ORDRE DES AVOCATS
AU BARREAU DE GRASSE

VISITES DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ

Établissements de santé mentale

Centre hospitalier de Grasse — pôle de psychiatrie

Chemin de Clavary, 06130 Grasse

Visite inopinée du mardi 15 septembre 2026

Rappel du cadre légal

Article 719 du code de procédure pénale, dans sa rédaction issue de la loi n° 2026-350 du 9 mai 2026 : « Les députés, les sénateurs, les représentants au Parlement européen élus en France, les bâtonniers sur leur ressort ou leur délégué spécialement désigné au sein du conseil de l'ordre sont autorisés à visiter à tout moment les lieux où une personne est privée de liberté dans le cadre d'une procédure pénale ou administrative. (…) Les bâtonniers ou leur délégué spécialement désigné peuvent être accompagnés d'un avocat préalablement désigné au sein du conseil de l'ordre. Les conditions d'application du présent alinéa sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

Article L. 3222-4-1 du code de la santé publique : « Les députés et les sénateurs, les représentants au Parlement européen élus en France, les bâtonniers sur leur ressort ou leur délégué spécialement désigné au sein du conseil de l'ordre sont autorisés à visiter à tout moment les établissements de santé mentionnés à l'article L. 3222-1, dans les conditions prévues à l'article 719 du code de procédure pénale. »

Le présent rapport rend compte d'une première visite. Les constats matériels ont été relevés sur place et illustrés par des photographies prises par la délégation. Les propos rapportés sont distingués des faits personnellement constatés. Aucune donnée nominative relative à un patient n'y figure.

L'exercice du droit de visite dans les établissements de santé mentale a été appelé de ses vœux par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté dans l'ouvrage « L'effectivité des voies de recours en psychiatrie » (CGLPL-Dalloz, 2025), dont la recommandation n° 17 relie expressément les visites de contrôle du bâtonnier aux lieux psychiatriques comme aux lieux pénitentiaires.

La loi n° 2026-350 du 9 mai 2026 a consacré cette extension.

Date de la visite : mardi 15 septembre 2026

Date de la visite précédente : néant, première visite du barreau dans cet établissement

Heures de visite : début 10 h 20 / fin 12 h 35

Visite effectuée par : Madame Florence BENSA-TROIN, bâtonnier de l'ordre des avocats au barreau de Grasse, et Maître Rosanna LENDOM, déléguée du bâtonnier spécialement désignée au sein du conseil de l'ordre

La visite s'inscrit dans la journée d'action nationale de visite des lieux de privation de liberté du 15 septembre 2026. La désignation de la déléguée résulte de l'extrait des délibérations du conseil de l'ordre du 14 septembre 2026, certifié conforme au registre des délibérations, qui désigne Maître Rosanna LENDOM, référente « Libertés fondamentales », pour accompagner le bâtonnier lors de la visite de l'unité de soins psychiatriques de l'hôpital de Grasse.

Nombre total de personnes présentes lors de la visite : deux pour la délégation ; six représentants de l'établissement se sont succédé ou joints à la visite

Avez-vous prévenu de votre visite ? : NON - visite inopinée.

Un courrier exposant l'objet de la visite, préparé à l'attention de la directrice, a été remis sur place au directeur adjoint.

Nom de la personne en charge de l'établissement : Madame directrice (absente le jour de la visite)

Nom de l'adjoint : Monsieur directeur adjoint, assurant l'intérim de la direction

Noms et qualités des personnes ayant accompagné la visite :

Docteur médecin-chef, médecin responsable de structures ; Madame , cadre supérieure de la filière psychiatrique ; Docteur responsable de l'hospitalisation complète ; Madame cadre référente des secteurs ouvert et fermé ; Docteur cheffe de service des urgences (pour la partie urgences).

INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE LIEU VISITÉ

• La visite a-t-elle été inscrite dans le registre des passages ou tout document équivalent ?

☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

La délégation a visé le registre de la loi en fin de visite. Le visa précédent porté à ce registre datait de 2025.

• Avez-vous pu consulter les documents ou registres nécessaires aux vérifications utiles ?

☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Le registre de la loi a été consulté sur place, feuilleté librement et commenté. Les autres pièces ont été remises en fin de visite ou envoyées le lendemain (voir la rubrique « Documents et registres consultés »).

Capacité théorique totale : 33 lits d'hospitalisation complète, soit 27 lits en secteur ouvert et 6 lits en secteur fermé, pour un secteur desservant environ 120 000 habitants. Le secteur fermé comporte 2 chambres d'isolement et 1 salle d'apaisement.

Nombre de patients présents le jour de la visite : la totalité des 6 chambres du secteur fermé était occupée.

Nombre de patients en hospitalisation complète : 33 lits installés, unité complète au jour de la visite.

Nombre de patients en programme de soins : non communiqué. L'établissement a exposé disposer d'un parcours ambulatoire étoffé (CMP, hôpital de jour de 10 places, CATTP, équipe mobile précarité-psychiatrie, EMSIP, appartement relais de 2 places, équipe de liaison aux urgences) au sein duquel des patients en programme de soins sont suivis.

Répartition des patients admis sans consentement : décisions du directeur et décisions du représentant de l'État coexistent. Deux admissions sur décision du représentant de l'État sont intervenues la nuit précédant la visite. Le registre de la loi en cours en était à la mesure n° 50 pour l'exercice 2026.

Nombre de patients en isolement lors de la visite : deux chambres d'isolement occupées, dont l'une visitée avec l'accord du patient.

Nombre de patients sous contention lors de la visite : aucune mesure de contention en cours n'a été constatée ; un dispositif de contention était fixé au lit de la chambre d'isolement visitée, présenté comme mis en place la veille.

Activité en soins sans consentement

Les statistiques d'admission communiquées par l'établissement permettent de renseigner les rubriques suivantes.

Exercice 2025 : 140 admissions en soins sans consentement, dont 119 sur décision du directeur et 21 sur décision du représentant de l'État.

Les 119 admissions sur décision du directeur se décomposent en :

- 5 admissions à la demande d'un tiers au titre du 1° du II de l'article L. 3212-1,

- 6 admissions en cas de péril imminent sans tiers au titre du 2° du même II,

- et 108 admissions en urgence au titre de l'article L. 3212-3.

Les 21 admissions sur décision du représentant de l'État se décomposent en :

- 2 au titre de l'article L. 3213-1, 9 au titre de l'article L. 3213-2 (mesures provisoires du maire),

- 4 au titre de l'article L. 3214-3 relatif aux personnes détenues,

- 4 au titre de l'article L. 3213-6 et 2 au titre de l'article L. 3213-7 ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale.

Deux fugues ont été enregistrées sur les mesures prises par le directeur, aucune sur celles prises par le représentant de l'État.

Exercice 2026, arrêté au 31 août : 116 admissions en soins sans consentement, dont 99 sur décision du directeur et 17 sur décision du représentant de l'État.

Les 99 admissions sur décision du directeur se décomposent en :

- 4 admissions à la demande d'un tiers au titre du 1° du II de l'article L. 3212-1,

- 1 admission en cas de péril imminent sans tiers,

- et 94 admissions en urgence au titre de l'article L. 3212-3.

Les 17 admissions sur décision du représentant de l'État comprennent :

- 8 mesures provisoires du maire au titre de l'article L. 3213-2,

- 7 mesures au titre de l'article L. 3213-6,

- 1 au titre de l'article L. 3214-3 et 1 au titre de l'article L. 3213-7 ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale.

Une fugue a été enregistrée.

Le pôle accueille donc des personnes détenues de façon plus régulière que ne le laissait entendre la visite : quatre admissions au titre de l'article L. 3214-3 en 2025, une au 31 août 2026.

Le box cellulaire du service des urgences, visité, est l'espace dédié à leur arrivée.

• L'effectif médical, infirmier et d'encadrement est-il complet et adapté à l'activité ?

☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

Effectif médical : 9,5 équivalents temps plein requis, 5,5 pourvus.

Quatre praticiens interviennent sur l'hospitalisation complète, dont l'un, non psychiatre et en cours de formation, ne peut signer ni le certificat de 24 heures ni celui de 72 heures.

Recours à l'intérim médical, présenté comme coûteux, et difficulté persistante à recruter des psychiatres.

Effectif paramédical : six infirmiers et un aide-soignant le jour ; deux infirmiers et un aide-soignant la nuit, l'établissement travaillant à passer à trois infirmiers de nuit.

Trois postes d'infirmiers vacants sur une équipe de vingt-deux. Le poste de psychomotricienne est vacant, en cours de recrutement ; l'art-thérapeute était en arrêt maladie.

Une psychologue à 80 % et une assistante sociale à temps plein sont affectées à l'hospitalisation complète.

• Des unités, chambres ou secteurs ont-ils été exclus de la visite ?
☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

La délégation a eu accès au secteur fermé, aux chambres, à une chambre d'isolement occupée, à la salle d'apaisement, aux espaces d'activités, au patio, à la salle d'audience et à la salle des avocats, ainsi qu'au box cellulaire et à la salle dédiée du service des urgences.

POINT DE VIGILANCE

• Présence de mineurs dans l'établissement ?
☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

Aucun mineur présent.

Informations complémentaires

L'établissement n'a jamais fait l'objet d'une visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, à la différence des centres hospitaliers de Cannes et d'Antibes, contrôlés en 2023 et dont les rapports ont été publiés. Une visite de certification par la Haute Autorité de santé est annoncée comme prochaine.

Le secteur fermé a été entièrement réaménagé il y a environ dix-huit mois à deux ans.

Les locaux constatés sont récents, propres et entretenus quotidiennement.

ÉVENTUELLES ENTRAVES AU DROIT DE VISITE

• Refus ou retard d'accès au lieu ?
☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

• Restriction du nombre de visiteurs ?
☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

• Refus d'accès à une unité ou à une chambre d'isolement ?
☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

• Refus de consultation d'un document ou registre ?
☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

• Impossibilité de s'entretenir seul avec un patient ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Aucun refus n'a été opposé. Toutefois, aucun entretien n'a été sollicité ni organisé hors la présence et hors l'écoute du personnel : les deux entretiens conduits se sont déroulés dans la chambre des patients, en présence de la cadre de santé et, pour l'un d'eux, d'un praticien.

La délégation n'a pas sollicité de local d'entretien confidentiel.

• Interdiction du téléphone, d'un équipement connecté ou d'un appareil photographique ?
☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

Les prises de vue ont été expressément autorisées par la direction et par l'encadrement soignant.

La délégation s'est abstenue de photographier les patients et le personnel.

En cas de restriction, auteur, motif invoqué, durée, périmètre et conséquences

Sans objet. Le droit de visite n'a été ni discuté, ni subordonné à une autorisation, ni assorti d'une condition. La délégation a été reçue immédiatement par le directeur adjoint, puis accompagnée sans interruption par l'encadrement médical et soignant.

ADMISSION, STATUT ET RÉALITÉ DE LA PRIVATION DE LIBERTÉ

• Pour les patients examinés, le fondement juridique de l'admission est-il identifiable ?

☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Le registre de la loi permet, folio par folio, d'identifier le mode légal d'admission et l'enchaînement des décisions.

• Les décisions administratives ou judiciaires sont-elles présentes et datées ?

☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

• Les certificats médicaux requis sont-ils présents, datés et cohérents avec la mesure ?

☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Les certificats sont présents et reproduits au registre. La délégation a toutefois assisté, au secrétariat, à un échange entre praticiens portant sur deux mesures prononcées la veille : les certificats établis par un médecin extérieur étaient manuscrits et visaient des articles erronés, et l'un des praticiens indiquait ne pas disposer d'arguments cliniques suffisants au soutien d'un maintien. L'établissement avait de lui-même entrepris de joindre le médecin rédacteur et informé l'agence régionale de santé. Ce constat, isolé, porte sur la qualité des certificats établis en amont de l'admission, non sur la tenue du registre.

• Les décisions de maintien, de modification ou de réintégration sont-elles tracées ?

☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Chaque folio réunit le certificat initial, le certificat de 24 heures, celui de 72 heures, l'avis médical établi pour l'audience, la saisine et l'avis d'audience, jusqu'à la levée de la mesure.

Un récapitulatif de l'ensemble des mesures est collé en fin de registre.

• Les patients sont-ils matériellement empêchés de quitter l'unité ?

☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Le secteur fermé est accessible par badge détenu par le personnel.

Les six chambres sont individuelles et les patients disposent, depuis quelques mois, d'un bracelet-badge leur permettant de fermer et d'ouvrir leur propre chambre.

• Les restrictions de sortie sont-elles individualisées, motivées et réévaluées ?

☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Les sorties du secteur fermé sont progressives et décidées cliniquement : accès accompagné au patio et au fumoir, puis repas en salle à manger avec les autres patients, puis accès aux salles d'activités. Les médecins passent au moins deux fois par jour en secteur fermé et les infirmiers peuvent solliciter une réévaluation à tout moment.

• Une discordance entre le statut déclaré et la réalité des restrictions a-t-elle été constatée ?

☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

Les structures périphériques (CMP, hôpital de jour, CATTP, équipes mobiles, appartement relais) accueillent des patients en programme de soins qui demeurent libres d'aller et venir ; elles n'ont pas été retenues dans le périmètre de la visite.

De façon générale, la décision fondant la privation de liberté est-elle vérifiable et accessible ?

Oui. Le registre de la loi est tenu avec soin et rend la mesure vérifiable de bout en bout.

Il est en revanche incomplet au regard des mentions exigées par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, sur deux points développés ci-après.

La procédure dérogatoire d'urgence est devenue la règle

L'article L. 3212-3 du code de la santé publique permet au directeur, en cas d'urgence et lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, de prononcer l'admission à la demande d'un tiers au vu d'un seul certificat médical, qui peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. Cette procédure déroge au droit commun du 1° du II de l'article L. 3212-1, qui exige deux certificats médicaux circonstanciés dont l'un émanant d'un médecin extérieur à l'établissement.

Les statistiques transmises établissent que cette dérogation constitue, au centre hospitalier de Grasse, le mode d'admission ordinaire. En 2025, 108 des 119 admissions prononcées par le directeur l'ont été au titre de l'article L. 3212-3, soit 90,8 %, contre 5 admissions seulement selon la procédure de droit commun, soit 4,2 %.

Sur les huit premiers mois de 2026, la proportion s'accentue : 94 admissions sur 99 au titre de l'article L. 3212-3, soit 94,9 %, contre 4 admissions de droit commun, soit 4,0 %.

Une telle proportion ne peut refléter la seule réalité clinique de l'urgence. Elle prive, dans plus de neuf admissions sur dix, le patient de la garantie que constitue le second certificat médical émanant d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil.

Il a été indiqué sur place que la difficulté à obtenir ce second certificat, faute de médecin extérieur disponible, expliquait le recours à la voie de l'urgence, explication qui rejoint les constats formulés par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté dans d'autres établissements du ressort, mais qui ne saurait tenir lieu de justification durable.

> *Il s'agit du constat le plus significatif du présent rapport. L'exception légale y est devenue le principe, au détriment d'une garantie de fond attachée à l'admission.*
>
> *Ce point appelle une explication écrite de l'établissement et, le cas échéant, la recherche avec l'agence régionale de santé d'une solution permettant de mobiliser effectivement un médecin extérieur.*

Vérifications de forme sur les décisions et sur le registre de la loi

• Les décisions d'admission et de maintien portent-elles, en caractères lisibles, le nom, le prénom et la qualité de leur signataire ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

• La délégation de signature du signataire est-elle produite ou vérifiable ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Les délégations sont tenues à jour par la direction et détenues par le secrétariat du pôle, qui en reçoit copie. Elles ont été spontanément proposées à la consultation.

• Le registre de la loi reproduit-il les certificats médicaux et les avis pour tous les modes d'admission ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Les certificats sont miniaturisés et collés au folio, pour tous les modes d'admission.

• Les certificats sont-ils horodatés, heure et date, et non seulement datés ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Les certificats portent un horodatage. Le récapitulatif de fin de registre ne comporte, lui, que les dates.

• Les certificats sont-ils circonstanciés, sans motivation type répétée d'un certificat à l'autre ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Les certificats consultés au registre sont individualisés.

• La date de notification des décisions et la date de notification des droits y sont-elles portées, avec les accusés de réception ?
☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

Les notifications ne figurent pas au registre de la loi. Elles sont tracées dans le dossier du patient, au moyen d'une liste de contrôle renseignée à chaque décision, le patient signant un accusé de réception.

L'article L. 3212-11 du code de la santé publique impose que la mention de la notification des décisions et des droits figure au registre.

• La mesure de protection juridique du patient et le nom de son mandataire y sont-ils mentionnés ?
☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

Cette mention ne figure pas au registre ; elle est portée au dossier du patient.

Même observation au regard de l'article L. 3212-11.

• Le registre porte-t-il le visa des autorités de l'article L. 3222-4 au cours des douze derniers mois ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Le dernier visa porté au registre remonte à 2025, sans que la délégation ait pu déterminer sur place laquelle des autorités l'avait apposé. La commission départementale des soins psychiatriques a procédé à un contrôle en décembre 2025 et son compte rendu a été remis ; l'établissement est en attente de la date du prochain contrôle.

Visa de la présente visite : porté au registre le 15 septembre 2026.

Les autorités de l'article L. 3222-4 ne visitent pas l'établissement

La page du registre intitulée « Visas des autorités et de la commission départementale des soins psychiatriques habilitées à visiter les établissements accueillant des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement en vertu des articles L. 3222-4, L. 3213-1 et L. 3223-1 du code de la santé publique » a été communiquée. Elle ne comporte qu'une seule mention, portée le 5 octobre 2025 par la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques, avec sa signature. Toutes les autres lignes sont vierges.

Il en résulte qu'aucun visa du représentant de l'État, du président du tribunal judiciaire ou de son délégué, du procureur de la République ni du maire de Grasse ne figure au registre.

L'obligation de visite annuelle sans publicité préalable et de signature du registre, posée par l'article L. 3222-4 du code de la santé publique, n'est pas satisfaite par ces quatre autorités.

Seule la commission départementale des soins psychiatriques exerce son contrôle.

Ce constat ne met pas en cause l'établissement, qui tient la page de visas à leur disposition, mais les autorités elles-mêmes. Il justifie que le rapport définitif leur soit adressé nommément.

INFORMATION DES PATIENTS ET ACCÈS AUX DROITS

• Le patient reçoit-il une information orale et écrite sur sa situation juridique et ses droits ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

L'information est délivrée oralement à l'admission : il est indiqué au patient qu'il peut faire appel à un avocat, et chaque décision lui est présentée et remise contre accusé de réception.

Aucun livret d'accueil n'existe à ce jour ; sa rédaction est en cours, la cadre supérieure de la filière psychiatrique y travaillant le matin même de la visite.

L'établissement dispose en revanche d'un document intitulé « Information du patient sur sa situation juridique, ses droits et voies de recours vis-à-vis de sa privation de liberté », qui reprend les droits énoncés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique et qui est analysé plus bas ; ni la patiente rencontrée ni les professionnels interrogés sur place n'en ont fait état, et il n'est pas établi qu'il soit effectivement remis au patient sur un support qu'il puisse conserver.

• Les motifs de la mesure, voies de recours et modalités de saisine du magistrat compétent sont-ils expliqués ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Les décisions sont lues et remises. La patiente rencontrée en secteur fermé ignorait toutefois qu'elle pouvait saisir elle-même le magistrat à tout moment aux fins de mainlevée.

• L'information est-elle délivrée dans une langue comprise par le patient ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

• Le recours à un interprète est-il possible et effectif ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Le standard tient une liste d'interprètes professionnels, actualisée en fonction des langues et des disponibilités ; à défaut, il est fait appel à un interprète extérieur homologué, puis, en dernier recours seulement, à des applications de traduction.

Il a été affirmé qu'un patient ne traduit jamais pour un autre patient.

Aucun professionnel formé à la langue des signes n'est identifié à ce jour.

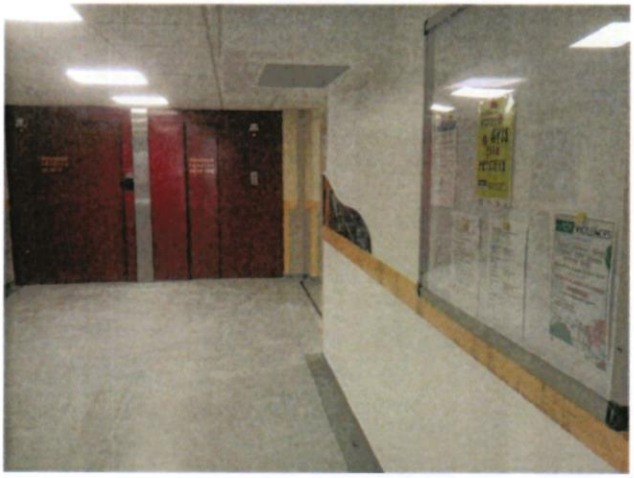
• Les documents d'information sont-ils accessibles aux patients privés de leurs effets personnels ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Aucune remise effective de document n'ayant pu être établie, la question demeure sans portée pratique.

• Les coordonnées de la commission départementale des soins psychiatriques, du magistrat du siège du tribunal judiciaire compétent, de la commission des usagers et du Défenseur des droits sont-elles affichées ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Un affichage des droits et des voies de recours existe dans les unités et mentionne les autorités énumérées par la loi.

L'établissement a produit le document d'information analysé plus bas, dont la nature exacte reste à préciser.





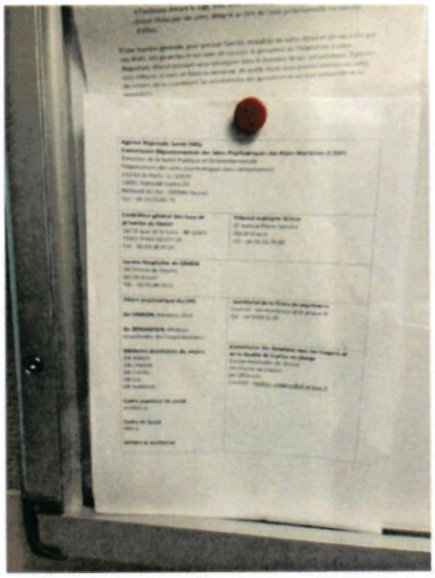
Photographie n° 1 - couloir de l'unité et panneau d'affichage à l'intention des patients. Photographie n° 2 : vue du couloir de l'unité, avec les panneaux d'affichage (à gauche) et le sas de sortie au fond.



Photographie n° 3 - autre zone d'affichage du couloir : commission des usagers, charte de la bientraitance, charte de la personne hospitalisée, charte de la laïcité.

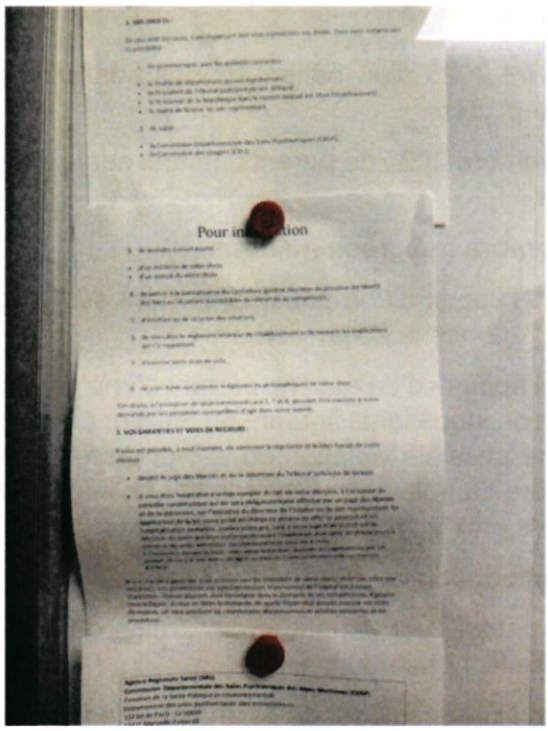


Photographie n° 4 : même zone d'affichage que la photographie n° 3, vue d'ensemble sous vitrine.





Photographie n° 5 : détail de cette même zone d'affichage - coordonnées utiles (agence régionale de santé, commission départementale des soins psychiatriques, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, tribunal judiciaire de Grasse, direction et filière psychiatrique de l'établissement). Photographie n° 6 : détail de cette même zone d'affichage - charte de la personne hospitalisée.



Photographie n° 7 : détail de cette même zone d'affichage - présentation superposée du document d'information sur la situation juridique et de la liste des coordonnées utiles.

• Les patients peuvent-ils formuler une réclamation de manière confidentielle ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Le circuit des réclamations est centralisé par le bureau des relations avec les usagers.

Les tableaux des réclamations concernant la psychiatrie ont été communiqués.

Les modalités concrètes de saisine par un patient hospitalisé en secteur fermé n'ont pas été décrites.

• Les réclamations font-elles l'objet d'un enregistrement et d'un suivi ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

• Les documents d'information sur les droits de recours sont-ils accessibles ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Par voie d'affichage uniquement, et dans une version en cours de mise à jour.

Informations complémentaires

Les certificats médicaux fondant la mesure ne sont pas remis aux patients. Interrogé sur le motif de cette pratique, le service a répondu ne s'être jamais posé la question. Le patient signe pourtant un accusé de réception de chaque décision, laquelle vise ces certificats sans en reprendre les éléments cliniques.

L'identité du tiers demandeur est communiquée au patient.

Les observations du patient peuvent être retranscrites entre guillemets dans les certificats médicaux et sont également rapportées par les infirmiers dans leurs transmissions. Cette retranscription n'est pas systématique et procède du choix du rédacteur.

L'accès au dossier médical pendant l'hospitalisation est possible sur demande écrite, le personnel soignant aidant à la rédaction le cas échéant.

La délégation a remis sur place deux exemplaires du tableau de l'ordre des avocats au barreau de Grasse, qui n'était affiché nulle part dans l'établissement. Ils seront affichés immédiatement, dans la salle des avocats et à proximité du téléphone mis à la disposition des patients.

Réclamations concernant la psychiatrie

Les tableaux des réclamations relatives au pôle de psychiatrie ont été communiqués pour l'exercice 2025 et pour l'exercice en cours. Les objets en sont rapportés ci-après sous une forme anonymisée.

Exercice 2025 : deux réclamations.

La première, reçue le 18 avril 2025 d'un patient, portait sur la disparition d'effets personnels ; la réponse a été apportée en sept jours.

La seconde, reçue le 26 novembre 2025 de parents, portait sur la disparition d'un usager ; la réponse a été apportée en deux jours.

Exercice 2026, au 15 septembre : six réclamations.

Reçue le 15 janvier 2026 de l'époux d'une patiente, portant sur la sortie non autorisée d'un patient hospitalisé sous contrainte ; réponse le 20 janvier.

Reçue le 30 janvier 2026 de l'épouse d'un patient, portant d'une part sur la contestation d'une mention relative à une consommation de stupéfiants figurant au dossier médical et tenue pour inexacte, d'autre part sur le signalement d'une possible violation du secret professionnel, des informations ayant été transmises entre une infirmière du pôle de psychiatrie et une infirmière de gériatrie et ayant fait l'objet d'une diffusion dans la sphère privée ; réponse le 24 mars.

Reçue le 21 mai 2026 par l'intermédiaire de l'agence régionale de santé ; réponse le 26 mai.

Reçue le 15 juin 2026 d'un patient, portant sur la disparition de ses effets personnels, ayant donné lieu à indemnisation ; réponse le 17 juin.

Reçue le 26 juin 2026 par l'intermédiaire de la mairie, des parents d'un patient sollicitant des informations sur sa prise en charge ; réponse le 29 juin.

Reçue le 30 juillet 2026 de la mère d'un patient, portant sur la prise en charge médicale, le suivi psychiatrique, la continuité des soins et les difficultés de communication avec la famille.

Le circuit de traitement est effectif et rapide : à deux exceptions près, les réponses interviennent en moins d'une semaine, et la traçabilité des étapes (accusé de réception, enquête auprès du service, rapport circonstancié, réponse au plaignant) est assurée.

Trois observations toutefois. Le volume triple entre 2025 et l'exercice en cours, ce qui doit être suivi. Deux réclamations sur huit portent sur la disparition d'effets personnels, ce qui rejoint le constat fait lors de la visite d'un placard de chambre ne fermant pas à clé.

Enfin, une réclamation met en cause une possible violation du secret professionnel entre deux services de l'établissement : ce grief, distinct des précédents par sa nature, appelle une vigilance particulière et son traitement mérite d'être documenté dans la réponse de l'établissement au présent rapport.

Aucune réclamation n'est relative à une mesure d'isolement, à une mesure de contention ou à l'exercice des voies de recours. L'absence de toute réclamation sur ces objets, dans un pôle où 140 mesures de soins sans consentement ont été prononcées en 2025, ne peut être lue comme un indice de satisfaction : elle confirme plutôt le constat, fait lors de la visite, d'une information insuffisante des patients sur leurs droits et sur les moyens de les faire valoir.

Le document d'information du patient sur sa situation juridique

Invité à communiquer l'affichage destiné aux patients relatif à l'information sur les droits et les recours, en secteur ouvert comme en secteur fermé, l'établissement a produit à ce titre un document de quatre pages intitulé « Information du patient sur sa situation juridique, ses droits et voies de recours vis-à-vis de sa privation de liberté », visant l'article L. 3211-3 du code de la santé publique.

Une première ambiguïté doit être levée : ce document comporte des mentions à compléter individuellement (« Vous avez été admis(e) le … », « La décision fixant votre situation juridique pendant ces soins : ») qui excluent qu'il puisse servir d'affichage.

Ou bien il est remis au patient, et il constitue alors le document écrit dont l'absence a été constatée sur place ; ou bien il est affiché, et ses mentions individuelles demeurent vierges.

L'établissement doit préciser lequel des deux usages est le sien, et, s'il s'agit d'une remise, en tracer la date et l'accusé de réception.

Sur le fond, le document reprend l'intégralité des huit droits énumérés au deuxième alinéa de l'article L. 3211-3 : communication avec le représentant de l'État, le président du tribunal judiciaire, le procureur de la République et le maire ; saisine de la commission départementale des soins psychiatriques et de la commission des usagers ; conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ; saisine du Contrôleur général des lieux de privation de liberté ; émission et réception de courriers ; consultation du règlement intérieur ; exercice du droit de vote ; activités religieuses ou philosophiques.

Il expose le contrôle systématique du magistrat du siège avant l'expiration du délai de douze jours puis tous les six mois, la possibilité de contester à tout moment la mesure, et l'assistance ou la représentation par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office.

Il comporte enfin les coordonnées de l'agence régionale de santé, de la commission départementale, du Contrôleur général et du tribunal judiciaire de Grasse. Sa facture est donc conforme, dans son principe, à l'article L. 3211-3.

Cinq insuffisances doivent néanmoins être signalées.

La première est la plus lourde en pratique : le document ne dit rien des voies de recours propres à l'isolement et à la contention, alors que le patient placé en chambre d'isolement, ou un proche agissant dans son intérêt, peut saisir le magistrat du siège aux fins de mainlevée sur le fondement du 6° du I de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique.

Il faut être précis : le Conseil constitutionnel a jugé, par sa décision n° 2023-1040/1041 QPC du 31 mars 2023, que l'absence de notification de ce droit et du droit à l'assistance d'un avocat n'est pas contraire à la Constitution. L'établissement ne méconnaît donc aucune obligation en s'abstenant de cette mention ; mais rien ne lui interdit de la porter, et tout la recommande, s'agissant de la privation de liberté la plus intense qu'un patient puisse subir dans ses murs et alors que la délégation a constaté qu'une patiente ignorait jusqu'à son droit de saisir le juge sur la mesure principale.

La deuxième tient à l'avocat : le document mentionne le droit d'être assisté d'un avocat choisi ou commis d'office, mais ne donne pas les coordonnées de l'ordre des avocats au barreau de Grasse, alors qu'il donne les coordonnées de quatre autres autorités.

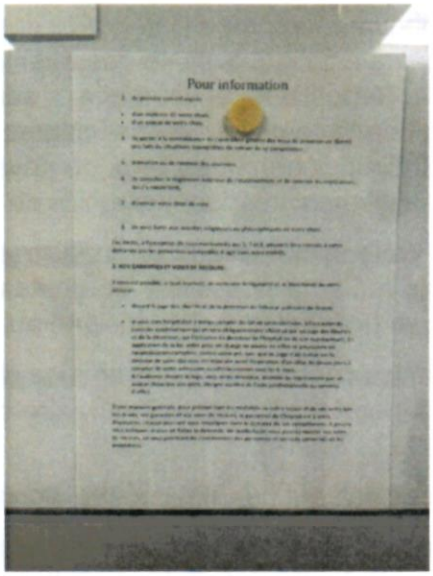
La troisième est une erreur matérielle : la rubrique consacrée à la commission départementale des soins psychiatriques des Alpes-Maritimes indique un « référent du Var », et le nom de son président est laissé en blanc ; les coordonnées du secrétariat du pôle et de la commission des relations avec les usagers sont elles aussi incomplètes.

La quatrième tient à sa portée : le pied de page le réserve aux hospitalisations complètes, sans équivalent pour les patients pris en charge sous une autre forme au sens de l'article L. 3211-2-1.

Or la première chambre civile de la Cour de cassation a jugé, le 25 mai 2023 (arrêt FS-B, pourvoi n° 22-12.108), que l'obligation d'information de l'article L. 3211-3 ne se limite pas à l'hospitalisation complète et s'étend au programme de soins ; un défaut d'information lors du passage en programme de soins est susceptible d'être invoqué au soutien d'une demande de mainlevée.

La cinquième tient à sa rédaction : le document affirme par avance, en une formule préimprimée, que « l'équipe hospitalière vous en a expliqué les raisons médicales et un échange a eu lieu, vous permettant de faire valoir vos observations ». L'article L. 3211-3 impose que le patient soit informé et mis à même de faire valoir ses observations avant chaque décision de maintien des soins ou de changement de la forme de la prise en charge ; cet échange doit être effectif et tracé, et une mention préimprimée ne peut ni en tenir lieu ni en établir la réalité.





Photographie n° 8 : document affiché dans le couloir - « Information du patient sur sa situation juridique, ses droits et voies de recours vis-à-vis de sa privation de liberté », page 1/4. Photographie n° 9 : même document, page 2/4, rubrique « Vos garanties et voies de recours ».

ACCÈS À L'AVOCAT ET AU JUGE

Accès

• Les patients sont-ils informés de leur droit à l'assistance d'un avocat ?

☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

L'information est donnée oralement à l'admission.

• Une liste d'avocats ou les modalités de désignation sont-elles accessibles ?

☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

Aucun tableau de l'ordre n'était affiché avant la visite ; il y a été remédié le jour même, à l'initiative de la délégation.

• La demande d'avocat est-elle transmise sans délai au greffe ou au barreau ?

☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Le secrétariat du pôle assure le suivi des pièces et des échéances et transmet les dossiers à la juridiction. Le circuit propre à une demande d'avocat formée spontanément par un patient n'a pas été décrit.

Locaux

• Existe-t-il un ou plusieurs locaux dédiés aux entretiens avec l'avocat ?

☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Une salle des avocats existe au rez-de-chaussée, à proximité immédiate de la salle d'audience, correctement identifiée et signalée. Il n'existe en revanche aucun local d'entretien confidentiel dans les unités d'hospitalisation.



Photographie n° 10 : local d'entretien mis à la disposition des avocats, à proximité de la salle d'audience.

• Les locaux dédiés sont-ils suffisamment dimensionnés pour permettre un entretien avocat-client, le cas échéant avec un interprète ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

• Le local est-il suffisamment propre ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

• Le local est-il suffisamment isolé pour garantir le respect de la confidentialité visuelle et sonore de l'entretien ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

De façon générale, existe-t-il des informations permettant un accès au droit effectif ?

Partiellement. L'affichage des droits et des voies de recours existe mais est en cours de refonte, et le tableau de l'ordre était absent jusqu'au jour de la visite.

Aucune information n'indique aux patients les jours et heures de la permanence du barreau ni la manière de la saisir.

Audience

• L'avocat peut-il accéder à l'unité et rencontrer son client sans difficulté excessive ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Les avocats commis d'office n'accèdent pas aux unités et interviennent en salle d'audience.

La semaine précédant la visite, un avocat venu s'entretenir avec sa cliente a dû le faire à l'extérieur, dans le patio, faute de local disponible.

L'encadrement a indiqué qu'un local serait mis à disposition si la demande en était faite, et que la salle dédiée aux familles, en projet, y pourvoirait.

• Le patient peut-il s'entretenir avec son avocat avant l'audience ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

C'est la principale difficulté matérielle signalée. En l'absence de numéro de contact permettant à l'avocat de signaler sa présence, l'accès à la salle des avocats n'est ouvert qu'à l'arrivée du magistrat et du greffier.

L'avocat présent en avance, et le patient déjà conduit sur place, ne peuvent donc pas s'entretenir confidentiellement avant l'arrivée du magistrat et du greffier.

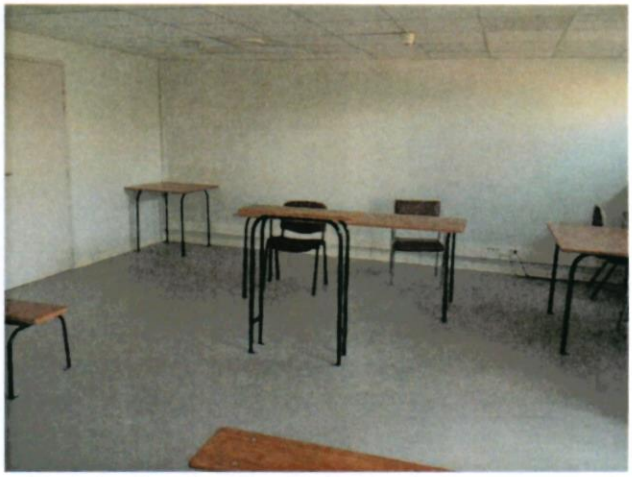
La mise à disposition d'une ligne directe a été demandée à l'établissement.

• Les audiences garantissent-elles la dignité, l'intelligibilité et la possibilité de s'exprimer ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

La salle d'audience, implantée au rez-de-chaussée du pôle, est fonctionnelle.

La délégation n'a pas assisté à une audience au cours de cette visite.





Photographie n° 11 : signalétique de la salle d'audience du magistrat du siège du tribunal judiciaire de Grasse, au rez-de-chaussée du pôle. Photographie n° 12 : salle d'audience.

• En visioconférence, un échange confidentiel avec l'avocat est-il possible ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Sans objet : les audiences se tiennent en présentiel dans la salle dédiée.

• Le patient peut-il s'entretenir avec son avocat après l'audience ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

• Le patient peut-il facilement exercer son droit de recours ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Les courriers adressés à une autorité, y compris les recours, sont pris en charge et affranchis par l'établissement. En sens inverse, l'absence de livret d'accueil, l'absence de remise des certificats et la méconnaissance, par la patiente rencontrée, de son droit de saisir le juge à tout moment limitent l'exercice effectif de ce droit.

Informations complémentaires

Le barreau organise une permanence dédiée aux hospitalisations sous contrainte, assurée par des avocats volontaires inscrits sur une liste, les dossiers étant adressés quelques jours avant l'audience.

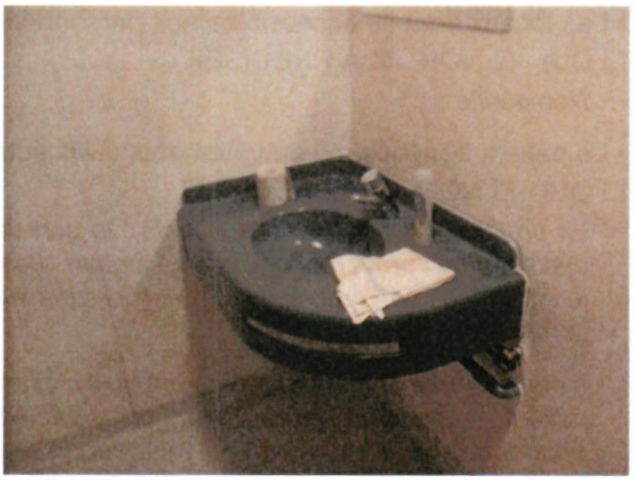
Une formation à la législation est programmée les 8 et 9 décembre 2026, animée par un juriste et ouverte à l'ensemble des professionnels du pôle : actualité législative, isolement et contention, droits des patients. Une demi-journée de formation conduite par le magistrat du siège chargé du contrôle des mesures de soins sans consentement a par ailleurs été évoquée.

CONDITIONS MATÉRIELLES ET DIGNITÉ

CHAMBRES, SANITAIRES ET HYGIÈNE

• Les chambres permettent-elles de préserver l'intimité des patients ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Les six chambres du secteur fermé sont individuelles et équipées de sanitaires propres. Il n'existe pas de chambre double en secteur fermé. Aucune caméra n'est installée dans les chambres d'hospitalisation.

Photographie n° 13 : chambre individuelle du secteur fermé, visitée avec l'accord de la patiente. Photographie n° 14 : sanitaires attenants à la chambre.

• La literie, le mobilier, l'éclairage, le chauffage et la ventilation sont-ils satisfaisants ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Le secteur a été entièrement refait il y a environ deux ans. La climatisation fonctionne ; la patiente rencontrée a confirmé une température normale. Les chambres ouvrent sur un paysage naturel.

• Le patient dispose-t-il d'un dispositif d'appel fonctionnel et accessible ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Un bouton d'appel équipe chaque chambre et fonctionne. La patiente rencontrée ignorait cependant son existence et n'avait jamais eu l'idée de s'en servir ; il a fallu le lui désigner. Le dispositif existe donc mais n'est pas porté à la connaissance des patients.



Photographie n° 15 : bouton d'appel des chambres classiques, notamment de la salle 12.

• Les sanitaires et douches sont-ils accessibles dans des conditions dignes ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

• Produits d'hygiène, vêtements propres et protections périodiques sont-ils disponibles ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Une personne du bureau des entrées intervient deux fois par semaine au titre de la gestion des biens des patients. Le point n'a pas été vérifié en détail.

• Les locaux sont-ils accessibles aux personnes en situation de handicap ?

☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Non vérifié.

• Le patient bénéficie-t-il de vêtements civils autres qu'uniformes ou pyjamas ?

☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

La pratique décrite est satisfaisante : le port du pyjama n'est pas imposé par principe, il relève d'une évaluation à l'arrivée et d'une prescription, il est tracé au dossier du patient, y compris lorsque celui-ci le demande lui-même, et il est utilisé lorsque le patient arrive sans effets personnels, dans l'attente que la famille en apporte.

L'établissement a confirmé par écrit qu'il n'existe pas de procédure en la matière, la règle étant que les patients conservent leurs vêtements sauf exception par prescription médicale. La règle écrite dit pourtant l'inverse : le règlement intérieur du secteur fermé exige, au titre de l'hygiène, « une hygiène et une tenue correctes (pyjama) ». Seul le règlement du secteur ouvert est conforme à la pratique, en ne permettant de demander le pyjama que « transitoirement, si votre état clinique le nécessite, sur indication médicale ». Cette contradiction est analysée plus bas.

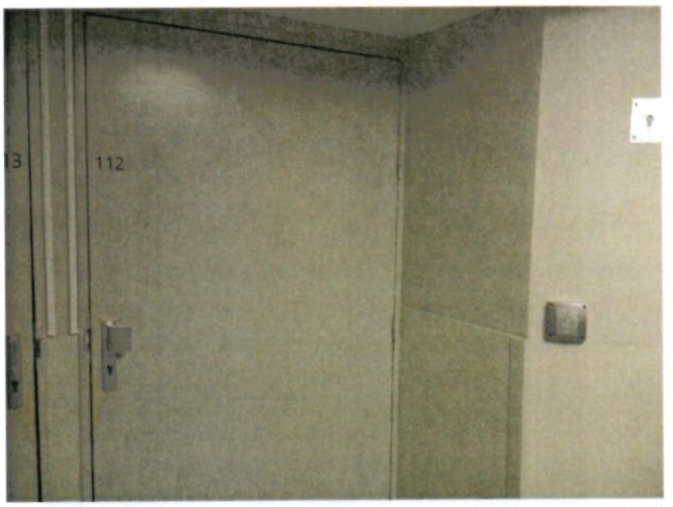
Informations complémentaires

Les patients disposent depuis quelques mois d'un bracelet-badge leur permettant de fermer et d'ouvrir eux-mêmes leur chambre, dispositif présenté comme un investissement important de l'établissement et destiné à leur sécurité, notamment la nuit. La patiente rencontrée ne disposait pas du sien. L'encadrement a indiqué qu'il arrivait que des patients l'ôtent, notamment pour la douche, et le perdent, et a immédiatement demandé à l'équipe de faire le point.

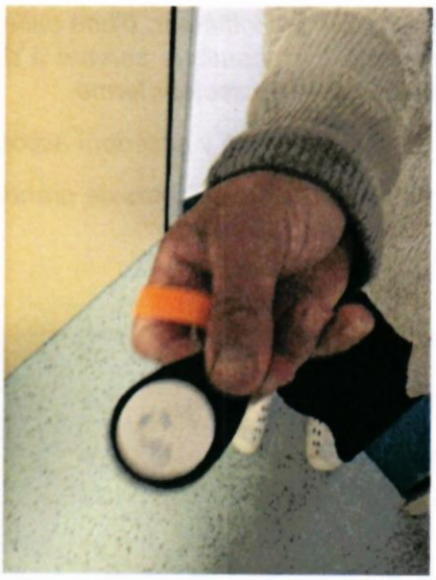
Ce constat appelle une vérification quotidienne de la détention effective du badge par chaque patient, faute de quoi le dispositif, conçu comme une garantie, devient un facteur d'inégalité.

Le placard de la chambre visitée ne fermait pas à clé ; la clé mentionnée par l'encadrement est celle de la porte de la chambre. Les chambres étaient en cours de réfection sur ce point.

Le ménage est assuré quotidiennement, ce que la patiente rencontrée a confirmé.



Photographie n° 16 : portes des chambres du secteur fermé, équipées du lecteur permettant au patient de fermer et d'ouvrir sa chambre avec son bracelet-badge.

Photographie n° 17 : détail du lecteur mural équipant les portes des chambres. Photographie n° 18 : bracelet-badge remis au patient.

REPAS, EXTÉRIEUR, COMMUNICATIONS ET ACTIVITÉS

• Les repas, régimes médicaux et besoins particuliers sont-ils pris en compte ?

☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Non vérifié spécifiquement.

Les patients se rendent librement à la salle à manger en dehors des repas ; une présence soignante est assurée pendant les repas, notamment en raison du risque de fausse route lié aux traitements.

• Les patients ont-ils un accès effectif à l'eau en dehors des repas ?

☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Non vérifié spécifiquement.

• L'accès à l'air libre est-il quotidien et effectif ?

☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Le secteur fermé dispose d'un patio arboré avec potager, olivier et herbes aromatiques, accessible également depuis le secteur ouvert, et servant de fumoir. Un allume-cigarette est installé, les patients ne disposant pas de briquet. L'accès n'est toutefois pas libre : il suppose qu'un soignant ouvre la porte, ce qui est présenté comme possible en permanence mais peut être différé aux heures de forte activité.




Photographie n° 19 : patio arboré du secteur fermé. Photographie n° 20 : espace extérieur grillagé servant de fumoir.

• Les patients disposent-ils d'activités, de lecture, de télévision ou de moyens d'occupation adaptés ?

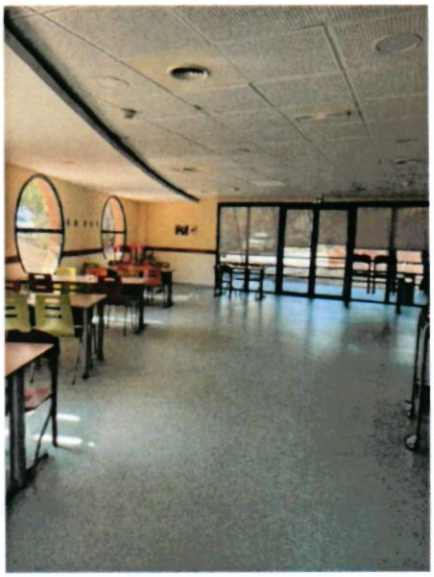
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Le pôle dispose d'une bibliothèque, d'une salle de musique, d'une salle de sport, d'une table de ping-pong, d'une cuisine thérapeutique servant à des ateliers, d'une grande salle polyvalente en secteur ouvert et d'un téléviseur en secteur fermé.

Les patients du secteur fermé y accèdent accompagnés, dans le cadre de sorties progressives.

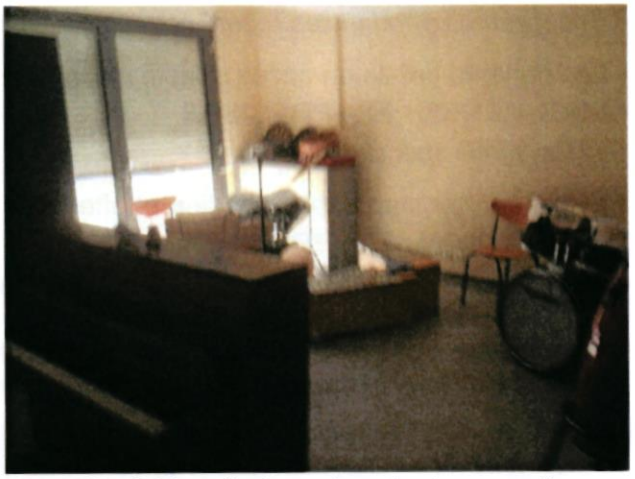
Des sacs de frappe et des téléviseurs de grande taille ont été commandés.





Photographie n° 21 : signalétique des espaces collectifs (secteur ouvert) : salle à manger, salle de jeux, salons, cuisine thérapeutique, salon de coiffure. Photographie n° 22 : salle à manger (secteur ouvert).





Photographie n° 23 : bibliothèque (secteur ouvert). Photographie n° 24 : salle de musique (secteur ouvert).





Photographie n° 25 : téléviseur du secteur fermé, dans son caisson de protection. Photographie n° 26 : salle commune du secteur fermé, où se trouve ce même téléviseur.

• Les patients peuvent-ils téléphoner et recevoir des visites dans des conditions proportionnées ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Le téléphone portable est soumis à prescription médicale. Lorsqu'il est autorisé, le patient peut téléphoner depuis sa chambre ou à l'extérieur, sans limitation de durée ; le lieu peut être adapté sur indication médicale.

À défaut de téléphone personnel, un poste de l'établissement est mis à disposition gratuitement.

En chambre d'isolement, le patient a droit à un appel et peut accéder à son téléphone pour consulter ses messages.

Les visites sont soumises à prescription médicale, organisées par créneaux d'une demi-heure attribués famille par famille, dans la limite de deux personnes, un créneau pouvant être obtenu dès le lendemain de la demande.

• Les restrictions de communication ou de visite sont-elles individualisées, motivées et réexaminées ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Les restrictions relèvent d'une décision médicale individuelle ; un exemple a été donné d'une limitation temporaire décidée à raison d'appels répétés perturbant le sommeil de la patiente.

Informations complémentaires

Il n'existe pas de salon des familles. Les visites se déroulent dans la salle à manger, dans le patio et, rarement, en chambre. La création d'une salle dédiée aux familles figure au projet de réaménagement.

Le courrier, y compris celui adressé à une autorité dans le cadre d'un recours, est affranchi et expédié par le secrétariat de l'établissement, sans frais pour le patient.

LES RÈGLEMENTS INTÉRIEURS DES SECTEURS OUVERT ET FERMÉ

Les deux règlements intérieurs du pôle ont été communiqués : la procédure PSY0012, relative au secteur fermé, et la procédure PSY0013, relative au secteur ouvert. Toutes deux portent la date du 1er octobre 2020 et la signature du médecin chef de service et d'une cadre supérieure de santé qui n'exerce plus ces fonctions. L'établissement les présente comme « en cours d'actualisation » dans le cadre de la certification prévue en octobre 2026, le directeur de la filière psychiatrique s'étant engagé à communiquer les versions révisées avant la fin du mois de septembre 2026.

Ces deux documents n'en constituent pas moins, à ce jour, le droit applicable aux patients, et l'article L. 3211-3 du code de la santé publique reconnaît à ceux-ci le droit de les consulter.

Leur examen appelle des observations sérieuses.

Observations de forme

Ces documents ne présentent aucune des garanties formelles attachées à un règlement intérieur. Le règlement intérieur d'un établissement public de santé relève de la compétence du directeur, qui l'arrête au titre de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique après consultation des instances ; les deux procédures transmises ne portent ni visa du directeur, ni trace d'un avis de la commission médicale d'établissement, de la commission des soins infirmiers ou de la commission des usagers. Elles ne comportent ni numéro de version, ni date de révision, ni échéance de réexamen.

La rubrique « textes de référence » de la procédure PSY0013 est réduite à un tiret, et les rubriques « description du document » des deux procédures sont des pages blanches. Elles renvoient enfin, pour la sortie définitive, à une autorisation « du Tribunal de grande instance », juridiction supprimée le 1er janvier 2020 par la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019, le contrôle de la mesure relevant du magistrat du siège du tribunal judiciaire.

Ces documents sont par ailleurs antérieurs au bloc normatif qui régit aujourd'hui l'isolement et la contention : la décision du Conseil constitutionnel n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020, la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 puis la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022, qui ont donné à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique sa rédaction actuelle. Ils n'ont jamais été mis à jour depuis lors, soit près de six ans.

Des durées d'isolement et de contention contraires à la loi

La section 3 du chapitre II du règlement du secteur fermé énonce que le patient est admis en chambre d'isolement « sur indication médicale ré-évaluable au maximum au bout de 24h », et que la contention est « ré-évaluable au maximum toutes les 24h ». Ces deux règles sont contraires au I de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, qui n'autorise une décision d'isolement que pour une durée maximale de douze heures et une décision de contention que pour une durée maximale de six heures, et qui impose, au-delà de la première période, deux évaluations du patient par vingt-quatre heures pour l'isolement et deux évaluations par douze heures pour la contention. Une réévaluation unique « au bout de 24h » est donc doublement erronée : elle méconnaît la durée maximale de la décision initiale et divise par deux le nombre d'évaluations exigées.

Sur ce dernier point, la première chambre civile de la Cour de cassation a jugé, le 24 septembre 2025 (pourvoi n° 24-15.779), qu'après la première période de douze heures le patient doit faire l'objet de deux évaluations par vingt-quatre heures, sans qu'il soit exigé qu'elles soient espacées de douze heures exactement. La règle légale porte donc sur le nombre d'évaluations par période, non sur leur périodicité ; c'est ce nombre que la rédaction du règlement méconnaît. Le même arrêt précise qu'un interne peut, par délégation, procéder à certains actes de surveillance, mais que la décision de renouvellement relève du psychiatre.

Le point est d'autant plus sérieux que le rapport annuel 2025, également communiqué, rappelle, lui, les durées de six heures pour la contention et de douze heures pour l'isolement. L'établissement dispose donc de deux documents écrits qui se contredisent, et celui qui est opposable au patient, qu'il a le droit de consulter et qui décrit à l'équipe la conduite à tenir, est celui qui énonce la règle erronée. Ce constat éclaire d'un jour nouveau les durées relevées aux extraits de registre et rapportées plus haut.

Un pouvoir de décision confié à l'équipe infirmière

La même section prévoit qu'« en cas d'urgence, l'équipe infirmière est habilitée à effectuer cette mise en chambre fermée de sa propre initiative avant d'en informer sans délai le médecin qui confirmera ou non l'indication d'isolement ». Le I de l'article L. 3222-5-1 réserve la décision d'isolement et de contention au psychiatre.

La pratique décrite oralement lors de la visite, présentée alors comme exceptionnelle, n'est donc pas une tolérance de fait : elle est écrite, organisée et habilitée par le règlement du service. La recommandation relative à la traçabilité de ces mesures doit en conséquence être complétée par la suppression de la disposition elle-même.

Ni l'un ni l'autre des deux règlements ne mentionne le droit du patient, ou d'un proche agissant dans son intérêt, de saisir le magistrat du siège aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention, ni l'information d'un membre de la famille, ni l'existence du registre prévu au II de l'article L. 3222-5-1. Aucun des deux ne reproduit non plus la liste des droits énoncés à l'article L. 3211-3, alors que le règlement intérieur est précisément le document que le 6° du deuxième alinéa de ce texte invite le patient à consulter.

Sur l'information du patient isolé ou contenu quant à son droit de saisir le juge et de se faire assister d'un avocat, le Conseil constitutionnel a jugé, par sa décision n° 2023-1040/1041 QPC du 31 mars 2023, que l'absence de notification de ces droits ne méconnaît ni le droit à un recours juridictionnel effectif ni les droits de la défense. La carence relevée ci-dessus ne constitue donc pas, en l'état du droit, une illégalité ; elle est signalée comme une insuffisance au regard de l'effectivité du recours, dans le sens des critiques doctrinales adressées à cette décision (G. Delgado-Hernandez et L. Monnet-Placidi, Lexbase, La lettre juridique n° 945, 11 mai 2023) et des recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. La recommandation correspondante est formulée à ce titre, et non comme un rappel à la loi.

Il en va différemment de l'information de la personne chargée de la mesure de protection. Par sa décision n° 2024-1127 QPC du 5 mars 2025, le Conseil constitutionnel a censuré l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique en ce qu'il ne prévoyait pas l'information systématique de cette personne lorsque le majeur protégé fait l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention ; la première chambre civile de la Cour de cassation a par ailleurs jugé, le 9 avril 2025 (pourvoi n° 23-23.219), que l'identité de ce représentant et son lien avec le patient doivent figurer en procédure. Aucun des deux règlements intérieurs n'en dit mot, et, comme il sera vu, l'écran de prescription du dossier patient informatisé ne comporte aucun champ correspondant.

Des restrictions collectives et absolues en secteur fermé

Le deuxième alinéa de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique dispose que les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis, ce qui suppose une appréciation individuelle.

Le règlement du secteur fermé procède au contraire par interdictions générales : l'usage du téléphone portable y est prohibé sans exception ; sont totalement interdits les lacets, foulards, écharpes, appareils audio et écouteurs avec cordons, lecteurs de musique, disques et ordinateurs ; les cigarettes sont distribuées à raison d'une par heure au maximum ; les appels téléphoniques, passés depuis les postes du service, ont une fréquence et une durée limitées ; les visites sont enfermées dans un créneau de 14h30 à 18h45, limitées à deux personnes et à une demi-heure par jour ; les mineurs de moins de seize ans ne sont pas autorisés à entrer.

La comparaison des deux règlements est ici décisive. Le règlement du secteur ouvert autorise la conservation et l'usage du téléphone portable « sauf contre-indication médicale » ; il subordonne le port du pyjama à une indication médicale transitoire ; il ne restreint les appels et les visites que « sur prescription médicale » et « si votre état clinique l'indique » ; il n'écarte les visites de mineurs de moins de seize ans que sous réserve d'un avis médical contraire. L'établissement démontre ainsi par ses propres documents qu'un régime individualisé est praticable dans ses murs.

L'interdiction générale et absolue opposée aux patients du secteur fermé, qui sont précisément ceux dont les libertés sont déjà les plus restreintes, ne peut dès lors se prévaloir d'aucune impossibilité technique.

Le règlement du secteur fermé prévoit également, au retour d'une sortie en secteur ouvert, qu'« une fouille de votre chambre et de vos vêtements est possible au retour en cas de nécessité pour des raisons de sécurité ». Aucune disposition du code de la santé publique n'organise la fouille des patients hospitalisés en psychiatrie. La mesure n'est ici assortie d'aucune garantie : ni décision écrite, ni motivation individuelle, ni présence du patient, ni traçabilité, ni information sur les objets retirés. Elle doit être soit abandonnée, soit encadrée par une procédure écrite offrant ces garanties.

La vidéosurveillance des chambres d'isolement

Le règlement du secteur fermé apporte la réponse à une question laissée ouverte lors de la visite : « chaque chambre d'isolement dispose d'une caméra de vidéosurveillance. Les images ne sont pas enregistrées. » Le dispositif est donc systématique et permanent. Aucune base légale n'est indiquée, aucune finalité n'est précisée, rien n'est dit du champ couvert par la caméra ni de l'occultation de l'espace sanitaire, alors que la chambre visitée dispose d'un sas comportant un point d'eau et des toilettes. L'absence d'enregistrement, favorable du point de vue de la protection des données, prive en revanche de tout contrôle a posteriori les conditions de déroulement de la mesure et la réalité de la surveillance.

Une surveillance permanente par caméra d'une personne isolée, susceptible d'être dévêtue et d'utiliser des sanitaires, constitue une ingérence grave dans le droit au respect de la vie privée garanti par l'article 9 du code civil et par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme. Elle appelle, à tout le moins, une base écrite, une information individuelle du patient, une analyse d'impact relative à la protection des données et une inscription au registre des traitements de l'établissement. Ces éléments doivent être demandés.

Deux contradictions avec les déclarations recueillies

La première porte sur le pyjama. Il a été affirmé lors de la visite que le port du pyjama n'est jamais imposé par principe, et le courriel du 16 septembre 2026 le confirme expressément : « pas de procédure, la règle, les patients conservent leur vêtement sauf exception par prescription médicale au regard de l'état clinique ». Le règlement intérieur du secteur fermé énonce l'inverse en exigeant le pyjama au titre de l'hygiène et de la tenue. La pratique décrite est la bonne ; c'est la règle écrite qui doit être corrigée, et l'être expressément, car le port généralisé du pyjama est identifié de longue date comme une atteinte à la dignité des patients hospitalisés sans leur consentement.

La seconde porte sur le livret d'accueil. Les deux règlements affirment que les soignants remettent au patient, dès l'admission, « le livret d'accueil, avec un formulaire pour désigner une personne de confiance et un livret d'information concernant vos droits ». Or le courriel du 16 septembre 2026 indique que le livret d'accueil « est en cours d'élaboration », ce qui confirme les déclarations recueillies sur place et les propos de la patiente rencontrée, qui n'avait reçu aucun document. Un règlement en vigueur depuis six ans décrit ainsi une remise qui n'a jamais lieu.

Éléments favorables relevés dans les mêmes documents

L'inventaire des effets personnels est effectué par deux soignants, en présence du patient, sur un formulaire co-signé et conservé au dossier : la garantie est réelle et devra être vérifiée dans les faits, deux des huit réclamations enregistrées portant sur la disparition d'effets personnels.

Le règlement du secteur fermé prévoit une visite médicale quotidienne en zone fermée et, en chambre d'isolement, au moins une visite médicale par jour assortie d'une surveillance infirmière horaire, ce qui est conforme aux constats faits sur place.

La prise en charge somatique est organisée par écrit : bilan somatique à l'hospitalisation, médecin généraliste vacataire deux demi-journées par semaine, pédicure-podologue mensuelle.

Le règlement du secteur ouvert retient, sur le téléphone, le pyjama et les visites, une rédaction respectueuse du principe d'individualisation posé par l'article L. 3211-3.

Une observation mineure mais concrète peut enfin être faite : les deux règlements prévoient que les traitements médicamenteux sont distribués « à l'entrée de la salle à manger, au début des repas et au coucher ». La distribution de traitements psychotropes dans un lieu de passage collectif ne préserve pas la confidentialité due aux soins au titre de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.

SOINS, SECRET MÉDICAL ET CONTINUITÉ

• Les consultations médicales et infirmières se déroulent-elles à l'abri des regards et des écoutes ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Les bureaux médicaux, de psychologues et de l'assistante sociale sont regroupés dans la partie administrative du pôle, accessible aux patients en journée. Le déroulement des consultations n'a pas été observé.

• Une permanence des soins est-elle organisée 24 heures sur 24 ?

☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Une garde médicale couvre l'ensemble de l'établissement. Les infirmiers peuvent appeler le médecin à tout moment, y compris la nuit et le week-end, et deux passages médicaux au moins ont lieu chaque jour en secteur fermé.

• Les demandes urgentes d'un patient sont-elles traitées sans délai excessif ?

☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Une patiente a exprimé devant la délégation des doléances relatives à sa tension et à ses traitements ; l'encadrement a indiqué qu'elles seraient transmises au praticien. La délégation n'a pas été en mesure de vérifier les suites données.

• Les traitements, leurs finalités et effets indésirables sont-ils expliqués au patient ?

☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

La patiente rencontrée déclarait supporter mal son traitement et l'estimer inadapté, sans paraître avoir reçu d'explication qu'elle ait comprise. Ce constat est rapporté comme tel et ne préjuge pas de la qualité de la prise en charge.

• La continuité des soins est-elle organisée lors d'un transfert ou d'une sortie ?

☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Le pôle dispose d'un réseau d'aval structuré : CMP, hôpital de jour, CATTP, équipe mobile de précarité et psychiatrie intervenant jusque dans l'arrière-pays, équipe mobile d'évaluation en soins intensifs psychiatriques assurant un suivi rapproché des crises suicidaires sept jours sur sept, et deux appartements relais permettant une évaluation de l'autonomie sur six mois renouvelables.

• Un accompagnement social est-il accessible aux patients ?

☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Une assistante sociale à temps plein est affectée au pôle et participe aux réunions cliniques du lundi et du vendredi.

Informations complémentaires

Un médecin généraliste est rattaché au pôle depuis juin 2026. L'encadrement a présenté cette arrivée comme une amélioration notable, la prise en charge somatique ayant été durablement difficile auparavant. Les patients admis directement, sans passage par les urgences, sont désormais examinés rapidement dans la journée.

La délégation relève toutefois que les deux patients admis sur décision du représentant de l'État la nuit précédant la visite n'ont pas été examinés à leur arrivée mais le lendemain matin. L'examen somatique à l'admission n'apparaît donc pas garanti en dehors des heures ouvrables.

ISOLEMENT ET CONTENTION

L'isolement et la contention constituent des pratiques de dernier recours. Sont vérifiés la nécessité, la proportionnalité, la motivation médicale, les durées, les renouvellements, la surveillance, la traçabilité et les conditions matérielles concrètes.

• Existe-t-il un protocole écrit relatif à l'isolement et à la contention ?

☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Un protocole existe, ainsi qu'un document explicatif ; l'essentiel de la procédure est intégré au dossier patient informatisé. Une version papier est en cours de rédaction pour permettre le fonctionnement en procédure dégradée. Le protocole en vigueur sera communiqué.

• Les alternatives à la mesure sont-elles recherchées et consignées ?

☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Le dossier patient informatisé comporte une rubrique destinée à recueillir les alternatives tentées, et l'établissement a produit la capture d'écran correspondante, analysée plus bas. Cette pièce ne suffit pas à établir l'effectivité de la traçabilité annoncée. L'établissement reconnaît du reste lui-même que la rubrique existante est insuffisante et indique avoir demandé au gestionnaire du dossier patient une grille détaillée.

• La mesure concerne-t-elle exclusivement un patient en hospitalisation complète sans consentement ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Aucune mesure visant un patient en soins libres n'a été signalée ni constatée.

• La décision est-elle prise et motivée par un psychiatre après évaluation du patient ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

La décision est prise par un psychiatre, qui se déplace pour examiner le patient. En cas d'urgence, en l'absence de médecin, notamment le week-end, où l'équipe médicale couvre l'ensemble de l'établissement, les infirmiers peuvent placer le patient en isolement ou sous contention lorsqu'il existe un danger immédiat ou imminent, et appellent aussitôt le médecin qui vient valider la mesure, établir la prescription et conduire l'entretien.

Cette pratique, présentée comme exceptionnelle, doit être tracée et quantifiée. Elle n'est au demeurant pas une simple tolérance de fait : le règlement intérieur du secteur fermé habilite expressément l'équipe infirmière à procéder de sa propre initiative à la mise en chambre d'isolement, ainsi qu'il est relevé à la rubrique consacrée aux règlements intérieurs.

• Le motif caractérise-t-il un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

• L'heure de début, la durée, les renouvellements et l'heure de fin sont-ils tracés ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Durées et délais — article L. 3222-5-1 du code de la santé publique

> *Isolement : douze heures au plus, renouvelable dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures, avec deux évaluations par vingt-quatre heures. Contention : six heures au plus, dans le cadre d'une mesure d'isolement, renouvelable dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures, avec deux évaluations par douze heures. Renouvellement exceptionnel au-delà de ces durées : information sans délai du tribunal judiciaire par le directeur et information d'un proche par le médecin. Saisine du juge avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention ; le juge statue dans les vingt-quatre heures du terme de ces durées. À défaut de saisine ou de décision dans les délais, la mesure est levée. Après une mainlevée, aucune nouvelle mesure avant quarante-huit heures, sauf éléments nouveaux.*

Précision utile au contrôle du registre : la première chambre civile de la Cour de cassation a jugé, le 24 septembre 2025 (pourvoi n° 24-15.779), que les deux évaluations exigées par vingt-quatre heures pour l'isolement n'ont pas à être espacées de douze heures exactement, la règle portant sur leur nombre et non sur leur périodicité. La vérification à conduire au registre est donc celle du nombre d'évaluations par période, de leur traçabilité et de la qualité de leur auteur, la décision de renouvellement devant émaner d'un psychiatre. Par ailleurs, le délai de quarante-huit heures dont dispose le médecin pour informer le magistrat du siège d'un renouvellement et celui de soixante-douze heures dont dispose ce magistrat pour statuer courent l'un et l'autre à compter de l'expiration du délai de vingt-quatre heures dont il disposait pour statuer sur la requête précédente, et non de la date à laquelle il a effectivement statué (Cass. civ. 1re, 26 juin 2024, pourvoi n° 23-14.230).

• Les durées et renouvellements respectent-ils le cadre légal ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

L'encadrement médical et soignant a fait état d'une vigilance particulière sur ce point, en connaissance de la sanction attachée au dépassement des délais.

• L'information du tribunal judiciaire, en cas de renouvellement au-delà de quarante-huit heures d'isolement ou de vingt-quatre heures de contention, est-elle tracée ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

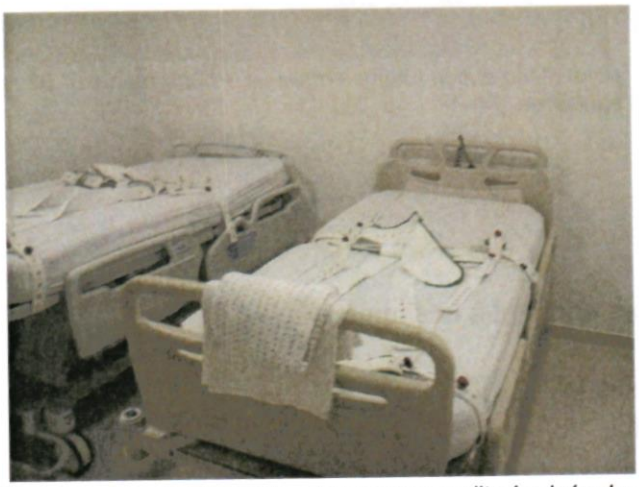
• L'information d'un membre de la famille ou d'un proche par le médecin est-elle tracée ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

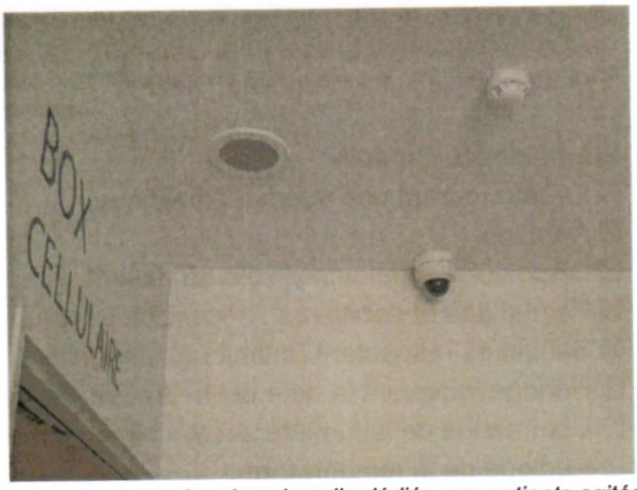
• La saisine du juge intervient-elle avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

• Le délai de carence de quarante-huit heures après une mainlevée est-il respecté ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER
Non abordé sur place.

• L'établissement dispose-t-il d'un outil de calcul et de suivi des délais assorti d'une alerte ?
☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER
L'établissement ne dispose d'aucun logiciel calculant et déduisant les heures. Le suivi repose sur la vigilance du secrétariat du pôle, unanimement décrite comme rigoureuse, et sur celle des équipes. Cette organisation, dépendante des personnes, constitue le principal facteur de risque identifié en matière de respect des délais.

• Des mesures d'isolement ou de contention sont-elles pratiquées aux urgences, et apparaissent-elles au registre ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER
Des contentions peuvent être prescrites depuis le service des urgences, qui dispose d'une salle dédiée aux patients agités laquelle n'est pas réservée aux patients relevant de la psychiatrie et peut accueillir des personnes alcoolisées ou désorientées. Leur inscription au registre d'isolement et de contention du pôle n'a pas été vérifiée sur place.





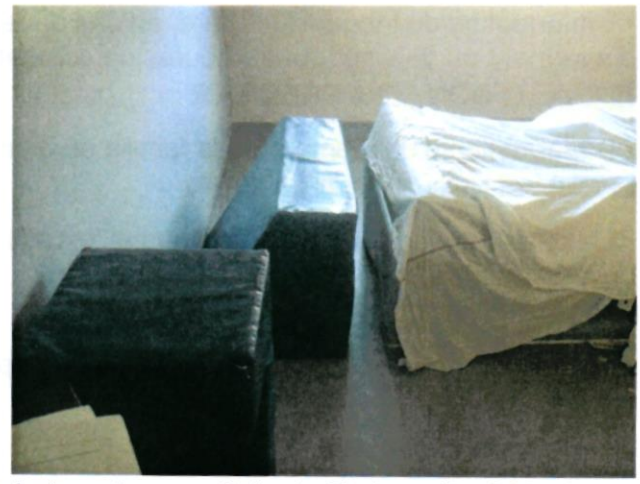
Photographie n° 27 : service des urgences : lits équipés de sangles de contention dans la salle dédiée aux patients agités.
Photographie n° 28 : service des urgences : box signalé « box cellulaire », équipé d'une caméra et d'un détecteur de fumée.

• Des mesures séquentielles sont-elles pratiquées ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER
La sortie d'isolement est progressive : sortie accompagnée pour fumer, puis repas en salle à manger avec les autres patients, l'évaluation clinique se poursuivant en groupe avant la levée.

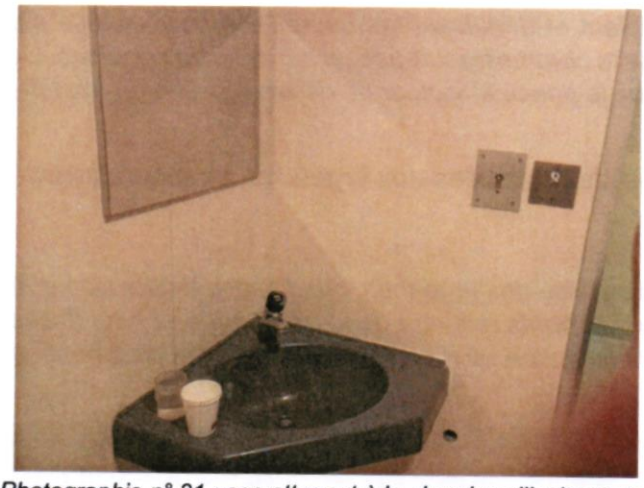
Ces séjours séquentiels en chambre d'isolement ont été expressément décrits. Ils appellent une vigilance particulière sur le décompte des durées enregistrées au registre.

Conditions matérielles des chambres d'isolement (article D. 6124-265 du code de la santé publique)

Constats relevés dans la chambre d'isolement visitée, occupée au jour de la visite, avec l'accord du patient :

Photographie n° 29 : chambre d'isolement : fenêtre à volet roulant, caméra en partie haute. Photographie n° 30 : chambre d'isolement : lit, pouf et appui de mousse tenant lieu de mobilier.




Photographie n° 31 : sas attenant à la chambre d'isolement : point d'eau et commandes murales. Photographie n° 32 : sas attenant : sanitaires.

- ☒ Luminosité naturelle
- ☒ Fenêtre offrant une vue sur l'extérieur
- ☒ Aération
- ☒ Dispositif d'appel accessible au patient
- ☒ Point d'eau et sanitaires : accessibles par un sas attenant à la chambre
- ☒ Sanitaires respectant l'intimité et la dignité
- ☒ Horloge indiquant la date et l'heure, visible depuis le lit
- ☐ Commande de la lumière accessible au patient
- ☐ Réglage de la température
- ☐ Mobilier adapté permettant de s'asseoir et de prendre ses repas
- ☐ Absence de matériel de contention laissé sur le lit hors utilisation
- ☒ Espace d'apaisement distinct existant dans l'unité
- ☒ Espace extérieur accessible
- ☐ Chambre d'hospitalisation conservée au patient pendant l'isolement
- ☐ Service de sécurité incendie informé en temps réel des patients enfermés

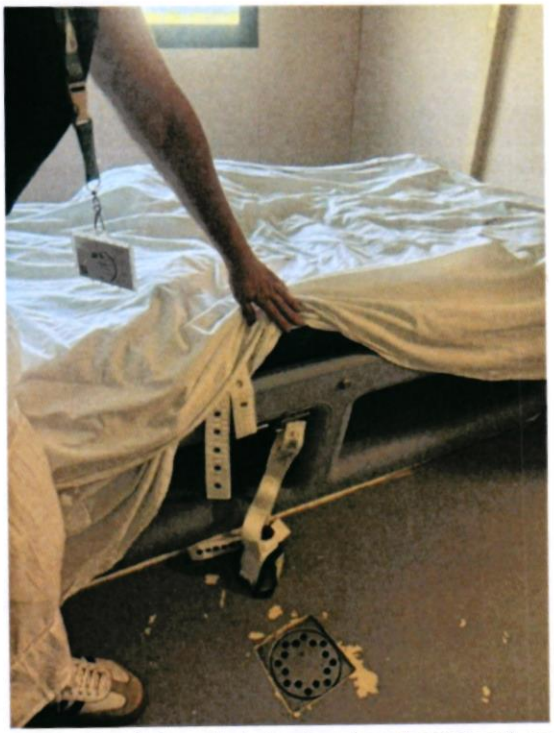
Observations

Une horloge est installée à l'extérieur de la chambre, dans l'espace traversé par les patients, et n'est donc pas visible d'un patient alité. La chambre est toutefois équipée, en partie haute d'un mur, d'un afficheur à diodes rouges qui indique l'heure et qui, lui, est visible depuis le lit : l'exigence de l'article D. 6124-265 relative à l'heure est donc satisfaite par cet équipement. L'affichage de la date n'a en revanche pas été constaté.

Le patient ne peut ni allumer ni éteindre la lumière, ni régler la température : un bouton de gestion de l'éclairage est annoncé comme en cours d'installation et le réglage de la température a été demandé.

Le mobilier se limite à un pouf, sur lequel le patient peut s'asseoir, et à un appui de mousse utilisé lorsqu'il est allongé. Une table fixe permettant de prendre les repas a été commandée et n'était pas encore installée.

Un dispositif de contention était fixé au lit, présenté comme mis en place la veille pour le patient présent. La délégation n'a pas constaté de matériel laissé en place en l'absence d'utilisation, mais le point devra être revérifié lors d'une prochaine visite sur une chambre inoccupée.

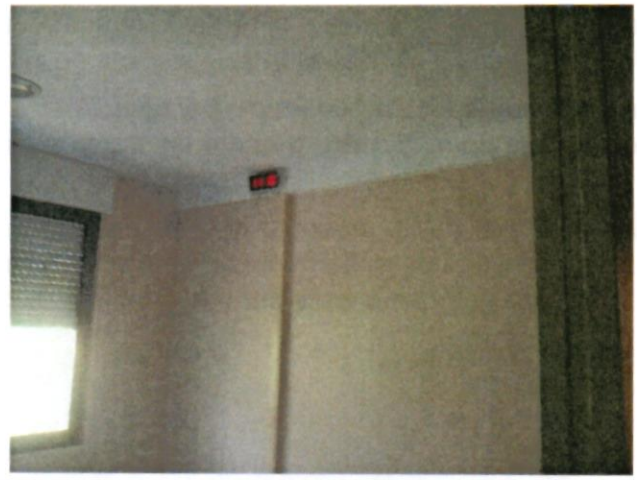


Photographie n° 33 : dispositif de contention fixé au lit de la chambre d'isolement, avec évacuation au sol ; le dispositif d'appel demeure accessible au patient contentionné, à proximité de la sangle.

La chambre d'hospitalisation est en principe conservée au patient placé en isolement, deux chambres étant réservées à cet effet en secteur ouvert. Cette règle cède toutefois en cas de tension capacitaire : la nuit précédant la visite, l'arrivée de deux patients sur décision du représentant de l'État a imposé de transférer en urgence vers le secteur ouvert le patient jugé le plus stabilisé. La capacité de deux chambres d'isolement pour six lits fermés est présentée par l'équipe médicale comme suffisante, celle-ci indiquant ne pas souhaiter l'augmenter par principe.

Interrogée sur l'information en temps réel du service de sécurité incendie quant aux patients enfermés, l'équipe a répondu sur la détention d'objets par les patients et sur l'existence du bouton d'appel. Aucun dispositif d'information du service de sécurité incendie n'a été identifié.

La salle d'apaisement, distincte des chambres d'isolement, est ouverte en permanence et accessible au patient lorsqu'il en ressent le besoin, seul ou accompagné d'un soignant. Elle est équipée d'un variateur de lumière ; du matériel sensoriel (chariots de stimulation multisensorielle, couvertures et coussins lestés) a été commandé. Aucune caméra n'y est installée. Une seconde salle d'apaisement est demandée dans le cadre de l'appel à projet en cours. Le choix a été fait de n'apposer aucun décor en chambre d'isolement, toute image étant susceptible d'interprétation délirante.



Photographie n° 34 : afficheur à diodes rouges indiquant l'heure, en partie haute de la chambre d'isolement.



Photographie n° 35 : salle d'apaisement, distincte des chambres d'isolement.

• Une surveillance médicale et soignante effective est-elle assurée et tracée ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Deux passages médicaux au moins par jour en secteur fermé ; évaluation infirmière continue avec appel du médecin en tant que de besoin.

• Le patient peut-il boire, manger, aller aux toilettes, recevoir ses soins et appeler un soignant ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Sous la réserve du mobilier, insuffisant pour prendre ses repas dans des conditions satisfaisantes.

• La chambre d'isolement est-elle propre, ventilée, éclairée et dotée d'un appel fonctionnel ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

• La vidéosurveillance, si elle existe, préserve-t-elle l'intimité du patient ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Une caméra équipe la chambre d'isolement ; le règlement intérieur du secteur fermé confirme que chaque chambre d'isolement en est dotée et que les images ne sont pas enregistrées. Le champ effectivement couvert et le renvoi des images n'ont pas été vérifiés sur place. Aucune caméra n'équipe les chambres d'hospitalisation ni la salle d'apaisement. Le régime juridique de ce dispositif est examiné à la rubrique consacrée aux règlements intérieurs.

• Un entretien avec le patient est-il organisé après la levée de la mesure ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

Un entretien médical est conduit lors de la validation de la mesure ; l'existence d'un entretien systématique après la levée n'a pas été établie.

• Le registre de l'isolement et de la contention est-il complet et accessible ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER
Il a été remis sous forme éditable, ainsi que le rapport annuel de l'exercice 2025.

• Le registre peut-il être édité automatiquement, sans retraitement manuel ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

• Mentionne-t-il le nom du psychiatre ayant décidé la mesure, et le statut juridique du patient ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER
À vérifier à l'examen du registre remis.

Informations complémentaires

La contention n'est pratiquée que dans les chambres d'isolement, jamais en dehors, et toujours sur prescription médicale. La traçabilité du matériel de contention est assurée par un tableau tenu par les équipes, les mallettes de contention étant vérifiées à la manière d'un chariot d'urgence.

Le rapport annuel 2025 : contenu et données

Le rapport annuel rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention pour l'exercice 2025 a été communiqué. Il satisfait, dans sa structure, aux exigences du III de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique : il expose les procédures écrites élaborées au regard des recommandations de la Haute Autorité de santé, décrit une politique de limitation du recours (entretiens pluriquotidiens, techniques de communication non violente, médiations artistiques et corporelles, techniques de relaxation, fiche facteurs d'ambiance en secteur fermé, formations suivies en 2025), et comporte une évaluation chiffrée de sa mise en œuvre. Il rappelle également la règle de réévaluation de la prescription toutes les six heures pour la contention et toutes les douze heures pour l'isolement.

Données chiffrées pour l'isolement : 57 mesures en 2025, contre 87 en 2024 et 117 en 2023 ; 56 patients distincts, contre 46 en 2024 et 47 en 2023 ; durée moyenne de 73 heures, contre 96 heures en 2024 et 65 heures en 2023 ; durée minimale de 3 heures ; durée maximale de 389 heures.

Données chiffrées pour la contention : 16 mesures en 2025, contre 32 en 2024 et 42 en 2023 ; 16 patients distincts ; durée moyenne de 36 heures, contre 32 heures en 2024 et 31 heures en 2023 ; durée minimale de 4 heures ; durée maximale de 148 heures.

La tendance à la baisse du nombre de mesures est réelle et doit être relevée : le nombre de mesures d'isolement a été divisé par deux en deux ans, celui des mesures de contention par 2,6.

Le rapport souligne lui-même que le nombre de patients distincts concernés par un isolement augmente dans le même temps, de 46 à 56, ce qui signifie que la pratique se diffuse sur un plus grand nombre de personnes tout en se raccourcissant.

Les registres communiqués : durées relevées et cohérence des données

Le registre de l'isolement a été communiqué sous forme d'un extrait nominatif anonymisé par numéro de patient, mentionnant pour chaque mesure la date d'entrée et de sortie du patient, la date et l'heure de début et de fin de la mesure et sa durée en heures. La durée moyenne calculée en pied de tableau s'établit à 80 heures.

L'examen de cet extrait fait apparaître un nombre important de mesures d'une durée très supérieure aux durées totales prévues au I de l'article L. 3222-5-1, qui sont de quarante-huit heures pour l'isolement. Figurent notamment des mesures de 768, 389, 384, 337, 336, 312, 237, 216, 211 et 205 heures, soit respectivement trente-deux, seize, seize, quatorze, quatorze, treize, dix, neuf, neuf et huit jours. Plusieurs patients font l'objet de mesures répétées : l'un d'eux est concerné par dix mesures successives au cours d'une même hospitalisation, deux autres par cinq mesures, un quatrième par quatre.

L'extrait du registre de la contention mentionne vingt-neuf mesures, pour une durée moyenne de 36 heures et une durée maximale de 148 heures. Plus de la moitié de ces mesures excèdent vingt-quatre heures, durée totale prévue au I de l'article L. 3222-5-1 pour la contention : figurent des mesures de 148, 117, 70, 68, 51, 47, 44, 43, 41, 39, 33, 31 et 30 heures.

Le dépassement des durées totales n'est pas en soi irrégulier : le II de l'article L. 3222-5-1 permet au médecin de renouveler la mesure à titre exceptionnel, à charge pour le directeur d'informer sans délai le tribunal judiciaire, pour le médecin d'informer un proche, et pour le directeur de saisir le juge avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention. Mais le caractère massif de ces dépassements, la majorité des mesures de contention et un nombre élevé de mesures d'isolement, impose de vérifier que chacune d'elles a donné lieu à l'information et à la saisine requises, et que le juge a statué dans les délais.

Cette vérification ne peut être conduite à partir des seuls extraits communiqués, qui ne comportent aucune colonne relative à l'information du tribunal, à la saisine du juge ni à la décision rendue.

Une mesure appelle une explication particulière : celle d'une durée de 768 heures, dont la date et l'heure de fin coïncident exactement avec la date et l'heure de sortie du patient. Cette coïncidence suggère soit un isolement d'une durée de trente-deux jours, soit une mesure jamais clôturée dans le logiciel et soldée automatiquement à la sortie. La première hypothèse serait extrêmement grave ; la seconde établirait que les durées enregistrées ne sont pas fiables. L'établissement doit être invité à s'expliquer sur ce point précis.

Point favorable relevé : l'extrait du registre de la contention comporte une colonne « mode d'hospitalisation » et une colonne « âge ». Toutes les mesures de contention y sont rattachées à une hospitalisation en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence ou à la demande du représentant de l'État ; aucune ne concerne un patient en soins libres, et aucune ne concerne un mineur, le patient le plus jeune étant âgé de dix-neuf ans et le plus âgé de quatre-vingt-huit ans. L'extrait du registre de l'isolement ne comporte, lui, ni l'âge ni le mode d'hospitalisation. Il est donc impossible de vérifier, à sa seule lecture, que toutes les mesures d'isolement ont concerné des patients en hospitalisation complète sans consentement, comme l'exige le I de l'article L. 3222-5-1.

L'écran de prescription du dossier patient informatisé

La capture d'écran du dossier patient informatisé a été communiquée.

Elle reproduit l'onglet « Prescription » de l'écran « Psychiatrie - Mesure d'isolement - Mise en chambre d'isolement », qui comporte quatre blocs : contexte et indications, indications médicales, facteurs de risque à surveiller, consignes médicales.

Une précaution de lecture s'impose d'abord. Sur la capture produite, la date et l'heure de début de l'isolement, champ dont l'intitulé est porté en rouge dans le logiciel, sont vierges ; aucune des deux modalités de prescription de la mise en chambre d'isolement, présence du médecin ou prescription secondaire, n'est sélectionnée ; la rubrique « échec des mesures préventives » n'est renseignée ni par oui ni par non et son commentaire est vide ; il en va de même de la rubrique « concertation pluridisciplinaire avec prise de décision » et de la rubrique « famille prévenue » ; aucun facteur de risque à surveiller n'est coché. Il n'est donc pas possible de dire si l'écran produit correspond à une mesure réelle incomplètement renseignée ou à un écran de démonstration.

Dans l'une comme dans l'autre hypothèse, la capture n'établit pas ce qu'elle était censée démontrer, à savoir l'effectivité de la traçabilité des alternatives.

L'écran appelle ensuite trois observations de fond. La première porte sur la liste des indications médicales proposées au prescripteur. Y figurent, à côté du danger imminent, de l'agitation psychomotrice, de l'agressivité verbale ou de la prévention d'un acte auto-agressif, deux items d'une autre nature : « acte non toléré par le contrat de soins » et « acte non toléré par le règlement intérieur ». Or le I de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique n'autorise l'isolement que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui. Un manquement au règlement intérieur ou au contrat de soins est un motif disciplinaire, étranger à ce critère ; les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé de mars 2017 relatives à l'isolement et à la contention en psychiatrie générale prohibent expressément le recours à l'isolement à titre de punition, de

commodité ou pour pallier un défaut d'effectifs. Le logiciel offre donc au praticien un fondement que la loi ne connaît pas ; sur la capture produite, ces deux items sont au demeurant cochés. Leur suppression de la liste doit être demandée.

La deuxième observation porte sur les consignes médicales attachées à la mesure. Sur cet écran, la réception d'appels téléphoniques est refusée, les visites sont refusées, le lieu de visite renseigné étant le patio, les sorties sont refusées et les repas sont pris en chambre.

Les restrictions de communication, de visite et de sortie sont pourtant des mesures distinctes de l'isolement lui-même : elles relèvent du deuxième alinéa de l'article L. 3211-3 et doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées, donc motivées une à une. Leur intégration à l'écran de prescription de l'isolement, sous forme de consignes cochées en bloc, fait courir le risque d'une privation automatique du téléphone et des visites par le seul effet de la mise en isolement.

La dissociation des deux séries de décisions doit être demandée, chacune devant recevoir une motivation propre et pouvoir être réexaminée séparément.

La troisième observation est favorable. L'établissement indique lui-même avoir jugé insuffisante la rubrique unique existante, un groupe de travail sur les alternatives l'ayant conduit à demander au gestionnaire du dossier patient une grille détaillée comportant sept items, alternatives recherchées et tracées avant ou pendant la mesure, intervention verbale ou désescalade, temps calme, proposition d'un espace d'apaisement, entretien avec un soignant, traitement médicamenteux proposé ou utilisé comme alternative, autre intervention, chacun assorti d'une réponse par oui ou par non et d'un commentaire. Cette démarche, engagée avant la visite, répond exactement au besoin identifié. Il est pris acte de l'engagement ; sa date de mise en production doit être communiquée et sa mise en œuvre vérifiée lors de la visite de suivi.

Une quatrième observation doit être ajoutée, qui n'apparaît qu'à la lecture attentive de l'écran : celui-ci comporte une rubrique « famille prévenue », mais aucun champ relatif à l'information de la personne chargée d'une mesure de protection juridique. Or, depuis la décision n° 2024-1127 QPC du 5 mars 2025 par laquelle le Conseil constitutionnel a censuré l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique sur ce point, l'information du tuteur ou du curateur du majeur protégé placé en isolement ou en contention ne peut plus être laissée à l'appréciation de l'équipe, et la Cour de cassation exige que l'identité de ce représentant et son lien avec le patient figurent en procédure (Cass. civ. 1re, 9 avril 2025, pourvoi n° 23-23.219). Ce constat rejoint celui, fait lors de la visite, de l'absence au registre de la loi de toute mention de la mesure de protection et du nom du mandataire, exigée par l'article L. 3212-11. La même lacune se retrouve donc dans les deux outils.

ENTRETIENS AVEC LES PATIENTS

Aucune donnée nominative n'est insérée au présent rapport ; les propos rapportés sont distingués des faits personnellement constatés.

• Avez-vous pu échanger avec un ou plusieurs patients ?

☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Deux patients du secteur fermé ont été rencontrés, chacun ayant expressément consenti à recevoir la délégation dans sa chambre : une patiente hospitalisée de longue date et connue du service, et un patient placé en chambre d'isolement.

• Les entretiens ont-ils pu se tenir confidentiellement ?

☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

Les deux entretiens se sont déroulés en présence de la cadre de santé et, pour l'un d'eux, d'un praticien. Aucun entretien hors écoute du personnel n'a été sollicité ni organisé.

• Les patients comprennent-ils le motif de leur hospitalisation et leurs droits ?

☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

La patiente rencontrée en secteur fermé : ne disposait d'aucun document relatif à sa situation ; n'avait reçu aucun livret d'accueil ; ignorait qu'elle pouvait demander elle-même à voir le juge à tout moment ;

ignorait l'existence du bouton d'appel de sa chambre ; ne disposait pas de son bracelet-badge. Elle a en outre indiqué avoir signé un document relatif au juge sans l'avoir vu, a exprimé un doute sur la manière dont sa signature avait été apposée, et a demandé à plusieurs reprises que ce document soit retrouvé. Ces propos sont rapportés comme tels.

• Ont-ils pu joindre un avocat et s'entretenir avec lui ?
☐ OUI ☐ NON ☒ À PRÉCISER

La question n'a pas reçu de réponse explicite de la patiente rencontrée.

• Ont-ils compris la procédure devant le juge et les décisions rendues ?
☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

La patiente rencontrée ne se souvenait pas d'avoir vu un juge, tout en évoquant avoir reçu et signé un document s'y rapportant.

• Ont-ils formulé des doléances relatives aux soins, aux locaux, aux communications ou aux mesures de contrainte ?
☒ OUI ☐ NON ☐ À PRÉCISER

Doléances relatives au traitement médicamenteux, jugé inadapté et mal supporté, et au transfert du secteur ouvert vers le secteur fermé, vécu comme une régression après une période où la patiente pouvait aller à l'extérieur et jouer au ping-pong. Le patient rencontré en chambre d'isolement a indiqué que la nuit s'était bien passée et n'a formulé aucune doléance.

• Des violences, mauvais traitements ou pratiques préoccupantes ont-ils été allégués ou constatés ?
☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

Aucune allégation de violence ni de mauvais traitement. Les propos de la patiente relatifs à sa situation antérieure à l'hospitalisation ne mettent en cause ni l'établissement ni son personnel.

PATIENTS MINEURS

Nombre de mineurs présents le jour de la visite : aucun.

Nombre de lits ou places dédiés aux mineurs : aucun. Le pôle ne comporte pas d'unité de pédopsychiatrie.

• Les mineurs sont-ils accueillis dans des unités spécifiques ?
☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

En cas de nécessité, le mineur est hospitalisé dans le service de pédiatrie de l'établissement, l'équipe de pédopsychiatrie de l'intersecteur de Cannes se déplaçant quotidiennement pour l'évaluer et le suivre.

• Les mineurs sont-ils parfois accueillis dans des unités pour adultes ?
☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

L'équipe médicale indique qu'aucun mineur n'a été hospitalisé dans le pôle depuis plusieurs années, la dernière occurrence remontant à un contexte de violences. La seule hypothèse envisagée d'un accueil en unité adulte serait celle d'un mineur admis sur décision du représentant de l'État, cas qui ne s'est pas présenté.

Statut juridique des mineurs hospitalisés : sans objet en l'absence de mineur accueilli.

• Des mesures d'isolement ou de contention ont-elles été prises sur des mineurs au cours des douze derniers mois ?
☐ OUI ☒ NON ☐ À PRÉCISER

Observations particulières sur les mineurs

La situation appelle une vigilance de principe : l'accueil d'un mineur en unité adulte demeure possible en droit dans l'hypothèse d'une décision du représentant de l'État, et le pôle ne dispose d'aucune organisation spécifique pour y faire face. Il est rappelé que l'isolement et la contention sont prohibés à l'égard d'un patient hospitalisé en soins libres, ce qui est le régime de la quasi-totalité des mineurs hospitalisés en psychiatrie.

Ce rappel repose sur l'avis de la Cour de cassation du 18 mai 2022 (n° 22-70.003, publié), aux termes duquel l'isolement et la contention ne peuvent être mis en œuvre en dehors du cadre des soins sans

☒ information de la permanence du barreau, pour les confrères intervenant devant le magistrat du siège
☐ demande écrite d'explications à la direction sur les durées relevées au registre, sur l'écart entre le registre et le rapport annuel et sur le recours quasi systématique à l'article L. 3212-3
☒ information du préfet des Alpes-Maritimes, du président du tribunal judiciaire, du procureur de la République et du maire de Grasse de l'absence de visa au registre au titre de l'article L. 3222-4
☐ information de l'agence régionale de santé sur la difficulté d'accès à un médecin extérieur pour le second certificat
☐ demande écrite au directeur de prendre les mesures nécessaires, avec délai de réponse
☐ demande de communication du registre d'isolement et de contention, puis saisine de la CADA en cas de refus
☒ transmission au Contrôleur général des lieux de privation de liberté
☐ saisine du Défenseur des droits
☐ saisine du tribunal administratif
☒ demande écrite au directeur de l'établissement de mise en conformité des règlements intérieurs PSY0012 et PSY0013, assortie d'un délai correspondant à l'engagement pris de les actualiser avant la fin du mois de septembre 2026
☒ demande de suppression, dans l'écran de prescription du dossier patient informatisé, des indications d'isolement tirées de la méconnaissance du contrat de soins et du règlement intérieur
☒ transmission à la Conférence des bâtonniers et au Conseil national des barreaux

Mesures prises ou envisagées

Remise sur place de deux exemplaires du tableau de l'ordre, affichés immédiatement dans la salle des avocats et à proximité du téléphone accessible aux patients.

Transmission du présent rapport à l'établissement avant toute diffusion, afin qu'il puisse en vérifier l'exactitude et présenter ses observations, conformément à ce qui a été convenu sur place.

Information du magistrat du siège et de la permanence du barreau de la difficulté d'accès à la salle des avocats avant l'arrivée du magistrat et du greffier, et demande d'une ligne de contact permettant à l'avocat de signaler sa présence.

Aucune action contentieuse n'apparaît justifiée à ce stade. L'établissement n'a opposé aucune entrave, a produit spontanément les pièces disponibles, a reconnu les manques relevés et a exposé un calendrier d'amélioration sur plusieurs d'entre eux. La voie appropriée est ici celle des recommandations écrites assorties d'un contrôle de leur mise en œuvre lors d'une visite de suivi.

Une réserve doit toutefois être apportée à cette appréciation. Les règlements intérieurs en vigueur comportent des dispositions dont l'illégalité est établie et non discutable : des durées d'isolement et de contention contraires au I de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, et l'habilitation de l'équipe infirmière à décider seule d'une mise en chambre d'isolement, alors que ce même texte réserve la décision au psychiatre.

L'établissement s'est engagé à les actualiser avant la fin du mois de septembre 2026.

Si cet engagement n'était pas tenu, l'ordre pourrait demander au directeur, sur le fondement de l'article L. 243-2 du code des relations entre le public et l'administration, l'abrogation expresse de ces dispositions réglementaires illégales, l'administration y étant tenue ; un refus, exprès ou né du silence, ouvrirait la voie d'un recours pour excès de pouvoir. Cette démarche, qui n'a pas pour objet la situation d'un patient déterminé, relève de la mission institutionnelle de l'ordre et n'interfère avec aucune procédure individuelle.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Appréciation générale :

☐ satisfaisante
☒ améliorations nécessaires

consentement. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, dans son avis du 6 octobre 2025 relatif aux enfants privés de liberté dans les établissements de santé mentale, publié au Journal officiel du 4 décembre 2025, relève un recours massif et généralement non signalé au juge à l'isolement et à la contention de mineurs hospitalisés en soins libres, ainsi que le recours à une bascule vers une décision du représentant de l'État aux seules fins de contourner cette interdiction. Il recommande l'interdiction expresse de l'isolement et de la contention des mineurs. Le pôle n'accueillant pas de mineur, ces constats ne lui sont pas opposés ; ils définissent en revanche la conduite à tenir si l'hypothèse évoquée par l'équipe médicale, l'admission d'un mineur sur décision du représentant de l'État, venait à se réaliser, et justifient qu'une consigne écrite soit préparée avant qu'elle ne se présente.

DOCUMENTS ET REGISTRES CONSULTÉS

Consultés ou remis le jour de la visite :

- ☒ registre de la loi — consultation intégrale sur place, registre clos de l'exercice précédent et registre en cours
- ☒ décisions administratives et judiciaires : reproduites au registre
- ☒ certificats médicaux : reproduits au registre
- ☒ registre de l'isolement et de la contention, sous forme éditable
- ☒ rapport annuel sur l'isolement et la contention : exercice 2025
- ☒ statistiques des mesures : exercice 2025 et exercice 2026 arrêté au 31 août
- ☒ compte rendu du contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques : décembre 2025
- ☒ registre des réclamations : réclamations de la psychiatrie, exercice 2025
- ☒ effectifs par unité, jour et nuit, et postes vacants : communiqués oralement

Communiqués à la suite de la visite :

- ☒ page des visas des autorités et de la commission départementale des soins psychiatriques
- ☒ extrait du registre de l'isolement, anonymisé par numéro de patient
- ☒ extrait du registre de la contention, comportant l'âge et le mode d'hospitalisation
- ☒ tableaux des réclamations relatives à la psychiatrie : exercice 2025 et exercice en cours
- ☒ document « Information du patient sur sa situation juridique, ses droits et voies de recours »
- ☒ règlement intérieur du secteur fermé : procédure PSY0012, version du 1er octobre 2020
- ☒ règlement intérieur du secteur ouvert : procédure PSY0013, version du 1er octobre 2020
- ☒ capture d'écran du dossier patient informatisé : écran de prescription de la mise en chambre d'isolement

Documents refusés ou non accessibles : aucun.

L'établissement n'a opposé aucune réticence à la communication des pièces. Il a remis sur place celles qui étaient disponibles et adressé les autres à la déléguée du bâtonnier, la bâtonnière étant mise en copie. Le directeur de la filière psychiatrique s'est engagé à communiquer les procédures en cours d'actualisation avant la fin du mois de septembre 2026, dans le cadre de la certification prévue en octobre 2026.

ACTIONS DU BÂTONNIER À L'ISSUE DE LA VISITE

- ☐ demande d'explications à la direction
- ☒ courrier de recommandations
- ☐ signalement au procureur
- ☒ information du magistrat du siège chargé du contrôle des mesures de soins sans consentement
- ☐ information de l'agence régionale de santé
- ☐ saisine ou information de la commission départementale des soins psychiatriques

☐ préoccupante
☐ signalement immédiat nécessaire

Constats principaux

L'accueil réservé à la délégation a été immédiat, complet et transparent. Le droit de visite n'a été ni discuté ni entravé, aucun local n'a été soustrait au contrôle, les prises de vue ont été autorisées, et les pièces disponibles ont été remises sans réticence. Les locaux du secteur fermé, entièrement réaménagés il y a environ deux ans, sont propres, clairs, individuels et pourvus de sanitaires.

Le pôle dispose d'un ensemble d'espaces d'activités, d'un patio arboré et d'une salle d'apaisement librement accessible. Les équipes sont impliquées et le réseau d'aval est structuré.

Le registre de la loi est tenu avec un soin remarquable : une mesure par folio, certificats miniaturisés et collés, récapitulatif de fin de registre. La traçabilité des mesures d'isolement et de contention, la vigilance sur les délais et la connaissance des obligations légales par les équipes sont réelles.

Les insuffisances relevées tiennent moins aux moyens matériels qu'à l'information du patient et à la formalisation. Elles sont au nombre de huit.

Premièrement, aucun livret d'accueil n'existe et aucun document reprenant les droits énoncés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique n'est remis au patient sur un support qu'il puisse conserver.

Deuxièmement, les certificats médicaux fondant la mesure ne sont pas remis au patient, sans que ce choix procède d'une réflexion identifiée.

Troisièmement, la patiente rencontrée en secteur fermé ignorait son droit de saisir le magistrat à tout moment aux fins de mainlevée.

Quatrièmement, elle ignorait l'existence du bouton d'appel de sa chambre et ne disposait pas du bracelet-badge lui permettant de fermer sa porte.

Cinquièmement, le registre de la loi ne porte ni la date de notification des décisions et des droits, ni la mention de la mesure de protection juridique et du nom du mandataire, contrairement à ce qu'exige l'article L. 3212-11.

Sixièmement, la chambre d'isolement n'est pas conforme à l'article D. 6124-265 sur trois points : impossibilité pour le patient de commander la lumière, impossibilité de régler la température, mobilier insuffisant pour s'asseoir et prendre ses repas ; l'exigence d'une horloge visible depuis le lit est en revanche satisfaite par un afficheur à diodes.

Septièmement, l'établissement ne dispose d'aucun outil de calcul et de suivi des délais d'isolement et de contention, le respect des échéances reposant sur la vigilance des personnes.

Huitièmement, l'avocat ne peut pas toujours s'entretenir avec son client avant l'arrivée du tribunal, faute de pouvoir signaler sa présence et d'accéder à la salle des avocats avant l'arrivée du magistrat et du greffier.

Enfin, l'effectif médical, à savoir 5,5 équivalents temps plein pour 9,5 requis, et les trois postes d'infirmiers vacants sur vingt-deux constituent le cadre général dans lequel s'inscrivent ces constats. Il a été indiqué à la délégation que la complexité du formalisme applicable aux soins sans consentement avait contribué au départ de praticiens.

Constats tirés des pièces communiquées par l'établissement

L'examen des pièces communiquées par l'établissement (statistiques d'admission, extraits des registres de l'isolement et de la contention, page des visas, règlements intérieurs des deux secteurs, document d'information du patient, capture d'écran du dossier patient informatisé) en fait apparaître huit autres, de portée plus lourde.

Le premier tient au mode d'admission. La procédure d'urgence de l'article L. 3212-3 du code de la santé publique, qui permet de se contenter d'un seul certificat médical pouvant émaner d'un médecin de l'établissement, représente 90,8 % des admissions prononcées par le directeur en 2025 et 94,9 %

sur les huit premiers mois de 2026. La procédure de droit commun, avec deux certificats dont l'un extérieur, ne concerne que 4 % des admissions. La garantie attachée au regard d'un médecin extérieur est ainsi neutralisée dans la quasi-totalité des cas.

Le deuxième tient aux durées. Les extraits de registre font apparaître des mesures d'isolement de 768, 389, 384, 337, 336 et 312 heures, et des mesures de contention excédant vingt-quatre heures dans plus de la moitié des cas. Le dépassement des durées totales est légalement possible à titre exceptionnel, mais à la condition que l'information du tribunal judiciaire, l'information d'un proche et la saisine du juge soient assurées, ce que les extraits communiqués ne permettent pas de vérifier faute de comporter ces colonnes.

Le troisième tient à la fiabilité des données. Le rapport annuel 2025 et les extraits de registre ne sont pas conciliables : ni le nombre de mesures, ni la durée moyenne, ni la durée maximale ne concordent. Une mesure d'isolement de 768 heures dont la fin coïncide exactement avec la sortie du patient illustre le doute qui pèse sur la clôture effective des mesures dans le système d'information.

Le quatrième tient au contrôle extérieur. La page des visas du registre ne porte qu'une seule mention, celle de la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques le 5 octobre 2025. Ni le préfet, ni le président du tribunal judiciaire ou son délégué, ni le procureur de la République, ni le maire n'ont visité l'établissement ou signé le registre. L'obligation de l'article L. 3222-4 du code de la santé publique n'est pas satisfaite, et l'établissement se trouve, en fait, contrôlé par la seule commission départementale.

Le cinquième est le plus grave de l'ensemble du présent rapport. Le règlement intérieur du secteur fermé, en vigueur depuis le 1er octobre 2020 et jamais actualisé, énonce des règles contraires à la loi : une réévaluation de l'isolement et de la contention « au maximum » toutes les vingt-quatre heures, là où le I de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique limite la décision à douze heures pour l'isolement et à six heures pour la contention, puis impose deux évaluations par vingt-quatre heures et par douze heures respectivement ; et l'habilitation de l'équipe infirmière à décider seule d'une mise en chambre d'isolement, alors que ce même texte réserve la décision au psychiatre. La règle écrite qui s'impose aux équipes et que le patient a le droit de consulter n'est donc pas la loi.

Le sixième tient au régime des libertés en secteur fermé. Interdiction absolue du téléphone portable, interdiction d'une liste d'objets, une cigarette par heure, visites limitées à une demi-heure par jour et à deux personnes, mineurs de moins de seize ans écartés, fouilles de chambre et de vêtements sans garantie procédurale : ces restrictions sont collectives et absolues, quand le deuxième alinéa de l'article L. 3211-3 les veut adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état de chaque patient. Le règlement du secteur ouvert, qui soumet les mêmes objets à une appréciation médicale individuelle, démontre que l'établissement sait faire autrement.

Le septième tient aux contradictions entre les documents et les déclarations. Les deux règlements décrivent la remise d'un livret d'accueil qui n'existe pas ; le règlement du secteur fermé impose le pyjama, quand l'établissement affirme par écrit qu'il ne l'impose jamais. Ces écarts ne mettent pas en cause la sincérité des interlocuteurs de la délégation, qui ont décrit la pratique réelle ; ils établissent que la documentation du pôle a cessé depuis plusieurs années de rendre compte de son fonctionnement, ce qui prive le patient de toute règle fiable et l'équipe de tout appui écrit exact.

Le huitième tient à l'outil informatique. L'écran de prescription de l'isolement propose au praticien deux indications - l'acte non toléré par le contrat de soins et l'acte non toléré par le règlement intérieur - étrangères au critère légal du dommage immédiat ou imminent, et attache à la prescription d'isolement des consignes refusant en bloc le téléphone, les visites et les sorties. La capture produite, quant à elle, ne renseigne ni l'heure de début, ni les modalités de prescription, ni l'échec des mesures préventives, ni la concertation pluridisciplinaire, ni l'information de la famille : elle ne démontre donc pas la traçabilité des alternatives qu'elle devait établir.

Quatre éléments favorables ressortent des mêmes pièces et doivent être portés au même compte. Le nombre de mesures d'isolement a été divisé par deux en deux ans et celui des mesures de contention par 2,6, ce qui traduit une politique de limitation effective et non seulement affichée.

Le registre de la contention comporte le mode d'hospitalisation de chaque patient, ce qui permet de vérifier qu'aucune mesure n'a concerné un patient en soins libres ni un mineur, vérification que le registre de l'isolement, dépourvu de cette colonne, ne permet pas.

L'établissement a de lui-même identifié l'insuffisance de la traçabilité des alternatives et demandé au gestionnaire du dossier patient une grille détaillée de sept items, avant même la visite.

Enfin, le document d'information sur la situation juridique, dont l'existence n'avait pas été signalée sur place, reprend l'intégralité des droits énoncés à l'article L. 3211-3 : il constitue une base sérieuse, à compléter sur les voies de recours propres à l'isolement et sur les coordonnées de l'ordre des avocats.

Les constats au regard du référentiel du Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Les constats qui précèdent ne sont pas propres au centre hospitalier de Grasse. Rapportés au référentiel constitué par les rapports de visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté dans les établissements de santé mentale des Alpes-Maritimes, ils apparaissent comme la reproduction d'un ensemble de manquements déjà identifiés dans le département et, pour plusieurs d'entre eux, dans le ressort même du tribunal judiciaire de Grasse.

Le rapport de visite du centre hospitalier Simone Veil de Cannes, établi à la suite du contrôle des 2 au 5 mai 2023 et comportant quarante-huit recommandations, relève ainsi des chambres d'isolement dépourvues de dispositif d'appel, d'accès autonome à l'eau et à la lumière, d'horloge et de mobilier permettant de s'asseoir (recommandation n° 21), à rapprocher des manquements constatés à Grasse quant à la commande de l'éclairage, au réglage de la température et au mobilier permettant de s'asseoir, la chambre visitée à Grasse disposant en revanche d'une horloge.

Il relève une pratique d'isolement et de contention séquentiels, organisée par le contrat de soins, qui fausse la computation des durées légales (recommandation n° 23), pratique décrite dans les mêmes termes par l'équipe de Grasse et dont il a été relevé plus haut qu'elle rend inexploitables les durées portées au registre. Il relève un registre d'isolement et de contention inexploitable, ne mentionnant ni le médecin prescripteur ni le lieu exact de la mesure (recommandation n° 26), à rapprocher de l'extrait du registre de l'isolement communiqué à la délégation, dépourvu des colonnes relatives au mode d'hospitalisation et à l'âge. Il relève enfin un registre de la loi incomplet et non contrôlé par le préfet, le procureur de la République, le président du tribunal judiciaire et le maire, et une commission départementale des soins psychiatriques n'ayant procédé à aucun contrôle depuis quatre ans (recommandations n° 29 et 30), constat qui recoupe celui, fait ici, d'une page de visas ne portant que la seule mention de la présidente de la commission départementale.

Deux enseignements en découlent. Le premier est que le défaut de visite et de visa des autorités énumérées à l'article L. 3222-4 du code de la santé publique n'est pas un incident local mais une défaillance installée à l'échelle du département : elle appelle une démarche auprès de ces autorités elles-mêmes, et non seulement auprès de l'établissement.

Le second est que les manquements aux conditions matérielles de l'isolement et à la tenue des registres présentent un caractère structurel qui justifie, à l'inverse, de créditer l'établissement des efforts engagés (réaménagement du secteur fermé, commandes en cours, baisse de moitié du nombre de mesures en deux ans) plutôt que de lui imputer isolément une situation qu'il partage avec ses voisins.

Recommandations

1. Achever et remettre à chaque patient, dès l'admission ou aussitôt que son état le permet, un livret d'accueil spécifique aux soins sans consentement comportant la liste intégrale des droits énoncés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, sur un support qu'il puisse conserver.

2. Remettre au patient les certificats médicaux qui fondent la décision dont il fait l'objet, ou en reprendre les éléments cliniques dans la décision qui lui est notifiée.

3. Informer expressément chaque patient, à l'admission puis après chaque décision de maintien, de son droit de saisir à tout moment le magistrat du siège aux fins de mainlevée, et s'assurer que cette information a été comprise.

4. Porter au registre de la loi, conformément à l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, la date de notification des décisions et des droits ainsi que la nature de la mesure de protection juridique et le nom du mandataire.

5. Mettre les chambres d'isolement en conformité avec l'article D. 6124-265 du code de la santé publique : commande de l'éclairage et de la température accessible au patient, mobilier adapté permettant de s'asseoir et de prendre ses repas. Les commandes engagées doivent aboutir.

6. Se doter d'un outil de calcul et de suivi des délais d'isolement et de contention assorti d'une alerte, afin que le respect des échéances ne repose plus sur la seule vigilance des personnes.

7. Vérifier quotidiennement que chaque patient du secteur fermé détient effectivement son bracelet-badge, et porter à sa connaissance l'existence et l'usage du dispositif d'appel de sa chambre.

8. Mettre à la disposition des avocats une ligne de contact permettant de signaler leur présence, et ouvrir la salle des avocats avant l'arrivée du magistrat et du greffier, afin que l'entretien préalable à l'audience soit possible.

9. Identifier, dans les unités d'hospitalisation, un local permettant un entretien confidentiel entre un patient et son avocat, sans attendre l'aboutissement du projet de salle dédiée aux familles.

10. Compléter l'affichage par le tableau de l'ordre des avocats tenu à jour et par les coordonnées de la permanence du barreau, aux points où les patients peuvent se poser et à proximité des téléphones.

11. Garantir l'examen somatique de tout patient dès son admission, y compris en dehors des heures ouvrables.

12. Tracer et quantifier les mesures d'isolement ou de contention initiées par les équipes soignantes en l'absence de médecin, ainsi que celles décidées depuis le service des urgences, et les faire apparaître au registre.

13. Distinguer, au registre, les séjours séquentiels en chambre d'isolement, afin que les durées enregistrées reflètent la réalité des mesures.

14. Organiser un dispositif d'information en temps réel du service de sécurité incendie quant aux patients enfermés.

15. Doter le pôle des moyens médicaux et paramédicaux correspondant à ses missions, l'écart entre l'effectif médical requis et l'effectif pourvu constituant un facteur de risque pour l'ensemble des points qui précèdent.

16. Ramener le recours à la procédure d'urgence de l'article L. 3212-3 du code de la santé publique à son objet, en organisant, le cas échéant avec l'agence régionale de santé et les praticiens libéraux du secteur, l'accès effectif à un second certificat médical émanant d'un médecin extérieur à l'établissement.

17. Justifier, pour chaque mesure d'isolement excédant quarante-huit heures et pour chaque mesure de contention excédant vingt-quatre heures, de l'information sans délai du tribunal judiciaire, de l'information d'un membre de la famille ou d'un proche et de la saisine du juge dans les délais, et faire figurer ces éléments au registre.

18. Expliquer l'écart entre les données du rapport annuel 2025 et celles des extraits de registre, et adosser l'évaluation annuelle prévue au III de l'article L. 3222-5-1 aux données du registre lui-même. Expliquer en particulier la mesure d'isolement enregistrée pour 768 heures et s'assurer que toute mesure levée est effectivement clôturée dans le système d'information.

19. Rappeler au représentant de l'État, au président du tribunal judiciaire, au procureur de la République et au maire de Grasse l'obligation de visite annuelle et de visa du registre posée par l'article L. 3222-4 du code de la santé publique, aucun visa de ces autorités ne figurant au registre.

20. Actualiser sans délai les règlements intérieurs des secteurs ouvert et fermé, les faire arrêter par le directeur après avis des instances de l'établissement, et les doter d'un numéro de version, d'une date de révision, d'une échéance de réexamen et des textes de référence applicables.

21. Corriger dans le règlement du secteur fermé les durées d'isolement et de contention, en reprenant les durées de douze et de six heures et les durées totales de quarante-huit et de vingt-quatre heures prévues au I de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

22. Supprimer du règlement du secteur fermé la disposition habilitant l'équipe infirmière à décider de sa propre initiative d'une mise en chambre d'isolement, la décision appartenant au psychiatre.

23. Faire figurer dans les deux règlements intérieurs la liste des droits énoncés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, ainsi que le droit du patient ou d'un proche de saisir le magistrat du siège aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention et l'existence du registre prévu au II de l'article L. 3222-5-1.

24. Substituer aux interdictions collectives et absolues du secteur fermé (téléphone portable, objets personnels, fréquence du tabac, durée et nombre des visites, visites de mineurs) un régime d'appréciation individuelle conforme au deuxième alinéa de l'article L. 3211-3, à l'image de celui déjà retenu au secteur ouvert.

25. Mettre le règlement du secteur fermé en cohérence avec la pratique et avec l'engagement écrit de l'établissement en supprimant l'exigence générale du port du pyjama.

26. Encadrer par une procédure écrite les fouilles de chambre et de vêtements (motivation individuelle, présence du patient, traçabilité, information sur les objets retirés) ou y renoncer.

27. Documenter le régime de vidéosurveillance des chambres d'isolement : base écrite et finalité, champ couvert par la caméra et occultation de l'espace sanitaire, information individuelle du patient, analyse d'impact relative à la protection des données et inscription au registre des traitements de l'établissement.

28. Supprimer de l'écran de prescription du dossier patient informatisé les indications « acte non toléré par le contrat de soins » et « acte non toléré par le règlement intérieur », étrangères au critère du dommage immédiat ou imminent, et dissocier les restrictions de communication, de visite et de sortie de la prescription d'isolement, chacune devant être motivée et réexaminée séparément.

29. Mener à son terme la grille détaillée des alternatives à l'isolement et à la contention annoncée, en communiquer la date de mise en production.

30. Compléter le document d'information sur la situation juridique par les voies de recours propres à l'isolement et à la contention et par les coordonnées de l'ordre des avocats au barreau de Grasse et de sa permanence ; en corriger les mentions inexactes ou incomplètes, notamment la référence à un référent du Var ; préciser s'il est affiché ou remis et, dans ce second cas, tracer sa remise.

31. Distribuer les traitements médicamenteux dans des conditions préservant la confidentialité due aux soins, et non à l'entrée de la salle à manger.

32. Créer, dans l'écran de prescription du dossier patient informatisé comme au registre de l'isolement et de la contention, un champ relatif à l'identité de la personne chargée d'une mesure de protection juridique, à son lien avec le patient et à la date de son information, conformément à la décision n° 2024-1127 QPC du 5 mars 2025 et à l'arrêt du 9 avril 2025 (pourvoi n° 23-23.219).

33. Tracer les deux évaluations par vingt-quatre heures exigées pour l'isolement et les deux évaluations par douze heures exigées pour la contention au-delà de la première période, en faisant apparaître au registre l'heure et l'auteur de chacune, et en rappelant que la décision de renouvellement relève du psychiatre.

34. Préparer, avant qu'une telle situation ne se présente, une consigne écrite relative à l'accueil éventuel d'un mineur sur décision du représentant de l'État, rappelant la prohibition de l'isolement et de la contention hors du cadre des soins sans consentement et l'interdiction de toute bascule de régime décidée à cette seule fin.

Procédure contradictoire et suites

Le rapport provisoire a été adressé à la direction du centre hospitalier de Grasse afin qu'elle puisse en vérifier l'exactitude et présenter ses observations.

Les observations reçues le 2 octobre 2026 sont reproduites ci-après, suivies des observations conclusives du bâtonnier.

Le rapport définitif sera adressé au président du tribunal judiciaire de Grasse et au procureur de la République près cette juridiction, au préfet des Alpes-Maritimes, au directeur général de l'agence régionale de santé et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté, ainsi qu'à la Conférence des bâtonniers et au Conseil national des barreaux, puis rendu public dans le respect de l'anonymat des patients.

OBSERVATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT

Par courriel du 2 octobre 2026, Monsieur , adjoint à la directrice générale et directeur des affaires médicales et de la stratégie, a adressé au bâtonnier les observations de l'établissement, formulées pour chacune des trente-quatre recommandations. Étaient joints à ce courriel les règles de fonctionnement du service fermé et du secteur ouvert ainsi qu'une version révisée du document d'information du patient sur sa situation juridique, tous trois établis le 25 septembre 2026. Un quatrième document, le livret d'accueil spécifique à la psychiatrie, était annoncé mais n'a pas été communiqué.

Ces observations sont reproduites ci-après dans les termes mêmes du courriel de l'établissement, recommandation par recommandation ; la teneur des documents communiqués est analysée dans les observations conclusives qui suivent.

Réponses de l'établissement aux trente-quatre recommandations

1. « Un livret d'accueil spécifique à la psychiatrie en cours de finalisation. Il sera édité et mis à disposition des patients très prochainement. »

2. « L'établissement va ajuster ses pratiques et remettre les certificats aux patients. »

3. L'établissement ne formule pas d'engagement et répond par une précision tenant à l'état de la patiente reçue lors de la visite. Cette précision, qui comporte une appréciation médicale relative à une personne identifiable, n'est pas reproduite, le présent rapport ayant vocation à être rendu public.

4. « Nous allons rectifier les mentions manquantes. »

5. « Nous allons rectifier les mentions manquantes. »

6. « L'actualisation est cours. La lumière est déjà en commande. La température de la chambre est réglable via la GTC en appelant le service Technique sur sollicitation des infirmières. Le mobilier est en commande par le service achat, il est prévu une livraison la semaine 41 par le fournisseur. »

7. « Les équipes s'en assureront. »

8. « Cela peut être désorganisateur pour l'unité de soins si un soignant est détaché à l'avance en attendant l'arrivée de l'avocat. La salle sera accessible. Un téléphone est à disposition pour prévenir de l'arrivée. Nous allons afficher le numéro du secrétariat pour permettre de prévenir de l'arrivée sur site. »

9. « L'établissement est en mesure de pouvoir mettre à disposition un bureau ou une salle à tout moment. »

10. « Les documents remis lors de la visite ont bien été affichés aux endroits convenus. »

11. « Cela est déjà le cas : soit par un urgentiste, soit par notre somaticien. »

12. « Cela va être mis en place. »

13. « Cela va être mis en place. »

14. « Cela va être mis en place. »

15. « Une politique de fidélisation a été menée sur le personnel non médical avec succès. Pour le personnel médical les tensions à l'échelle nationale sont le principal obstacle au recrutement. »

16. « Un retour sera fait en ce sens à l'ARS. »

17. « Dans la pratique actuelle, les praticiens contactent systématiquement les familles. Néanmoins, nos procédures vont être amendées pour assurer la traçabilité. »

18. « Des investigations vont être menées sur ces points. »

19. « Des courriers leurs seront adressés en ce sens. »

20. « La mise à jour des documents est parachevée. »

21. « La mise à jour des documents est parachevée. »

22. « La mise à jour des documents est parachevée. »

23. « La mise à jour des documents est parachevée. »

24. « La mise à jour des procédures est parachevée. La pratique actuelle est d'adapter à la situation du patient par prescription médicale. »

25. « La mise à jour des documents est parachevée. »

26. « Procédure en cours de mise à jour. »

27. « Pas d'observation. »

28. « La demande a été formulée via le service informatique auprès de l'éditeur de logiciel. »

29. « Cela va être mis en place. »

30. « Cela va être mis en place. »

31. « La pratique actuelle a été jugée conforme par l'auditeur préparant à la certification HAS dans la mesure où les patients sont introduits un par un pour respecter la confidentialité. »

32. « Cela va être mis en place. »

33. « Cela va être mis en place. »

34. « Cela va être mis en place. »

Indications complémentaires portées par l'établissement

L'établissement indique que les règles de fonctionnement des deux secteurs sont « actuellement en cours de finalisation dans la GED », que le livret d'accueil, transmis au service communication, « va nécessité un complément concernant la partie juridique », et que de nombreuses autres actualisations sont en cours dans la perspective de la visite de certification. Le courriel interne joint à la réponse pose par ailleurs la question de « la validation par la direction, au regard des lieux de privation des libertés ».

L'établissement conclut ses observations en indiquant que « la démarche menée et telle qu'elle a été conduite s'avère être une opportunité de consolider nos pratiques dans l'intérêt du patient ».

OBSERVATIONS CONCLUSIVES DU BÂTONNIER

I. Appréciation générale

L'établissement ne conteste aucun des constats matériels du rapport. Il ne formule de réserve que sur deux points et demeure silencieux sur un seul, la recommandation n° 27.

Il qualifie la démarche d'« opportunité de consolider nos pratiques dans l'intérêt du patient ». Cette réception mérite d'être soulignée : il s'agissait de la première visite du barreau dans cet établissement, exercée sur le fondement d'un droit de visite étendu aux établissements de santé mentale par la loi n° 2026-350 du 9 mai 2026. Le bâtonnier relève la qualité de l'accueil réservé à la délégation, déjà constatée le 15 septembre, et le sérieux du travail dont témoigne la réponse, intervenue en moins de trois semaines et accompagnée de documents entièrement refondus.

Sur le fond, cette réponse appelle une appréciation nuancée. Dix-huit des trente-quatre réponses sont formulées au futur, « cela va être mis en place », « les équipes s'en assureront », « nous allons rectifier », et six annoncent une mise à jour « parachevée » que les documents communiqués ne confirment qu'en partie. Les engagements pris sont substantiels et plusieurs d'entre eux modifient directement la situation des patients et l'exercice des droits de la défense ; leur effectivité ne pourra toutefois être appréciée que lors d'une visite de suivi.

II. Engagements dont le bâtonnier prend acte

Le bâtonnier prend acte des engagements suivants :

- la remise au patient des certificats médicaux qui fondent la mesure dont il fait l'objet (recommandation n° 2). De toutes les réponses apportées, c'est celle qui modifie le plus directement

la situation du patient et les conditions dans lesquelles son conseil peut utilement le défendre devant le juge des libertés et de la détention ;

- l'accès des avocats à l'établissement et aux patients (recommandations n° 8 à 10) : la salle des avocats sera accessible, un téléphone permet de signaler l'arrivée, le numéro du secrétariat sera affiché à cette fin, un bureau ou une salle peut être mis à disposition à tout moment pour un entretien confidentiel avec un patient, et les exemplaires du tableau de l'ordre remis sur place ont été affichés aux emplacements convenus. Ces engagements répondent à l'essentiel des difficultés relevées le 15 septembre ;

- l'enrichissement du document d'information du patient (recommandation n° 30) : la version communiquée mentionne désormais expressément le droit de contester une mesure d'isolement ou de contention et de saisir le juge des libertés et de la détention, ainsi que la faculté de solliciter un avocat, la commission des usagers et la commission départementale des soins psychiatriques. Le bâtonnier tient à relever que l'établissement va ici au-delà de ce que la Constitution impose, le Conseil constitutionnel ayant jugé conforme l'absence d'une telle notification (décision n° 2023-1040/1041 QPC du 31 mars 2023), et rejoint ce que recommandent le Contrôleur général des lieux de privation de liberté et la doctrine. La mention erronée d'un référent du Var est par ailleurs corrigée, et le document indique les emplacements où est affiché le tableau de l'ordre ;

- la suppression, dans les textes refondus, des dispositions dont le rapport établissait l'illégalité (recommandations n° 21, 22 et 25) : les durées d'isolement et de contention contraires au I de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, l'habilitation de l'équipe infirmière à décider seule d'une mise en chambre d'isolement et l'exigence générale du port du pyjama n'y figurent plus ;

- l'abandon de l'interdiction collective du téléphone portable (recommandation n° 24) : l'usage en est désormais autorisé par principe, la restriction étant médicalement prescrite et portée à la connaissance du patient. C'est le régime d'appréciation individuelle qu'impose le deuxième alinéa de l'article L. 3211-3 ;

- les courriers annoncés au représentant de l'État, au président du tribunal judiciaire, au procureur de la République et au maire de Grasse quant à leur obligation de visite annuelle et de visa du registre (recommandation n° 19), alors que le défaut de visa constitue, à l'échelle du département, une défaillance installée ;

- les engagements de traçabilité portant sur l'information des familles (n° 17), sur les écarts relevés entre le rapport annuel et les registres (n° 18), sur la demande adressée à l'éditeur du dossier patient informatisé (n° 28), sur la création d'un champ relatif à la personne chargée d'une mesure de protection juridique (n° 32) et sur la traçabilité des évaluations en isolement (n° 33) ;

- la confirmation que l'examen somatique est assuré dès l'admission, y compris en dehors des heures ouvrables (n° 11), et l'engagement de porter à la connaissance de chaque patient l'existence et l'usage du dispositif d'appel (n° 7).

III. Observations ne pouvant être tenues pour suffisantes

1. Les textes refondus ne sont pas encore du droit (recommandation n° 20)

Les règles de fonctionnement communiquées ne comportent ni numéro de version, ni date, ni signature, ni échéance de réexamen, et ne visent, au titre des textes de référence, que le règlement intérieur général de l'établissement. L'établissement indique lui-même qu'elles sont « en cours de finalisation » dans sa gestion documentaire, le courriel interne joint à la réponse posant au demeurant la question de « la validation par la direction, au regard des lieux de privation des libertés ».

Le bâtonnier y répond : l'article L. 6143-7 du code de la santé publique réserve au directeur le soin d'arrêter le règlement intérieur de l'établissement, après concertation avec le directoire et consultation des instances. Un document qui restreint la liberté d'aller et venir, les communications et les visites des personnes hospitalisées relève de ce régime, quel que soit l'intitulé qui lui est donné. Tant que cette formalité n'est pas accomplie, ce sont les procédures PSY0012 et PSY0013 - avec les dispositions illégales qu'elles contiennent - qui demeurent le droit applicable aux patients.

La recommandation n° 20 n'est donc pas satisfaite.

2. Les droits des patients ne figurent pas dans les textes refondus (recommandation n° 23)

Aucun des deux documents ne reprend la liste des droits énoncés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, ni le droit du patient ou d'un proche de saisir le magistrat du siège aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention, ni l'existence du registre prévu au II de l'article L. 3222-5-1, alors que la réponse annonce une mise à jour « parachevée ».

La suppression des dispositions illégales était nécessaire ; elle ne tient pas lieu de l'information positive que ces textes doivent délivrer.

3. Trois restrictions demeurent collectives et absolues (recommandation n° 24)

- les appels téléphoniques depuis le poste du service ne sont possibles qu'à partir de 14 h 30 ;

- la présence à tous les repas est déclarée obligatoire ;

- les visites au secteur fermé demeurent plafonnées à trente minutes et deux personnes.

Ces trois règles sont énoncées sans considération de la situation individuelle du patient, là où le deuxième alinéa de l'article L. 3211-3 n'admet que des restrictions adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis.

Le bâtonnier relève en particulier que la restriction horaire des appels atteint d'abord les patients qui ne disposent pas d'un téléphone personnel, c'est-à-dire précisément ceux pour lesquels le droit de prendre conseil auprès d'un avocat et de communiquer avec les autorités énumérées à l'article L. 3211-3 est le plus difficile à exercer. Cette disposition ne figurait pas dans les textes examinés le 15 septembre.

4. Les fouilles ne sont toujours pas encadrées (recommandation n° 26)

La clause selon laquelle « l'équipe peut avoir accès à votre chambre si nécessaire » ne tient pas lieu de la procédure écrite demandée, qui doit prévoir une motivation individuelle, la présence du patient, la traçabilité de l'opération et l'information sur les objets retirés. L'établissement annonce une procédure « en cours de mise à jour » : le bâtonnier en attend la communication.

5. Le document d'information demeure incomplet (recommandation n° 30)

Les progrès relevés plus haut n'épuisent pas la recommandation. Le document ne comporte aucune coordonnée de l'ordre des avocats au barreau de Grasse ni de sa permanence : le patient qui souhaite appeler un avocat n'y trouve aucun numéro. Il ne précise pas s'il est affiché ou remis et ne prévoit pas la trace de sa remise. Il demeure impersonnel, ne mentionnant ni la mesure dont le patient fait l'objet, ni sa date, ni son auteur, alors que l'article L. 3211-3 porte sur « sa situation juridique ». Il ne vise enfin que l'hospitalisation complète, quand l'obligation d'information s'étend au programme de soins (Cour de cassation, 1re chambre civile, 25 mai 2023, pourvoi n° 22-12.108).

6. Les chambres d'isolement ne sont pas mises en conformité (recommandation n° 5)

La réponse confirme que la température n'est réglable que par la gestion technique centralisée, sur appel du service technique à la demande des infirmières. Elle n'est donc pas accessible au patient, comme l'exige l'article D. 6124-265 du code de la santé publique. L'éclairage est annoncé en commande et le mobilier devait être livré en semaine 41 : cette échéance étant passée, la livraison doit être confirmée.

7. Le livret d'accueil reste à produire (recommandation n° 1)

Annoncé parmi les pièces jointes, il n'a pas été communiqué, et l'établissement indique lui-même qu'il nécessite un complément concernant la partie juridique. La recommandation demeure entière : ce livret doit comporter la liste intégrale des droits énoncés à l'article L. 3211-3 et être remis à chaque patient sur un support qu'il puisse conserver, la mise à disposition ne valant pas remise.

IV. Points demeurés sans réponse ou discutés

1. La vidéosurveillance des chambres d'isolement (recommandation n° 27)

Cette recommandation reçoit la seule mention « pas d'observation ». C'est l'unique point sur lequel l'établissement ne répond rien, et il porte sur une caméra filmant une personne enfermée. Restent donc entiers la base écrite et la finalité du traitement, le champ effectivement couvert par la caméra et l'occultation de l'espace sanitaire, l'information individuelle du patient, l'analyse d'impact relative à la protection des données et l'inscription au registre des traitements de l'établissement. Le bâtonnier sollicite une réponse expresse sur chacun de ces points.

2. L'outil de suivi des délais d'isolement et de contention (recommandation n° 6)

Cette recommandation ne reçoit pas de réponse propre : la réponse numérotée 5 reprend mot pour mot la réponse numérotée 4, et la réponse numérotée 6 porte en réalité sur les chambres d'isolement, objet de la recommandation n° 5. Le bâtonnier invite l'établissement à lever ce décalage et à indiquer s'il entend se doter d'un outil de calcul et de suivi assorti d'une alerte.

Le point n'est pas formel : la computation des délais d'information et de saisine du juge obéit à des règles exigeantes, le délai de quarante-huit heures comme celui de soixante-douze heures courant à compter de l'expiration du délai de vingt-quatre heures dont le juge disposait pour statuer sur la requête précédente (Cour de cassation, 1re chambre civile, 26 juin 2024, pourvoi n° 23-14.230).

3. L'information du patient sur son droit de saisir le juge (recommandation n° 3)

L'établissement ne répond pas par un engagement mais par une explication tenant à l'état de la patiente entendue lors de la visite. Cette explication, à la supposer établie, ne décharge pas de l'obligation posée par l'article L. 3211-3, qui impose d'informer le patient dès son admission ou aussitôt que son état le permet, puis à sa demande et après chaque décision. C'est précisément la trace de cette information renouvelée qui fait défaut.

4. La distribution des traitements (recommandation n° 31)

L'établissement conteste ce constat au motif que l'auditeur préparant la certification de la Haute Autorité de santé a jugé la pratique conforme, les patients étant introduits un par un. Le bâtonnier maintient le constat : la conformité à un référentiel de certification ne se confond pas avec le respect du secret dû au patient, garanti par l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. La demande est circonscrite : que la distribution des traitements n'ait pas lieu à l'entrée de la salle à manger, c'est-à-dire dans un lieu de passage.

V. Demandes du bâtonnier

Le bâtonnier demande à l'établissement de lui faire connaître, dans un délai de deux mois à compter de la réception du présent rapport :

- la date à laquelle les règles de fonctionnement des secteurs ouvert et fermé seront arrêtées par le directeur, et la copie de cette décision ainsi que des avis recueillis ;

- l'insertion dans ces textes de la liste des droits énoncés à l'article L. 3211-3, du droit de saisir le magistrat du siège aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention et de l'existence du registre prévu au II de l'article L. 3222-5-1 ;

- la substitution d'une appréciation individuelle aux trois restrictions collectives relevées ci-dessus, et en particulier les conditions dans lesquelles un patient dépourvu de téléphone personnel peut joindre un avocat à toute heure ouvrable ;

- la procédure écrite relative aux fouilles de chambre et de vêtements ;

- le livret d'accueil dans sa version complète, et les modalités de sa remise individuelle ;

- une réponse expresse sur le régime de vidéosurveillance des chambres d'isolement ;

- la confirmation de la livraison du mobilier des chambres d'isolement et la solution retenue pour rendre la commande de l'éclairage et de la température accessible au patient ;

- la réponse à la recommandation n° 6, demeurée sans objet propre ;

- l'adjonction, au document d'information, des coordonnées de l'ordre et de sa permanence, l'indication de ce qu'il est affiché ou remis et, dans ce second cas, la trace de sa remise.

VI. Suites

Aucune action contentieuse n'apparaît justifiée. L'établissement a répondu à chacune des recommandations, reconnu les manques relevés et produit des documents refondus dans le délai qu'il s'était lui-même fixé. La voie appropriée demeure celle des recommandations écrites assorties d'un contrôle de leur mise en œuvre.

La réserve formulée plus haut est maintenue dans son principe mais suspendue dans son exercice. La demande d'abrogation des dispositions réglementaires illégales, fondée sur l'article L. 243-2 du code des relations entre le public et l'administration, perdrait son objet du jour où les textes refondus seraient arrêtés par le directeur ; elle le retrouverait si cette adoption devait être différée, les procédures PSY0012 et PSY0013 demeurant jusque-là applicables. Le bâtonnier en réserve expressément l'exercice.

Une visite de suivi pourra être programmée. Elle portera en priorité sur la remise effective du livret d'accueil et des certificats médicaux, sur l'adoption et le contenu des règles de fonctionnement, sur la mise en conformité des chambres d'isolement, sur le régime de vidéosurveillance et sur les conditions d'accès du patient à son avocat.

IDENTIFICATION ET SUIVI

Directeur / représentant de l'établissement : Madame , directrice, Monsieur , directeur adjoint, ayant reçu la délégation.

Médecin responsable / cadre de santé : Docteur , médecin-chef ; Docteur , responsable de l'hospitalisation complète ; Madame , cadre supérieure de la filière psychiatrique ; Madame , cadre référente des secteurs ouvert et fermé.

Date d'envoi du rapport : 21 septembre 2026

Observations reçues en retour : 2 octobre 2026

Fait à Grasse, le 26/10/2026

Le bâtonnier

La déléguée du bâtonnier



