de leurs relations avec l'autorité préfectorale quant à l'octroi, pour certains patients en SDRE, d'autorisations de sortie. Ce constat sera à approfondir en 2019. »

CDSP 45 2017 : « Les membres de la commission s'interrogent sur le bénéfice de la contrainte. En effet, pour certains malades, un contrat de soins avec un engagement du malade ne serait-il pas judicieux ? Un courrier a été adressé au Préfet concernant une situation précise et posant la question du bénéfice thérapeutique du maintien de la mesure de contrainte. »

La médiation peut aussi être sollicitée entre patients et médecins, la définition des conditions d'accès au dossier médical entrant dans les nombreuses compétences des CDSP :

CDSP 49 2019 : « La directrice usagers du CSM Angevin (Césame) a saisi la commission pour avis sur une demande d'accès direct à son dossier médical d'une patiente, laquelle refuse cet accès lors d'une consultation accompagnée par un médecin médiateur du Césame.... Après rappel de la loi stipulant que le médecin ne peut s'affranchir des conséquences des effets possibles de la communication du dossier médical à un patient, les membres de la CDSP conviennent, compte tenu de l'état clinique de la patiente, d'un courrier de réponse à la directrice chargée des usagers proposant la communication du dossier médical de la patiente accompagnée par son médecin traitant ou tout médecin de son choix. »

## VII. **Une complémentarité entre la CDSP et le juge des libertés et de la détention s'établit malgré l'imprécision des textes**

L'article L.3223-1 du code de santé définissant les missions des CDSP suggère une complémentarité avec le juge des libertés et de la détention à travers trois alinéas :

- Alinéa 5 : elle « *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* » ;

Cet alinéa est complété par l'article R3223-6 qui prévoit que « *la commission visite les établissements habilités mentionnés à l'article L. 3222-1 au moins deux fois par an.* »

Le JLD tient « audience », en général une fois par semaine, pour entendre les personnes admises en soins sans consentement depuis moins de douze jours afin de vérifier la légalité de la mesure prise par

le directeur de l'établissement, le préfet ou le juge. **Le nombre élevé des cas examinés à chaque séance exclut en pratique que le juge ajoute à sa mission une tâche qui n'est que facultative : celle de visiter les locaux où sont hospitalisés les patients.**

En revanche, la CDSP est tenue de réaliser des « visites » des établissements, ce qui inclut une dimension spatiale : elle peut explorer tout espace qui lui paraît pertinent au sein de la structure de soins. Ainsi que le rapport 2017 de la CDSP 77 l'explique, « les visites d'établissement permettent à la commission d'apprécier concrètement si les libertés individuelles et la dignité de la personne sont respectées au quotidien dans les services. » Elles sont donc un élément décisif de son pouvoir de vérification, comme on l'a vu précédemment à différentes reprises, et la distinguent nettement de celui du JLD.

Les 135 rapports de CDSP examinés ici dénombrent un total de 970 réunions et visites en trois ans dans 149 établissements. Les maxima de visites annuelles sont dans le Pas de Calais et Paris (18), la Seine Maritime (15) et les Hauts de Seine (13). Ces différences s'expliquent essentiellement par le nombre des établissements habilités pour les soins psychiatriques sans consentement, très variable, selon les départements (d'un à huit) et le choix des commissions de tenir la plupart de leurs réunions dans les bureaux de l'ARS ou dans les établissements.

- *Alinéa 3 : elle « 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'Etat :*
  - a) *Celle de toutes les personnes dont l'admission a été prononcée en application du 2° du II de l'article L. 3212-1 [les admissions en soins psychiatriques pour péril imminent] ;*
  - b) *Celle de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an ; »*

L'alinéa b) de cet alinéa assigne à la CDSP une mission clairement différenciée et complémentaire de celle du JLD : en effet, celui-ci est seulement tenu, après l'audience dite « à 12 jours », de ne réexaminer la situation des patients en hospitalisation complète qu'au bout de six mois. Les patients en programme de soins (sous forme de soins ambulatoires, hôpital de jour, séances au CATTTP...) ne bénéficient alors plus d'un contrôle systématique du JLD. La CDSP prend le relais du JLD lors de ses visites au moins biennuelles en examinant l'ensemble des dossiers des personnes hospitalisées, avec parmi ses priorités les séjours de plus d'un an et les programmes de soins (sous forme ambulatoire), et en auditionnant les malades qui le demandent, y compris ceux placés en isolement.

- *Alinéa 7 : elle « 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 la personne fait l'objet ; »*

Cette rédaction organise une complémentarité entre les deux missions, les visites de la CDSP et ses contrôles sur dossiers étant susceptibles de lui permettre d'observer des irrégularités relevant de la juridiction du JLD. Elle peut alors les lui signaler et lui suggérer, quand c'est pertinent de les corriger par une levée de mesure.

Cette pratique est pourtant peu développée et la plupart des CDSP s'en tiennent à une action de communication sur l'action, le rôle et les règles de saisine du JLD. Cela mérite interrogation.

## 1. Le pouvoir peu utilisé de demander au JLD la levée des mesures d'admission en soins sans consentement

Rares sont les rapports indiquant que la commission a proposé à un JLD la levée d'une mesure d'hospitalisation à temps plein, ce qui entre pourtant dans ses missions selon l'article L. 3223-1 7° du Code de santé publique. Dans les rapports reçus, le sujet n'est explicitement évoqué que par deux commissions :

CDSP 27 2017 : « Entretien avec le patient "irresponsable pénal" faisant l'objet d'un programme de soins dont la situation a été signalée par la CDSP. Celui-ci est favorable à une levée de sa mesure et en comprend les enjeux. Il accepte le principe des deux expertises exigées compte tenu de la forme juridique de la mesure dont il fait l'objet. L'avis de son psychiatre sera demandé par la CDSP avant saisine du JLD par la commission. »

CDSP 83 2017 : « On note un accroissement sensible des levées judiciaires en 2017 par rapport à 2016 ... Les motifs des levées pour des problèmes de procédure ont concerné le JLD de Draguignan et le CH de Dracénie, auquel la CDSP du Var a signalé ces points courant 2017. Depuis lors, le CH a apporté les correctifs nécessaires. »

L'explication, sur laquelle nous reviendrons et que laisse entrevoir la rédaction varoise, tient pour partie dans le fait que la CDSP dispose elle-même d'un pouvoir autonome de levée des mesures en ce qui concerne la majorité des admissions, celles sur décision du directeur de l'établissement. Mais la principale tient à la conception que les commissions ont de leur rôle, celui d'être des acteurs du dialogue avec les soignants et non de la sanction, qui les différencie en cela du JLD.

Lorsque, dans son rapport 2019, la CDSP 92 « préconise l'organisation périodique de rencontres entre le groupe d'avocats du Barreau des Hauts de Seine spécialisés dans les soins sans consentement, 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 », elle exprime le sentiment largement partagé et popularisé par les médias (notamment le film « 12 jours » de Raymond Depardon) que, compte tenu de l'état de sédation profonde dans lequel sont les patients reçus par les juges lors de l'audience qui constitue l'essentiel de leur activité, les magistrats sont peu en mesure d'administrer une justice pertinente, et jouent donc une partition assez vaine. La proposition d'associer des avocats à la réflexion commune suggérée procède aussi d'échanges qu'elle a régulièrement avec les défenseurs commis d'office qui lui disent la difficulté d'exercer leur rôle dans la condition où sont des clients rencontrés quelques minutes avant l'audience. En somme, délicatement, cette commission suggère de réfléchir à l'organisation d'une meilleure protection des patients en ne se contentant pas de l'audience obligatoire des « 12 jours », où elle pourrait être elle-même partie.

Les CDSP opposent à la pratique de la « levée » contraire à l'avis des médecins, le principe du partage d'information pour rechercher la meilleure décision dans l'intérêt du patient.

CDSP 42 2017 : « La commission, lorsque la situation le nécessite, prend soin de demander des informations complémentaires sur la situation et l'évolution de l'état de santé auprès des médecins psychiatres avant de répondre aux courriers des patients. »

CDSP 45 2018 : « La CDSP a demandé des informations supplémentaires aux médecins référents de 11 malades concernant la situation sociale, mais également pour avoir des détails sur leur santé mentale et leur autonomie. ... Pour un patient (dont elle examinait le dossier), la commission a souhaité avoir confirmation de la stabilisation de l'état clinique du malade. Le médecin référent a demandé la levée de la mesure. Une expertise psychiatrique a été organisée, le malade étant reconnu irresponsable pénalement. Les conclusions du médecin expert étant défavorables à une levée, la mesure de soins sans

consentement se poursuit. »

Cette approche souligne la différence de position institutionnelle des CDSP par rapport aux JLD. Ceux-ci sont cantonnés par la loi à l'analyse formelle de la légalité de la mise en place, puis du maintien tous les six mois, de soins sous une forme restrictive de libertés, l'hospitalisation complète. La tentative de quelques-uns de porter un jugement en opportunité a été contrecarrée par plusieurs arrêts de jurisprudence.

En revanche, comprenant pour moitié des médecins, et habilitées de ce fait à analyser les rapports médicaux inclus dans les dossiers qu'elles consultent, les CDSP peuvent à la fois contrôler la régularité juridique des mesures, mais également leur opportunité d'un point de vue médical. Habilitées à examiner les dossiers médicaux des patients, c'est autant sur les irrégularités juridiques que sur les incohérences de ces derniers documents que se fondent leurs analyses et leurs choix des moyens les plus adaptés pour faire prévaloir les droits et la dignité des patients. Demander la levée d'une mesure sans négociation préalable ne leur apparaît que très rarement comme la solution la plus indiquée.

Une forme d'autocensure s'est donc de fait instaurée dans l'exercice de leur rôle par les CDSP, en contradiction avec la loi : celle-ci les a dotée d'un pouvoir de levée de mesures qui apparaîtraient irrespectueuses de principes fondamentaux. Or, comme nombre de citations l'ont précédemment démontré, de telles infractions abondent dans les relevés des CDSP. Nous reviendrons en conclusion sur cette posture qui intrigue.

## **2. Une fenêtre sur l'activité des JLD**

Bien que les textes ne le leur demandent pas, la plupart des CDSP jettent, à travers leurs rapports, un éclairage rare sur les activités des JLD : dans le tableau intitulé « éléments de cadrage » établi par l'ARS qui leur est annexé, sont recensées et détaillées par types les levées de mesures réalisées par les JLD au cours de l'année précédente. On y distingue les levées de mesures SDRE-SDJ d'une part, et SDDE d'autre part. Ainsi peuvent être établies des comparaisons entre JLD quant à leur propension à « lever » ou non.

Un petit nombre de rapport analyses ces données et explicitent les motifs de levées. Ils signalent ce faisant les différents types de vices de procédure qui ont motivé la décision des juges. Ces motifs recourent le plus souvent les infractions relevées par les CDSP elles-mêmes dans les dossiers de patients :

CDSP 45 2017 : « 8 ordonnances ne confirmant pas la décision préfectorale : le dossier n'étant pas complet (3), l'hôpital n'a pas mentionné la nécessité de la présence d'un interprète (1), le certificat médical n'étant pas assez argumenté concernant la nécessité des soins (1), le médecin proposant la levée dans son avis préalable (1), le patient étant en fugue, puis revenu, le JLD estimant qu'un arrêté de réadmission aurait dû être pris (1), après un arrêté de réadmission concernant une malade qui n'avait pas encore réintégré le service au moment du contrôle du JLD, le préfet ayant fait appel de la décision, la Cour d'appel a maintenu la décision du JLD (1). » En 2018, au CH de Montargis, parmi les « principaux motifs de main levée » autres que ceux déjà cités figuraient : » 9 pour avis préalables ou certificats médicaux insuffisamment argumentés 3 car la notification au malade ne figurait pas au dossier, 2 suite à une réception des saisines hors délai, 6 pour la même raison, le délai ayant été calculé à partir de l'arrêté d'admission et non à partir de l'admission du malade dans l'établissement de santé ; 1 car le nom du tuteur n'a pas été transmis au JLD qui ne l'a pas convoqué. Et « la préfecture a fait appel 4 fois et les 4 décisions ont été infirmées ». Au CH de Fleury les Aubrais, « une mesure a été levée faute d'éléments cliniques suffisants dans les certificats médicaux. Après appel du Procureur, la Cour d'appel a confirmé

la décision du JLD. »

CDSP 77 2017 : « Des données communiquées par le CH de Nemours concernant 2016 éclairent les motifs de mainlevée. Sur 146 auditions concernant des patients de cet établissement, 12 se sont conclues par une mainlevée de la mesure de soin (soit 8%), dont 9 pour contrainte non justifiée, 2 pour saisine hors délai et 1 pour vice de forme. La proportion de mainlevées apparaît ainsi comme un indicateur de la qualité des procédures mises en œuvre et des documents communiqués au juge. »

En complément de ce qu'ils disent parfois sur les difficultés des relations des équipes soignantes avec les préfets, certains rapports de CDSP informent aussi des tensions qui peuvent exister entre JLD et autorités préfectorales autour de l'enjeu de la levée des mesures limitatives de libertés que constituent les soins sans consentement. Certaines font de ces données le point de départ d'une réflexion avec les équipes soignantes sur la manière dont sont réalisés les examens médicaux dont les certificats rejetés par les JLD sont le reflet.

CDSP 83 2018 : « Au CHS Henri Guérin, la réunion s'est attachée à analyser les motifs des levées judiciaires – qui ont connu une forte progression (245%) entre 2016 et 2017. Cette analyse a débouché sur trois pistes de réflexion et d'action : Mieux étayer les certificats médicaux qui précèdent l'audience devant le JLD ; former les équipes des services médicaux d'urgence et de réanimation de Fréjus et de Brignoles aux fins d'établissement de certificats d'admission en péril imminent plus circonstanciés ; plus globalement œuvrer dans le sens de certificats médicaux solidement argumentés sur les plans de l'étiologie comme de l'individualité des patients, à tous les stades de la prise en charge. » Et, en 2019, revenant sur la question des certificats médicaux, la CDSP ajoutait préconiser qu' « au-delà de la symptomatologie, ces documents devraient renseigner sur l'histoire du patient et sur la qualité de ses relations avec l'équipe soignante ; bien préciser les faits à l'origine de l'admission (ce qui s'avère particulièrement nécessaire pour les certificats médicaux d'admission en "péril imminent" souvent établis par des urgentistes et... en urgence ; respecter une exigence d'intelligibilité par les patients eux-mêmes ; rendre compte du comportement des patients au cours des activités auxquelles ils participent. »

Informé le public sur la manière dont le Juge des Libertés et de la Détention défend les droits des personnes en situation d'extrême vulnérabilité qui lui sont présentées est une autre façon d'assurer une complémentarité avec ce magistrat dont le rôle est peu connu.

### **3. La promotion du rôle de protection du JLD auprès des patients**

Dans le traitement des plaintes qu'elles reçoivent, que ce soit par écrit ou lors de l'audition de patients qui ont souhaité être entendus, les CDSP invitent souvent les patients à saisir le JLD, leur rappelant un droit dont les soignants s'abstiennent souvent de faire la promotion :

CDSP 18 2019 « En fonction des demandes, il a été rappelé aux personnes, les voies de recours, le contrôle systématique du JLD, l'obligation d'avoir un avocat lors des audiences et de discuter de leur situation avec le psychiatre traitant. »

CDSP 42 2017 : « La commission, qui n'est pas compétente pour répondre sur le bien-fondé des soins sans consentement, ne laisse pas un patient sans réponse. Elle vérifie le dossier sur la régularité formelle de la procédure et informe le requérant du possible recours devant le juge des libertés et de la détention. »

CDSP 92 2018 : « Comparée à celle de la plupart de leurs collègues des autres départements d'Île de France, la pratique des Juges des Libertés et de la Détention des Hauts de Seine en matière de levée des mesures apparaît plus modérée. Une des explications pourrait se trouver dans le constat d'un bon respect des procédures en général dans les Hauts de Seine. Une autre pourrait être la laconisme des informations données aux patients sur la possibilité de s'adresser à ces juges en dehors des deux moments obligatoires que sont les 12 jours et les six mois. La Commission en a fait la remarque à chacune

des directions d'établissement des Hauts de Seine et proposé une rédaction plus complète des documents d'information sur leurs droits remis aux patients. »

CDSP 94 2018 : « A l'issue d'entretiens avec des patients, certains ont évoqué n'avoir jamais rencontré le JLD depuis leur admission alors qu'ils sont sous contrainte depuis plusieurs mois. Les responsables de l'unité et **la direction de l'hôpital ... prétextent que l'état de santé de ces patients provinciaux ne leur permet pas de se présenter physiquement devant le JLD**, mais qu'ils demeurent représentés par un avocat. La CDSP fait part de sa réserve sur cette procédure et estime que **le droit des patients à s'exprimer devant le JLD est dévoyé**. Il lui paraît anormal que les patients du département soient vus à Paul Guiraud les mardis et jeudis, alors que les autres ne peuvent exercer ce droit en raison de contraintes de transfert ou d'éloignement géographique. *Préconisation* : une délégation de compétence serait à prévoir... Il paraît fondamental que le patient puisse rencontrer le JLD car il y a un risque vital engagé qui nécessite la mise sous contrainte. La CDSP a porté à la connaissance du contrôleur général des lieux de privation de liberté cette situation qu'elle considère peu respectueuse des droits des patients à être auditionnés par le JLD. »

#### 4. Le rappel des règles de tenue des audiences du JLD

Enfin, les CDSP peuvent s'inquiéter des modalités de tenue des audiences des JLD :

CDSP 77 2017 : « La possibilité des audiences par vidéo-conférence ayant été supprimée, des salles d'audience ont été aménagées dans les hôpitaux de Jossigny, Meaux, Nemours et Provins, mais deux hôpitaux sur six (Melun et Coulommiers) en sont dépourvus, ce qui entraîne des déplacements pour les patients (parfois contentionnés durant le trajet), mobilise des personnels et nécessite le recours à des ambulances privées. La direction de l'hôpital de Coulommiers estime à 36000 € par an le coût de ces transferts. Ces comparutions sont souvent mal vécues par les patients, en dépit des explications apportées par les soignants. La présence obligatoire de l'avocat n'a pas contribué à lever leur incompréhension sur le sens réel de cette procédure. La présence d'une « barre » (CH de Meaux) et le port de la robe par le JLD, le greffier et l'avocat, en renvoyant une image de « tribunal », ne font que renforcer l'anxiété des patients. **La commission a demandé aux chefs de pôle de veiller à ce que les patients ne comparaissent pas en pyjama.** »

CDSP 92 2018 : « La Commission a noté que le protocole "conditions d'hospitalisation en psychiatrie adulte" de l'établissement Louis Mourier "rappelle que quand le patient n'est pas audible par le JLD, le juge rend son avis sur étude du dossier". Or, la CDSP s'est interrogée, lors de l'examen du dossier d'un patient, sur la validité d'un certificat médical constatant l'impossibilité pour un patient d'être entendu par le JLD rédigé par un interne.... Par ailleurs, la Commission invite tous les établissements à **autoriser les avocats assistant les patients lors des audiences du JLD à se rendre à leur chevet** avant celles-ci lorsque le médecin soignant a émis l'avis que la personne n'est pas en état d'assister personnellement à l'audience.

CDSP 92 2019 : « La Commission rappelle que les salles d'audience des juges de la liberté et de la détention doivent faire l'objet d'une signalétique claire et accessible pour tous les patients et leurs visiteurs, annonçant les jours de leur tenue. Des espaces dédiés doivent leur être réservés. En rappelant ce principe, la Commission a l'objectif de donner à cette avancée du droit dans l'espace médical qu'a constitué l'institution de l'audience du JLD dans les 12 jours de l'hospitalisation, puis tous les 6 mois, la visibilité qu'elle mérite. Son souci était aussi de faire comprendre aux usagers que ce juge peut être saisi à tout moment par toute personne placée en soins sans consentement qui considère que ses droits fondamentaux ne sont pas respectés. »

Enfin, certaines commissions ne se contentent pas d'assurer le suivi des recommandations du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, mais le saisissent de situations qu'elles estiment préoccupantes. Ainsi la CDSP 34 indique-t-elle dans son rapport pour 2017 avoir « alerté par écrit en

date du 10/04/2017 concernant la situation de M. D., Mme la ministre des affaires sociales et de la santé avec copie à M. le préfet de l'Hérault, M. le procureur de la République, M. le Directeur du centre hospitalier du Bassin de Thau, Mme la directrice générale de l'ARS, M. le Dr B., responsable du pôle psychiatrie du CHIBT et Mme la Contrôleuse des lieux de privation de liberté. »

En somme, conscientes de leur position institutionnelle très différente de celle du JLD mais aussi de la complémentarité de leurs rôles, les CDSP ont inscrit dans leurs pratiques une large gamme de méthodes mettant en œuvre celle-ci : par des visites à l'affut de toutes formes de violation des droits ou d'irrespect de la dignité des patients, par l'analyse des irrégularités procédurales reflétées par les dossiers, par une attention particulière accordées aux populations susceptibles de passer sous le radar du juge, par le recueil de témoignages... etc. tout en assurant la promotion du rôle protecteur du juge.

Toutefois, cette complémentarité implicite gagnerait certainement à être explicitée par un cadre légal plus clair capitalisant sur l'expérience.

## Conclusion

Cette étude révèle qu'un nombre significatif de CDSP assument avec exigence la plus grande partie des très nombreux et ambitieux rôles que leur assigne la loi. Le contrôle du respect des droits des patients qu'elles exercent dans le cadre des hospitalisations sans consentement s'attache principalement à la fois :

- à l'observation des conditions matérielles de la privation de liberté que subissent ce que l'on appelait jadis « les internés »,
- à la vérification de la régularité juridique des admissions, en particulier de celles « sans tiers » -pour lesquelles la commission, qui comprend des représentants des usagers et des familles, joue un rôle de tiers collectif –,
- à la surveillance des durées d'hospitalisation ( y compris sous la forme ambulatoire des programmes de soins),
- à l'analyse de l'opportunité des pratiques pouvant attenter à la dignité des personnes accueillies par les établissements,
- à comprendre, par le dialogue avec les directions et les médecins, l'origine des dysfonctionnements constatés et à tenter de les corriger.

Les tâches qui sont confiées aux CDSP par la loi sont aussi variées que considérables, ce que traduit le fait que rares sont les rapports couvrant l'intégralité du champ théorique de leurs compétences. Les présidents de commissions sont conduits à définir, avec leurs collègues, des choix de priorités. Les deux tableaux annexes en donnent une compréhension visuelle : d'un département à l'autre, différentes colonnes ne sont pas remplies.

## Les principaux dysfonctionnements dénoncés

Mis en perspective, ces rapports alertent sur des dysfonctionnements répétitifs tout en **suggérant des réformes nécessaires** :

- Si **l'usage des procédures d'admission dérogatoires au principe des deux certificats médicaux nécessaires lors d'une admission est désormais prépondérant**, se référant aux explications avancées par les établissements (manque de psychiatres mobilisables, logique des urgences, scrupule croissant des proches à signer), les rapports **invitent à repenser le dispositif général des admissions en soins sans consentement** pour tenir compte à la fois de la réalité de la difficulté à trouver des médecins disponibles pour un second certificat et de l'attitude compréhensible d'un nombre croissant de familles soucieuses de ne pas laisser, par

leur signature, la trace de l'acte de violence psychologique que représente, pour leur proche autant que pour elles, la démarche de demande d'admission en soins sans consentement.

- En décrivant **des conditions de sécurité insuffisantes** porteuses de risques d'automutilation, d'arrêt cardiaque ou d'AVC dans les chambres de soins intensifs et, plus fréquemment et plus généralement, des conditions matérielles indignes dans l'ensemble des espaces de certains établissements, ce sont **les fondements mêmes des soins sans consentement et, encore plus des pratiques d'isolement et de contention, dont la légitimité est questionnée.**
- Quand les commissions dénoncent **le refus de certains préfets** d'accorder des permissions de sortie – à fortiori des programmes de soins - à des patients à qui les médecins les prescrivent en tant que jalons d'un parcours thérapeutique, elles mettent en lumière **des abus de pouvoir qui appellent un recadrage législatif.**
- **L'abus des « copier-coller »** dans les certificats médicaux mensuels qu'elles observent alerte sur le risque d'une routinisation de la pratique psychiatrique et **appelle à une révision des procédures qui réduirait la paperasserie tout en replaçant la personne au cœur de soins visant à son retour à une vie épanouissante.**
- Les **difficultés d'accès aux nouveaux registres informatisés de l'isolement et de la contention** et d'obtention d'extraits leur permettant de les analyser, et **le non-respect fréquent des règles de leur tenue** qu'elles signalent, **jetant un doute sur la capacité** de ces registres à être utilisés comme moyen efficace de contrôle de ces pratiques, **suggèrent que ce dispositif soit repensé.**
- Le fait que certaines commissions aient ressenti le besoin d'organiser **des collaborations – plus implicites qu'explicites - avec les JLD et le CGLPL non prévues par les textes** souligne en creux le manque de vision globale qui a présidé à la conception du système de la surveillance, construit par couches successives incohérentes, d'un régime de restrictions flagrantes de libertés ; **elles invitent à repenser l'organisation de la surveillance des soins psychiatriques.**
- **Le regret** récurrent des présidents de commissions **de n'avoir pas pu assumer l'ensemble de leurs missions**, faute de temps, désigne clairement **la nécessité de repenser les moyens qui leur sont donnés.**
- **Le renoncement de la quasi-totalité des CDSP à faire usage de leur capacité de prononcer des mainlevées signale, certes un louable souci de persuasion vis-à-vis du corps médical, mais aussi une forme d'autocensure exercée par les médecins** membres de ces instances, peu enclins à contredire leurs collègues cliniciens. Cette observation **interroge sur l'opportunité de leur en confier la présidence**, situation majoritaire. La suppression de la présence de magistrats dans les CDSP depuis la loi de 2019 encourage cette tendance à l'autocensure.

### **Le travail difficile des CDSP**

Les CDSP qui consignent leurs remarques et suggestions dans des rapports détaillés issus de fastidieux travaux sur dossiers et de visites chronophages ont beaucoup de mérite à le faire. Leurs membres exercent leurs missions dans des conditions proches du bénévolat : la séance de travail est rémunérée 46€ quelle qu'en soit la durée, et les frais de déplacements entraînés par des visites aux quatre coins de départements parfois très vastes ne sont pas toujours pris en charge.

L'appui en secrétariat de nombre d'ARS est souvent minimal, ces institutions étant surchargées de travail. Une règle absurde veut en outre qu'il n'y ait qu'une seule commission par département, quel que soit le nombre d'établissements placés sous son contrôle (de 1 à 10) et le nombre de personnes admises en

soins sans consentement. Même si le nombre des admissions en soins sans consentement varie de moins de 200 personnes par an (Corse du Sud) à plus de 3000 (Paris), c'est chaque fois une seule commission départementale de 5 membres (désormais) qui est chargée des contrôles. D'où il résulte que certaines commissions sont en grande difficulté pour accomplir leurs tâches.

La suppression de la présence du magistrat au sein de ces commissions par la loi de mars 2019 a été interprétée par nombre d'agences régionales de santé comme le signe d'un désintérêt de leurs autorités de tutelle leur permettant de rétrograder cette tâche loin parmi leurs priorités, au point, pour certaines agences, de ne plus assurer leur secrétariat, ni... de les convoquer.

Cette étude, en donnant la parole, à travers 233 citations, principalement à une trentaine de commissions, révèle en creux **la faiblesse du soutien des ARS : une vingtaine de rapports se limitent à la présentation d'un travail technique de vérification des dossiers des patients et des registres, voire à des tableaux statistiques**, sans aucun commentaire critique. Ces données chiffrées sont déjà une mine d'information en soi, mais on peut regretter que n'y soient pas reflétés les riches échanges qui ont souvent eu lieu avec les directions d'établissements et soignants autour de leurs constats. La comparaison avec ceux des rapports qui se livrent à des analyses fouillées des carences du système des soins sans consentement, abondamment cités dans cette étude, signale une perte de chance considérable pour la démocratie sanitaire. La qualité de certains rapports tient du reste souvent alors à leurs auteurs qui sont parfois le président ou quelques membres de la commission ayant décidé de relayer l'ARS en tenant eux-mêmes la plume.

Une étude commandée par le ministère des solidarités et de la santé à l'UNAFAM en 2017 (et non publiée à la demande du commanditaire) révélait le découragement d'un certain nombre de présidents de CDSP face à la défaillance des appuis que la loi prévoit théoriquement pour eux. Plusieurs rapports de CDSP expriment aussi cette lassitude.

Les CDSP sont de fait les vigies malaimées d'un Etat qui y voit sans doute l'image de ses limites : bien qu'ayant multiplié depuis 2011 les lois et recommandations visant à convaincre les psychiatres de réduire les admissions en soins sans consentement et les pratiques d'isolement et de contention, il constate que la tendance est, au mieux à la stabilisation. **Casser le thermomètre pour ignorer la fièvre, ce que constitue l'asphyxie silencieuse des CDSP, n'est jamais la bonne façon de sortir de la maladie.** Un tiers des CDSP n'ont pas été convoquées en 2019 (avant la crise sanitaire, donc).

L'étude de l'UNAFAM invite à ne pas « casser le thermomètre », au contraire, car la CDSP constitue, avec le CGLPL dont elle est complémentaire, un rare **observatoire pluridisciplinaire et indépendant des symptômes d'une psychiatrie française qui ne parvient pas à se détacher de pratiques obsolètes et liberticides.**

La publication de l'étude de l'UNAFAM de ces 135 rapports intervient alors que se met en place une nouvelle réforme qui donne aux patients et à leurs proches le droit de saisir le JLD lorsque les mesures d'isolement ou de contention dépassent des durées instituées en normes. On peut voir, dans l'article 84 de **la loi du 14 décembre 2020 qui l'institue, un progrès, mais aussi un trompe-l'œil** : le juge n'aura toujours pas le droit de se prononcer sur l'opportunité médicale des décisions contestées. Les CDSP, nullement mentionnées dans l'article 84, ont un rôle important à jouer pour que cette réforme ne soit pas stérile : chargées de la vérification de la tenue régulière du registre de l'isolement et de la contention, visitant les chambres d'isolement et de contention, elles pourront informer le JLD de dépassements observés des durées maximales qui ne seraient pas signalés à ces derniers par les médecins. Elles **pourraient aussi lui transmettre des avis sur l'opportunité médicales de certaines décisions.**

Le moment serait donc malvenu de continuer de fermer les yeux sur l'étouffement progressif de cette institution de la démocratie sanitaire qu'est la Commission départementale des soins psychiatriques. L'étude de l'UNAFAM invite au contraire à la consolider, car elle a encore beaucoup à apporter à notre système de santé.