

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Recommandations en urgence du 24 juillet 2026 relatives à l'accueil, l'attente et l'orientation des patients à présentation psychiatrique dans les services d'accueil des urgences des hôpitaux de Paris et de la petite couronne

NOR : CPLX2623427X

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 aux ministres de la santé, de l'intérieur et de la justice, un délai de quatre semaines leur a été imparti pour faire connaître leurs observations.

La Contrôleure générale a mandaté une équipe de six contrôleurs pour effectuer la première visite thématique des services d'accueil des urgences (SAU) des hôpitaux Cochin, Robert-Debré, Necker-Enfants malades, Pitié-Salpêtrière, européen-Georges-Pompidou, Saint-Antoine, Armand-Trousseau de Paris, Antoine-Béclère de Clamart (Hauts-de-Seine), Delafontaine de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), Henri-Mondor et intercommunal de Créteil, Bicêtre du Kremlin-Bicêtre (Val-de-Marne), et du centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) du groupe hospitalier universitaire (GHU) Paris psychiatrie & neurosciences (PPN), du 6 au 10 juillet 2026.

Elle a également mandaté quatre équipes de contrôleurs pour effectuer la visite de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris (1) et les SAU des hôpitaux Tenon, Lariboisière et Bichat-Claude-Bernard conduites lors des contrôles des sites d'Avron, Hauteville et Bichat du GHU PPN, respectivement du 2 au 4 mars, du 30 mars au 3 avril, du 6 au 10 avril et du 29 juin au 3 juillet 2026.

1. L'accès aux soins psychiatriques hospitaliers à temps complet, via les services d'accueil des urgences, est défaillant

Les patients à présentation psychiatrique, faisant l'objet d'une indication de prise en charge hospitalière à temps complet, sont soumis à une attente prolongée dans des conditions indignes au sein des SAU des hôpitaux contrôlés. Le nombre de lits disponibles ne répond pas aux besoins de fluidité des orientations vers les services de psychiatrie depuis les SAU et ne garantit pas un accès adapté et rapide aux soins *ad hoc* de psychiatrie et de pédopsychiatrie (2).

L'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France a mis en œuvre la cellule régionale d'appui à la recherche de lits d'hospitalisation en psychiatrie en 2022 (3). L'ARS indique : « *En cas d'impossibilité de l'opérateur à trouver une place dans un autre établissement, il revient à l'établissement de rattachement de prendre en charge le patient, le cas échéant en surnombre, ou de trouver un accueil temporaire. Les recommandations indiquent que le transfert doit être organisé dans un délai de 24 heures, consécutif à l'arrivée du patient au sein du SAU* » (4). Le rapport d'information parlementaire sur la prise en charge des urgences psychiatriques du mois de décembre 2024, resté largement sans suite, pointait les défauts du schéma organisationnel de l'offre de soins et l'ampleur des fermetures de lits de psychiatrie (5). L'analyse statistique comparative des indicateurs de la cellule de régulation de l'ARS confirme l'aggravation des constats dans la période 2025-2026. Elle révèle une augmentation de 31,8 % du nombre de patients concernés par une attente prolongée entre les premiers semestres de 2025 et de 2026, tous modes d'hospitalisation confondus, et une augmentation de 34 % de la durée moyenne d'attente entre l'appel de l'établissement adresseur et le départ du patient du SAU d'attente (6) entre le 1^{er} trimestre de 2025 et le 2^e de 2026. Ainsi, Le nombre de patients concernés a crû de 3 002 à 3 957 entre les premiers semestres de 2025 et 2026, et la durée moyenne d'attente de 29,45 heures à 39,45 heures entre le 1^{er} trimestre de 2025 et le 2^e trimestre de 2026. Une dizaine de patients attend ainsi chaque jour une hospitalisation dans certains SAU visités ; des situations extrêmes d'attente simultanée peuvent concerner une vingtaine de patients, la plus complexe rapportée en ayant concerné 27.

Les indicateurs du CPOA, service accueillant le plus grand nombre de patients à présentation psychiatrique en Ile-de-France, montrent que 60 % des patients attendent plus de 13 heures, 42 % plus de 24 heures et 20 % plus de 48 heures, pendant le 1^{er} semestre de 2026. Un SAU a par exemple fait état d'une attente de neuf jours pour un patient en soins libres porteur d'un trouble complexe du neurodéveloppement. Plusieurs équipes ont indiqué la sortie spontanée, lorsqu'il n'y est pas fait obstacle (7), de patients renonçant à des soins nécessaires, ces derniers ne souhaitant plus subir une telle attente dans des conditions indignes (*cf.* 1.2), malgré l'indication médicale de prise en charge en hospitalisation à temps complet. D'autres, insuffisamment stabilisés, sont orientés vers des soins ambulatoires, difficilement accessibles en raison de la longueur des délais de rendez-vous (8). Le temps d'attente dans les SAU est accru en cas de recherche d'une chambre d'isolement, et par l'organisation du transport vers le site cible. Des retards et des refus d'acheminement par les transporteurs sanitaires ont été particulièrement signalés et entraînent parfois le maintien du patient au SAU une nuit supplémentaire.

Des postes médicaux et infirmiers sont vacants, et la présence de certains psychiatres uniquement en journée la semaine implique des ruptures de prise en charge. Le personnel soignant, soumis à une pression continue sur le terrain, a unanimement déploré cette défaillance systémique, préjudiciable aux patients et source de risques psychosociaux (9) qui peuvent décourager les professionnels et induire des difficultés marquées d'attractivité et de recrutement.

Le dispositif d'appui régional de régulation mise en œuvre pour garantir l'accès aux soins psychiatrique et pédopsychiatrique est inefficace. Il ne prend en compte ni les parcours de soins hospitaliers ni l'insuffisance des solutions de sortie. Le recueil uniquement déclaratif, sans traitement en temps réel du nombre des lits disponibles, réduit encore son efficacité.

Des solutions organisationnelles, bâtementaires, capacitaires et de ressources humaines, garantissant l'accès adapté des patients aux soins psychiatriques et pédopsychiatriques *via* les services d'accueil des urgences doivent être mises en œuvre très rapidement.

2. Les locaux ne garantissent pas la dignité des conditions d'accueil des patients et l'ergonomie de l'exercice des soins

La configuration et la superficie des locaux des SAU, qui ne sont pas adaptées à l'augmentation des files actives, sont majoritairement inadéquates pour garantir la dignité des conditions d'accueil, l'intimité des patients et l'ergonomie de l'exercice des soins au quotidien. Les patients, soumis à des durées d'attente prolongées (*cf.* 1), sont assis sur les chaises inconfortables des salles d'attente, couchés sur des brancards positionnés dans des boxes individuels ou partagés, alignés le long des murs des couloirs, ou placés dans de grandes salles parfois sans rideau de séparation. En l'absence de chaise ou de brancard disponible, certains patients s'assoient sur le sol d'un couloir avant de s'y allonger la nuit pour dormir pendant des séjours pouvant se prolonger jusqu'à neuf jours. Leur sommeil est astreint aux contraintes du lieu, dans le fourmillement et le bruit de l'activité continue, sous un éclairage intense. L'accès à l'hygiène corporelle se trouve limité, faute d'un nombre adapté de salles d'eau, se résumant parfois à un unique espace pour l'ensemble des patients en attente.

La configuration et la superficie des locaux des services d'accueil des urgences doivent garantir la dignité des conditions d'accueil et d'attente, l'intimité des patients et l'ergonomie de l'exercice des soins.

3. Certains patients faisant l'objet d'une indication de soins sans consentement sont soumis à des situations de rétention arbitraire

Certains patients sont privés de liberté dans les SAU en l'absence d'une décision d'admission en soins sur décision du directeur d'établissement et de sa notification. La rétention de ces patients régulièrement prolongée de plusieurs jours, impose aux médecins des SAU, sous la responsabilité de leurs directions, la pratique illégale d'une procédure de certification du maintien de l'indication de la mesure de soins sans consentement, selon trois modalités : majoritairement la réitération quotidienne du certificat initial (10) et, plus rarement, une non-certification, ou la production des certificats de 24 heures et de 72 heures qui doivent être légalement établis par des psychiatres de l'établissement d'accueil. Les équipes des SAU pour adultes ont majoritairement indiqué des situations de patients concernés par une rétention pouvant durer jusqu'à sept jours. Une des équipes a signalé la durée d'attente de huit jours sur un brancard d'un patient faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement (11). Les retards de notification de la décision de soins psychiatriques sans consentement produisent ainsi un nombre croissant de situations de rétention arbitraire des patients concernés dans les SAU, sans que cette donnée ne soit analysée par les établissements. Les patients ne bénéficient d'aucune information relative à d'éventuelles voies de recours et se trouvent ainsi privés de leur droit à un recours effectif.

Les situations de rétention arbitraire au sein des services d'accueil des urgences de certains patients faisant l'objet d'une indication de soins sans consentement doivent immédiatement cesser.

4. Des patients à présentation psychiatrique font l'objet de mesures d'isolement et de contention sans cadre légal ni contrôle juridictionnel

Les patients à présentation clinique psychiatrique peuvent être soumis à des pratiques d'isolement et contention (12), sur décision médicale (13), sans qu'un cadre légal définisse le contexte, les professionnels autorisés à en décider, les modalités de réévaluation, de surveillance et de traçabilité, ni celles de leur contrôle, en particulier juridictionnel. Ces pratiques coercitives sont imposées à des patients libres, indépendamment de l'existence ou non d'une éventuelle décision d'admission en soins sans consentement et de fait, souvent avant que celle-ci n'intervienne. Les soignants ne sont pas systématiquement formés à la mise en œuvre de ces mesures, et aux techniques de désescalade pour les prévenir, malgré l'existence de protocoles de gestion des situations d'agitation. Certains établissements ont élaboré une procédure spécifique mais porteuse de garanties insuffisantes (14). Certains SAU disposent de boxes, configurés comme un espace d'isolement ou dont la porte est simplement dépourvue de poignée à l'intérieur. La plupart des SAU sont dotés de kits de contention, dont certains sont préalablement positionnés sur des lits ou des brancards pour leur utilisation immédiate, dans des boxes ou des couloirs. Une équipe a signalé avoir déjà utilisé ses quinze kits de contention simultanément et s'en être aperçue au moment d'en installer un seizième. La dispensation d'un traitement sédatif est systématiquement associée, parfois sous la forme d'une injection intramusculaire forcée en cas de refus de sa prise sous forme orale.

Une politique d'établissement sur les alternatives permettant de prévenir le recours à toute mesure coercitive doit être élaborée et mise en œuvre dans les services d'accueil des urgences. Les soignants doivent

être systématiquement formés à ces techniques alternatives. Les mesures d'isolement et de contention, mises en œuvre sans cadre légal ni contrôle juridictionnel, doivent être proscrites.

5. Les patients mineurs âgés de 16 à 18 ans n'ont pas accès à des soins hospitaliers à temps complet de pédopsychiatrie

Les mineurs âgés de 16 à 18 ans font face aux mêmes contraintes que les majeurs, au sein des SAU adultes. Ils ne bénéficient pas du recueil systématique de leur consentement, au motif d'une prise en charge souvent effectuée sous autorisation parentale, sans que celle des deux parents soit toujours établie (15). Ils ne sont qu'exceptionnellement évalués et suivis par un pédopsychiatre, faute de ressource adaptée de ces spécialistes. Ils peuvent également être soumis à des pratiques de contention. La permanence des soins pédopsychiatriques urgents dans les SAU pédiatriques qui accueillent les mineurs âgés de moins de 16 ans (16) n'est pas garantie ; ceux hospitalisés sont difficilement orientés vers des unités de pédopsychiatrie souvent saturées, et plus fréquemment dans les unités d'hospitalisation de courte durée ou des services de pédiatrie à défaut. Les mineurs âgés de 16 à 18 ans (17) sont majoritairement orientés vers des unités de psychiatrie pour adultes où ils ne reçoivent pas les soins pédopsychiatriques spécialisés dont ils ont besoin, contrairement aux dispositions légales qui n'autorisent cette éventualité qu'à titre exceptionnel (18). Les mineurs orientés vers leur domicile avec un suivi ambulatoire sont soumis à des délais d'attente particulièrement longs.

Un statut légal du mineur hospitalisé en psychiatrie garantissant le respect effectif de ses droits fondamentaux et conforme en tous points aux termes de la convention internationale des droits de l'enfant doit être instauré, et accompagné d'un plan national de réhabilitation de la pédopsychiatrie. Les mineurs faisant l'objet d'une indication de prise en charge hospitalière à temps complet en pédopsychiatrie ne doivent pas être hospitalisés avec des adultes. Le consentement des mineurs doit être recueilli à chaque étape des soins. L'isolement et la contention des mineurs doivent être expressément interdits.

(1) CGLPL, Recommandations en urgence du 20 mars 2026 relatives à l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police de Paris, publiées au *Journal officiel* de la République française le 24 avril 2026.

(2) D'après le rapport de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, déposé le 24 décembre 2024 en application de l'article 145 du règlement, 10 383 lits d'hospitalisation à temps complet ont été fermés de 2008 à 2022. Par ailleurs, d'importantes difficultés ont été rapportées s'agissant de l'organisation des projets de sortie d'hospitalisation des services de psychiatrie, complexifiés par l'insuffisance de places d'hébergement en structures médico-sociales et sociales, qui induisent des blocages de lits pendant des durées prolongées.

(3) Pour la recherche d'une solution d'hospitalisation, tous les jours de 9 heures à 19 heures, pour tout patient âgé de plus de 16 ans, relevant d'une hospitalisation en soins libres ou sans consentement, dont la durée d'attente en SAU excède 12 heures sans lit déterminé par l'hôpital de rattachement.

(4) « *La cellule régionale d'appui à la recherche de lits d'hospitalisation en psychiatrie* » disponible sur le site internet ARS Ile-de-France.

(5) Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, rapport déposé le 24 décembre 2024 en application de l'article 145 du règlement, en conclusion des travaux de la mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques

(6) Notamment des SAU franciliens, du centre psychiatrie d'orientation et d'accueil du site Sainte-Anne du GHU PPN, l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police de Paris.

(7) Dans le cadre d'une sortie concertée avec le médecin ou d'une sortie contre avis médical n'étant pas suivie de la mise en œuvre d'une mesure de soins sans consentement.

(8) La durée d'attente du rendez-vous dans les centres médicopsychologiques, souvent comprise entre un et trois mois et pouvant atteindre six mois pour les adultes, s'élève parfois jusqu'à 18 mois pour une consultation de pédopsychiatrie. La réponse rare « *nous ne prenons plus de nouveaux patients* » a déjà été reçue.

(9) La vacance de certains postes de psychiatres, de pédopsychiatres et de soignants, des accidents du travail, des burn-out, et un turn-over important des médecins et des soignants ont été signalés.

(10) Certains certificats font état de la date réelle d'admission au SAU et du motif de l'absence de transfert tenant à l'absence de lit d'aval disponible dans l'établissement dont relève le patient.

(11) Un avis médical au sein du SAU en vue de la saisine du juge a été réalisé.

(12) Notamment dans les situations d'agitation et de troubles du comportement en lien avec des consommations de produits toxiques ou des symptômes délirants.

(13) Prise par un urgentiste et généralement évaluée conjointement ou validée dans un deuxième temps par un psychiatre.

(14) Les procédures ne couvrent pas nécessairement l'ensemble des services d'urgences (SAU et unité d'hospitalisation de courte durée). Certaines présentent l'isolement comme un soin et ces mesures comme des prescriptions, et déterminent de manière très hétérogène l'accès à des voies de recours, l'exigence de motivation et de traçabilité, ou les modalités et fréquences des réévaluations et de la surveillance.

(15) CGLPL, Avis du 6 octobre 2025 relatif aux enfants privés de liberté dans les établissements de santé mentale.

(16) Le SAU pédiatrique de l'un des sites visités accueille les mineurs de 0 à 18 ans.

(17) Plus exceptionnellement des mineurs âgés de moins de 16 ans.

(18) Article R. 6123-191 et R. 6123-200 du code de la santé publique.