
COMMISSION DEPARTEMENTALE
DES SOINS PSYCHIATRIQUES
DES HAUTS-DE-SEINE
RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉ 2021

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

TABLE DES MATIERES

.....	1
Introduction	5
Chapitre 1. Impact de la crise sanitaire	6
I. Observation d'un strict protocole sanitaire	6
II. Le maintien d'activités ambulatoires.....	7
III. L'organisation des établissements a été adaptée	7
IV. Restrictions excessives des activités et des échanges des patients avec l'extérieur	7
Recommandation nouvelle 1 : Etudier tous LES moyens d'autoriser à nouveau les visites aux patients et d'étendre les jours de visite à 7 jours sur 7, si nécessaire à l'extérieur de l'unité mais dans l'enceinte de l'hôpital	8
v. DIFFICULTES DE RECRUTEMENT	8
VI. TENSION SUR LA CAPACITE D'HEBERGEMENT	9
Chapitre 2. Le respect des droits fondamentaux et de la dignité	10
I. Améliorer la connaissance des droits des patients	10
Recommandation nouvelle 2 : La Commission réitère sa demande que tous les documents d'information sur les droits des patients soient expurgés des erreurs et omissions qu'ils contiennent et soient réécrits afin de mettre les usagers en mesure d'exercer leurs droits.	11
II. Respect de la dignité des patients	11
Recommandation nouvelle 3 : Sanctuariser les budgets nécessaires au bon fonctionnement du service de psychiatrie et d'addictologie de COLOMBES, afin qu'ils ne soient pas détournés au profit du fonctionnement de l'hôpital général louis mourier	12
Recommandation nouvelle 4 : en vue de garantir aux patients placés à l'isolement des conditions dignes et l'accès à des installations sanitaires respectant leur intimité, remédier dès que possible au caractère carcéral, délabré ou inconfortable de nombreuses chambres d'isolement. Réaliser une mesure de ventilation de chaque chambre d'isolement afin de vérifier qu'elle respecte les dispositions du règlement sanitaire départemental.	13
Recommandation nouvelle 5 : La commission invite les établissements à se rapprocher de leurs confrères d'autres départements ayant déjà mis en place une telle solution technique, afin de transposer dans leurs propres locaux une solution pour permettre aux patients sous contention de communiquer avec les soignants.	13
RECOMMANDATION NOUVELLE 6 : S'ASSURER DE COMMUNIQUER EFFICACEMENT AUPRES DES PATIENTS LEUR DROIT A ETRE ENTENDUS PAR LA COMMISSION LORS DE SES VISITES. LE NOMBRE EXACT ET L'IDENTITE DES PATIENTS DOIVENT ETRE COMMUNIQUEES A LA COMMISSION DES SON ARRIVEE SUR LE SITE, AFIN DE LUI PERMETTRE DE PROGRAMMER CES AUDITIONS EN FONCTION DES IMPERATIFS DU SERVICE.	15
Recommandation nouvelle 7 : Inscrire prioritairement les « descentes » (sortie de l'unité fermée du second étage pour accéder aux espaces extérieurs dans l'enceinte de l'hôpital LOUIS MOURIER et au-delà) dans le respect du droit d'aller et venir librement et d'accéder à l'air libre, et non seulement pour permettre l'usage du tabac.....	15
Recommandation nouvelle 8 : Compléter la politique démocratie sanitaire et droits des patients du groupe hospitalier CASH de Nanterre – EPS Roger Prévot, ainsi que la politique de limitation des mesures D'ISOLEMENT, PAR un chapitre spécifique sur les droits des personnes détenues hospitalisées dans l'établissement	16
G) Activités thérapeutiques et occupationnelles intégrées au projet de soins	16

Recommandation nouvelle 9 : Calibrer la dotation en personnel afin d'encadrer les activités thérapeutiques, occupationnelles et de détente, en particulier à l'extérieur, en priorité par les patients des unités fermées	17
III. Le droit à la vie privée	17
Recommandation nouvelle 10 : La Commission invite tous les établissements à mettre en place des règles d'accès au téléphone portable et à Internet permettant aux personnes EN SSC de continuer de jouir de ce qui est aujourd'hui considéré comme un droit fondamental d'accès à la citoyenneté. Les interdictions ne peuvent être prescrites que sur décision médicale individuelle et motivée.	17
Chapitre 3 : Evolution des hospitalisations complètes pour les SSC	18
I. Le nombre des hospitalisations complètes	19
II. Le nombre des patients admis en soins sans consentement (SSC)	20
III. LES Modes légaux de SSC : admissions en SDT	20
IV. les modes légaux de SSC : admissions en SPI	21
V. Les modes légaux de SSC : admissions en SDRE	21
VI. Conclusion de ce chapitre	22
Recommandation nouvelle 11 : La Commission encourage les établissements à explorer, avec les collectivités locales ayant créé des CLSM, la possibilité de développer les pratiques d'aller-vers dont l'un des résultats prouvés est la réduction des besoins en hospitalisation complète.	22
Recommandation nouvelle 12 : La Commission invite les établissements à continuer d'exercer une grande vigilance sur l'utilisation des procédures d'exception à l'entrée en SSC que sont les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) et les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI), en particulier sur le respect des règles de rédaction des certificats médicaux initiaux lorsque ceux-ci sont rédigés par des services d'urgence extérieurs.	23
VII. L'attention à porter aux programmes de soins	23
Recommandation nouvelle 13 : La Commission invite les établissements à poursuivre les travaux de réorganisation des parcours de soins des patients en sorte de mettre fin aux risques de rupture de soins.	24
VIII. Des durées de maintien en SSC jugées préoccupantes	24
Recommandation nouvelle 14 : La Commission invite les établissements à respecter scrupuleusement l'obligation de convoquer chaque année le collège médical chargé d'évaluer l'opportunité de maintien des soins en faveur des patients admis en SDDE (Art L3212-7 du CSP), qu'ils soient accueillis en hospitalisation complète ou suivis en programme de soins.	25
IX. Dematérialisation du livre de la loi	25
Recommandation nouvelle 15 : S'assurer que la consultation sur Planipsy permettra à la commission (SI POSSIBLE en télétravail) de vérifier la bonne tenue du registre de l'établissement, de consigner son visa et d'y faire figurer ses observations.	26
Chapitre 4 : Contrôle des pratiques d'isolement et de contention	26
I. La fréquence du recours à l'isolement et à la contention	26
II. La tenue du registre, outil central de la politique de réduction	30
Recommandation nouvelle 16 : Développer un script informatique pour fiabiliser les remontées automatiques des mesures d'isolement et de contention, afin de corriger les incompatibilités, les périodes de chevauchement, les doublons et les espacements entre les décisions au sein d'une même mesure, source de périodes d'ambiguïté.	32
III. NOUVELLES DISPOSITIONS ISSUES DE L'ARTICLE 84 DE LA LOI DU 14 DECEMBRE 2020	32
Recommandation nouvelle 17 : Compléter le registre de l'isolement par l'âge ET LA MODALITE D'HOSPITALISATION des patients concernés, et Respecter les nouvelles dispositions de l'article L3222-5-1 du CSP, qui stipulent d'entrée « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement . »	32

Recommandation nouvelle 18 : L'isolement psychiatrique d'un enfant ou d'un adolescent doit être évité par tout moyen ; cette pratique ne doit en aucun cas pallier l'absence de structure d'accueil adaptée à son âge	32
Recommandation nouvelle 19: La Commission continuera d'être vigilante sur le respect des principes de maintien à disposition du malade provisoirement admis en chambre d'isolement de son lit en chambre banalisée, et d'interdiction des placements en isolement de malades que leur état médical ne justifie pas par manque de lits d'hébergement, tout en étant consciente de la difficulté de le respecter dans un contexte de saturation globale des capacités d'hospitalisation lié à l'organisation des soins où l'aller-vers demeure marginal.	33
IV. Des politiques de réduction ont-elles été définies ?	33
Recommandation nouvelle 20 : La Commission demande à tous les établissements qui ne lui ont pas remis copie de leurs protocoles d'isolement et de contention actualisés de le faire. Elle demande aux établissements qui ne l'ont pas encore fait de procéder à des audits de leurs pratiques d'isolement et de contention, incluant l'utilisation du registre, allant au-delà des aspects formels pour s'interroger sur leur bien fondé.....	34
Recommandation nouvelle 21 : La Commission salue les premières initiatives portant sur la formation des personnels et l'organisation de la prise en charge visant à répondre à l'objectif de réduction des pratiques d'isolement et de contention et espère qu'elles aboutiront rapidement à l'inversion de la tendance observée dans la plupart des établissements d'une augmentation de l'usage de l'isolement.	35
V. L'instauration d'un recours effectif contre les mesures d'isolement et de contention	35
Recommandation nouvelle 22 : Associer la CDSP aux temps d'échange entre établissements, JLD et ARS, comme prévu par l'instruction de la DGOS du 29 avril 2021 relative aux mesures d'isolement et de contention.....	37
Chapitre 5. Etat de la démocratie sanitaire, évaluée en termes de transparence	37
I. La transparence progresse-t-elle ?	37
-Recommandation nouvelle 23 : Transmettre dès que possible pour avis les rapports annuels sur les pratiques d'isolement et de contention à la CDU et au conseil de surveillance DE CHAQUE ETABLISSEMENT	37
Recommandation nouvelle 24 : Redoubler d'effort au sein de l'ARS, afin de compléter le recrutement de la CDSP par la désignation par le préfet du médecin généraliste destiné à remplacer LE MEDECIN GENERALISTE, démissionnaire depuis janvier 2020, AINSI QUE PAR LE MEDECIN PSYCHIATRE A DESIGNER PAR LE PROCUREUR GENERAL PRES LA COUR D'APPEL (EN INTEGRANT DANS LA MESURE DU POSSIBLE UN SUPPLEANT pour chaque MEMBRE de la commission)	38
II. La qualité du dialogue avec les directions d'ETABLISSEMENTS a-t-elle progressé ?	38
Recommandation nouvelle 25 : La Commission réitère sa demande, adressée à l'ARS, que celle-ci fasse appliquer par l'établissement de santé mentale MGEN de Rueil-Malmaison ses obligations de répondre aux demandes d'information formulées par la commission EN PARTICULIER dans le cadre de son questionnaire de pré-visite	39
III. La communication du dossier médical	39
Conclusion :	40
Annexe 1 : Composition de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques des Hauts de Seine	40
Annexe 2 : Compétences de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques	41
Annexe 3 : Organisation de la psychiatrie publique dans les Hauts de Seine	42

INTRODUCTION

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

des libertés individuelles et de la dignité des personnes. L'annexe 1 du présent rapport précise sa composition et l'annexe 2 détaille ses compétences.

Ce rapport d'activité, organisé autour de cinq axes, reviendra sur les effets de la pandémie qui a marqué à nouveau l'année 2021, avant de revenir sur le respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients, l'évolution quantitative des SSC, la poursuite de l'objectif de réduction du recours à l'isolement et à la contention, et enfin sur l'état de la démocratie sanitaire, vue à travers l'un de ses piliers que constitue la CDSP.

Cette édition 2021 est basée sur les données statistiques qu'a pu réunir l'Agence régionale de santé, dont les efforts ne lui ont pas toujours permis de collecter toutes les données sollicitées et pas toujours selon les mêmes références calendaires.

CHAPITRE 1. IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE

Malgré le contexte de la crise sanitaire, la Commission a pu visiter deux fois en 2021, dans le respect des règles sanitaires, chacun des six établissements habilités à recevoir des patients admis en soins psychiatriques sans consentement dans le département :

Hôpital Max Fourestier, Nanterre	3 février et 22 septembre
Hôpital Corentin Celton, Issy les Moulineaux	3 mars et 17 novembre
Hôpital MGEN, Rueil-Malmaison	24 mars et 10 novembre
Hôpital Érasme, Antony,	14 avril et 1 ^{er} décembre
Hôpital Louis Mourier, Colombes	19 mai et 15 décembre
Hôpital Paul Guiraud, Clamart	20 janvier et 2 juin

Les patients enfermés dans des endroits clos se trouvent surexposés à la contagion et parfois atteints dans leurs droits fondamentaux par les mesures prises pour contenir la pandémie.

I. OBSERVATION D'UN STRICT PROTOCOLE SANITAIRE

Notre recommandation précédente était : *Recommandation 1 « Veiller à expliquer, rappeler régulièrement et faire appliquer les gestes barrières tant auprès des différents personnels qu'auprès des patients (port du masque, lavage de mains et distanciation) ».*

La commission a pu vérifier sur place les progrès accomplis dans ce domaine, alors que la généralisation de la vaccination et des tests auprès des patients hospitalisés et suivis en ambulatoire a contribué à la maîtrise du risque de contagion.

(Extraits de rapports de visite)

Louis Mourier : la vaccination a été proposée avec succès aux patients, qui étaient parfois demandeurs. L'épidémie de covid 19 a eu peu d'impact sur l'unité fermée en particulier : peu de cas de covid 19 ont été diagnostiqués et ceux-ci n'ont pas été à l'origine de cas secondaire dans le service ni de contamination de soignants. Les patients hospitalisés ont rapidement bénéficié d'un dépistage systématique, l'unité fermée étant la première de l'hôpital à bénéficier

de dépistage depuis le service d'accueil d'urgence (SAU). Le recours aux soins des patients semble avoir été relativement stable, sans effondrement de l'accès aux soins hospitaliers ni augmentation évidente des recours aux soins sans consentement

II. LE MAINTIEN D'ACTIVITES AMBULATOIRES

Le lien avec les patients a été maintenu par une prise en charge ambulatoire. Pour les patients trop rebelles au respect des gestes barrière, les visites à domicile (VAD) ont été privilégiées.

Max Fourestier: Paradoxalement, les patients connus ont été relativement moins contaminés et moins fragilisés, grâce au maintien des contacts et au travail en réseau réalisé par le secteur psychiatrique avec la commune, les groupes d'entraide mutuelle (GEM), les conseils locaux de santé mentale (CLSM), les médecins de ville et les gardiens d'immeuble. Les patients ont aussi mieux traversé la crise sanitaire, car celle-ci a également touché tout le monde, alors qu'ils ont plutôt l'habitude d'être stigmatisés.

Parmi les dégâts collatéraux de la pandémie figure l'arrivée de nouveaux patients, parfois étudiants, sujets à une première décompensation, même si le nombre global d'admissions était en baisse en 2020. Ces primo consultants se retrouvent aussi bien aux CMP qu'à l'hôpital. L'équipe extra hospitalière, qui compte plusieurs postes vacants d'infirmiers psy a été renforcée au CMP pour répondre à l'afflux de ces nouvelles demandes en faisant appel à des vacataires ou des intérimaires.

Les structures ambulatoires, qui avait dû fermer et s'adapter en mars 2020 (appels téléphoniques, VAD, renouvellement de prescription et téléconsultation), ont pu reprendre leur activité normale en présentiel, même lors du second confinement. Durant toutes ces périodes, ils ont gardé le lien avec les patients qui étaient chez eux. Certains ont décompensé et sont revenus à l'hôpital.

III. L'ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS A ETE ADAPTEE

Au début de l'état d'urgence sanitaire, les permissions et visites avaient souvent été interdites, et la liberté d'aller et venir dans les établissements limitée pour faire face aux obligations du confinement. Les visites ont généralement été encadrées mais maintenues ainsi que les sorties de courte durée pour lesquelles les risques ne sont pas différents de ceux qu'encourt la population générale.

Max Fourestier : L'établissement a traversé cette période compliquée sans trop de dégâts, malgré une équipe réduite. L'unité intersectorielle de prise en charge post aigue de huit lits a été transformée en unité régionale « covid-psy » (la seule avec le GHU Paris psychiatrie & neurosciences) pour les patients testés positifs. Un médecin somaticien a été dédié au pôle de santé mentale.

IV. RESTRICTIONS EXCESSIVES DES ACTIVITES ET DES ECHANGES DES PATIENTS AVEC L'EXTERIEUR

En général, après la sortie du second confinement, les refus systématiques des permissions de sortie et les restrictions aux visites ont pu être progressivement levés

Notre recommandation précédente était : recommandation 2 « Afin de permettre au représentant de l'état de prendre des décisions en toute connaissance de cause, veiller à rédiger des certificats médicaux précis, motivés et circonstanciés pour justifier les demandes de sortie de courte durée »

Au cours de l'année 2021, la commission n'a pas relevé de cas flagrant d'opposition systématique aux autorisations de sortie de courte durée, en particulier aux dépens des patients admis en SDRE.

Max Fourestier : Les autorisations de sorties de courte durée des patients admis en SDRE ont connu plusieurs phases qui ont permis d'assouplir progressivement les restrictions très strictes du début du confinement. Les visites encadrées par un soignant ont pu reprendre sur rendez-vous dans la limite d'une heure maximum dans le vaste hall d'accueil du pôle, dont le mobilier se prête à cet exercice.

Corentin Celton : Le nombre d'autorisations de sortie poursuit sa baisse sensible : il serait de 57 en 2021, comparé à 385 en 2019 et 100 en 2020, soit un nouveau recul de 43%. Il n'y aurait donc en moyenne qu'une sortie pour trois admissions et une sortie accordée tous les six jours, ce qui paraît faible, mais peut s'expliquer par les contraintes engendrées par la pandémie.

Etablissement de santé mentale MGEN de Rueil-Malmaison : Sauf en plein air, les activités occupationnelles et thérapeutiques sont limitées à 2 ou 3 patients

RECOMMANDATION NOUVELLE 1 : ETUDIER TOUS LES MOYENS D'AUTORISER A NOUVEAU LES VISITES AUX PATIENTS ET D'ETENDRE LES JOURS DE VISITE A 7 JOURS SUR 7, SI NECESSAIRE A L'EXTERIEUR DE L'UNITE MAIS DANS L'ENCEINTE DE L'HOPITAL

V. DIFFICULTES DE RECRUTEMENT

Tous les établissements font état de difficultés chroniques de recrutement, en particulier de médecins et d'infirmiers (IDE), encore amplifiées par la crise sanitaire. Le manque d'attractivité est souvent aggravé par la carence d'appartements réservés aux soignants et l'absence ou le manque de places en crèche.

Ce sous-effectif coexiste avec un afflux des premières demandes de consultation, en particulier des jeunes (mineurs de 15 à 16 ans) et adolescents (de 15 à 20 ans), porté par l'environnement propice aux troubles anxiodépressifs en raison de la pandémie et de l'inquiétude climatique.

Paul Guiraud : Les IDE restent en sous-effectif de vingt infirmiers soit 17% des 126 postes budgétés. L'établissement redoute dans ce contexte « un été meurtrier ». L'établissement a mis en place cinq parcours de stage préprofessionnel pour étudiants en soins infirmiers, qui lui ont permis de recruter deux apprentis et deux diplômés. La directrice des soins a également reçu trois candidatures spontanées. Mais 15 départs d'infirmiers ont été enregistrés entre-temps, la plupart en province.

Max Fourestier : 5 postes de médecins sont vacants en équivalent temps plein, 2 cadres de santé, 1 assistante sociale, 23 postes d'IDE sur une dotation de 79, soit un déficit de 29%. De plus, 4 médecins sur les 12 présents sont en arrêt maladie, et un départ est imminent. Aucun poste d'ergothérapeute n'est occupé sur les trois postes budgétés. Un seul poste de psychomotricien est occupé sur les trois postes

budgetés (son titulaire est actuellement en arrêt maladie). La priorité de l'établissement est de remplacer la psychomotricienne qualifiée dans la technique de l'enveloppement

MGEN : Cinq médecins ont quitté l'établissement pour une dotation globale de dix-sept médecins, outre le directeur médical. L'établissement ne compte plus qu'un seul interne. L'établissement bénéficiait d'un accord pour recruter deux médecins intérimaires, dont l'un s'est finalement désisté. Les deux CMP doivent refuser dix consultations par semaine. Les astreintes d'un weekend par mois sont difficilement couvertes, parfois par les médecins seniors les plus gradés

Corentin Celton : En raison du débordement de la pédopsychiatrie, la psychiatrie de secteur adultes est sollicitée, alors qu'elle n'est pas toujours compétente pour cet accueil infanto-juvénile.

Louis Mourier : Par rapport à l'effectif budgété, les postes vacants seraient de deux médecins (10%), un cadre de santé (50%), et onze IDE (34%)

CHS Erasme d'Antony : Par rapport à l'effectif théorique, on relève 4 postes de médecins vacants (11%), 2 cadres de santé (17%), 17 IDE (14%) et 2 assistantes sociales (17%)

VI. TENSION SUR LA CAPACITE D'HEBERGEMENT

La fermeture massive des lits de psychiatrie, sans compensation suffisante en ambulatoire, a également été aggravée par les effets de la crise sanitaire. L'été dernier, l'ARS avait mis en place une cellule d'orientation qui avait donné satisfaction, mais qui a cessé de fonctionner

Max Fourestier : La commission s'interroge sur l'existence de 22 lits d'hébergement libres au jour de sa visite (33% de l'offre globale) dans un contexte de pression sur la capacité d'hébergement. Il est parfois regrettable que la situation de l'effectif soignant conduise à réduire la capacité d'accueil comme variable d'ajustement. Le nouveau projet d'environ 200 lits de psychiatrie générale représentera une réduction de 44 lits, soit 18% de la dotation actuelle des deux établissements concernés. C'est pourquoi l'accueil des patients au long cours de Moisselles est prioritaire dans le cadre du diagnostic territorial partagé destiné à répondre au moratoire des placements en Belgique des adultes handicapés.

MGEN : Les travaux de mise en place des dispositifs de désenfumage, débutés en juin 2021, sont terminés dans le bâtiment qui accueille les trois unités cliniques, et se poursuivent dans la résidence jusqu'en mars 2022. Il s'ensuit la fermeture de 22 lits et d'importantes nuisances, sonores en particulier.

Corentin Celton : 6 lits ont été fermés, afin de transformer les chambres doubles en chambres individuelles. Le sous-effectif a conduit à regrouper les 20 lits du service de psychiatrie du sujet âgé avec les 15 lits de psychiatrie générale.

Louis Mourier : la situation contrainte de l'effectif soignant et des lits disponibles oblige à travailler en permanence en flux tendu « sur le fil du rasoir », malgré la fluidité de la relation avec le SAU. Elle oblige à accélérer la sortie des patients les moins fragiles, pour lesquels des consultations rapprochées au CMP contribuent au maintien de la prise en charge. L'établissement a dû fermer ses deux unités intersectorielles d'addictologie et de premier épisode psychotique de 8 et 9 lits respectivement, qui représentent 28% des lits d'hébergement adultes

Erasmus : L'établissement a été relativement épargné par la fermeture de lits pour manque de personnel, à l'exception de trois lits dans l'unité pour adolescents. Toutefois la démographie du département augmente et « les capacités en lit ne suivent pas ». Cette tension est continue et oblige à trouver en équipe (réunions de crise) des solutions pour débloquer rapidement des lits (envoi de patients dans d'autres établissements, parfois très éloignés en province, ou sorties anticipées accompagnées, ...)

Après une accalmie en septembre, la tension est extrême lors des périodes de garde, sous la pression des SAU, et conduit à rechercher des lits en province devant la carence des établissements de proximité. L'établissement se félicite de la mise en place à son niveau d'une réunion de crise pour « gérer le capacitaire » : il donne l'exemple de l'assistance apportée par l'unité intersectorielle Eugène Minkowski dédiée aux troubles anxiodépressifs, mais aussi de la nécessité d'accélérer la sortie de patients en voie de stabilisation.

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

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

I. AMELIORER LA CONNAISSANCE DES DROITS DES PATIENTS

Notre recommandation précédente était : *Recommandation 3* : « La Commission réitère sa demande que tous les documents d'information sur les droits des patients soient expurgés des erreurs et omissions qu'ils contiennent et soient réécrits afin de mettre les usagers en mesure d'exercer leurs droits »

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

La procédure de contrôle des mesures par le JLD comprend des exigences légales de forme et de procédure, dont le non-respect représente des motifs d'irrégularité susceptibles d'entacher d'illégalité les mesures concernées et d'entraîner leur mainlevée.

Max Fourestier : La politique de démocratie sanitaire et droits des patients reprend les objectifs d'élaborer un livret d'accueil décliné pour l'activité de psychiatrie à destination du patient, ainsi qu'un livret d'information pour l'entourage du patient. Ces deux projets ont été suspendus en raison de la crise sanitaire en cours.

Corentin Celton : La fiche « Droits des personnes soignées sans leur consentement » affichée dans les unités, qui présente sur une page l'ensemble de ces droits, a été révisée pour se référer aux articles L3211-3, L3211-12 et L3211-12-1 du CSP, et ajouter le droit de consulter le livret d'accueil de l'établissement, de désigner une personne de confiance (Article L1111-6 du CSP), et le droit à la confidentialité de l'hospitalisation (comme recommandé par le CGLPL à la suite de sa dernière visite).

L'attestation de remise au patient d'une décision du représentant de l'état relative à des SSC mentionne bien la remise en mains propres de l'arrêté du préfet et des certificats médicaux motivant la décision.

Les observations éventuelles du patient sont recueillies sur le même document, ainsi que l'impossibilité ou le refus du patient de signer pour accuser réception de cette attestation (validés par la signature de deux personnels présents). Cette attestation reprend donc le schéma de l'attestation d'une décision du directeur de l'établissement (pour laquelle faisait défaut l'identité éventuelle du tiers demandeur sur la base de la jurisprudence de la CADA)

Erasme : Le document à remettre au patient sur ses droits et garanties en cas d'hospitalisation sans consentement a été révisé pour intégrer l'ensemble des observations de la commission.

Louis Mourier : Un groupe de travail a élaboré pour transmission au service qualité le livret d'accueil du patient hospitalisé dans l'unité sud (secteur fermé)

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

RECOMMANDATION NOUVELLE 2 : LA COMMISSION REITERE SA DEMANDE QUE TOUS LES DOCUMENTS D'INFORMATION SUR LES DROITS DES PATIENTS SOIENT EXPURGÉS DES ERREURS ET OMISSIONS QU'ILS CONTIENNENT ET SOIENT REECRITS AFIN DE METTRE LES USAGERS EN MESURE D'EXERCER LEURS DROITS.

II. RESPECT DE LA DIGNITÉ DES PATIENTS

A) L'ÉTAT PHYSIQUE DES LOCAUX, SIGNATURE DE LA DIGNITÉ RECONNUE AUX PATIENTS

La commission s'approprie l'une des recommandations du récent rapport thématique du CGLPL « Soins sans consentement et droits fondamentaux » sur l'inadaptation des locaux : « Recommandation 26 : Les unités d'hospitalisation doivent offrir des conditions d'hébergement dignes et confortables (chambres individuelles avec sanitaires complets, espaces extérieurs accessibles, salles d'activités et de détente en nombre suffisant) et des moyens de qualité pour les soignants (matériel et salles de soins, d'activités et de repos). »

Le CESE (conseil économique social et environnemental) a adopté le 24 mars 2021 un avis afin d'« Améliorer le parcours de soins en psychiatrie » qui comprend 20 préconisations dont celle d'« Améliorer la prise en charge hospitalière à travers un plan d'urgence pour la psychiatrie qui compensera un trop long sous-investissement, sanctuarisera les enveloppes dédiées à la psychiatrie, pérennisera un financement à la hauteur des besoins »

Paul Guiraud : Alors que le conseil départemental avait renoncé à faire usage de son droit de propriété, la mairie de Clamart utilise désormais le terrain mitoyen à l'établissement pour ce qui s'apparente à un dépotoir, dont la vue depuis les chambres des trois étages de l'établissement provoque chez les patients le ressenti d'être assimilé à des déchets comme ceux qui s'entassent sur ce terrain mitoyen.

Le CGLPL avait consacré à ce sujet sa toute première recommandation dans son rapport de visite de janvier 2017 : « Il est regrettable que les architectes aient érigé cette structure en univers clos, dont les murs constituent une séparation matérielle mais aussi symbolique avec le monde extérieur. Les patients devraient disposer d'un espace à l'air libre et il est indispensable que la négociation entamée avec le conseil départemental pour disposer d'un petit terrain en friche en lisière de l'hôpital aboutisse »

Outre le terrain municipal évoqué plus haut, la parcelle qui jouxte les travaux du futur tramway (conduits de nuit sans respect du sommeil des patients) est réduite à un « couloir de nage » d'environ 5 mètres sur 60 mètres de longueur proposé à la vente par la mairie comme terrain constructible (sic).

Louis Mourier : L'établissement présente la particularité que les chambres doubles sont majoritaires en nombre de lits (dix lits en chambre double sur un total de 17 lits dans l'unité fermée et 20 lits sur un total de 27 lits dans l'unité ouverte). Les travaux de remise à niveau d'urgence du service de psychiatrie, en commençant par les revêtements des sols et la peinture des murs de l'unité fermée, sont inscrits au budget 2022 du DMU. En effet, le budget 2021 consacré aux mêmes travaux a été absorbé par les dépenses liées à la pandémie (ce qui illustre le détournement à d'autres fins des enveloppes originellement dédiées à la psychiatrie).

Corentin Celton : la commission a pu apprécier le début de décoration de l'unité fermée par des photos acquises par l'établissement sur son propre budget. Elles seront complétées par le projet de décoration des murs de l'unité par un artiste local, qui a été soumis à l'APHP pour un financement ad hoc. Par ailleurs, en réponse à une observation du CGLPL, l'acquisition de liseuses en tête de lit est envisagée pour les chambres de l'unité fermée qui en sont dépourvues.

RECOMMANDATION NOUVELLE 3 : SANCTUARISER LES BUDGETS NECESSAIRES AU BON FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE PSYCHIATRIE ET D'ADDICTOLOGIE DE COLOMBES, AFIN QU'ILS NE SOIENT PAS DETOURNES AU PROFIT DU FONCTIONNEMENT DE L'HOPITAL GENERAL LOUIS MOURIER

Notre recommandation précédente était : *Recommandation 4* : « s'assurer que le projet architectural et l'exécution du futur projet de construction de Nanterre garantissent des conditions de séjour correctes et le respect des droits des patients, et en particulier la liberté d'aller et venir et l'accès à l'air libre. »

Max Fourestier : Le projet est actuellement dans la phase d'études et de finalisation des dossiers pour les différentes autorisations, dont celles d'archéologie préventive. Le coût du mètre carré du projet est estimé dans une fourchette de 3000 à 3500 EUR, et fait peser une pression sur la conception architecturale du bâtiment.

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

Nous avons recommandé : *Recommandation 5* : « en vue de garantir aux patients placés à l'isolement des conditions dignes et l'accès à des installations sanitaires respectant leur intimité, remédier dès que possible au caractère carcéral, délabré ou inconfortable de nombreuses chambres d'isolement. Réaliser une mesure de ventilation de chaque chambre d'isolement afin de vérifier qu'elle respecte les dispositions du règlement sanitaire départemental. »

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

Paul Guiraud : L'établissement explique que ces verrous ont été mis en place pour pallier la fragilité des portes des chambres d'isolement et constituent pour lui le point final de cette discussion. La commission prend acte de cette décision, qui revient à faire supporter aux seuls patients la conséquence d'un défaut de conception technique et/ou architectural (alors qu'une alternative serait de doter ces

chambres d'isolement d'une porte adaptée à leur usage, comme c'est le cas des autres établissements du département, qui ont une configuration adéquate.)

Corentin Celton : après une première session de travaux, une deuxième tranche permettra l'aménagement de sanitaires individuels pour chacune des deux chambres d'isolement, la réfection des peintures, l'isolation phonique et le renforcement de la solidité des murs.

Louis Mourier : Les travaux de rénovation des chambres d'isolement pour permettre la mise en place d'un sas, d'un dispositif d'appel accessible à un patient placé sous contention et d'une horloge visible depuis le lit, ont fait récemment l'objet d'un devis pour être inscrits au budget 2022. La climatisation a déjà été installée dans les quatre chambres d'isolement

La ceinture utilisée en cas de contention reste en permanence en place sur le lit, ce qui peut paraître menaçant pour le patient admis en chambre d'isolement, comme pour ceux de l'unité qui déambulent devant ces chambres d'isolement.

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 4 : EN VUE DE GARANTIR AUX PATIENTS PLACES A L'ISOLEMENT DES CONDITIONS DIGNES ET L'ACCES A DES INSTALLATIONS SANITAIRES RESPECTANT LEUR INTIMITE, REMEDIER DES QUE POSSIBLE AU CARACTERE CARCERAL, DELABRE OU INCONFORTABLE DE NOMBREUSES CHAMBRES D'ISOLEMENT. REALISER UNE MESURE DE VENTILATION DE CHAQUE CHAMBRE D'ISOLEMENT AFIN DE VERIFIER QU'ELLE RESPECTE LES DISPOSITIONS DU REGLEMENT SANITAIRE DEPARTEMENTAL.

Nous avons également recommandé : Recommandation 6 : « La commission invite les établissements à se rapprocher de leurs confrères d'autres départements ayant déjà mis en place une telle solution technique, afin de transposer dans leurs propres locaux une solution pour permettre aux patients sous contention de communiquer avec les soignants. »

La commission rappelle à cet égard le paragraphe ad hoc dans le chapitre réalisation pratique de la contention mécanique de la recommandation de bonne pratique de la HAS : « un dispositif d'appel fonctionnel relié aux soignants doit être accessible par le patient. ». Aucun établissement n'a mis en place à ce jour un système opérationnel pour répondre à cette recommandation. En l'absence de directives ministérielles plus précises, il appartient aux établissements du département de rechercher des expériences réussies dans d'autres établissements.

Corentin Celton : Un premier test effectué lors du placement d'un patient sous contention n'a pas été concluant, « le babyphone ayant lâché ». Un dispositif adapté sera mis en place à l'occasion de la rénovation totale des deux chambres d'isolement en cours.

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 5 : LA COMMISSION INVITE LES ETABLISSEMENTS A SE RAPPROCHER DE LEURS CONFRERES D'AUTRES DEPARTEMENTS AYANT DEJA MIS EN PLACE UNE TELLE SOLUTION TECHNIQUE, AFIN DE TRANSPOSER DANS LEURS PROPRES LOCAUX UNE SOLUTION POUR PERMETTRE AUX PATIENTS SOUS CONTENTION DE COMMUNIQUER AVEC LES SOIGNANTS.

C) LA MISE EN PYJAMA

Nous avons recommandé : *Recommandation 7* : « La commission invite au maintien d'une certaine vigilance sur le fait que la mise en pyjama ne peut se faire que sur prescription médicale et avoir un caractère exceptionnel et temporaire précisé dans un protocole ou tout autre document dont les patients peuvent demander à prendre connaissance. »

L'obligation faite au patient de revêtir le pyjama de l'hôpital reste l'atteinte la plus manifeste à la dignité : elle est en général désormais cantonnée aux protocoles de mise sous contention.

Possibilité d'accès à un vestiaire de qualité : **Nous avons également recommandé** : *Recommandation 8* : « Constituer, par exemple en lien avec les associations bénévoles de proximité, quelques garde-robes minimalistes des deux sexes afin de pallier le dénuement de certains patients qui ne disposent pas de vêtements de rechange ».

Lors des auditions de patients, la commission rencontre parfois des patients vêtus d'un pyjama de l'établissement, simplement faute de disposer de leurs propres vêtements.

Paul Guiraud : le projet de création d'un vestiaire solidaire a été proposé comme action de bientraitance auprès des patients précaires ou isolés, afin de préserver leur identité et leur dignité, avec comme partenaires les proches et les représentants des familles d'usagers.

D) OBSERVATION DES CONDITIONS MATERIELLES DE SEJOUR

La commission s'attache à signaler aux établissements les « points noirs » constatés ou signalés par les patients lors de ses auditions (**57 patients rencontrés à leur demande en 2021**, comparé à 50 en année pleine en 2019).

Louis Mourier : Le changement des draps de lit a été accéléré, et les menus révisés par la diététicienne déléguée auprès du service. L'apport en sucre auprès des patients est surveillé, par exemple quand ils bénéficient de colis de friandises apportés par leur famille, et compensé par un surcroît de légumes verts.

Ces 57 patients représentent une moyenne de 3% des patients admis en SSC la même année, mais ce ratio va de zéro à 8%, en fonction des efforts déployés par les établissements pour informer les patients de leur droit d'être reçu par la commission.

Paul Guiraud : Selon nos interlocuteurs, comme lors de la dernière visite du 20 janvier 2021, aucun patient n'avait demandé à rencontrer les membres de la commission. Cependant, lors de la visite de l'unité Anna Marly, la cadre de santé informe la commission que trois patients souhaitaient la rencontrer. Cette demande tardive est entrée en conflit avec l'heure du déjeuner des patients au self, et la commission a finalement levé sa visite à 13h30 sans avoir pu rencontrer ces deux patients.

Ces deux événements illustrent que l'établissement doit remettre en cause sa procédure d'information des patients de leur droit de rencontrer les membres de la commission lors de ses visites. L'établissement est celui qui dispose du plus grand nombre de patients hospitalisés et du plus petit nombre de patients auditionnés par la commission. L'affichage formel de l'avis de visite de la commission s'avère insuffisant pour permettre l'exercice effectif de ce droit par les patients. L'hôpital pourrait se rapprocher des autres établissements du département (en commençant par celui qui participe au même GHT) pour échanger les bonnes pratiques sur ce sujet en particulier.

RECOMMANDATION NOUVELLE 6 : S'ASSURER DE COMMUNIQUER EFFICACEMENT AUPRES DES PATIENTS LEUR DROIT A ETRE ENTENDUS PAR LA COMMISSION LORS DE SES VISITES. LE NOMBRE EXACT ET L'IDENTITE DES PATIENTS DOIVENT ETRE COMMUNIQUEES A LA COMMISSION DES SON ARRIVEE SUR LE SITE, AFIN DE LUI PERMETTRE DE PROGRAMMER CES AUDITIONS EN FONCTION DES IMPERATIFS DU SERVICE.

E) LE DROIT DE DEAMBULER

La Recommandation 9 demandait : « Développer l'activité physique comme faisant partie des outils favorisant un meilleur état de santé tant somatique que mentale en allant quérir, si besoin en les mutualisant, les financements nécessaires au développement des activités thérapeutiques et occupationnelles, en particulier à l'extérieur. »

Pour tout patient, même en SSC, la liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement est la règle. L'exception ne peut concerner qu'un patient admis en SSC et elle doit être justifiée par son état clinique et adaptée à cet état.

Erasme : La commission a pu visiter la nouvelle salle de sport aménagée dans l'ancienne salle de conférence, qui a été partagée en deux espaces communicants : une salle de réunion, qui peut également accueillir une activité de tir à l'arc ; et une salle de gymnastique/musculation munie d'un tapis de sol et d'un abondant matériel. L'établissement a déposé auprès de l'ARS un projet de « maison sport santé », pour répondre aux besoins somatiques des patients hospitalisés. Cela demandera du temps supplémentaire de psychomotricien.

Corentin Celton : Grâce à un mécénat, les travaux d'aménagement de la cour de détente de l'unité fermée se poursuivent, comme la commission a pu le constater sur place : mise en place d'une pelouse synthétique et d'un système d'arrosage des futurs bacs à plantes, table de pingpong transportable, tôles ajourées de différentes couleurs qui recouvriront les grilles existantes et protégeront les patients du regard des habitations voisines. L'ensemble de ces travaux seront finalisés à la fin de l'année.

L'ergothérapeute recrutée récemment a quitté l'établissement en septembre pour des raisons personnelles et doit être à nouveau remplacée, ce qui illustre la tension sur ce profil de professionnels. « On remarque plus d'agitation depuis son départ ». Il a été également enregistré récemment le départ d'un IDE qui détenait un brevet de coach sportif.

Outre l'installation dans chaque unité psychiatrique de soins intensifs d'un vélo d'appartement et d'un babyfoot, l'établissement fait état de nombreux projets d'activités à proposer aux patients : Une activité de jardinage est en projet dans la cour de l'unité ouverte ; Une psychomotricienne est déjà en poste dans le service ; Une activité de tir à l'arc a été proposée aux patients en lien avec un club extérieur à l'établissement. Des synergies sont également possibles avec les trois hôpitaux de jour et le CATTP situés sur le même site : utilisation de la salle de sport, présence d'un orthophoniste et d'un second ergothérapeute dévolu à l'ambulatorio

Pour les patients de l'unité fermée de Louis Mourier en particulier, cette recommandation se décline comme suit :

RECOMMANDATION NOUVELLE 7 : INSCRIRE PRIORITAIREMENT LES « DESCENTES » (SORTIE DE L'UNITE FERME DU SECOND ETAGE POUR ACCEDER AUX ESPACES EXTERIEURS DANS L'ENCEINTE DE L'HOPITAL LOUIS MOURIER ET AU-DELA) DANS LE RESPECT DU DROIT D'ALLER ET VENIR LIBREMENT ET D'ACCEDER A L'AIR LIBRE, ET NON SEULEMENT POUR PERMETTRE L'USAGE DU TABAC

Une précédente recommandation n°10 insistait : « Compléter la politique démocratie sanitaire et droits des patients du groupe hospitalier CASH de Nanterre – EPS Roger Prévot par un chapitre spécifique sur les droits des personnes détenues hospitalisées dans l'établissement »

L'hôpital **Max Fourestier** est voisin d'une maison d'arrêt, dont certains détenus en état d'agitation du fait d'un trouble psychiatrique et ne trouvant pas de place immédiatement en UHSA, font un séjour à l'hôpital pendant quelques jours. La Commission invitait l'établissement à ne pratiquer l'isolement sur les patients détenus, qui ne devrait avoir d'autre motif que médical, qu'en cas de nécessité évaluée précisément en termes de sécurité pour eux et les autres personnes accueillies

Max Fourestier : la situation ne semble guère évoluer au vu du rapport annuel rendant compte des pratiques d'isolement puisque la durée moyenne par mesure sans les personnes détenues est toujours inférieure à la durée moyenne de l'établissement (respectivement 5.2 jours et 5.5 jours en 2020, comparé à 6.6 jours et 6.8 jours en 2019)

Nous reportons donc cette recommandation une nouvelle année :

RECOMMANDATION NOUVELLE 8 : COMPLETER LA POLITIQUE DEMOCRATIE SANITAIRE ET DROITS DES PATIENTS DU GROUPE HOSPITALIER CASH DE NANTERRE – EPS ROGER PREVOT, AINSI QUE LA POLITIQUE DE LIMITATION DES MESURES D'ISOLEMENT, PAR UN CHAPITRE SPECIFIQUE SUR LES DROITS DES PERSONNES DETENUES HOSPITALISEES DANS L'ETABLISSEMENT

G) ACTIVITES THERAPEUTIQUES ET OCCUPATIONNELLES INTEGREES AU PROJET DE SOINS

Max Fourestier : Il ressort de cette visite l'impression d'une véritable dynamique d'équipe, offrant des activités variées : sport, musique, potagers, sorties thérapeutiques (bowling, cinéma, pique-niques... possibles avant Covid19) ... où chaque personnel peut contribuer (ex : football avec un aide-soignant). L'établissement va développer avec le soutien de l'ARS un projet associé au Théâtre des Amandiers pour réaliser des ateliers animés par une équipe soignante pluriprofessionnelle. Une activité de musicothérapie sera développée en collaboration avec l'université de Nanterre. L'impression qui ressort de cette visite pilotée par le cadre infirmier est celle d'une équipe solidaire, pluridisciplinaire, et soucieuse de faire évoluer régulièrement sa pratique de soins.

Corentin Celton : Le service de psychiatrie s'est rapproché du service culturel de l'établissement pour organiser des événements tels que des concerts à l'occasion de la fête de la musique ou des fêtes de fin d'année. Des institutions extérieures sont également sollicitées telles que le château de Versailles ou le Musée Français de la Carte à Jouer. Outre la limite structurelle de l'accompagnement et de la vigilance nécessaires à ces activités, la nécessité du respect des gestes barrière limite à deux patients les activités encadrées dans la salle d'ergothérapie.

Paul Guiraud : L'unité dispose d'un psychologue et d'un art thérapeute, et il propose une thérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), ainsi qu'une activité de boxe hebdomadaire.

Louis Mourier : L'établissement mobilise une psychomotricienne ainsi qu'un ergothérapeute, et bénéficie de l'engagement d'aides-soignants sportifs et motivés. Il a mis en place un classeur qui recense l'ensemble des activités proposées (dessin, colliers, cuisine, etc.). La mise en route de ces activités est cependant parfois retardée par les effets de la pandémie. Un budget a été sollicité pour financer un

projet de médiation thérapeutique « santé sportive ». Un matériel sportif adapté sera installé dans la salle d'activité où se trouve la table de ping-pong.

RECOMMANDATION NOUVELLE 9 : CALIBRER LA DOTATION EN PERSONNEL AFIN D'ENCADRER LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES, OCCUPATIONNELLES ET DE DETENTE, EN PARTICULIER A L'EXTERIEUR, EN PRIORITE PAR LES PATIENTS DES UNITES FERMEES

III. LE DROIT A LA VIE PRIVEE

A) L'USAGE DU TELEPHONE

La Recommandation 11 énonçait : *La Commission invite tous les établissements à mettre en place des règles d'accès au téléphone portable et à Internet permettant aux personnes en SSC de continuer de jouir de ce qui est aujourd'hui considéré comme un droit fondamental d'accès à la citoyenneté. Les interdictions ne peuvent être prescrites que sur décision médicale individuelle et motivée.*

Le rapport thématique du CGLPL « Soins sans consentement et droits fondamentaux » rappelle à cet égard « Les patients doivent pouvoir conserver leur téléphone portable à tout moment. Toute restriction à cette règle doit être justifiée par l'état clinique du patient et limitée dans sa durée. En pareil cas, un accès à un téléphone géré par les soignants doit toujours être possible. » Ce droit rejoint désormais celui traditionnel d'émettre et de recevoir du courrier.

Les observations faites entre-temps par la Commission ont permis d'observer quelques progrès dans certains établissements qui ne souscrivaient pas auparavant à cette recommandation :

Paul Guiraud : le téléphone portable est autorisé sauf contre-indication médicale.

Corentin Celton : Le téléphone est désormais conservé par les patients sauf contre-indication médicale par exception pour une minorité de patients très malades ou en phase aigüe. Leur usage est cependant limité dans leur chambre et jusqu'à l'heure du coucher. L'équipe soignante est vigilante pour que la consultation de son téléphone n'empêche pas le patient de participer aux activités qui lui sont proposées. La restriction d'utilisation du téléphone à l'espace chambre est également motivée par le respect des autres patients et de la vie à l'hôpital : pas de diffusions de contenus pouvant porter atteinte aux autres. Le règlement intérieur des unités a été actualisé dans ce sens.

Louis Mourier : Alors que les visites sont toujours interdites dans le service en raison du contexte sanitaire, le remplacement de l'ancienne cabine téléphonique est destiné à pallier cette rupture de lien avec l'entourage du patient. Les représentants des usagers sont associés au comité d'engagement patient local. L'analyse du vécu des patients a abouti à autoriser l'usage des téléphones portables dans l'unité ouverte, et à remplacer l'ancienne cabine téléphonique de l'unité fermée. Le livret d'accueil du patient hospitalisé dans le secteur fermé conclut « pendant la durée de l'hospitalisation à l'unité sud, les patients n'auront pas accès à leur téléphone portable »

Des progrès restent donc à accomplir en général en ce qui concerne l'accès aux communications

RECOMMANDATION NOUVELLE 10 : LA COMMISSION INVITE TOUS LES ETABLISSEMENTS A METTRE EN PLACE DES REGLES D'ACCES AU TELEPHONE PORTABLE ET A INTERNET PERMETTANT AUX PERSONNES EN

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

B. LE DROIT A L'INTIMITE

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

Corentin Celton : L'établissement a budgété l'acquisition de badges d'ouverture des portes de type hôtelier, dédiés à l'occupant de la chambre et à l'équipe soignante qui pourra en faire usage en cas de danger.

Paul Guiraud : Des coffres-forts ont été installés dans chaque chambre dans le cadre de leur déploiement dans l'ensemble du GHPG (avec la possibilité d'être ouverts par les services techniques en cas de d'oubli du code). Les placards des chambres peuvent être fermés par les patients.

CHAPITRE 3 : EVOLUTION DES HOSPITALISATIONS COMPLETES POUR LES SSC

Nous joignons les tableaux statistiques actualisés par l'ARS :

Établissements /Types Hospitalisation	Antony Érasme	Clamart Paul Guiraud	Colombes Louis Mourier	Issy Corentin Celton	Nanterre Max Fourestier	Rueil MGEN
Hospitalisations complètes 2018	694	990	916	352	709	409
Hospitalisations complètes 2019	723	1016	929	303	739	697
Hospitalisations complètes 2020	657	969	782	283	664	697
Hospitalisations complètes sans consentement 2018	289 42 %	393 40 %	165 18 %	160 46 %	296 42%	157 38%
Hospitalisations complètes sans consentement 2019	324 45 %	392 39%	153 17 %	155 51%	307 42 %	321 46%
Hospitalisations complètes sans	314 47 %	460 48 %	165 21 %	129 52 %	335 51%	321 46%

consentement 2020						
SDRE 2018	47	35	23	18	53	20
SDRE 2019	47	45	29	5	56	36
SDRE 2020	57	37	33	1	44	36
SDT 2018	104	140	/	46	/	145
SDT 2019	77	121	/	31	42	147
SDT 2020	45	140	10	24	37	147
SDTU 2018	104	86	126	49	182	48
SDTU 2019	74	86	109	65	157	49
SDTU 2020 Et % dans SSC	99 32%	95 21%	83 50%	51 44%	162 48%	49 18%
SPPI 2018	126	132	16	47	61	32
SPPI 2019	126	140	15	54	52	43
SPPI 2020 Et % dans SSC	114 36%	188 41%	14 8%	45 37%	92 27%	43 16%
Total SPPI + SDTU 2019	200	226	124	119	218	92
Total SPPI + SDTU 2020 Et % dans SSC	213 68%	283 62%	97 59%	96 79%	254 76%	92 33%

I. LE NOMBRE DES HOSPITALISATIONS COMPLETES

Les données présentées dans le tableau ci-dessus doivent être tempérées par les effets de la pandémie qui font que ces données ne sont pas strictement comparables. Le nombre de patients en hospitalisation complète dans le département s'est réduit de 8.8% entre 2019 et 2020.

Max Fourestier : 2021 se situe à nouveau en léger retrait sur le rythme d'admissions : les admissions en soins libres, qui culminait à 58% du total des hospitalisations depuis 2017, étaient en recul à 50% du

total en 2020 (329 patients), après un recul de 103 patients sur 2019, et à nouveau en 2021 à 49% du total

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

Le nombre de patients en SSC s'est accru de 4% pour porter leur participation de 36% du total en 2019 à 42% en 2020 (avec un minimum de 18% à Louis Mourier ; les autres établissements sont concentrés entre 46 et 51%).

Dans son dernier rapport d'activité 2020, le CGLPL rapportait une hausse de 22% du nombre de patients hospitalisés sans consentement entre 2014 et 2019 pour la France entière.

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

On retrouve donc sur le département, mais **à un niveau supérieur de seize points**, la tendance à une **hausse sensible du recours aux soins sans consentement**. Une première explication de cet écart est la faiblesse relative de l'offre, aussi bien intra hospitalière qu'ambulatoire, sur le département (rapport d'information relatif à l'organisation de la santé mentale par la commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale du 18 septembre 2019).

Une estimation de la durée moyenne de séjour par patient admis en SSC indique une moyenne de 47 jours pour le département, avec un minimum de 27 jours à Louis Mourier et un maximum de 67 jours à Erasme

Corentin Celton : On peut extrapoler à 180 le nombre d'admissions et de réintégrations en SSC de 2021, comparé à 161 en 2019 et 157 en 2020, soit une progression de 15%

Paul Guiraud : En raison de la pandémie, le nombre total des admissions s'est réduit de 165 patients entre 2019 et 2020 soit -12%, plus marqué pour les soins libres en recul de 115 patients soit -18% que pour les SSC en recul de 50 patients soit -6%. Il en résulte une hausse de la proportion des patients hospitalisés en SSC, de 56% à 60%.

Louis Mourier : La proportion de patients hospitalisés à temps complet en SSC est en légère progression en 2020, à 18% du total comparé à 17% en 2019. Alors que le nombre de patients admis en SSC est en recul de 13 patients, le nombre de patients en soins libres est en recul plus marqué de 115 patients en 2020, sans doute en raison de la pandémie.

III. LES MODES LEGAUX DE SSC : ADMISSIONS EN SDT

Les admissions en SDT de droit commun (avec deux certificats médicaux) poursuivent leur régression en valeur relative de 26 à 24% du total des admissions en SSC. Les admissions en SDTU (un seul certificat médical qui peut être rédigé par tout médecin) restent prédominantes à 33% du total ces deux années, ce qui porte la participation du total des admissions en SDT et SDTU de 59% en 2019 à 57% en 2020.

Ce pourcentage se compare pour la France entière à une progression du même total (toutes admissions en SDT confondues) de 52% en 2015 à 57% en 2019 (rapport d'activité 2020 du

CGLPL). Le département se situe donc au niveau de la moyenne nationale pour ce type d'admissions.

Max Fourestier : Les SDT classiques sont en retrait de 14% du total des hospitalisations en SSC en 2019 à 11% en 2020

Paul Guiraud : La part des admissions en SDT classiques s'est réduite de 29% à 21%. Les proportions des admissions en SDT classiques et en SDTU se sont inversées entre 2016 (36% et 20% respectivement) et 2020 (21% et 23%).

Erasmus : progression des admissions en SDT de 21% des admissions en SDDE en 2020 à 23% en 2021.

IV. IES MODES LEGAUX DE SSC : ADMISSIONS EN SPI

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

Les admissions en SPI sont le second mode d'admission par ordre d'importance : elles sont en progression de 27% du total en 2019 à 30% en 2020. Cette progression contraste avec une relative régression au niveau national, de 27% du total en 2015 à 21% en 2019 (rapport d'activité 2020 du CGLPL).

Le total des deux procédures réputées exceptionnelles (SPI et SDTU) se situe donc à un niveau devenu majoritaire, puisqu'il a progressé de 61% du total en 2019 à 63% en 2020. Les établissements doivent se conformer à l'article L 3212-1 du code de la santé publique concernant l'admission en soins psychiatrique à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, selon lequel le (premier) certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade.

Max Fourestier : Les hospitalisations en SSC sont en hausse de 9% avec 335 patients (50% du total), en raison de la hausse des admissions en SPI, de 17% du total des SSC en 2019 à 27% en 2020.

V. LES MODES LEGAUX DE SSC : ADMISSIONS EN SDRE

Les admissions en SDRE sont stables à 13% du total des patients admis en SSC en 2019 et 2020, alors que la moyenne nationale régressait de 16% en 2018 à 14% en 2019.

Monsieur le préfet a pris **1 449 arrêtés** en 2020 dans le cadre des mesures de SDRE à comparer à **1962 en 2019 (-26%)**. Cette réduction ramène le nombre d'arrêtés en dessous de celui de 2017 (1485) après trois années de progression continue.

Les admissions des patients détenus ou sur décisions de justice sont marginales sur le département, alors qu'elles représentaient 7 % des admissions nationales en SSC entre 2016 et 2019. Ce contraste s'explique par l'absence sur le département de structure dédiée aux patients spécifiques (patients détenus ou considérés comme particulièrement difficiles), ainsi que par la présence d'une seule petite maison d'arrêt.

Max Fourestier : 2021 se situe à nouveau en léger retrait sur le rythme d'admissions, à l'exception modeste des SDRE et des admissions au titre de l'article D398 (12 personnes détenues comparé à 11 en 2020)

Erasme : Les admissions en SDRE sont en retrait de 17% des admissions en SSC en 2020 à 11% en 2021

Paul Guiraud : La part des admissions en SDRE s'est réduite de 13% à 12%,

VI. CONCLUSION DE CE CHAPITRE

La Recommandation 12 était : « *La Commission encourage les établissements à explorer, avec les collectivités locales ayant créé des CLSM, la possibilité de développer les pratiques d'aller-vers dont l'un des résultats prouvés est la réduction des besoins en hospitalisation complète* ».

Paul Guiraud : Dans le cadre d'un appel à projets financé par l'ARS, une nouvelle équipe rapprochée mobile est dédiée depuis mai 2021 aux consultations et aux VAD sur le secteur à partir du CMP de Montrouge sur alerte de l'entourage ou du médecin généraliste. Elle est composée d'un médecin psychiatre secondé par un psychologue et deux IDE.

Corentin Celton : L'établissement est favorisé par son implantation en cœur de ville dans un environnement urbain relativement aisé, et par son organisation très intégrée au sein d'un hôpital général récent, qui comprend un accueil permanent aussi bien que des structures ambulatoires. Cette densité urbaine facilite également les VAD de la part des CMP. Le CLSM de la ville d'Issy les Moulineaux est très actif depuis les dernières élections municipales, alors qu'une initiative originale de sensibilisation à la psychiatrie est programmée par la ville de Vanves pour 2022.

Louis Mourier : L'établissement rappelle les trois projets pour lesquels il a obtenu l'aval des autorités de tutelle : L'équipe mobile jeunes adultes, la labellisation d'un centre d'accueil de crise pour enfants et adolescents, le renforcement du SAU pédiatrique de l'APHP

Erasme : « L'aller au-devant » des personnes en état de fragilité psychique est promue par l'établissement, soit par sa participation aux cellules de veille des CLSM, soit par les VAD de l'équipe mobile UNIDE développée par le secteur 9 (Suresnes Puteaux) : « plus les patients sont suivis, moins ils sont imprévisibles »

RECOMMANDATION NOUVELLE 11 : LA COMMISSION ENCOURAGE LES ETABLISSEMENTS A EXPLORER, AVEC LES COLLECTIVITES LOCALES AYANT CREE DES CLSM, LA POSSIBILITE DE DEVELOPPER LES PRATIQUES D'ALLER-VERS DONT L'UN DES RESULTATS PROUVES EST LA REDUCTION DES BESOINS EN HOSPITALISATION COMPLETE.

La Recommandation 13 était : « *La Commission invite les établissements à continuer d'exercer une grande vigilance sur l'utilisation des procédures d'exception à l'entrée en SSC que sont les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) et les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI), en particulier sur le respect des règles de rédaction des certificats médicaux initiaux lorsque ceux-ci sont rédigés par des services d'urgence extérieurs.* »

La Commission constate que les admissions en Soins Psychiatriques pour Péril Imminent (SPI) et en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence (SDTU) continuent d'occuper des proportions élevées alors que ces dispositifs ont été conçus par le législateur comme d'usage exceptionnel du fait qu'ils présentent moins de garanties pour les patients, un seul certificat médical, au lieu de deux, étant requis pour ce type d'admission., rédigé par tout médecin dans le

cas des SDTU, et qui ne soit pas un médecin psychiatre de l'établissement d'accueil dans le cas des SPI.

Paul Guiraud : les procédures réputées exceptionnelles sont en hausse, de 50% du total des admissions en SSC en 2017 à 62% en 2020 (de 22% à 21% pour les SDTU entre 2019 et 2020, et pour les SPI de 37% à 41%).

Max Fourestier : La participation des procédures exceptionnelles (SDTU) ou d'extrême urgence (SPI) a légèrement progressé de 75% du total des admissions en SSC en 2020, à 76% en 2021

MGEN : Les procédures d'admission réputées exceptionnelles ou d'extrême urgence sont majoritaires avec 78% du total des admissions en SDDE.

Erasme : On observe une réduction minime de la prévalence des procédures d'admission réputées exceptionnelles (SDTU et SPI) dans la file active des patients en SSC en hospitalisation complète (77% des SDDE en 2021 comparé à 79% en 2020),

Louis Mourier : Parmi les patients admis en SSC à la date de ce rapport, les admissions selon les modalités réputées exceptionnelles de SDTU (104) et SPI (13) représentent 95% des admissions en SDDE, seuls 6 patients étant admis en SDT, en lien avec le parcours des patients à l'hôpital, qui bénéficie d'un Service d'Accueil d'Urgence qui est un recours élevé

RECOMMANDATION NOUVELLE 12 : LA COMMISSION INVITE LES ETABLISSEMENTS A CONTINUER D'EXERCER UNE GRANDE VIGILANCE SUR L'UTILISATION DES PROCEDURES D'EXCEPTION A L'ENTREE EN SSC QUE SONT LES SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS EN URGENCE (SDTU) ET LES SOINS PSYCHIATRIQUES EN CAS DE PERIL IMMINENT (SPI), EN PARTICULIER SUR LE RESPECT DES REGLES DE REDACTION DES CERTIFICATS MEDICAUX INITIAUX LORSQUE CEUX-CI SONT REDIGES PAR DES SERVICES D'URGENCE EXTERIEURS.

VII. L'ATTENTION A PORTER AUX PROGRAMMES DE SOINS

La Commission avait abordé la question à travers la Recommandation 14 : « *La Commission invite les établissements à poursuivre les travaux de réorganisation des parcours de soins des patients en sorte de mettre fin aux risques de rupture de soins.* »

La proportion de patients suivis en programme de soins dans le total des patients suivis en SSC est de 44% pour la France entière en 2018 (guide de la HAS mars 2021). 45% du total des patients suivis en PDS ont fait l'objet d'une ré-hospitalisation complète.

Max Fourestier : L'établissement rapporte une seule ré hospitalisation à la suite d'une rupture unilatérale d'un programme de soins au cours des six derniers mois.

Au jour de la visite, le secteur de Nanterre comptait 17 patients en programme de soins ; le plus ancien programme remontait à 2004. Le secteur de Courbevoie comptait 11 patients en programme de soins ; le plus ancien programme remontait à mars 2012.

Au total, les patients admis en SDRE représentent à cette date 43% du total des patients suivis en programme de soins, alors qu'ils ne représentent que 13% des admissions en SSC en hospitalisation complète (hors détenus admis au titre de l'article D398). 17 patients sont maintenus en programme de soins depuis plus d'un an (60% du total)

Corentin Celton : L'extrapolation des programmes de soins est en baisse à 60, comparé à 141 en 2019 et 76 en 2020, soit un nouveau recul de 21%. Il n'y aurait donc plus en moyenne qu'un programme de soins pour trois admissions, ce qui est historiquement faible pour l'établissement. Alors que 43 patients sont entrés en programmes de soins en 2021, 15 patients ont réintégré l'hôpital la même année, ce qui représente en moyenne un tiers des patients inscrits en programme de soins, en ligne avec les années précédentes.

Erasmus : Le nombre de maintien en programme de soins est stable à 107 à la date de la visite, mais la part des programmes de soins rapportée aux admissions en SSC est en retrait de 35% en 2020 à 31% en 2021, en raison de la hausse du nombre d'admissions de 300 en 2020 à 344 en 2021, soit +15%. Le suivi de ces PDS semble plus robuste, puisque pour quasiment le même total, le nombre de ré-hospitalisations s'est réduit de 35 en 2020 à 22 en 2021. 24 patients sont maintenus en programme de soins depuis plus d'un an.

Louis Mourier : La proportion de patients suivis en programme de soins dans le total des patients suivis en SSC progresse de 29% en 2017 à 86% en 2020. 59 patients soit 50% du total des patients suivis en PDS ont fait l'objet d'une ré-hospitalisation complète

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

VIII. DES DUREES DE MAINTIEN EN SSC JUGEES PREOCCUPANTES

La Commission avait abordé la question à travers la Recommandation 15 : *« La Commission invite les établissements à respecter scrupuleusement l'obligation de convoquer chaque année le collège médical chargé d'évaluer l'opportunité de maintien des soins en faveur des patients admis en SDDE (Art L3212-7 du CSP), qu'ils soient accueillis en hospitalisation complète ou suivis en programme de soins. »*

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

Le collège des professionnels de santé, qui a vocation à procéder à une évaluation approfondie et pluriprofessionnelle des mesures de soins longues ou concernant des personnes présentant une dangerosité sociale, doit être convoqué pour les patients en programmes de soins comme ceux en hospitalisation complète. La commission a parfois constaté qu'aucun des dossiers de programmes de soins de plus d'un an ne fait état de la réunion du collège médical pour statuer sur l'opportunité de la prolongation de ces SSC tous les 12 mois.

Paul Guiraud : L'établissement fait état en particulier des difficultés d'orientation et de placement de patients au long cours, pour lesquels il déplore les délais de réponse de la MDPH. La notification de la

MDPH déclenche la recherche d'une place en EMS, qui s'avère aussi compliquée que celle d'une place en EHPAD pour ce type d'usagers.

Max Fourestier : les dossiers de patients suivis en programme de soins ne comportent pas d'avis de convocation, ni l'évaluation médicale annuelle par le collège des soignants, non plus que le recueil de l'avis du patient. L'établissement précise que ces documents sont archivés au CMP responsable de ce suivi. Or, la CDSP exerce une responsabilité particulière pour le suivi des patients en programme de soins, pour lesquels le JLD n'est pas saisie de manière systématique. Huit patients sont maintenus en hospitalisation complète depuis plus d'un an

MGEN : l'établissement a présenté une demande d'admission pour dix de ses patients au nouveau FAM de Bécheville qui devait ouvrir en septembre 2021 avec un total de 40 places d'hébergement pour les personnes souffrant d'un trouble psychique pour les deux départements. Concernant les patients « au long cours », le médecin souligne d'une part la réticence de certaines familles pour le départ de leurs proches en EHPAD (lieu beaucoup plus coûteux que l'hôpital public) et l'appréhension de certains patients ayant vécu longtemps en hôpital à le quitter

Dans le cas d'un dossier patient contrôlé par la commission, la contrainte formelle de la présence dans le collège d'un psychiatre qui ne prend pas part à la prise en charge du patient n'est pas rigoureusement respectée, puisque celui-ci apparaît comme signataire d'un avis médical précédent de peu cette réunion. Dans d'autres dossiers, fait défaut la convocation du collège des soignants en vue de l'évaluation médicale approfondie de l'opportunité du maintien des soins au-delà d'un an

Corentin Celton : l'établissement compte trois patients hospitalisés depuis plus d'un an (un à trois ans) respectivement dans l'unité fermée et en psychiatrie générale, pour lesquels les structures aval font défaut (MAS, EHPAD, FAM ou appartements associatifs). L'âge critique pour cette recherche est situé entre 50 et 65 ans.

Le nombre de saisines du JLD à 6 mois serait de 5, comparé à 8 en 2019 et 7 en 2020. La proportion des hospitalisations complètes en SSC qui se poursuit au-delà de six mois est donc marginale à 3%. Le nombre d'avis de collège serait de 45, comparé à 45 en 2019 et 43 en 2020. Si on suppose que la poursuite des SSC au-delà d'un an correspond pour l'essentiel à des patients suivis en programme de soins, on pourrait en conclure que 59% des programmes de soins se poursuivent au-delà d'un an

Erasme : 9 patients sont maintenus en SSC depuis plus d'un an (dont l'un transféré en UMD)

Louis Mourier : Aucun patient n'est maintenu en hospitalisation complète depuis plus d'un an. Le service héberge peu de patients âgés, en raison de la présence sur le site de l'hôpital d'un centre de long séjour et d'une unité de soins de longue durée accessibles aux patients de plus de 60 ans.

RECOMMANDATION NOUVELLE 14 : LA COMMISSION INVITE LES ETABLISSEMENTS A RESPECTER SCRUPULEUSEMENT L'OBLIGATION DE CONVOQUER CHAQUE ANNEE LE COLLEGE MEDICAL CHARGE D'EVALUER L'OPPORTUNITE DE MAINTIEN DES SOINS EN FAVEUR DES PATIENTS ADMIS EN SDDE (ART L3212-7 DU CSP), QU'ILS SOIENT ACCUEILLIS EN HOSPITALISATION COMPLETE OU SUIVIS EN PROGRAMME DE SOINS.

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

Paul Guiraud : Les établissements membres du GHT Psy Sud Paris ont adressé un courrier (dont une copie est remise à la commission) pour informer les autorités du département des Hauts de Seine (procureure, vice-présidente coordinatrice du service des JLD, CDSP) du déploiement à compter de septembre 2021 de la dématérialisation du registre de ses différents établissements.

Cette dématérialisation est déjà opérationnelle dans le département du Val de Marne depuis le 1^{er} juin (et au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences depuis plus d'un an). Elle sera possible grâce à l'utilisation du logiciel Planipsy, dont le concepteur (le groupe Psyh) est venu compenser le mutisme des autorités.

L'établissement présente brièvement sur le logiciel Planipsy (exposé plus longuement lors de la dernière visite) les consultations possibles du registre et le visa des autorités de contrôle. Au vu de l'objectif revendiqué par le GHT de favoriser le télétravail, il paraîtrait pertinent que le contrôle de la commission puisse être exercée également selon cette modalité. Ce projet présente l'avantage de venir remplacer l'archaïque « livre de la loi » dont l'exemplaire utilisé à Villejuif pèse 13 kg.

Erasme : Le registre correspondant au Livre de la Loi est maintenant dématérialisé sur le logiciel Planipsy. L'établissement a donc présenté à la commission deux listes de patients pour chacun des deux types d'admission en SSC.

RECOMMANDATION NOUVELLE 15 : S'ASSURER QUE LA CONSULTATION SUR PLANIPSY PERMETTRA A LA COMMISSION (SI POSSIBLE EN TELETRAVAIL) DE VERIFIER LA BONNE TENUE DU REGISTRE DE L'ETABLISSEMENT, DE CONSIGNER SON VISA ET D'Y FAIRE FIGURER SES OBSERVATIONS.

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

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a chargé les CDSP de la mission de contrôler le registre de l'isolement et de la contention (article L3222-5-1 du CSP). Le rôle de la CDSP dans ce domaine ne se limite d'ailleurs pas à ce contrôle, car la CDSP, officiellement destinataire du rapport annuel présenté à la CDU et au CDS des établissements, ainsi que des statistiques concernant ces pratiques dans le département, est en mesure d'avoir une vision d'ensemble et de s'en entretenir avec les responsables des établissements...

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

Le département compte un ratio moyen d'une chambre d'isolement pour 16 lits d'hébergement, au-dessus du niveau national (une chambre d'isolement pour 19 lits (rapport d'activité 2019 du CGLPL), avec des extrêmes qui vont d'un espace d'isolement pour 25 lits à Corentin Celton à un pour 14 lits à Erasme et Louis Mourier.

Les chiffres repris ci-dessous sont extraits des rapports annuels 2020. Ces tableaux statistiques signalent globalement le maintien d'un taux important de recours à l'isolement et à la contention, en général relativement stable pour le même établissement d'une année sur l'autre, ce qui pourrait indiquer une permanence des pratiques propres à chaque établissement, et l'opportunité d'une réflexion régionale sur ce sujet.

□ 1. Mesures d'isolement

Établissement	Nombre de patients admis en SSC en 2019	Nombre de patients distincts isolés en 2019	Nombre de patients admis en SSC en 2020	Nombre de patients distincts isolés en 2020
Louis Mourier	153	87 57%	140	87 62%
CASH Nanterre	277	107 39%	335	133 40%
Corentin Celton	160	58 36%	157	53 34%
Paul Guiraud Clamart	533	238 45%	510	203 40%
MGEN	157	77 49%	168	110 65%
Érasme	315	221 70%	321	212 66%

Le nombre de patients distincts placés en isolement pour cent patients en SSC s'est réduit au niveau du département de 61 patients en 2019 à 60 en 2020, avec des extrêmes qui vont de 66 patients à Erasme à 34 à Corentin Celton. Il s'agit donc de proportions élevées pour une pratique de dernier recours.

Selon l'Agence Technique de l'Information Hospitalière, 37% des 78,000 patients hospitalisés en SSC en 2019, avaient été placés en isolement. **Le département se situe donc plus de vingt points au-dessus de la moyenne nationale**

Le nombre moyen de placements en isolement par patient distinct s'est réduit de 3.6 mesures en 2019 à 2.1 en 2020 au niveau du département (en raison d'une définition plus fiable des périodes d'isolement de la part du groupe hospitalier Paul Guiraud (GHPG), dont la situation atypique avait été relevée dans notre rapport d'activité 2020). Les extrêmes vont de 3.2 mesures à Louis Mourier à 1.3 à Corentin Celton et Max Fourestier.

La durée moyenne de chaque mesure d'isolement s'est accrue en conséquence au niveau du département de 4.4 jours en 2019 à 7.4 jours en 2020, avec des extrêmes qui vont de 12 jours à Corentin Celton à 4 jours à la MGEN. Ces durées moyennes interpellent à la lumière tant des recommandations de la HAS (les isolements de plus de 48 heures doivent être exceptionnels) que du nouvel article 84 du 14 décembre 2020 (qui prévoyait qu'au-delà de la même limite de 48 heures « le médecin informe sans délai le JLD »).

La durée totale moyenne passée en isolement par patient distinct se réduit pour le département de 16 jours en 2019 à 15.5 jours en 2020, avec des extrêmes qui vont de 23 jours à Erasme à 7 jours à Max Fourestier.

Le taux d'occupation des chambres d'isolement s'est à peine réduit de 119% en 2019 à 117% en 2020 pour le département. Cette moyenne recouvre des situations différentes de 165% à Erasme à 67% à Max Fourestier. Ces taux atypiques illustrent la pratique plus ou moins développée de l'isolement en dehors des espaces dédiés (non conforme à la recommandation de bonne pratique et à ce titre réglementairement l'objet d'un suivi spécifique (pas toujours observé) dans le registre de l'isolement).

La durée maximale d'isolement par mesure serait accrue de 207 jours pour la MGEN en 2019 à 365 jours pour Erasme en 2020. En général, les mesures les plus longues sont des mesures d'isolement à temps partiel (telles que nuit en chambre d'isolement et journée dans le service). Cette même durée maximale est de 32 jours à Corentin Celton.

MGEN : La pandémie explique l'augmentation des mesures d'isolement en dehors d'un espace dédié, puisqu'en mars-avril 2020 les admissions s'accompagnaient de quatorze jours d'isolement « sanitaire » afin d'éviter les contaminations

Louis Mourier : L'établissement explique son recours relativement faible à l'isolement par la présence in situ du SAU et par la fluidité de ses relations avec le service de psychiatrie.

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

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

2. Mesures de contention

Établissement	Nombre de patients distincts isolés en 2019	Dont nb de patients distincts contentionnés en 2019	Nombre de patients distincts isolés en 2020	Dont nb de patients distincts contentionnés en 2020
Louis Mourier	87	25 29%	87	44 51%
CASH Nanterre	107	50 47%	133	53 40%
Corentin Celton	58	17 29%	53	16 30%
Paul Guiraud Clamart	238	41 17%	203	29 14%
MGEN	77	3 4%	110	10 9%
Érasme	221	24 11%	212	31 15%

Pour cent patients placés à l'isolement, **le nombre de patients distincts placés sous contention** varie de 9 patients à la MGEN à 51 à Louis Mourier, pour une moyenne départementale qui s'est accrue de 20 patients en 2019 à 23 en 2020, Il s'agit de proportions élevées pour une pratique de dernier recours.

La proportion de jours passés sous contention pour cent jours placés en isolement varie de 2 jours à la MGEN et Erasme à 21 jours à Louis Mourier, pour une moyenne départementale qui s'est également accrue pour le département de 4.7 jours en 2019 à 6.3 jours en 2020

La durée moyenne de chaque mesure de contention varie de 0.9 jour à Erasme à 3 jours à Paul Guiraud pour une moyenne départementale qui s'est également accrue de 1.7 jour en 2019 à 2.1 jours en 2020. Ces durées moyennes interpellent à la lumière tant des recommandations de la HAS (les contentions de plus de 24 heures doivent être exceptionnelles) que du nouvel article 84 du 14 décembre 2020 (qui prévoyait qu'au-delà de la même limite de 24 heures « le médecin informe sans délai le JLD »).

Le nombre moyen de placements en contention par patient distinct varie de 1.1 mesures à la MGEN à 3.3 à Erasme. La moyenne départementale s'est réduite de 2.2 mesures en 2019 à 2 en 2020, pratiquement en ligne avec le nombre de mesures d'isolement par patient distinct.

La durée totale passée en contention par patient distinct varie de 2.4 jours à la MGEN à 6 jours à Paul Guiraud et Louis Mourier pour une moyenne départementale qui s'est accrue de 3.7 jours en 2019 à 4.3 jours en 2020.

La durée maximale sous contention varie de 7 jours à la MGEN et Corentin Celton à 40 jours à Louis Mourier (37 jours à Max Fourestier en 2019).

Ces données permettent également de distinguer trois cas :

- une pratique de la contention relativement modérée pour de nombreux indicateurs, se situant en dessous des moyennes départementales, pour Erasme et la MGEN ;
- une pratique en ligne avec les moyennes départementales pour Paul Guiraud et Corentin Celton
- une pratique relativement élevée vis à vis des moyennes départementales pour Max Fourestier et Louis Mourier

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

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

Il appartient aux établissements et à l'ARS d'analyser ces données (et de remettre éventuellement en question leurs pratiques), mais une hypothèse serait de distinguer les établissements qui isolent plus fréquemment des patients modérément « violents » plus nombreux (Erasme et à un degré moindre MGEN) de ceux qui isolent moins fréquemment des patients d'avantage « violents » moins nombreux, et donc plus susceptibles de relever d'une mesure de contention (Louis Mourier et Max Fourestier, et à un degré moindre Corentin Celton), Paul Guiraud occupant une position intermédiaire entre ces deux types.

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

En 2020, la CDSP avait conclu son bilan de la mise en œuvre de cette disposition clé par la : **Recommandation 16** : « *La Commission préconise que les systèmes informatiques soient paramétrés de telle sorte qu'ils verrouillent l'accès au dossier client tant que les décisions médicales relatives à la tenue du registre de l'isolement ne sont pas saisies.* »

Si cette recommandation reste d'actualité, la commission a soulevé de nombreux autres points de vigilance, basés soit sur les instructions de la DGOS, soit sur les bonnes pratiques observées dans certains établissements :

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

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

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

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

Max Fourestier : L'éditeur du logiciel DXCare a été contacté pour mettre en œuvre une alerte quand la durée cumulée d'isolement ou de contention doit déclencher l'information du JLD par le médecin ; ainsi que les nouvelles variables et précisions réclamées par l'ATIH à partir du 1^{er} janvier 2020 (motif de la mesure, pathologie chronique, trouble spécifique de la personnalité, prise de substance toxique, patient connu)

Corentin Celton : L'établissement précise qu'il distingue dorénavant les mesures d'isolement dans un espace dédié et en dehors d'un espace dédié. Les audits ont repris comme prévu depuis janvier 2021 : les analyses de ces résultats montrent une bonne compliance d'ensemble aux nombreux paramètres audités.

La migration sur le logiciel ORBIS est repoussée de 2020 à 2022 : l'établissement explique que la coexistence avec le logiciel ACTIPIDOS est donc encore source d'erreurs, en particulier la nuit et les weekends, lorsque le médecin de garde a moins l'habitude de manipuler ces outils. La migration envisagée permettra de gérer sur le même logiciel les prescriptions médicales et les surveillances infirmières. En janvier 2020, un champ libre a été inséré dans le registre pour faire apparaître les raisons médicales ayant conduit à la mesure.

Erasme : l'établissement a pris acte de l'obligation de renouvellement toutes les 12 heures/6 heures respectivement des mesures d'isolement/de contention (au lieu des 24h précédentes), ainsi que des deux examens médicaux quotidiens.

Malgré des efforts pédagogiques tels qu'un didacticiel conçu par le DIM sur You Tube, les médecins doivent corriger chaque lundi matin une liste d'anomalies relevées dans la tenue du registre de l'isolement, en particulier par défaut d'ergonomie et d'imbrication des logiciels. Cette surcharge de travail va à l'encontre de l'intérêt des patients et les difficultés liées à l'usage du logiciel (« mal foutu ») seraient un réel problème pour

les médecins de garde. La lourdeur du dispositif des décisions à renouveler devrait évoluer prochainement avec l'amélioration de la saisie des données dans le dossier informatisé grâce à une nouvelle version du logiciel DXcare attendue pour cette année.

Louis Mourier : L'ensemble des recommandations de bonne pratique sont suivies sans difficulté par l'établissement, car ce temps clinique était déjà consacré aux patients placés en chambre d'isolement. En revanche, le temps bureaucratique de saisie des décisions dans le dossier patient informatisé est une surcharge, en particulier pendant les périodes de garde. Une erreur systématique du logiciel de prescription ne tient pas compte de potentiels doublons. Ainsi, un patient pour lequel une mesure d'isolement aura été prescrite, puis prescrite à nouveau par le même médecin par suite d'une erreur de manipulation ou d'un clic intempestif sur le logiciel, pourra apparaître comme ayant un temps d'isolement supérieur à 24h par jour. Ces erreurs conduisent à des chiffres plus élevés qu'ils ne le sont réellement.

Nous actualisons donc notre recommandation sur le modèle de la bonne pratique développé par le DIM du groupe hospitalier Paul Guiraud (GHPG).

RECOMMANDATION NOUVELLE 16 : DEVELOPPER UN SCRIPT INFORMATIQUE POUR FIABILISER LES REMONTEES AUTOMATIQUES DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION, AFIN DE CORRIGER LES INCOMPATIBILITES, LES PERIODES DE CHEVAUCHEMENT, LES DOUBLONS ET LES ESPACEMENTS ENTRE LES DECISIONS AU SEIN D'UNE MEME MESURE, SOURCE DE PERIODES D'AMBIGUÏTE.

III. NOUVELLES DISPOSITIONS ISSUES DE L'ARTICLE 84 DE LA LOI DU 14 DECEMBRE 2020

Le registre doit également être complété en fonction de la nouvelle rédaction du 14 décembre 2020 de l'article L3222-5-1 du CSP : par rapport à la rédaction du 26 janvier 2016, ont été ajoutés l'âge du patient et son mode d'hospitalisation. Ces ajouts ont pour but de contrôler facilement la nouvelle prescription : **« I. L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. »** La transformation de la modalité d'admission d'un patient admis en soins libres doit donc désormais précéder son placement en isolement

Le cas des mineurs est prévu à l'article L3211-12 du CSP parmi les personnes pouvant saisir le JLD : « La saisine peut être formée par : 2° Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure »

RECOMMANDATION NOUVELLE 17 : : COMPLETER LE REGISTRE DE L'ISOLEMENT PAR L'AGE ET LA MODALITE D'HOSPITALISATION DES PATIENTS CONCERNES, ET RESPECTER LES NOUVELLES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L3222-5-1 DU CSP, QUI STIPULENT D'ENTREE « L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION SONT DES PRATIQUES DE DERNIER RECOURS ET NE PEUVENT CONCERNER QUE DES PATIENTS EN HOSPITALISATION COMPLETE **SANS CONSENTEMENT.** »

RECOMMANDATION NOUVELLE 18 : L'ISOLEMENT PSYCHIATRIQUE D'UN ENFANT OU D'UN ADOLESCENT DOIT ETRE EVITE PAR TOUT MOYEN ; CETTE PRATIQUE NE DOIT EN AUCUN CAS PALLIER L'ABSENCE DE STRUCTURE D'ACCUEIL ADAPTEE A SON AGE

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

Notre recommandation précédente était : **Recommandation 17** : « La Commission continuera d'être vigilante sur le respect des principes de maintien à disposition du malade provisoirement admis en soins intensifs de son lit en chambre banalisée, et d'interdiction des placements en

isolement de malades que leur état médical ne justifie pas par manque de lits d'hébergement, tout en étant consciente de la difficulté de les respecter dans un contexte de saturation globale des capacités d'hospitalisation lié à l'organisation des soins où l'aller-vers demeure marginal. »

Au-delà, c'est toute l'organisation des soins psychiatriques dans le département, avec le développement d'équipes mobiles permettant de dispenser des soins à domicile qui doit être repensée, la solution véritable étant la diminution des hospitalisations sans consentement, en particulier en situation d'urgence.

Erasme : Une réflexion architecturale sur la micro-unité est engagée, qui conduirait à moyen terme à la diminution du nombre de chambres d'isolement, par la reconversion de l'une des deux chambres d'isolement de la micro-unité en chambre miroir laissée à la disposition du patient placé à l'isolement. La chambre d'accueil serait transformée en chambre d'apaisement au titre du développement des dispositifs alternatifs.

Paul Guiraud : L'établissement souffrait à sa création d'un déficit structurel de 25 lits, qui s'est creusé avec le dynamisme démographique des secteurs desservis. Au jour de la visite, les deux unités ouvertes étaient occupées à 100%, une unité fermée ne disposait que d'une chambre d'isolement libre (donc dans l'impossibilité de libérer le patient en CI), et trois unités fermées ne disposaient que d'une chambre d'hébergement libre (donc dans l'impossibilité de libérer l'un des deux patients en CI). Cette situation est en contradiction avec le principe énoncé dans la procédure : « la disponibilité de la chambre du patient doit être assurée à tout moment pour permettre à celui-ci d'y retourner. »

RECOMMANDATION NOUVELLE 19: LA COMMISSION CONTINUERA D'ETRE VIGILANTE SUR LE RESPECT DES PRINCIPES DE MAINTIEN A DISPOSITION DU MALADE PROVISOIREMENT ADMIS EN CHAMBRE D'ISOLEMENT DE SON LIT EN CHAMBRE BANALISEE, ET D'INTERDICTION DES PLACEMENTS EN ISOLEMENT DE MALADES QUE LEUR ETAT MEDICAL NE JUSTIFIE PAS PAR MANQUE DE LITS D'HEBERGEMENT, TOUT EN ETANT CONSCIENTE DE LA DIFFICULTE DE LE RESPECTER DANS UN CONTEXTE DE SATURATION GLOBALE DES CAPACITES D'HOSPITALISATION LIE A L'ORGANISATION DES SOINS OU L'ALLER-VERS DEMEURE MARGINAL.

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

C'était l'objet de la Recommandation 18 : « *La Commission demande à tous les établissements qui ne lui ont pas remis copie de leurs protocoles d'isolement et de contention actualisés de le faire. Elle demande aux établissements qui ne l'ont pas encore fait de procéder à des audits de leurs pratiques d'isolement et de contention, incluant l'utilisation du registre, allant au-delà des aspects formels pour s'interroger sur leur bien fondé. »*

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

- Étudier la possibilité que la validation, dans l'heure qui suit de toute décision d'isolement ou de contention prise par un interne pendant les périodes de garde, par un médecin psychiatre, intervienne après une rencontre entre le patient et ce dernier (cet entretien permettant éventuellement d'apaiser la crise ou d'avoir, à tout le moins, observé et évalué lui-même son comportement).

- Les alternatives à l'isolement et à la contention doivent être explicitées dans les protocoles de mise en isolement
- Étudier l'aménagement d'espaces d'apaisement (« lieu dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour procurer un espace de faible stimulation, afin de permettre une diminution de la tension interne d'un patient » selon la recommandation de bonne pratique de l'isolement de la HAS)
- Analyser les circonstances des mesures d'isolement et de contention les plus longues, de façon à en réduire la durée et/ou la fréquence dans la mesure du possible
- Rechercher des solutions pour mettre fin à l'isolement faute de place
- Respecter la règle selon laquelle, pour chaque patient placé en chambre d'isolement, un lit doit lui être conservé dans les chambres d'hébergement

Corentin Celton : Limiter les indications à celles prévues par la recommandation de bonne pratique de la HAS dans les fiches de prescription de la mesure de mise en chambre d'isolement ou sous contention mécanique : Les indications incluent outre celles prescrites dans la recommandation de bonne pratique de la HAS (prévention d'un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif) la limitation des stimulations ou autres indications, qui ne sont pas énoncées dans cette recommandation.

La protocolisation des prescriptions permet d'accroître la vigilance, mais influe peu sur les indications de ces mesures, qui restent avant tout cliniques. Après la mainlevée de ces mesures, « un travail sera mené avec le patient au cours de l'hospitalisation, afin d'aboutir à des directives anticipées, formalisées ou non, destinées à prévenir au maximum la nécessité du recours à ces mesures à l'avenir. »

Louis Mourier : La mise en œuvre d'une mesure de contention ou d'isolement par un interne, ou son renouvellement par un interne, se fait, en journée sous la supervision directe du senior présent dans l'unité. En garde (après 18h30 en semaine ou après 13h30 le samedi ou les dimanches et jours fériés), le psychiatre senior de garde effectue cette prescription, les internes du service n'effectuant pas de garde. Dans le cadre de la préparation de la prochaine mission de certification de 2023 par la HAS, un cadre expert a vérifié il y a deux mois l'adhésion aux recommandations de bonne pratique en matière d'isolement et de contention.

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

RECOMMANDATION NOUVELLE 20 : LA COMMISSION DEMANDE A TOUS LES ETABLISSEMENTS QUI NE LUI ONT PAS REMIS COPIE DE LEURS PROTOCOLES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION ACTUALISES DE LE FAIRE. ELLE DEMANDE AUX ETABLISSEMENTS QUI NE L'ONT PAS ENCORE FAIT DE PROCEDER A DES AUDITS DE LEURS PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION, INCLUANT L'UTILISATION DU REGISTRE, ALLANT AU-DELA DES ASPECTS FORMELS POUR S'INTERROGER SUR LEUR BIEN FONDE.

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

La commission demandait aussi : **Recommandation 19** : « La Commission salue les premières initiatives portant sur la formation des personnels et l'organisation de la prise en charge

visant à répondre à l'objectif de réduction des pratiques d'isolement et de contention et espère qu'elles aboutiront rapidement à l'inversion de la tendance observée dans la plupart des établissements d'une augmentation de l'usage de l'isolement. »

De nombreuses initiatives intéressantes peuvent être signalées.

Max Fourestier : Le personnel a bénéficié d'une formation OMEGA (patients agités) et d'une formation labellisée ARS sur la crise suicidaire. L'établissement développe également ces formations en interne. Cette implication dynamique se retrouve dans la présentation du travail des psychomotriciens et ergothérapeutes avec outre des activités plus classiques (musique, terre, respiration, luminothérapie...) un souci-partagé par l'équipe soignante de travailler sur des techniques pouvant réduire l'angoisse et limiter la contention (exemple des enveloppements)

Paul Guiraud : L'établissement dispose au total de huit chambres d'isolement, dont il prévoit de convertir quatre en chambre d'apaisement (une par service à l'exception de l'unité Auguste Rodin où ce serait un espace de bien être)

Erasme : Le plan d'action de l'établissement comporte de nombreux axes : d'une part, la poursuite de l'EPP animée par le médecin chef du pôle 21, assisté du DIM (et à laquelle a été convié le représentant de l'UNAFAM président de la CDU) qui a mis l'accent sur le développement des espaces d'apaisement et des alternatives à l'isolement ; l'établissement va soutenir la mise en place de directives anticipées ; un plan de prévention est particulièrement développé en direction des patients de retour d'UMD ; Un dernier axe serait le renforcement de l'équipe soignante (IDE et éducateur) pendant l'horaire médian (de 9 à 17 heures)

Louis Mourier : Les pratiques institutionnelles sont discutées de façon hebdomadaire avec l'ensemble des équipes soignantes. Des groupes de travail bimensuels spécifiques à l'unité fermée sont mis en place depuis avril 2021, incluant une réflexion sur l'utilisation de l'isolement et de la contention, autour des stratégies de désescalade permettant d'éviter les mesures d'isolement (entretiens infirmiers et médicaux), ou lorsque ces dernières sont nécessaires, d'éviter les contentions, qui sont utilisées en dernier recours. L'arrêt des mesures d'isolement et de contention est facilité.

Corentin Celton : L'établissement réfléchit à la transformation en chambre d'apaisement d'une chambre hôtelière, exceptionnellement utilisée comme chambre d'isolement. Il prévoit à cet effet de contacter d'autres établissements qui disposent déjà d'une chambre d'apaisement (aucun au jour de la visite dans le département à la connaissance de la commission) ou qui prévoient un projet de ce type.

RECOMMANDATION NOUVELLE 21 : LA COMMISSION SALUE LES PREMIERES INITIATIVES PORTANT SUR LA FORMATION DES PERSONNELS ET L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE VISANT A REpondre A L'OBJECTIF DE REDUCTION DES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION ET ESPERE QU'ELLES ABOUTIRONT RAPIDEMENT A L'INVERSION DE LA TENDANCE OBSERVEE DANS LA PLUPART DES ETABLISSEMENTS D'UNE AUGMENTATION DE L'USAGE DE L'ISOLEMENT.

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

Une troisième censure du conseil constitutionnel : Après une première censure de l'article L3222-5-1 du CSP issu de la loi du 26 janvier 2016, L'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale du 14 décembre 2020 était venu durcir l'encadrement des mesures d'isolement

et de contention, alors que le contrôle du registre montre que les précédentes dispositions n'étaient pas toujours scrupuleusement respectées. Ces nouvelles dispositions justifiaient la rédaction d'une procédure spécifique à la communication relative aux mesures supérieures aux recommandations de bonne pratique de la HAS.

Ce dernier dispositif avait à nouveau été censuré par le conseil constitutionnel le 4 juin 2021. Mais le dispositif de correction prévu par la loi de financement de la sécurité sociale 2022 avait lui aussi été censuré le 16 décembre 2021 comme cavalier budgétaire.

La loi de gestion sanitaire « renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique » a finalement été promulguée le 24 janvier 2022. L'article 17 rétablit l'article précédent sur le contrôle des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie.

Cet article prévoit que l'autorisation d'un juge est désormais obligatoire pour pouvoir prolonger une mesure d'isolement au-delà de quatre jours ou une mesure de contention au-delà de trois jours. Ces nouveaux jalons ont le mérite de se rapprocher (sans toutefois les atteindre pour l'isolement) des durées moyennes relevées par la commission dans le présent rapport d'activité.

Il reste à attendre la publication du décret d'application et des directives des deux ministères concernés, La situation réglementaire n'est donc à ce jour toujours pas stabilisée.

Paul Guiraud : le décret d'application du 30 avril 2021 est venu confirmer la lourdeur du dispositif, tel qu'elle est vécue sur le terrain, d'autant qu'il peut être perçu comme un signe de défiance envers le médecin. Le GHT s'est efforcé de mettre en œuvre les nouvelles dispositions dès le début de l'année, sans attendre le décret d'application. Sur ce sujet comme sur d'autres, il doit composer avec deux juridictions départementales 92 et 94. Des premières requêtes de patients ont déjà été adressées au JLD. Une seconde réunion de coordination avec les établissements du département est programmée au tribunal de Nanterre le 21 juin, qui fait suite à une réunion au tribunal de Créteil sur le même sujet le 11 mai. Certains JLD assimilent ces nouveaux droits du patient à ceux des personnes en garde à vue, qui sont réveillées pour être informées de leurs droits. L'instruction de la DGOS du 29 avril 2021 mentionne cependant des adaptations possibles dans le cas des renouvellements de mesure en nuit profonde.

Max Fourestier : Le poids accru des tâches administratives obère la disponibilité des médecins auprès des patients : un médecin dont le service commence à 9 heures n'est souvent pas disponible avant 11 heures pour assurer ses consultations. Le budget national de 20 MEUR pour accompagner cette réforme n'est pas à la hauteur de l'enjeu. Cette procédure, qui expose la mise en œuvre des six formulaires mis en place pour répondre aux nouvelles dispositions de la loi du 14 décembre 2020, a été complétée depuis la dernière visite de la commission.

Louis Mourier : L'établissement précise qu'il s'acquitte bien de cette formalité. La difficulté provient des seuils d'alerte à respecter pour l'information du patient, du JLD et de l'entourage, car le système informatique ne déclenche pas automatiquement d'alerte lors des éventuels « renouvellements exceptionnels »

Erasme : Sur recommandation de la CME, l'établissement n'applique que partiellement les nouvelles dispositions relatives à l'isolement et réserve l'examen d'éventuelles mesures de renouvellement exceptionnel d'isolement ou de contention à l'audience devant le JLD dans les 12 jours d'admission en SSC. Il a suspendu également l'information de l'entourage. Le fardeau bureaucratique imposé aux médecins, en particulier aux praticiens de garde le weekend les conduirait à 2 heures de saisie informatique le matin et autant l'après-midi, au détriment des patients. Les mesures d'accompagnement budgétaire proposées par l'ARS se limitent pour le moment au personnel administratif. Ces préoccupations ont été partagées à l'occasion de deux rencontres avec le TGI et l'ARS.

La commission déplore que les temps d'échange entre établissements, JLD, CDSP et ARS (prévus par l'instruction ministérielle du 29 avril 2021) n'ont pas été mis en place, alors que la CDSP a une facilité d'accès aux registres d'isolement et de contention.

RECOMMANDATION NOUVELLE 22 : ASSOCIER LA CDSP AUX TEMPS D'ÉCHANGE ENTRE ÉTABLISSEMENTS, JLD ET ARS, COMME PRÉVU PAR L'INSTRUCTION DE LA DGOS DU 29 AVRIL 2021 RELATIVE AUX MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION.

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

I. LA TRANSPARENCE PROGRESSE-T-ELLE ?

Le rapport annuel rendant compte des pratiques d'isolement et de contention institué par la loi du 26 janvier 2016 doit être transmis pour avis à la CDU et au CDS de chaque établissement, ainsi qu'à l'ARS et à la CDSP, au plus tard le 30 juin de chaque année suivante. Le panorama 2021 de ce jalon important de la démocratie sanitaire est contrasté, mais il marque une nouvelle étape encourageante vers la réalisation de cet objectif :

- présentation en leur temps par Corentin Celton, Erasme et Paul Guiraud à leur CDU respective des rapports annuels 2017, 2018, 2019 et 2020
- présentation par la MGEN à la CDU du rapport annuel 2017 en avril 2019, du rapport annuel 2019 en mars 2021 et transmission à la même date à la CDSP du rapport provisoire 2020
- transmission à la CDSP par Max Fourestier et Louis Mourier des rapports annuels 2019 et 2020

-
- RECOMMANDATION NOUVELLE 23 : TRANSMETTRE DES QUE POSSIBLE POUR AVIS LES RAPPORTS ANNUELS SUR LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION A LA CDU ET AU CONSEIL DE SURVEILLANCE DE CHAQUE ETABLISSEMENT

La commission avait alerté : Recommandation 20 : « Redoubler d'effort au sein de l'ARS, afin de compléter le recrutement de la CDSP par la désignation par le préfet du médecin généraliste destiné à remplacer l'ex-président de la commission, démissionnaire depuis janvier 2020. »

Les démissions présentées en 2020 et 2021 par certains membres de la CDSP ont illustré le risque de fragilisation de cette commission, déjà déséquilibrée par l'absence d'un magistrat de l'ordre judiciaire. La réactivité de l'ARS a permis de pourvoir rapidement au remplacement du médecin psychiatre désigné par le représentant de l'Etat et du représentant d'une association

agréée des familles. Il reste donc à pourvoir au remplacement du médecin généraliste désigné par le préfet du département et du médecin psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel

En mars 2021, l'ARS publiait sur son site un appel à candidatures pour l'ensemble des postes vacants au sein des CDSP de la région. Pour le département des Hauts de Seine, seul le poste de médecin généraliste apparaissait, alors qu'un poste de médecin psychiatre est également vacant.

Les missions de la commission ont été élargies pour intégrer le contrôle du registre de l'isolement et de la contention, alors qu'au niveau du département, le transfert des secteurs de Neuilly et Courbevoie depuis le site de Clermont de l'Oise respectivement vers Rueil et Nanterre avait étendu le périmètre du contrôle de la commission.

La relocalisation des lits de psychiatrie s'achèvera en 2024 par le transfert à Nanterre des cinq secteurs encore hébergés ou dépendants de l'hôpital Roger Prévost de Moisselles (Gennevilliers-Villeneuve la Garenne, Clichy la Garenne, Asnières sur Seine, Levallois Perret, La Garenne Colombes-Bois Colombes), et viendra à nouveau étendre ce périmètre.

A l'époque où la commission comptait encore la présence d'un magistrat, le premier président de la Cour d'appel avait désigné un suppléant en plus du magistrat titulaire. Cette bonne pratique pourrait utilement être généralisée à l'ensemble des membres de la commission.

RECOMMANDATION NOUVELLE 24 : REDOUBLER D'EFFORT AU SEIN DE L'ARS, AFIN DE COMPLETER LE RECRUTEMENT DE LA CDSP PAR LA DESIGNATION PAR LE PREFET DU MEDECIN GENERALISTE DESTINE A REMPLACER LE MEDECIN GENERALISTE, DEMISSIONNAIRE DEPUIS JANVIER 2020, AINSI QUE PAR LE MEDECIN PSYCHIATRE A DESIGNER PAR LE PROCUREUR GENERAL PRES LA COUR D'APPEL (EN INTEGRANT DANS LA MESURE DU POSSIBLE UN SUPPLEANT POUR CHAQUE MEMBRE DE LA COMMISSION)

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

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

La diffusion plus large et plus prompte de ses rapports annuels d'activité, en particulier sur le site de l'ARS (le premier et dernier rapport est celui de 2018 publié le 29 avril 2021, marquant un retard de deux ans dans cette actualisation) pourrait également y pallier

Notre recommandation précédente n°21 était « *La Commission invite la direction départementale de l'ARS à demander à la clinique MGEN de tenir les dossiers individuels de patients dans une forme lui permettant d'exercer sa mission de vérification. La Commission réitère également sa demande, adressée à l'ARS, que celle-ci fasse appliquer par l'établissement de santé mentale MGEN de Rueil-Malmaison ses obligations de répondre aux demandes d'information formulées par la commission en particulier dans le cadre de son questionnaire de pré-visite* »

En effet, Les textes sont clairs à cet égard (8° alinéa 2 de l'article L3223-1 du CSP « Les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes les demandes d'information formulées par la commission »). La commission déplore parfois que son rôle soit mal connu des patients, mais aussi, ce qui est plus étonnant, des professionnels.

MGEN : L'établissement a amélioré la présentation des dossiers, désormais classés dans une chemise cartonnée qui remplace avantageusement l'habituel chemise plastique transparente, qui présentait de nombreux défauts. Chaque dossier individuel présente sur la page de garde l'identité et la date de naissance du patient, la date et le mode d'admission en hospitalisation complète, la date éventuelle d'établissement du programme de soins, l'existence éventuelle d'une protection judiciaire et la référence au registre de la loi. La commission peut désormais matérialiser son contrôle directement sur cette page de garde.

La commission félicite l'établissement pour l'amélioration de la présentation des dossiers individuels des patients, et reformule donc ainsi la recommandation précédente :

RECOMMANDATION NOUVELLE 25 : LA COMMISSION REITERE SA DEMANDE, ADRESSEE A L'ARS, QUE CELLE-CI FASSE APPLIQUER PAR L'ETABLISSEMENT DE SANTE MENTALE MGEN DE RUEIL-MALMAISON SES OBLIGATIONS DE REPONDRE AUX DEMANDES D'INFORMATION FORMULEES PAR LA COMMISSION EN PARTICULIER DANS LE CADRE DE SON QUESTIONNAIRE DE PRE-VISITE

La commission déplore parfois une motivation insuffisante dans le suivi de ces recommandations, dont l'objectif est d'améliorer le sort des patients admis en SSC, « au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité »

Paul Guiraud : Alors que l'établissement qualifie de « hors sol » les recommandations de la CDSP, la commission demande à celui-ci, dans le respect du principe du contradictoire, de bien vouloir préciser parmi les recommandations qui concluent chacun de ces rapports de visite :

- Celles qui ont déjà fait l'objet d'un suivi par l'établissement
- Celles qui seront intégrées parmi les objectifs de l'établissement
- Celles pour lesquelles l'établissement décide de ne pas y donner suite

La situation générale est toutefois celle d'un dialogue de qualité, favorisé par l'appui de l'ARS qui s'efforce de transmettre aux établissements avec l'anticipation requise l'avis de visite et le questionnaire de pré-visite, afin de leur permettre de rassembler les informations sollicitées ; la même diligence s'applique désormais à la transmission d'une part pour validation par les établissements des rapports de visite rédigés par la commission pour respecter le principe du contradictoire, et d'autre part aux observations soulevées en réponse par les établissements à l'attention de la commission.

III. LA COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Notre recommandation précédente n°22 était « La commission recommande aux établissements de répondre promptement à ses questions dans les cas où elle est saisie par un patient qui aura préalablement refusé la consultation de son dossier médical en présence d'un médecin de son choix. »

En 2021, la commission n'a été saisie par aucun patient sur la base du 8° alinéa 1 de l'article L3223-1 du CSP qui indique parmi les missions de la CSP qu'elle « statue sur les modalités d'accès aux informations mentionnées à l'article L1111-7 de toute personne admise... » en SSC.

CONCLUSION :

Si le nombre des recommandations produites par la CDSP suivies d'effet au cours des dernières années apparaît relativement limité, il est loin d'être négligeable. Des marges de progression existent indubitablement, telles que mentionnées dans ce rapport d'activité.

Il reste par exemple à développer des échanges réguliers avec le CGLPL et les JLD, dont les missions de contrôle des SSC sont très complémentaires de celles de la CDSP.

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

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

La Commission rappelle en conclusion deux éléments récents susceptibles d'améliorer les SSC dans les établissements psychiatriques :

Le Projet Territorial de Santé Mentale des Hauts de Seine, ainsi que le diagnostic territorial partagé ont été officiellement adoptés par l'ARS le 22 février 2021 et sont consultables sur le site internet de l'ARS.

Le comité des droits des personnes handicapées de l'ONU a publié le 14 septembre 2021 ses observations finales pour donner suite à l'examen de la mise en œuvre par la France de la convention relative aux droits des personnes handicapées, et en particulier sur l'extinction progressive du recours aux SSC, à l'isolement et à la contention.

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

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

Membres prévus	Membres désignés	Date de prise de fonctions
Un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel	La présence du magistrat a été abrogé par la loi du 23 mars 2019 de programmation et de réforme de la justice	NA

Un médecin psychiatre désigné par le représentant de l'Etat	[REDACTED]	Septembre 2018
Un psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel	Non encore désigné (en remplacement de Madame [REDACTED])	
Un médecin généraliste désigné par le Représentant de l'État	Non encore désigné (en remplacement de Monsieur [REDACTED], ex-Président de la Commission)	
Un représentant d'association agréée de personnes malades	[REDACTED] la Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie (FNAPSY)	Janvier 2017
Un représentant d'association agréée de familles	[REDACTED] l'Union Nationale des Familles et Amis de Malades Psychiques (UNAFAM)	07/09/20

Le secrétariat de la Commission est assuré par le Département des relations avec les usagers et Soins sans consentement de la Délégation Départementale des Hauts de Seine de l'Agence régionale de Santé d'Île de France qui est invité à participer à l'ensemble des visites d'établissements. Ce nouvel arrêté vient remplacer le précédent arrêté préfectoral ARS-UD92-DRUSSC numéro 2018-239 pris le 28 novembre 2019 qui fixait la précédente composition de la CDSP, en vigueur jusqu'à la date précitée.

ANNEXE 2 : COMPETENCES DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

La Commission Départementale des Soins Psychiatriques est une institution créée par la loi (article L 3222-5 du code de santé publique) « chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques [sans consentement] au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. »

Ses compétences sont ensuite détaillées dans l'article L3223-1 qui prescrit qu'elle

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

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

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

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

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

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

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

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

7° Peut proposer au juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil d'une personne admise en soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale d'ordonner, dans les conditions définies à l'article L. 3211-12 du présent code, la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet ;

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

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

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

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

Population municipale desservie par chacun des secteurs couverts par les six établissements chargés d'assurer les SPSC (au 1^{er} janvier 2017),

Établissement	Secteur	Villes Concernées	Population Municipale	File active de patients (Ambulatoire)	Nombre de lits
Louis Mourier Colombes	92G06 Intersectorielles	Colombes	85 177	592 (3913)	40+4 CI 17
Max Fourestier Nanterre	92G07	Courbevoie	81 719	664 (523)	20
Max Fourestier Nanterre	92G10 Intersectorielles	Nanterre	95 105	257 (1 211)	24 23 + 4 CI
Corentin Celton Issy-les- Moulineaux	92G12	Issy les Moulineaux, Vanves	96 180	591 (3406)	49+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G16	Meudon Chaville	65 872	284 (672)	20+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G17	Clamart Le Plessis Robinson	82 071	233 (964)	18+2 CI
Paul Guiraud Clamart	92G18	Montrouge Malakoff	80 980	252 (1 147)	21+2 CI

Paul Guiraud Clamart	92G19	Châtillon Bagneux	78 273	199 (1168)	21+2 CI 36
	Intersectorielles	Toutes les villes	307 196		
Mgen Rueil Malmaison	92G08	Neuilly- sur- Seine	60 361		
Mgen Rueil Malmaison	92G11	Rueil- Malmaison	78 152	409	58+3 CI
Érasme Antony	92G09	Suresnes Puteaux	92 909	536	17+2 CI UIA : 17+2
Érasme Antony	92G20	Sceaux Châtenay- Malabry Fontenay- aux-Roses	77 194	191	17+2 CI UIR : 26 lits
Érasme Antony	92G21	Antony Bourg-la Reine	83 237	235 (8410)	17+2 CI Unité Minkowski 19 lits
	Intersectorielles				
Totaux			1 057 230	4 298 (11 619)	467+29 CI