

COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

DE LOIRE-ATLANTIQUE

RAPPORT ANNUEL

ANNEE 2017

Composition de la commission départementale des soins psychiatriques

- magistrat
- médecin généraliste, remplaçant le Docteur en
cours d'année
- représentant des usagers
- représentante des associations des familles de malades
- psychiatre hospitalier
- psychiatre libéral

L'arrêté préfectoral fixant la composition de la CDSP, pour un nouveau mandat triennal, a été pris le 05/01/2017 modifié par l'arrêté préfectoral du 10/10/2017.

Madame a été élue présidente de la commission départementale des soins psychiatriques le 23/03/2017.

Réunions

6 réunions ont eu lieu au cours de l'année 2017, au siège de l'ARS.

Le nombre de dossiers à examiner justifierait des réunions plus fréquentes mais les obligations par ailleurs des membres ne le permettent pas.

Les comptes rendus de réunion sont toujours réalisés à l'issue suivant les mêmes modalités que les années précédentes.

Examen des dossiers de soins psychiatriques sans consentement par la commission

A titre liminaire, les statistiques pour ce département font apparaître:

- une baisse du nombre de mesures de soins sans consentement à la demande du représentant de l'État (163 en 2016 et 134 en 2017);
- une stabilité des soins sans consentement en cas d'admission prononcée par le directeur d'établissement (à la demande d'un tiers, en cas de péril imminent et en cas d'urgence: 1240 en 2016 et 1232 en 2017);
- une augmentation des soins en péril imminent (253 en 2016 et 298 en 2017), tendance qui semblerait nationale.

La commission examine chaque dossier tel que détenu par l'ARS, dans les conditions fixées par la loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 27 septembre 2013.

Pour l'année 2017, les procédures ont été respectées, sous réserve des remarques qui suivent.

En effet, si certains dossiers interpellent la commission notamment lorsque les certificats mensuels se suivent sous la forme de "copié-collé", un complément d'informations est demandé au médecin psychiatre référent afin qu'il apporte plus de précisions sur la situation du malade : évolution de la maladie, de la prise en charge, projet professionnel et de resocialisation...

Le contenu des programmes de soins a fait aussi l'objet d'échanges. Si une durée longue peut s'entendre en raison de la problématique de santé du patient et de son parcours, la nécessité de l'actualisation de ses termes doit interroger. Le patient évolue en effet au cours de son parcours de soins et les exigences peuvent aussi fluctuer selon son état de santé et certaines circonstances extérieures. La CDSP s'est donc fixée comme repère la possibilité d'interroger le médecin psychiatre référent si les éléments n'ont pas été modifiés pendant une période de 12 à 18 mois sans que le dossier permette d'expliquer cette absence d'actualisation. Ce sont en général l'échange entre les membres et leurs « regards croisés » sur la situation qui permettent d'adopter une position.

Le taux de réponse des praticiens est de 70 % environ, avec un réel souci d'explicitation des situations. Des relances sont effectuées en l'absence de réponse et le réexamen des dossiers permet de repérer que les praticiens qui ne répondent pas sont souvent les mêmes.

La CDSP a également été saisie de deux situations par les psychiatres référents eux-mêmes, le cabinet du représentant de l'Etat dans le département exigeant l'instauration d'un programme de soins alors que les deux avis médicaux concordants pour la levée avaient été adressés dans les délais impartis, conformément à l'article L.3213-9-1 du Code la santé publique. Suite aux courriers adressés aux médecins avec copie au cabinet du préfet, aucune réponse de l'autorité administrative n'a été reçue mais selon les renseignements recueillis (ARS et établissement hospitalier concerné), cette situation ne s'est plus reproduite.

Visite des établissements

5 visites ont été effectuées sur 4 sites différents : le Centre Hospitalier Saint-Jacques de Nantes (2), le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, le Centre Hospitalier de Bouguenais, le Centre Hospitalier de Blain.

Le délai de prévenance des établissements pour les visites a été fixé à 8 jours ouvrés avant la date de visite avec fax et courriel pour chaque secteur concerné adressés par le secrétariat. Il a été décidé d'ajouter la mention suivante: "La commission souhaite la présence de l'interlocuteur référent pour la mise en application de l'Instruction du 29 mars 2017 concernant les pratiques d'isolement et de contention".

Lors de ces visites, la commission a constaté que les registres prévus à l'article L 3212-11 du Code de la santé publique sont tenus conformément à la loi. S'il est arrivé de constater une irrégularité - certificat médical ou arrêté manquant -, il s'agissait d'une erreur matérielle à laquelle il a été remédié.

Le personnel de chaque établissement s'est montré coopératif et a répondu à toutes les questions posées par la commission.

Depuis mai 2017, il est donc demandé à l'établissement concerné que la CDSP soit reçue par des membres de la direction et des cadres de santé, afin d'interroger, lors de chaque visite, la mise en place du registre de placement en chambre de soins intensif et sous contention (circulaire DGOS du 27 mars 2017) et les membres de la commission se déplacent dans les unités hospitalières pour visiter, sauf occupation, les CSI et échanger avec les soignants sur les protocoles utilisés, assez divers.

Il a été constaté une évolution notable pour les CSI du CH de St Nazaire qui ont été rénovées tout au long de 2017 ainsi que celles du GO4 au CHU (St Jacques), refaites en 2016.

Les établissements tendent tous vers des CSI avec un accès direct aux sanitaires, chacun déclinant ensuite assez différemment les équipements, modalités de prise de repas, retour progressif dans le service, mais avec une réelle préoccupation du mieux-être du patient et une réflexion éthique.

Par contre, la mise en place systématique du registre au sein de chaque établissement a été tardive, manifestement complexe, et n'était pas effective sur tous les sites lors des visites:

- absence au Centre Hospitalier Saint-Jacques de Nantes (mise en place informatique en cours);
- registre sous forme de classeur papier par service et par patient au Centre Hospitalier de Saint-Nazaire (mise en place informatique également en cours avec un débat interne quant à l'inscription des identités des médecins / soignants pourtant obligatoire);
- mise en place effective aux Centres Hospitaliers de Bouguenais et de Blain.

Il s'agit pour ces deux établissements d'abord d'un registre informatique, contrairement au registre toujours sous forme papier, normalisé, utilisé pour l'application de l'article L 3212-11 précité. Les logiciels pour la mise en place ne sont pas les mêmes dans les 4 établissements et le même logiciel utilisé aux Centres Hospitaliers de Bouguenais et de Blain a donné lieu à des applications in fine assez différentes.

A Blain, l'impression sur papier avait été réalisée et a permis un contrôle de la CDSP.

A Bouguenais, l'impression sur papier n'était pas d'emblée disponible mais a pu être obtenue. Il en est résulté un document difficilement lisible et exploitable d'emblée en raison de la multiplicité des informations contenues qui nécessite des clés d'entrée, ce que seul l'outil informatique permet. Un réel contrôle impose donc la consultation numérique du registre avec des difficultés d'accès et de temps manifestes.

Le contrôle de ce registre à Blain a fait apparaître des situations qui ont appelé un courrier au directeur de l'établissement (durée de placement, placement d'une mineure).

Il reste donc encore beaucoup à faire dans la déclinaison de tous les principes posés par la circulaire précitée et 2018 permettra à la CDSP de suivre ce point, de même que la mise en conformité des protocoles de placement en isolement et contention existant déjà sur chaque site avec les recommandations de la HAS.

L'attention de la CDSP a en outre été attirée plus particulièrement cette année sur la situation:

- des mineurs hospitalisés en service adulte;
- des patients dont la durée de séjour hospitalier dépasse 5 ans de présence effective sans rupture.

Ces deux points seront repris ci-dessous.

Les membres de la CDSP ont élaboré un nouveau support pour les visites d'établissement; ce dernier tient compte des exigences législatives mais s'est enrichi aussi de leurs expériences et du constat que la rédaction du compte-rendu de chaque visite serait simplifiée par l'utilisation d'une grille et que cette grille devrait permettre une confrontation plus efficace des situations des différents sites visités (grille en annexe).

Remarques générales sur la situation des personnes hospitalisées et sur l'exercice effectif de leurs droits par les patients

Les patients sont informés de la venue des membres de la commission départementale des soins psychiatriques dans chaque centre hospitalier au moins 8 jours avant et un rappel est fait le jour même.

Il a été évoqué en 2017 la possibilité de réaliser des visites plus nombreuses sur les sites, en dédoublant ponctuellement la commission tout en maintenant un déplacement avec la totalité des membres suivant les établissements et à une certaine fréquence. Cet objectif sera repris en 2018.

Les conditions matérielles d'hospitalisation ont été jugées globalement satisfaisantes et il est procédé à l'affichage des informations réglementaires, de même qu'à la remise d'un livret d'accueil.

La CDSP s'interroge sur les causes et effets de l'augmentation importante du nombre de SPI - et donc de l'absence de tiers (entourage du patient) - sur la quasi-totalité des établissements, ainsi que sur la prévalence de ce mode d'hospitalisation sous contrainte.

Certains membres de la commission ont aussi été alertés dans le cadre des fonctions au titre desquelles ils siègent au sein de cette dernière sur la difficulté de l'accès aux soins: gestion de crise, traitement des urgences, nombre de lits disponibles hors CSI... Cette difficulté d'accès ne peut en effet que majorer les difficultés inhérentes à l'admission en soins sans consentement, et si besoin à une réadmission, tant pour les patients que pour leur entourage.

Il faut toutefois indiquer que la CDSP ne visitant pas, pour l'instant, les urgences des hôpitaux, et ne disposant pas de davantage de données, ne peut se prononcer plus avant sur ces deux points malgré l'importance que revêtent pour les patients la présence de l'entourage et les conditions d'admission.

Lors de ces déplacements, la CDSP a été aussi très vigilante sur les conditions matérielles dans lesquelles les patients peuvent exercer leurs droits: accès au téléphone, relations avec l'extérieur...

Peu d'établissements sur le département pratiquent par exemple la rupture totale et systématique de liens avec l'extérieur lors des premiers jours d'hospitalisation, la tendance est plutôt à l'individualisation des consignes au regard de la problématique de santé, d'œuvrer pour une contractualisation. La question du téléphone portable est devenue plus complexe en raison de l'accès à internet qu'il peut comporter et de la possibilité de prendre des photos ou filmer. L'accès à un téléphone collectif n'est pas toujours aussi respectueux de l'intimité du patient qu'il serait souhaitable.

Le débat reste fréquent dans les unités accueillant des patients sous contrainte de la fermeture systématique ou non de la porte d'accès.

En 2017 et après une nouvelle intervention de la CDSP, il a été constaté pour les patients des hôpitaux relevant du tribunal de grande instance de St Nazaire qu'ils pouvaient désormais bénéficier de l'assistance - pourtant obligatoire depuis 4 ans - d'un avocat commis d'office, le barreau étant revenu sur son refus.

Il a toutefois été signalé des difficultés qui concerneraient la perception d'honoraires par des avocats non choisis dans des cas relevant de l'aide juridictionnelle totale. Des démarches pour éclaircir ce point ont été réalisées.

Cette année et à l'occasion de la découverte d'une situation au cours d'une visite d'établissement, notre attention a été plus particulièrement attirée par la situation de patients dont la durée de séjour hospitalier dépasse 5 ans de présence effective sans rupture.

Certains sont en soins sans consentement mais d'autres ne le sont pas alors que, manifestement en très grande difficulté pour exprimer une volonté voire hors d'état de le faire, leur situation échappe ainsi à tout contrôle, la fermeture de la chambre, le recours à la CSI et à la contention étant par ailleurs, eux, effectifs.

Suite au constat d'une telle situation et après échanges avec le psychiatre référent, le patient a pu bénéficier d'un placement en soins sans consentement mais il a dû être relevé qu'il était difficile de faire entendre que les soins sous contrainte n'étaient alors pas tant une privation de liberté, présente de fait, que le droit pour le patient que sa situation soit contrôlée par plusieurs autorités extérieures.

Il a été également prévu en pareille hypothèse de s'enquérir des démarches entamées par le service auprès de la MDPH (circuit RAPT) afin de s'assurer de la mobilisation effective des droits ouverts au patient, comme de vérifier que l'attente d'une place en UMD n'impose pas, du fait de sa durée, un recours systématique au placement en CSI/contention.

Il n'a pas été permis de voir avancer une situation très critique que notre CDSP reprend depuis au moins 4 ans: celle des patients mineurs hospitalisés en service "adultes" qu'ils aient plus ou moins de 16 ans - jusqu'à 12 ans. La plupart d'entre eux sont considérés en soins libres et n'ont pas accès, notamment, au juge des libertés. Ces jeunes sont pourtant très fréquemment placés en CSI - pour leur propre protection, argumentent les soignants - mais tant sur le plan légal que psychologique, cette situation relève d'une alerte nécessaire tant elle contrevient aux besoins spécifiques de jeunes en grande souffrance, les place dans des situations à risques et, bien souvent, rend le sens du soin problématique à travailler pendant plusieurs années.

Plaintes et requêtes des malades

26 patients ont souhaité être entendus par la CDSP au cours des visites et ont pu faire part de leurs doléances, Il peut être complexe de répondre aux patients, et si la commission rencontre des difficultés, il arrive ponctuellement qu'un médecin de la commission fasse lien avec son confrère pour mieux comprendre la situation et adapter la réponse dans le respect des besoins de la personne

15 saisines par les patients eux-mêmes ont été examinées. La commission a répondu à chaque personne après examen de son dossier, en l'encourageant, sauf à ce que ses doléances n'aient pas porté sur sa prise en charge médicale, à poursuivre les soins en milieu spécialisé et en l'invitant à échanger avec son médecin sur ses éventuelles difficultés et son projet. Aucune proposition ou réquisition de main-levée n'est intervenue.

La CDSP n'a été saisie que d'une demande de consultation de dossier médical.

Fonctionnement des CDSP – difficultés – critiques – suggestion

La qualité du travail pour la CDSP et la disponibilité des deux personnes de l'ARS assurant son secrétariat sont à souligner.

L'importance des missions de la CDSP ne paraît par contre pas en adéquation avec les moyens en temps dont elle dispose: les membres - dont le recrutement est souvent difficile, s'agissant notamment des praticiens libéraux - souhaiteraient davantage de rencontres (réunions et visites) et d'échange, mais n'ont pas la disponibilité nécessaire en raison de leurs fonctions par ailleurs.

Dans le même souci de ces missions, les membres de la CDSP de Loire-Atlantique ont tenté de rechercher des articulations possibles entre CDSP afin de partager des réflexions, sans y parvenir, et réitèrent leur constat de l'année précédente quant au besoin de pouvoir échanger pour réfléchir à l'amélioration des pratiques afin d'assurer le respect des droits des patients. La mise en place du registre de placement en CSI/contention et le pouvoir spécifique des CDSP en ce domaine devraient être propices à une réflexion déontologique

et technique commune. L'organisation d'un colloque national, à l'initiative des ministères de la Santé et de la Justice, est d'autant plus souhaitable qu'il permettrait aussi une réflexion sur le rôle à venir des CDSP et les moyens à leur disposition.

En conclusion, la CDSP de Loire-Atlantique tient à souligner que le regard rétrospectif sur le travail mené au cours de de l'année 2017 qu'offre un tel rapport fait donc apparaître quatre axes majeurs qui resteront d'actualité en 2018:

- mise en place du registre de placement en CSI-contention et suivi qualitatif de la déclinaison de ce dernier;
- effectivité des droits des patients hospitalisés sous contrainte (liberté de mouvement, relations avec l'extérieur, informations reçues...);
- vigilance accrue s'agissant:
 - ∅ des patients mineurs hospitalisés en unités pour adultes;
 - ∅ des patients dont l'hospitalisation complète perdure au long cours.

La présidente de la commission pour l'année 2017,

Annexe

- Tableau d'activité 2017 de la CDSP
- Grille de visite d'établissement

Visite d'établissement

Nom de l'établissement:

Date et heures de la visite:

Membres de la CDSP présents:

Personnes rencontrées avec leur qualité au sein de l'établissement:

Unités visitées:

Nombre de patients ayant demandé à rencontrer la CDSP:

Nombre de patients entendus sans demande préalable:

Nombre de patients effectivement rencontrés et motif de l'impossibilité de rencontrer les autres:

Suites données après entretien:

Contrôle du registre (article L.3212 du Code de la santé publique):

- effectué en totalité / partiellement

- observations:

Contrôle du registre du placement en isolement et contention:

Article L3222-5-1 du Code de la santé publique:

“ L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être 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.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers

prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1."

- **Existence du registre et formes (papier, numérique...):**

- **Conformité au texte ci-dessus:**

- **Remarques suite au contrôle du registre et suites:**

Statistiques remises et commentées avec les personnes rencontrées:

- **remarques sur la typologie des hospitalisations:**

- **nombre d'hospitalisation de longue durée et statut des patients dits chronicisés:**
 - sont-ils en mesure de soins sous contrainte?**
 - sinon en relèveraient-ils et pourquoi n'en bénéficient-ils pas?**

Hospitalisations de mineurs:

- **de moins de 16 ans:**

- nombre annuel:**
- durées:**
- conditions: type de chambre, port du pyjama, restrictions de communication**

- **de 16 à 18 ans:**

- nombre annuel:**
- durées:**
- conditions: type de chambre, port du pyjama, restrictions de communication:**

Exercice des droits fondamentaux:

Article L3222-5 du Code de la santé publique:

“ Sans préjudice des dispositions de l'article L. 3222-4, dans chaque département une commission départementale des soins psychiatriques est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.”

- Une formalisation contractuelle des modalités de l'hospitalisation est-elle en vigueur dans l'établissement?

- Comment fonctionnent l'ouverture et la fermeture des unités?

- Vêtements imposés (pyjama):

- Maintien du lien avec l'extérieur:

ø Mesures systématiques en début d'hospitalisation:

ø Accès au téléphone, modalités de remise et d'envoi du courrier, accès à Internet:

ø Visites :

- Informations sur les droits:

☐ livret d'accueil:

☐ affichage et/ou remise de la charte du patient hospitalisé:

☐ affichage et/ou remise du règlement intérieur:

☐ accompagnement personnalisé pour l'exercice des droits:

Conditions d'hospitalisation:

- chambre individuelle, sanitaires, placards...:

- existence d'un salon "visiteurs":

ø à l'intérieur du service:

ø à l'extérieur du service:

- repas:

- activités proposées et constatées:

Difficultés en cas de demande de transfert en UMD:

Relations de l'établissement avec la MDPH:

En cas de difficultés, ces dernières conduisent-elles à des privations de libertés sans justification première de soins et lesquelles?

Autres observations:
