

Commission Départementale des Soins Psychiatriques des Hauts-de-Seine

Agence Régionale de la Santé – Délégation Départementale des Hauts-de-Seine
Département des relations avec les usagers et Soins sans consentement
Secrétariat de la CDSP
55, avenue des champs pierreux
92000 NANTERRE

Rapport d'activité 2017 (janvier à décembre 2017)

La Commission départementale des soins psychiatriques des Hauts de Seine, instituée par la loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 5 juillet 2011, est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement, au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. A cette fin, elle est informée de toute décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement, de tout renouvellement et de toute décision mettant fin à ces soins. Elle examine obligatoirement les dossiers des personnes admises en péril imminent dans les 3 mois de l'admission, puis tous les 6 mois. Elle reçoit copie de tous les certificats médicaux et peut demander copie des programmes de soins. D'autre part, elle intervient de plein droit, quelle que soit la procédure, lorsque les soins se prolongent au-delà d'une année.

L'article L 3222-5-1 du Code santé publique issu de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 complété par une recommandation de la Haute Autorité de Santé de février 2017 et l'instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017, a ajouté à ses compétences la vérification de la tenue du registre de l'isolement et de la contention qui « doit être présenté sur leur demande à la CDSP, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté et aux parlementaires ». Ce registre vise à orienter les équipes soignantes vers un réexamen de leurs pratiques en matière d'isolement et de contention, dont plusieurs rapports ont regretté l'usage excessif. La Haute Autorité de Santé notait ainsi, dans sa recommandation sur l'isolement et la contention de février 2017 « il semble que le recours à l'isolement et la contention soit en recrudescence, avec des situations inégales d'une région à l'autre, d'un établissement à l'autre, voire d'un service à l'autre. »

La commission peut proposer au Juge des Libertés et de la Détention, après dialogue avec les soignants, la levée d'une décision de placement en soins psychiatriques sans consentement sur demande du représentant de l'État. Elle peut aussi, après dialogue avec les soignants, ordonner la levée d'un placement en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers ou pour péril imminent.

Elle reçoit les réclamations écrites de patient et entend ceux qui le souhaitent lors de ses visites.

Elle peut valablement agir dès lors que deux de ses membres participent à ses activités.

Table des matières

I. Tenue des dossiers	4
II. Isolement et contention	4
III. Le respect des droits et de la dignité des patients	7
Conclusion	11
ANNEXE : statistiques HOPSY 2017	12

La CDSP 92 a visité chacun des six établissements habilités à recevoir des patients admis en soins psychiatriques sans consentement par deux fois au cours de l'année 2017.

Hôpital Érasme, Antony,
 Hôpital Paul Guiraud, Clamart
 Hôpital Louis Mourier, Colombes
 Hôpital Corentin-Celton, Issy les Moulineaux
 Hôpital Max Forestier, Nanterre
 Hôpital MGEN, Rueil-Malmaison

La situation de la psychiatrie publique se caractérise, dans les Hauts de Seine, par les données suivantes :

- population desservie par chacun des secteurs couverts par les 6 hôpitaux (Recensement de 2013),

Etablissement	Secteur	population
Louis Mourier	92G06	84577
CASH	92G07	85523
CASH	92G10	92227
Corentin Celton	92G12	93832
Paul Guiraud Clamart	92G16	64760
Paul Guiraud Clamart	92G17	80703
Paul Guiraud Clamart	92G18	79960
Paul Guiraud Clamart	92G19	74484
Mgen Rueil Malmaison	92G08	62346
Mgen Rueil Malmaison	92011	79762
ERASME Antony	92G09	91957
ERASME	92G20	74719
ERASME	92G21	81439

- nombre d'hospitalisations (complètes) totales dont celles sans consentement dans chacun des hôpitaux ; (Source : données PMSI 2017)

Etablissement	Nombre d'hospitalisations complètes	Dont Hospitalisations libres	Dont Hospitalisations sous contrainte	Part des Hospitalisations sous contrainte
EPS Erasme	1606	1163	443	28 %
CH CASH de Nanterre	418	232	186	44,50 %
MGEN	697	486	211	30 %
CH Louis Mourier *				
CH Corentin Celton *				
Paul Guiraud Clamart *				

- * statistiques non disponibles pour les hôpitaux de l'APHP

- parts respectives des SDRE, SDT, SDTU, SPPI

Etablissement	Nombre d'hospitalisations complètes sous contrainte	Dont Mesures SDRE	Dont Mesures SDT	Dont Mesures SPPI	Dont mesures sur décision du juge
EPS Erasme	443	45	267	127	4
CH CASH de Nanterre	186	31	120	32	3
MGEN	211	39	107	66	3
CH Louis Mourier *					
CH Corentin Celton *					
Paul Guiraud Clamart *					

- * statistiques non disponibles pour les hôpitaux de l'APHP

- nombre de prescriptions de programmes de soins dans chaque établissement/ en 2017 246 mesures de programmes de soins ont été prises par le Préfet des Hauts-de-Seine dans le cadre des mesures SDRE .

- nombre de saisines du Juge des Libertés et de la détention : le Préfet a effectué 202 saisines en 2017 dans le cadre des mesures de SDRE.

- nombre de décisions des JLD mettant fin aux soins sans consentement SDRE dans les différents établissements : ces décisions ont été au nombre de 7 en 2017

La commission est composée comme suit :

Membres prévus	Membres désignés	Membres siégeant
1 Magistrat	Madame Gabrielle Laurent, Vice-présidente au tribunal de grande instance de Nanterre	Non
1 Psychiatre désigné par le procureur près la cour d'appel	Mandat vacant	
1 psychiatre désigné par le représentant de l'Etat	Docteur Michael Bonnière	Non
1 Médecin généraliste	Docteur Jean-Pierre Gaston Carrère	Oui
1 représentant d'association agréée de personnes malades	Monsieur Thierry Villers , représentant la FNAPSY	Oui
1 représentant d'association	Monsieur Michel DOUCIN représentant l'Union Nationale des	

agrée de familles	Familles et Amis de Malades psychiques (UNAFAM) en remplacement de Madame Danièle CAMPARIN	Oui
-------------------	---	-----

I. Tenue des dossiers

La Commission félicite l'ensemble des services des établissements visités pour la qualité et la précision de la tenue des dossiers des patients en soins sans consentement, conditions pour qu'elle puisse exercer de façon pertinente sa mission de surveillance. Un hommage particulier est rendu aux secrétariats des établissements de Colombes, qui tient à jour un récapitulatif de chaque dossier agrafé sur la couverture, et d'Antony, qui réunit dans une chemise distincte toutes les décisions de justice.

Elle a contrôlé au total 431 dossiers dont
-183 dossiers de SDT ;
-104 dossiers de SPDRE ;
-141 de SPI ;
-3 de SDJ ; en l'espace de douze visites.

Elle a eu toutefois à regretter le fait qu'un nombre non négligeable des dossiers de patients de l'hôpital Paul Guiraud de Clamart qu'elle a examinés étaient incomplets. Des documents y manquaient tels des levées d'écrou, du fait que les personnes concernées avaient été d'abord indûment hospitalisées dans une unité sise à Villejuif avant transfert à Clamart. Mais, en dépit de demandes répétées (appuyées par l'ARS) de transmission des pièces manquantes des dossiers, ces dernières n'avaient toujours pas été reçues lors de la seconde visite, parfois plusieurs années après le transfert de la personne. Ces erreurs étant systémiques, la Commission demande que des solutions structurelles soient trouvées au problème.

II. Isolement et contention

- **Le registre de l'isolement et de la contention**

L'année 2017 était la première de la mise en œuvre de l'instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

La disposition principale de cette instruction est la tenue, dans chaque établissement psychiatrique, d'un registre de l'isolement et de la contention destiné à « permettre] aux organismes et personnes habilités à le consulter de remplir leurs missions, [mais] aussi [de] servir à alimenter la réflexion de la communauté médico-soignante sur ses pratiques et leurs évolutions. » L'article L.3222-5-1 du Code de la santé publique souligne en effet que « **l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. [...]** Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. »

La Commission a constaté une volonté généralement partagée par les six établissements de santé concernés des Hauts de Seine de mettre en œuvre ce registre. Pour ceux qui ont choisi de créer d'emblée un fichier informatique, la majorité, des configurations informatiques rigides ont toutefois rendu difficile la construction de ce registre (Rueil Malmaison et Nanterre exceptés) et, encore plus sa consultation par la Commission, qui n'a pu avoir accès qu'à des extraits. Pour ceux qui ont privilégié la tenue tout d'abord d'un fichier manuel dans l'attente d'une saisie informatique ultérieure, le renseignement des indicateurs de suivi définis dans l'annexe de l'instruction a été repoussé à plus tard compte tenu de la charge de travail que représenterait un travail d'analyse statistique à partir de documents manuscrits.

Il est apparu à la CDSP que la constitution de manière isolée dans chaque établissement d'un système informatique pour construire un registre de l'isolement et de la contention serait une lourde erreur conjuguée à une grande perte de temps. Elle recommande à **l'Agence Régionale de Santé d'Île de France de favoriser une mise en commun des approches, à défaut de procurer à l'ensemble des établissements psychiatriques de la région un logiciel commun souple d'emploi répondant aux prescriptions réglementaires tout en permettant les analyses et comparaisons favorisant l'évolution des pratiques dans le sens d'une réduction du recours à l'isolement et à la contention.**

- **La politique de l'isolement et de la contention**

Comme l'indique l'instruction précitée, l'objectif du registre est de favoriser une réflexion débouchant sur une amélioration des pratiques : « L'évaluation du recours à ces pratiques fait partie du programme de développement professionnel continu (DPC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) (audits sur les chambres d'isolement, par exemple). [...] Les perspectives d'amélioration sont basées sur l'élaboration de protocoles précis (par exemple protocole de désescalade, dispositifs de prévention des moments de violence), le DPC (plans de formation des personnels concernés), l'aménagement d'espaces dédiés dans les établissements non pourvus, des améliorations architecturales et le développement de mesures alternatives. »

La Commission départementale des soins psychiatriques n'a eu connaissance ni de l'engagement de telles évaluations ni de plans de formation adaptés dans aucun établissement et espère qu'ils lui seront communiqués lors de ses prochaines visites.

Elle salue toutefois l'élaboration par le pôle psychiatrique de l'hôpital Corentin Celton de deux fiches définissant les procédures d'isolement et de contention reprenant le texte de l'instruction précitée, qui lui ont été communiquées à l'issue de sa deuxième visite.

De même, alors que l'instruction prévoit que « **la commission des usagers est associée** à la politique définie pour limiter le recours à la contention et à l'isolement » et que l'établissement établit chaque année un « rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention [...] transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3[...] », la CDSP n'a pas eu connaissance de l'activation de tels processus de démocratie sanitaire et **recommande vivement qu'ils soient mis en œuvre.**

- **L'utilisation de l'isolement et de la contention**

La recommandation de février 2017 de la HAS a souligné que « Si l'isolement ne peut être qu'une mesure rare, les contentions ne doivent être utilisées que pour faire face à un niveau de violence

exceptionnel. L'isolement n'implique pas la contention. Isolement et contention n'ont pas les mêmes utilisations cliniques. »

La Commission s'est efforcée de vérifier que ce distinguo était bien intégré dans les pratiques. Elle n'a toutefois pas été en mesure d'apprécier, autrement que par sondage, les principes présidant à la pratique de l'isolement et de la contention dans les établissements visités. **Des pratiques très différenciées sont apparues :**

A l'hôpital MGEN de Rueil Malmaison, au second trimestre 2017, dans les chambres dédiées à l'isolement et à la contention, 30 patients ont passé au total 512 jours. Chaque chambre d'isolement a ainsi été occupée 170 jours, soit presque à temps plein (182,5). La moyenne par patient a été de 17 jours (moyenne nationale 15) et, par mesure, de 12,7 jours. Un indicateur coloré permet de repérer aisément les séjours supérieurs à 30 jours, qui ont concerné trois personnes. Au second trimestre, jusqu'au 11 octobre, la moyenne d'isolement par personne était de 16,4 jours et avait concerné 22 patients. La contention a été très peu utilisée.

Le rapport d'activité 2016 de l'hôpital Érasme d'Antony fait, lui aussi, état d'un fort taux d'occupation des chambres d'isolement et de contention : selon les secteurs de 96,3%, 87,8% et 87,9 %. Il n'a pas été fourni d'information sur la contention, qui serait très limitée.

Lors de sa visite de l'antenne à Clamart de l'hôpital Paul Guiraud, la commission a été informée de l'occupation de toutes les chambres d'isolement disponibles (sauf celles du service Claudel inoccupées du fait de travaux de rénovation).

A l'hôpital Louis Mourier de Colombes, où le registre de l'isolement et de la contention est tenu de façon manuscrite, la Commission a observé, en examinant de façon aléatoire les fiches de 15 patients, que 9 avaient fait l'objet de mises sous contention, dont parfois pour des séries élevées (jusqu'à 143 fois pour une personne, plus de 40 fois pour 3 personnes), les 7 chambres étant, aux dires des soignants, presque toujours occupées.

Le registre de l'hôpital Corentin Celton n'ayant pu être consulté, la commission a dû se contenter de l'observation que, lors de sa visite, une seule des deux chambres de soins intensifs était occupée par un patient sous contention médicale « du fait de son refus de s'alimenter » et de l'assurance d'un cadre hospitalier selon lequel l'usage de la contention était rare.

Examiné sommairement, le registre de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre fait apparaître des pratiques en net décalage par rapport aux autres établissements : des usages faible de l'isolement et rare de la contention.

La Commission a engagé un dialogue avec les équipes soignantes pour **comprendre la disparité dans les pratiques ainsi entr'aperçues** (faute d'outils statistiques satisfaisants). Les explications avancées ont été, pour les établissements où isolement et contention apparaissent fréquents :

- des patients ayant des pathologies neurologiques lourdes associées à des comportements violents, certains effectuant des séjours réguliers en UMD ;
- des orientations en SDRE parfois inadéquates par les préfets et les magistrats pour des personnes qui sont sous l'emprise de drogues, sans autres pathologies et qu'il faut isoler le temps qu'elles reviennent à la réalité ;
- des contextes sociaux lourds favorisant des attitudes violentes ;

- le choix de limiter la sédation et celui de rechercher l'adhésion des patients ;
- un sous-effectif en personnels soignants, en particulier la nuit ;
- la demande de patients qui ne se sentent pas en sécurité la nuit et demandent à être enfermés ;
- la disposition d'un parc de chambres d'isolement important qui amène d'autres hôpitaux moins dotés à demander régulièrement à être dépannés ;

La Commission encourage les équipes soignantes à engager une réflexion sur l'usage très différent de l'isolement et de la contention selon les établissements d'un même département, en particulier dans le cadre de l'élaboration des Projets territoriaux de santé mentale.

- **Un parc de chambres d'isolement et de contention incertain et évolutif**

Alors que l'instruction de la DGS demande que ces chambres constituent « un espace fermé, dédié, aménagé pour cette utilisation » et que lorsque « les mesures d'isolement [sont] réalisées dans un autre lieu dans le cas d'une indisponibilité temporaire de l'espace dédié, [ce soit à titre] très exceptionnel, [...], à titre dérogatoire et motivé dans le dossier médical du patient », la Commission a observé que plusieurs établissements ont fait le choix de la flexibilité, un certain nombre de chambres pouvant être, selon les moments, « dédiées » à l'isolement, et à d'autres moments affectées à un emploi « ouvert ».

Cet écart par rapport à la règle, que les équipes soignantes expliquent par les arguments précités et par le manque général de lits, mérite d'être signalé en ce qu'il complique la tenue du registre de l'isolement et de la contention.

III. **Le respect des droits et de la dignité des patients**

La Commission a pu observer, lors de ses visites, la grande humanité qui préside généralement aux rapports entre soignants et patients et tient à remercier les équipes soignantes qui interviennent dans des conditions souvent difficiles, compliquées par la diminution des effectifs.

Elle a reçu au total 30 patients à leur demande et a communiqué confidentiellement les recommandations qu'elle en a tirées aux équipes soignantes, dont certaines par écrit dans ses rapports de visite.

Lorsque des chantiers de réorganisation et de rénovation sont engagés, la CDSP a constaté que la préoccupation de l'amélioration des conditions de vie des patients était au cœur des projets : ainsi, à Antony, l'extension de la cafétéria conçue comme un lieu de détente et la création d'un espace informatique ; ainsi à Clamart, tout un étage réservé au sport et à l'art-thérapie.

La préoccupation exprimée par la recommandation de la HAS semble largement partagée : « L'utilisation des mesures d'isolement ou de contention constitue une restriction majeure à la liberté individuelle, et, de ce fait, doit être une mesure d'exception et temporaire. L'application de ces mesures doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet d'une supervision attentive. »

Elle a pu faire toutefois un certain nombre d'observations relatives à un insuffisant respect des droits et de la dignité des patients (hors ce qui a déjà été dit sur l'isolement et la contention)

- **Les risques sanitaires et psychologiques liés à la contention ne semblent pas entièrement maîtrisés**

- **Appels urgents**

L'organisation de la réponse aux appels lancés par les personnes placées sous contention, qui peuvent connaître des problèmes de santé somatique nécessitant une réactivité immédiate, **est traitée diversement et rarement de façon satisfaisante** dans les différents établissements. Le principe de base est celui d'un examen somatique initial déclencheur de prescriptions personnalisées et de rondes fréquentes effectuées par le personnel soignant, jour et nuit.

La fiche technique résumant la recommandation de la Haute Autorité de Santé de février 2017 prescrit une « surveillance régulière du patient [qui] doit permettre de rétablir un contact, de travailler l'alliance, de prévenir les risques de complications somatiques. Elle est réalisée par au moins deux membres de l'équipe soignante avec une attention particulière à l'état psychique du patient et aux signes d'aggravation de l'état somatique éventuels ; - avec une attention particulière aux signes de défaillance cardiaque ou respiratoire ; en considérant l'état d'hydratation, d'alimentation, d'hygiène et les besoins d'élimination.[...]

Une attention particulière est portée aux patients les plus à risque sur le plan somatique ou psychique, notamment : les patients extrêmement agités ; [...] les patients ayant des antécédents cardiaques ou respiratoires, une obésité morbide, des troubles neurologiques et/ou métaboliques ; [...] les patients victimes de sévices dans le passé. »

Une première grande difficulté que rencontre le personnel soignant est, le plus souvent, son **ignorance des antécédents somatiques** de la personne admise (argument souvent mis en avant pour justifier la mesure d'isolement). En outre, compte tenu du sous-effectif général dans les services, il n'est pas sûr que les espacements théoriques (15 minutes, une heure, deux heures, a-t-il été précisé selon les services) entre les visites de patients sous contention mécanique puissent toujours être respectés. Dans l'un des établissements, une chambre d'isolement était en réfection suite à l'incendie déclenché par l'un des malades, illustration de la nécessité d'une vigilance permanente.

D'où l'importance de permettre aux patients de lancer des appels à secours lorsqu'ils en éprouvent le besoin. La HAS prescrit que **tout espace dédié à l'isolement et à la contention soit « équipé d'un dispositif d'appel toujours accessible par le patient.** » Or, dans les six établissements visités, les sonnettes d'appel, toujours fixées au mur, rendent impossible la possibilité qu'un malade contenu puisse les manipuler. La distance avec le bureau des soignants est, en outre, dans certains établissements, trop grande pour qu'un appel vocal puisse être entendu.

La **mise à disposition de sonnettes mobiles accessibles aux personnes contenues**, suggérée par la commission, a plusieurs fois reçu pour réponse qu'il en serait fait un usage permanent par les patients, ce qui questionne sur la relation patients-soignants telle que se la représentent certains de ces derniers.

L'hôpital Corentin-Celton est le seul à avoir adopté une solution opérationnelle efficace, prudemment autorisée par la HAS, la **vidéo-surveillance** depuis le local des soignants. « La prise en charge du patient nécessite une surveillance physique et une interaction relationnelle qui ne peuvent être remplacées par un système de vidéosurveillance. »

- **Lecture de l'heure**

La réglementation prévoit que les patients mis en isolement et contention aient la possibilité de lire à tout moment l'heure et la date sur une horloge placée de telle sorte qu'ils la voient depuis leur lit. La fiche technique précitée de la HAS prescrit « **L'espace d'isolement est équipé de moyens d'orientation temporelle : heure, date, nouvelles ou informations...** » Cette disposition a pour finalité que la mesure qui leur est imposée ne se traduise pas par une perte des repères temporels des patients et leur permette de mieux supporter psychologiquement l'attente entre les différentes visites de contrôle qui leur sont annoncées par les soignants.

La commission a observé que **si les horloges existent bien, elles ont toutes été placées, sauf dans l'un des établissements, 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. Aux remarques qui ont été faites par la commission, il a été objecté que certains patients cherchaient à détruire tout objet situé autour de lui et que les horloges placées dans les chambres en faisaient les frais. Telle n'est pourtant pas la position de l'un des établissements et il semble que ce qui est en question soit surtout la résistance insuffisante aux chocs de certaines horloges.

Au demeurant, **cette obligation réglementaire existe**, fondée sur un principe thérapeutique, et ne peut être ignorée.

Dans le même ordre d'idées, la consolidation des portes des chambres d'isolement par des **verrous extérieurs dans l'un des établissements, réponse bricolée** à un défaut de solidité initial de ces huisseries qui leur donne l'allure de portes de cellules carcérales aux effets psychologiques négatifs, est apparue à la commission comme une mauvaise solution devant être au plus vite remplacée.

La commission recommande que ces points soient examinés attentivement dans la définition des protocoles d'usage de l'isolement et de la contention.

- **Le droit de déambuler est parfois subordonné à des contingences organisationnelles**

Les hôpitaux d'Antony, Colombes, Issy les Moulineaux et Rueil se sont organisés pour que des unités « ouvertes » ou « semi-ouverte » accueillant les patients qui ne nécessitent pas de demeurer sous étroite surveillance permanente puissent déambuler librement dans un espace suffisant pour permettre repos et intimité.

Dans les autres établissements où de telles unités n'existent pas ou ont des capacités d'accueil insuffisantes, nombre de patients se trouvent dans l'impossibilité de jouir d'un tel droit. Ceux qui ne sont théoriquement plus soumis à une prescription de surveillance continue cohabitent avec des personnes non adhérent aux soins et présentant des risques d'évasion, dans des locaux, pour cela, en permanence fermés à clé. Pour effectuer des sorties dans les espaces de détente ou d'ergothérapie de l'établissement, ils doivent le demander au personnel soignant. Celui-ci étant accaparé par de nombreuses tâches prenantes, cela se traduit par des temps d'attente importants, voire par l'organisation à heures fixes de « sorties » groupées. **D'où un sentiment d'enfermement carcéral dont se plaignent nombre des patients reçus par la Commission.**

Lorsque l'établissement est logé dans un immeuble à plusieurs étages, ce manque de respect pour cet aspect de l'exercice de la dignité des patients est aggravé par la rareté de l'accès aux espaces aérés : à Colombes, le second étage qui accueille le service de psychiatrie et d'addictologie ne dispose pas même d'une terrasse, les patients n'ayant pour tout espace de récréation que le parking saturé de

l'hôpital ; ceux qui sont soignés dans l'unité fermée n'y effectuent que de courtes (du fait des sous-effectifs) déambulations encadrées par des personnels soignants. A Clamart, seuls les patients de l'unité Rodin, sise au rez-de-chaussée, ont accès à une petite cour intérieure. Doit être aussi déploré le fait qu'à Issy les Moulineaux, si tous les malades de l'unité fermée peuvent accéder à une courette grillagée, celle-ci est placée directement sous les fenêtres d'un immeuble d'habitation situé en vis-à-vis, sans qu'aucun dispositif occulte le regard que ces voisins peuvent porter sur eux.

La commission recommande qu'un programme de travaux corrige, dans les trois établissements précités, ces atteintes aux droits et à la dignité des patients.

- **Les effets indésirables de l'absence d'autonomie juridique et administrative de la partie de l'hôpital Paul Guiraud située à Clamart**

Si quatre secteurs anciennement logés à l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif sont, depuis 2012, installés à Clamart, la direction unique maintenue entre les deux entités psychiatriques, difficilement justifiée compte tenu de la taille de la partie sise à Clamart (120 lits), produit des dysfonctionnements préjudiciables au respect de la dignité des patients : dossiers égarés, retards dans les procédures, déplacements aléatoires des malades entre les deux sites, etc. Ceci complique, en particulier, pour les proches, les visites et, pour les malades, les sorties. **La Commission recommande une réorganisation conférant au site de Clamart une pleine autonomie et le strict respect de l'affectation des malades dans les secteurs dont ils relèvent.**

- **Une information insuffisante des patients sur leurs droits**

La Commission n'a pas toujours pu rencontrer des patients, comme c'est l'une de ses missions essentielles, du fait d'un affichage tardif et peu explicite de l'information relative à sa visite. Elle s'en est émue et a fait des recommandations aux directions d'établissements concernant tant le libellé des avis annonçant ses visites que la rédaction du livret d'accueil remis aux patients entrants. **Elle préconise la généralisation d'une pratique mise en œuvre par l'hôpital Érasme consistant en la remise aux patients d'un document leur expliquant leurs droits d'accéder à leur dossier médical, de contester la privation temporaire de liberté de mouvement dont ils sont l'objet et le maintien de leurs droits civiques, proposé à leur signature.**

Elle a regretté d'autre part que **la salle d'audience où siège le juge des libertés et de la détention n'était que très rarement** (Issy les Moulineaux étant l'exception) **aménagée pour recevoir le public**, et peu accessible en raison de leur position géographique (derrière la salle des soignants dans un cas) et d'une signalétique insuffisante. Les audiences ont souvent lieu dans des salles exiguës encombrées de dossiers, dénuées de toute solennité, affectées le reste du temps à diverses réunions. Conquête importante pour le respect des droits des patients hospitalisés sans consentement, l'audience devant le JLD dans les douze jours de l'admission se déroule ainsi le plus souvent dans un climat désinvolte d'entre-soi peu compatible avec le principe de la transparence et de dignité des décisions judiciaires. **La commission recommande que les aménagements nécessaires soient faits pour donner à ces audiences les moyens d'être tenues conformément à la loi.**

- **Le droit à l'intimité matériellement peu favorisé**

La Commission a pris bonne note du souci des équipes de soignants de permettre aux patients de recevoir leurs proches dans une certaine intimité. Mais tous les établissements, faute de place, n'offrent pas des espaces adéquats, ce qui n'apparaît pas conforme au respect de la dignité de ces personnes. **Les programmes de travaux devraient à l'avenir accorder la place nécessaire à des tels espaces.**

Conclusion

L'ensemble de ces recommandations doit être lu comme une contribution de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques aux progrès déjà engagés par la communauté psychiatrique des Hauts de Seine pour l'accès des personnes en souffrance psychique à des soins de qualité.

La commission a conscience d'avoir effectué ses visites à un moment charnière dans l'évolution de la psychiatrie publique française, celui d'une prise de conscience de la nécessité de réviser les pratiques de soins sous contrainte, et en particulier de réduire les usages de l'isolement et de la contention, accéléré par l'adoption de textes législatifs et réglementaires affirmant cet objectif et l'assortissant de méthodes de mise en œuvre. Les CDSP sont bien des parties prenantes de la mise en œuvre de cette évolution.

Elle est consciente des difficultés que les équipes soignantes et administratives peuvent rencontrer. Elles tiennent au manque de personnel, déjà signalé plusieurs fois dans ce rapport, mais aussi aux contraintes des locaux.

Ainsi une recommandation de la HAS pose-t-elle problème sous cet angle : « Il est souhaitable d'aménager des espaces d'apaisement dans les unités de soins. L'espace d'apaisement est un lieu dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour procurer un espace de faible stimulation afin de permettre une diminution de la tension interne d'un patient. Il est utilisé de façon volontaire, le plus souvent sur demande du patient ou sur suggestion de l'équipe soignante, dans le respect d'un cadre défini pour son utilisation. Il peut contenir des matelas, du matériel pour écouter de la musique, des fauteuils confortables, des livres, des lumières douces, etc. » Certains établissements des Hauts de Seine auront plus de difficultés que d'autres à trouver les espaces nécessaires à la création de tels espaces d'apaisements devant être proposés aux personnes sortant d'isolement.

La commission se veut un lieu de dialogue entre l'ensemble des acteurs du soin pour aider les établissements dans leurs efforts pour accomplir au mieux leurs missions. Comprenant en son sein des représentants des autorités judiciaires, sanitaires et des usagers, elle fait sienne et souhaite partager les premières phrases de la recommandation de février 2017 de la Haute Autorité de Santé : « L'évolution de la psychiatrie se caractérise par d'importants progrès en matière de prises en charge plus précoces, ouvertes sur la cité et plus efficaces. Elles impliquent de plus en plus les patients et leurs proches en améliorant le pronostic des troubles mentaux les plus sévères. Aujourd'hui, le plus fréquemment, l'hospitalisation ne correspond qu'à un temps limité des prises en charge souvent pour des tableaux cliniques décompensés. Les différentes réponses en termes de soins doivent s'appuyer sur la relation et la participation du patient. »

ANNEXE : statistiques HOPSY 2017

Département(s)

092

Statistiques des hospitalisations sans consentement du 01/01/2017 au 31/12/2017

Statistiques SDDE et SDRE

Nombre de patients avec une mesure en cours à ce jour	1642
Nombre de patients qui ont eu une mesure prise dans l'intervalle	1096
Nombre de mesures ouvertes dans l'intervalle	1202

Statistiques SDDE

Nombre de patients avec une mesure SDDE en cours à ce jour	1437
Nombre de mesures SDDE art L3212-1 II 1° avec tiers prises dans l'intervalle	407
Nombre de mesures SDDE art L3212-1 II 2° péril imminent sans tiers prises dans l'intervalle	301
Nombre de mesures SDDE art L3212-3 urgence avec tiers prises dans l'intervalle	354
Nombre de mesures SDDE ouvertes à ce jour de plus de 1 an	1015
Nombre de levées SDDE	752

Statistiques SDRE

Nombre de patients avec une mesure SDRE en cours à ce jour	205
Nombre de mesures SDRE art L3213-1 prises dans l'intervalle	80
Nombre de mesures SDRE art L3213-2 prises dans l'intervalle	39
Nombre de mesures SDRE art L3213-7 sans maintien prises dans l'intervalle	0
Nombre de mesures SDRE art L3213-7 avec maintien prises dans l'intervalle	3
Nombre de mesures HO Judiciaires sans maintien prises dans l'intervalle	4
Nombre de mesures HO Judiciaires avec maintien prises dans l'intervalle	1
Nombre de mesures SDRE L3214-3 D398 prises dans l'intervalle	18
Nombre de mesures SDRE ouvertes à ce jour de plus de 1 an	153
Nombre de levées SDRE	104
Nombre de fugues en cours sur mesures SDRE	0

Statistiques CDSP

Nombre total de dossiers examinés	26
Nombre de dossiers SDRE et SDJ examinés	26
Nombre de dossiers SDDE examinés	0
Nombre de dossiers SPI examinés	0
Nombre total de mesures de soins psychiatriques de plus d'un an examinées	25
Nombre de mesures SDRE et SDJ en hospitalisation complète de plus d'un an examinées	21
Nombre de mesures SDRE et SDJ en programme de soins de plus d'un an examinées	17

Statistiques Formes de Prise en Charge

Nombre d'hospitalisations complètes en cours	192
Nombre d'autres formes de prise en charge en cours	158