

# Contrôleur général des lieux de privation de liberté

## Recommandations en urgence du 3 février 2026 relatives au pôle de psychiatrie du groupe hospitalier Sud Ile-de-France à Melun (Seine-et-Marne)

NOR : CPLX2607503X

L'article 9 de la loi du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) permet à cette autorité, lorsqu'elle constate une violation grave des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, de communiquer sans délai aux autorités compétentes ses observations, de leur impartir un délai pour y répondre et, à l'issue de ce délai, de constater s'il a été mis fin à la violation signalée. S'il l'estime nécessaire, le CGLPL rend immédiatement public le contenu de ses observations et des réponses reçues.

Les présentes recommandations ont été adressées à la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, un délai de quatre semaines lui a été impartit pour faire connaître ses observations.

Du 4 au 7 août 2025, quatre contrôleurs ont procédé à la visite du pôle de psychiatrie du groupe hospitalier Sud Ile-de-France (GHSIF) à Melun (Seine-et-Marne), au titre du suivi des recommandations formulées à l'issue de la précédente visite de l'établissement, en mai 2022 (1), qui avait donné lieu à des constats préoccupants.

Le pôle de psychiatrie du GHSIF prend en charge les patients adultes de quatre secteurs (2) du département de Seine-et-Marne et dispose de 88 lits d'hospitalisation à temps complet répartis dans quatre unités. Il comprend également un secteur de psychiatrie infanto-juvénile dépourvu de lits d'hospitalisation à temps complet. Une unité ouverte intersectorielle accueille uniquement des patients en soins libres, mais dispose de deux chambres d'isolement destinées à l'accueil des patients mineurs. Une unité fermée intersectorielle composée de huit chambres d'isolement et huit anciennes « chambres fermables » (3), ainsi que deux unités sectorisées et ouvertes disposant chacune de deux « chambres fermables » accueillent des patients en soins libres comme en soins sans consentement.

Malgré les efforts déployés par l'établissement depuis la précédente visite du CGLPL pour remédier à certains dysfonctionnements, notamment en ce qui concerne la liberté d'aller et venir des patients et la création d'un espace d'apaisement, de graves constats opérés en 2022 persistent, qui justifient les présentes recommandations.

### 1. Le nombre de décès des patients hospitalisés en psychiatrie est anormalement élevé

Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2024 et le 1<sup>er</sup> août 2025, sept patients du pôle de psychiatrie du GHSIF sont décédés au cours de leur séjour dans l'établissement. Cinq d'entre eux, âgés de 34 à 60 ans, étaient hospitalisés en soins sans consentement et aucun de ces décès ne fait suite à un suicide. Cette mortalité anormalement élevée pourrait s'expliquer par des dysfonctionnements graves affectant la prise en charge de ces patients, notamment sur le plan somatique : les documents communiqués par l'établissement lors du contrôle révèlent en effet que la prise en charge somatique des patients hospitalisés à temps complet dans le pôle de psychiatrie a longtemps été défaillante.

Parmi les sept décès recensés en 2024, trois sont survenus au cours d'un séjour en chambre d'isolement ou en chambre fermable et, faute de traçabilité des mesures d'isolement et de contention, il n'a pas été possible de déterminer avec certitude si l'un de ces patients était isolé la nuit de son décès ; parmi ces patients, une femme est morte alors qu'elle était en chambre d'isolement « ouverte », la mesure d'isolement dont elle avait fait l'objet ayant été levée le matin même.

Quatre morts ont été déclarées à l'Agence régionale de santé (ARS) comme événements indésirables graves associés aux soins (EIGAS) et cinq revues de morbidité-mortalité ont été effectuées (4) : leurs conclusions, très alarmantes, établissent clairement l'absence de consultations régulières avec des médecins généralistes, notamment pour les patients isolés, l'absence de protocole de surveillance paramédicale pour les patients isolés ou attachés et le caractère aléatoire, voire inexistant, de la traçabilité de cette surveillance.

Dans le cas d'une patiente sujette à de l'apnée du sommeil, l'analyse des informations collectées relève la « transmission orale des pauses respiratoires », mais l'absence de traçabilité écrite dans le dossier médical ; dans deux autres cas, l'absence d'alerte au regard d'une hypotension artérielle et d'un pouls anormal ; la revue de morbidité-mortalité concernant un de ces deux derniers patients souligne aussi le non-respect par les équipes soignantes des prescriptions médicales d'administration d'anticoagulant, la contention sans décision médicale écrite ni traçabilité de la mesure dans le registre d'isolement-contention, l'intégration dans son dossier médical d'éléments médicaux concernant un autre patient.

Ces constats témoignent de graves manquements aux dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, aux termes desquelles la mise en œuvre de toute mesure d'isolement ou de contention doit « faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical. » Or plusieurs de ces dysfonctionnements avaient déjà été observés par le CGLPL à l'issue de sa précédente visite, en 2022. Leur persistance est d'autant plus grave que les conclusions de la revue de morbidité-mortalité relative à l'un des décès survenus en 2024 préconisaient clairement la formalisation de l'obligation de « prise en charge somatique régulière pour l'ensemble des unités » et « une fois par semaine » pour les patients placés en chambre d'isolement. Ces préconisations, dont le caractère urgent n'était

pas à démontrer eu égard aux conséquences mortelles des manquements qu'elles visaient à corriger, n'ont été mises en œuvre qu'au mois de mai 2025 – après cinq autres décès. Un médecin généraliste est désormais présent dans le service de psychiatrie du lundi au vendredi.

En revanche, les modalités de la surveillance paramédicale des patients isolés ou placés sous contention demeurent insuffisantes et leur traçabilité est parfois inexistante : des consignes de surveillance infirmière « *toutes les deux heures* » ont été rapportées, la régularité de cette surveillance n'est pas toujours clairement établie et les passages infirmiers ne sont pas systématiquement consignés dans le dossier médical des patients. Ce défaut de surveillance expose ces derniers à des risques d'autant plus importants que les « chambres fermables » sont dépourvues de tout système d'appel mural et qu'aucun dispositif d'appel portatif n'est remis aux patients placés sous contention.

**Le respect de l'intégrité physique des patients doit être garanti. L'accès des patients aux soins somatiques doit être garanti en toutes circonstances, à chaque étape de la prise en charge.**

**Les modalités de surveillance paramédicale des patients par des professionnels de santé désignés à cette fin, a fortiori isolés et placés sous contention, doivent être clairement définies et la traçabilité de cette surveillance dans le dossier médical du patient doit être assurée.**

**Les patients isolés ou attachés doivent disposer d'un dispositif d'appel permettant de solliciter l'intervention des soignants à tout moment.**

## **2. La prise en charge des patients mineurs les expose à de graves atteintes à leurs droits fondamentaux**

Faute d'offre publique de soins adaptée sur le territoire – une unité pédopsychiatrique d'hospitalisation à temps complet fait toujours défaut dans le département, les enfants en crise psychiatrique nécessitant une hospitalisation à temps complet sont orientés prioritairement vers le service de pédiatrie du GHSIF. Ils sont alors hospitalisés à temps complet dans des unités pour adultes du pôle de psychiatrie. Il n'y en avait aucun au moment de la visite.

Contrairement à l'engagement oral pris par l'ARS au cours de la réunion qui s'est tenue le 21 juillet 2022 à l'issue de la première visite du CGLPL, aucun projet concret n'a été mis en œuvre afin de doter le territoire d'une unité de psychiatrie infanto-juvénile d'hospitalisation à temps complet afin de prendre en charge les mineurs en crise de manière adaptée.

Les mineurs pris en charge au GHSIF sont majoritairement hospitalisés au sein de l'unité ouverte intersectorielle, réservée à l'accueil des patients en soins libres. Comme en 2022, ils y sont prioritairement accueillis dans les deux chambres d'isolement improprement désignées comme constituant le « *module adolescent* » et désormais ouvertes la journée, sauf si une mesure d'isolement ou de contention est mise en œuvre. Ils y demeurent enfermés la nuit, sans que cet enfermement fasse l'objet d'une quelconque traçabilité dans le registre d'isolement et de contention. Les mineurs étant majoritairement hospitalisés en soins libres, ces pratiques sont illégales. Lorsque plusieurs mineurs sont pris en charge simultanément, ils peuvent aussi être affectés dans d'autres unités ouvertes, dans des chambres hôtelières dotées de verrous de confort et, plus exceptionnellement, au sein de l'unité fermée.

Les mineurs qui ne sont pas isolés la journée sont désormais libres de déambuler dans l'unité, et, bien qu'ils n'y soient pas encouragés, dans le service. Un bouton d'appel leur est donné à l'arrivée, dont le signal est reporté sur un boîtier détenu par un soignant. Un référent doit en principe être désigné afin d'assurer, notamment, leur surveillance, même si c'est rarement le cas, faute de personnel en nombre suffisant.

Quelle que soit l'unité dans laquelle les mineurs sont pris en charge, leurs conditions d'accueil, qualifiées de « *violentes* » par un soignant, sont, de l'avis de l'ensemble des professionnels rencontrés, inadaptées à ces patients qui requièrent une surveillance accrue et des soins dispensés par des spécialistes, dans une unité spécifique réservée aux mineurs (5). Au-delà de la violation manifeste des droits des patients mineurs que révèlent ces dysfonctionnements, leur hospitalisation au sein d'unités pour adultes, souvent motivée par un risque suicidaire avéré, complique le travail des soignants, qui ne sont pas formés à la pédopsychiatrie.

Depuis 2023, les psychiatres et infirmiers peuvent solliciter l'avis de l'équipe de liaison de pédopsychiatrie, qui se déplace trois fois par semaine afin d'évaluer les patients et proposer des orientations de prise en charge. Cette démarche n'est cependant pas systématique et les avis recueillis à ce titre, notamment lorsqu'ils préconisent la levée de l'isolement d'un patient mineur, ne sont pas toujours suivis.

Les enfants ont accès aux activités thérapeutiques et aux activités dispensées par le plateau de réhabilitation psychosociale, sans que les données communiquées ne permettent d'en attester ni de mesurer dans quelle proportion. L'accès à l'éducation demeure inefficace.

**Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés à temps complet dans des unités pour adultes.**

**L'accès des mineurs de Seine-et-Marne aux soins pédopsychiatriques en hospitalisation à temps complet doit être garanti dans des unités distinctes de celles des adultes, auprès de médecins et de soignants spécifiquement formés.**

**L'accès des patients mineurs à l'éducation doit être garanti durant leur hospitalisation.**

Par ailleurs, les mineurs pris en charge au GHSIF pâtissent également des conséquences du non-respect par l'établissement du cadre normatif régissant le recours à des mesures d'isolement et de contention (*cf. infra*). Le CGLPL rappelle à cet égard que la particulière vulnérabilité de cette catégorie de patients aggrave en tout état de cause les atteintes aux droits imputables à de tels manquements.

Des mineurs hospitalisés en soins libres sont en effet soumis à des mesures d'isolement et de contention, en application de décisions illégales qui, outre qu'elles ne sont pas toujours formalisées par écrit, ne sont pas tracées dans les documents faisant office de registres d'isolement et de contention. Dans ces conditions, il est impossible de quantifier le recours à ces mesures, ainsi qu'en témoigne notamment l'analyse croisée de ces documents avec les déclarations d'événements indésirables. Une patiente mineure a été isolée, placée sous contention et a fait l'objet d'une injection forcée avec un renfort de huit soignants, sans que les mesures en cause ne soient tracées dans le registre, si bien que rien n'atteste de la prise d'une décision médicale préalable à la mise en œuvre de ces mesures coercitives.

De surcroît, le GHSIF n'informe pas ni ne saisit le magistrat du siège compétent du contrôle de la régularité de ces mesures, au motif que le code de la santé publique prévoit que seuls les patients hospitalisés en soins sans consentement puissent faire l'objet de telles pratiques. En conséquence, le GHSIF estime qu'il n'est pas nécessaire de tracer correctement le recours à ces mesures de coercition illégales.

Le CGLPL réitère en conséquence la recommandation formulée dans son *Avis du 6 octobre 2025 relatif aux enfants privés de liberté dans les établissements de santé mentale* (6), selon laquelle **aucune mesure d'isolement ou de contention ne doit être mise en œuvre en dehors du cadre strictement défini par la loi. Lorsqu'une telle mesure est prise au mépris de la loi, elle doit être soumise au contrôle de l'autorité judiciaire dans les conditions prévues par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique et aussitôt levée en raison de son illégalité.** En effet, dès lors que le législateur a fait du statut de soins sans consentement du patient une condition de légalité des mesures d'isolement et de contention, c'est précisément cette condition que le juge doit contrôler.

En tout état de cause, indépendamment du statut d'hospitalisation, **le CGLPL recommande que soient prosrites les mesures d'isolement et de contention à l'encontre de patients mineurs, qui sont toujours contraires à l'intérêt supérieur de l'enfant.**

### 3. Le non-respect des dispositions applicables en matière d'isolement et de contention entraîne de graves atteintes aux droits des patients

#### 1. Les conditions posées par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique ne sont pas respectées

L'article L. 3222-5-1 code de la santé publique, qui régit le recours aux pratiques d'isolement et de contention, qualifie ces dernières de « *pratiques de dernier recours* », qui « *ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement* », précisant qu'« *il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient* ».

Près de dix ans après l'adoption de ces dispositions, les constats opérés dans le cadre de la visite objet des présentes révèlent la persistance des manquements à chacune des conditions ainsi établies par le législateur, déjà relevés par le CGLPL lors de sa précédente visite.

Ainsi a-t-il été constaté qu'au GHSIF, non seulement la condition de dernier recours n'est pas toujours remplie, mais également que des décisions de placement ou de maintien d'un patient à l'isolement ou sous contention sont régulièrement mises en œuvre alors qu'elles reposent sur des motivations telles que « patient détenu » ou « risque de fugue », soit sans lien avec l'état clinique du patient et, surtout, avec la condition tenant à la prévention « *d'un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui* » : un patient qui avait été placé à l'isolement en raison, notamment, d'un risque de fugue, était ainsi maintenu à l'isolement dans l'attente de l'expression de son adhésion pleine et entière aux soins, ce qui contrevient en tous points aux dispositions précitées.

Le respect des exigences tenant à la compétence de l'auteur de la décision en cause n'est pas davantage établi, dès lors que des décisions d'isolement et de contention sont prises ou renouvelées par au moins un praticien non-qualifié en psychiatrie par l'ordre des médecins, sans validation par un psychiatre.

Par ailleurs, les dispositions précitées font expressément obligation à chaque établissement susceptible de recourir à l'isolement ou à la contention de patients en soins sans consentement de tenir un registre des mesures prises à ce titre. Pour chaque mesure, ce registre doit mentionner le nom du psychiatre en ayant décidé, sa date et son heure de début, sa durée, le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée et, depuis 2020, « *un identifiant du patient concerné ainsi que son âge* » et « *son mode d'hospitalisation* ». Les mêmes dispositions précisent que ce registre, « *établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires* ».

Alors que le caractère inexploitable du registre d'isolement produit lors de la première visite du CGLPL avait déjà été constaté par ce dernier, le GHSIF demeure dans l'incapacité de transmettre aux autorités de tutelle et de contrôle un registre conforme aux exigences du législateur. En 2025, deux types de documents ont été communiqués aux contrôleurs : premièrement, un ensemble de fichiers PDF® mentionnant, pour chaque chambre d'isolement, le numéro de séjour, le numéro de la mesure, l'identifiant du patient, les dates de début et de fin de la mesure, la durée par période de 24 heures ; deuxièmement, un tableau Excel®, qui s'apparente à un registre d'isolement et de contention mais ne comporte ni l'identifiant du patient, ni sa date de naissance, ni son statut d'hospitalisation, ni le nom du psychiatre qui décide ou renouvelle la mesure, ni le nom des soignants qui assurent la surveillance infirmière. L'analyse croisée de ces documents révèle enfin des incohérences majeures : par exemple, un patient qui selon le fichier PDF® aurait été isolé pendant quatre-vingts jours au sein d'une chambre d'isolement du « module adolescent » n'apparaît nulle part dans le tableau Excel. De manière générale, les mesures d'isolement et de contention ne sont pas tracées, notamment celles qui concernent les patients mineurs et certains

patients majeurs enfermés la nuit, sans formalisation de la décision. Il n'est pas procédé au cumul des durées des mesures interrompues pendant moins de 48 heures pour l'isolement ou 24 heures pour la contention.

En conséquence, le CGLPL ne peut qu'émettre les plus vives réserves quant à la fiabilité de l'analyse du registre d'isolement et de la contention pour l'année 2024 produite par le GHSIF et traduisant une baisse du recours à l'isolement et à la contention depuis 2021 et une diminution du nombre de patients concernés par de telles mesures sur la même période. Dans ces conditions, l'efficacité de la politique de moindre recours à l'isolement et à la contention élaborée par le GHSIF, dont l'existence même est remise en cause par les constats exposés ci-avant, ne peut être correctement évaluée.

Il importe de ne pas minimiser la gravité et la portée des manquements ainsi observés : l'isolement et la contention constituent des mesures privatives de liberté au sens de l'article 66 de la Constitution (7), raison pour laquelle le législateur encadre leur mise en œuvre aussi strictement que celle de toute autre mesure d'enfermement. A ce titre, la tenue d'un registre permettant la traçabilité des mesures en cause constitue une garantie fondamentale au bénéfice des patients. Les constats exposés ci-avant révèlent ni plus ni moins que les patients hospitalisés en psychiatrie au GHSIF, quel que soit leur régime d'hospitalisation, sont susceptibles d'être soumis à des mesures de privation de liberté arbitraires.

**Les mesures d'isolement et de contention doivent être mises en œuvre dans le strict respect des dispositions législatives et réglementaires applicables. A ce titre, elles doivent être prises par un psychiatre de plein exercice, motivées par des critères cliniques satisfaisant la condition de dernier recours telle qu'imposée par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, et régulièrement réévaluées.**

**Un registre d'isolement et de contention conforme aux exigences légales doit être mis en place sans délai.**

## *2. L'établissement dispose d'un nombre de chambres d'isolement excessif et en fait un usage abusif*

En 2022, le GHSIF disposait de 22 espaces d'isolement pour une capacité de 88 lits : 10 chambres d'isolement et 12 chambres fermables (8). La transformation de 8 des 12 « chambres fermables » en chambres hôtelières grâce à la pose de verrous de confort, a porté le nombre d'espaces d'isolement à 14, répartis comme suit : 8 chambres d'isolement dans l'unité fermée ; 2 chambres fermables dans chacune des 2 unités ouvertes et sectorisées ; 2 chambres d'isolement dans l'unité ouverte intersectorielle, improprement qualifiées de « module adolescent » et destinées à la prise en charge des mineurs hospitalisés.

Le *ratio* d'espaces d'isolement au regard du nombre de lits, rarement observé ailleurs sur le territoire national, dépasse largement celui des unités pour malades difficiles (9), sans que le profil des patients accueillis ne le justifie. Le projet de restructuration du pôle de psychiatrie prévoit la suppression des quatre chambres fermables des unités ouvertes sectorisées, mais celles-ci ont vocation à être transformées en six chambres d'isolement, portant le nombre total de ces dernières à seize. Ce projet témoigne du caractère inapproprié du positionnement de l'établissement s'agissant du recours à des mesures coercitives, qui contrevient en tout état de cause à l'objectif de réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention censé être poursuivi par tous les établissements de santé mentale (10) « Santé mentale et psychiatrie » – dont il sera utilement rappelé qu'elle fait de la réduction du recours à ces pratiques un des axes majeurs de la politique nationale en santé mentale et psychiatrie, qui doit être déclinée localement.

Par ailleurs, le code de la santé publique prévoit que chaque patient isolé ou placé sous contention en chambre d'isolement doit conserver sa chambre hôtelière tout au long de la mesure, qu'il doit pouvoir réintégrer dès la levée de cette dernière. Tel n'était pas le cas au GHSIF lors de la visite menée en 2025 : l'unité fermée accueillait seize patients, au lieu du maximum de huit. Parmi les huit personnes en chambre d'isolement, deux faisaient effectivement l'objet d'une mesure d'isolement et de contention et ne disposaient pas de chambre hôtelière « miroir », les autres étaient simplement hébergées en chambre d'isolement dans des conditions matérielles inacceptables. Il a par ailleurs été indiqué aux contrôleurs que toutes les chambres d'isolement de l'unité fermée étaient parfois utilisées en même temps à des fins d'isolement ou de contention. Dans les unités ouvertes, trois des quatre chambres fermables sont utilisées à des fins d'isolement, sans que les patients ne bénéficient d'une chambre « miroir ». L'un d'entre eux, dont la mesure a été levée durant la visite, est resté hébergé dans la chambre fermable dans laquelle il avait été isolé durant plusieurs jours.

**Le nombre de chambres d'isolement et de chambres fermables disponibles doit être réduit drastiquement, sinon totalement.**

**Les chambres d'isolement ne doivent en aucun cas être utilisées comme des chambres hôtelières. Aucune chambre hôtelière ne doit être utilisée pour la mise en œuvre de mesures d'isolement et de contention.**

## **4. Les insuffisances affectant la gestion de l'établissement font obstacle à tout contrôle effectif de son activité par les autorités de tutelle ou en charge de la prévention des atteintes aux droits des patients**

Comme en 2022, les statistiques communiquées par la direction de l'établissement relativement à son activité en soins sans consentement ne sont pas fiables. Il est notamment impossible de connaître le nombre total de patients pris en charge en hospitalisation complète par le pôle de psychiatrie en 2024, et la part de ces patients admis en soins sans consentement. De surcroît, les chiffres fournis à ce titre varient selon leur source au sein de l'établissement : alors que le département de l'information médicale (DIM) fait état de 107 patients hospitalisés en soins sans consentement en 2024, un document communiqué en juillet 2025 par l'établissement à la direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé (DGOS) et à l'agence régionale de santé (ARS), mentionne 296 patients en 2024 (soit une différence de + 176 %) ; un document non daté produit par le bureau des soins sans

consentement indique enfin que 377 patients ont été hospitalisés en soins sans consentement entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 septembre 2024 (11).

Les données concernant la file active globale de l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie, incluant les patients en soins libres, manquent également de cohérence. A l'occasion de la visite de l'ARS au mois de juillet 2025, le GHSIF a indiqué que le taux moyen de patients hospitalisés en soins sans consentement dans le pôle de psychiatrie s'élevait à 25 %, soit un taux proche des 26% de la moyenne nationale (12) ; lors de la visite du CGLPL une semaine plus tard, 55 des 98 patients pris en charge étaient hospitalisés en soins sans consentement, soit un taux de 56 %, sans que cet écart n'ait pu être valablement expliqué.

Il n'a pas été davantage possible d'accéder à une information fiable quant au nombre exact de patients mineurs hospitalisés à temps complet dans les unités de psychiatrie pour adulte en 2024 et au cours de l'année 2025 (13). Chaque unité assure une comptabilité, dont il ressort que 130 mineurs auraient été hospitalisés au GHSIF en 2023, 87 en 2025 dont 30 au cours des six premiers mois (14). La fiabilité de ces données est toutefois sujette à caution, notamment en ce qu'elles ne permettent pas de distinguer le nombre de mineurs accueillis du nombre de séjours effectués par chaque mineur, pas plus qu'elles n'excluent qu'un mineur ait été comptabilisé plusieurs fois, certains d'entre eux passant parfois d'une unité à une autre au cours d'un même séjour.

Ces constats – qui révèlent l'incapacité manifeste du GHSIF de fournir aux autorités de tutelle ou de contrôle des données fiables concernant son activité de psychiatrie, compromettant ainsi l'effectivité d'une part importante des garanties dont les patients sont censés bénéficier en application de la loi – sont en tout état de cause de nature à jeter un doute sérieux quant au respect, par l'établissement, des normes et procédures applicables en matière de soins sans consentement voire, de manière plus générale, du cadre normatif de son activité de psychiatrie.

Enfin, le GHSIF considère disposer de 102 lits d'hospitalisation à temps complet pour l'ensemble du pôle de psychiatrie. Le calcul de la capacité d'accueil inclut les 14 espaces d'isolement, comptabilisés comme s'ils étaient des chambres hôtelières. En conséquence, le service est suroccupé : au moment de la visite, 98 patients sont hospitalisés à temps complet, pour une capacité d'accueil réelle de 88 lits.

**L'établissement doit être en capacité de rendre compte de son activité en matière de psychiatrie et de fournir aux autorités de tutelle et de contrôle toute information utile à la conduite de leurs missions. Une procédure fiable de recueil des données statistiques de l'activité de psychiatrie doit être mise en place sans délai.**

**Les chambres et espaces d'isolement ne doivent pas être pris en compte pour le calcul de la capacité d'accueil de l'établissement.**

---

(1) Rapport de visite du Groupe hospitalier Sud Ile-de-France de Melun, du 2 au 6 mai 2022.

(2) Les secteurs 77G01 à 77G04, qui concernent 340 000 habitants.

(3) Les « chambres fermables » sont des chambres hôtelières individuelles utilisées illégalement à des fins d'isolement. Leur porte, dépourvue de verrou de confort, est équipée d'un fenestron permettant de voir l'intérieur de la chambre depuis le couloir.

(4) Les deux décès qui n'ont fait l'objet d'aucune analyse par le GHSIF ont été considérés comme inévitables (ou ne faisant pas suite à un défaut de soin ou de surveillance des soignants du pôle de psychiatrie). Ces deux morts concernent une personne décédée des suites d'une maladie en cours de diagnostic, dont les résultats d'examens sont parvenus après sa mort, et une personne décédée après une dégradation soudaine de son état de santé dans un contexte d'anorexie sévère.

(5) Avis du 6 octobre 2025 relatif aux enfants privés de liberté dans les établissements de santé mentale (NOR : CPLX2533190V).

(6) Avis du 6 octobre 2025 relatif aux enfants privés de liberté dans les établissements de santé mentale (NOR : CPLX2533190V).

(7) Conseil constitutionnel, décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020.

(8) 8 chambres d'isolement et 8 chambres fermables dans l'unité fermée intersectorielle, 2 chambres fermables dans chaque unité ouverte sectorisée, 2 chambres d'isolement dans l'unité ouverte intersectorielle.

(9) A titre d'exemple, l'unité pour malades difficiles (UMD) de Cadillac, d'une capacité de 80 lits, dispose de douze chambres d'isolement réparties dans quatre unités. L'UMD de Sarreguemines peut accueillir jusqu'à 117 patients et dispose de dix chambres d'isolement réparties dans huit unités. L'UMD de Rouen, qui peut accueillir jusqu'à 40 malades, dispose de quatre chambres d'isolement réparties dans deux unités.

(10) Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, 28 juin 2018.

(11) C'est-à-dire une différence de + 252 % par rapport aux données du DIM et une différence de + 27 % par rapport aux chiffres communiqués à la DGOS et à l'ARS, sur une période plus brève.

(12) Cf. Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Question d'économie de la santé n° 269, juin 2022.

(13) Les données du DIM sont organisées selon les catégories « 10-14 ans » et « 15-19 ans », ce qui obère toute possibilité de connaître le nombre de patients mineurs hospitalisés à temps complet dans les services du GHSIF.

(14) Ils sont habituellement hospitalisés en soins libres et exceptionnellement sur décision du représentant de l'état (SDRE), ou du juge des enfants en application d'une ordonnance provisoire de placement (OPP).