

**Commission départementale
des
soins psychiatriques
de
Seine-et-Marne**

Rapport d'activité 2017

Partie 1 : rapport d'activité général (pages 2-12)

Partie 2 : rapport sur l'isolement et la contention (pages 13-19)

Rapport d'activité 2017 – CDSP de Seine-et-Marne

I - COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DE LA CDSP

Conformément à l'article L3223-2 du Code de la santé publique, la commission est composée comme suit :

Représentant des familles de personnes atteintes de troubles mentaux	M.), président de la commission
Magistrat	Mme
Psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel	Dr
Psychiatre désigné par le préfet	Poste vacant
Médecin généraliste	Dr
Représentant des personnes malades	Mme

Le fonctionnement de la CDSP en 2017 a été perturbé par l'absence de secrétariat au dernier trimestre, en raison d'un départ au service des soins sans consentement et dans l'attente d'un recrutement (intervenu seulement au printemps 2018). De ce fait, l'activité de la commission a été sensiblement réduite.

II - LES REUNIONS DE LA CDSP

La commission s'est réunie, au siège de la DT-ARS de Seine-et-Marne, les 29 mars, 21 juin et 5 septembre 2017.

Au cours de ces réunions sont examinés les courriers adressés par les personnes en soins sans consentement et les dossiers des personnes :

- admises sur décision du directeur de l'établissement en cas de péril imminent (au titre du 2° du II de l'article L3212-1 du CSP) depuis moins de trois mois puis au moins une fois tous les six mois (art. R3223-8-II du CSP)
- en soins psychiatriques sans consentement depuis plus d'un an, qu'elles soient hospitalisées ou en programme de soins, sur décision du directeur d'établissement ou du représentant de l'Etat (b du 3° de l'art.L3223-1 du CSP).

Au total, 4 courriers et 183 dossiers ont été examinés (voir tableau page suivante).

1- Traitement des courriers de patients:

Chaque courrier fait l'objet, dès réception, d'une réponse valant accusé de réception, puis d'une réponse motivée après examen par la commission.

En général ces courriers font état d'interrogations des patients sur le bien-fondé de leur hospitalisation.

Tableau 1 : Réunions de la CDSP en 2017				
	29 mars 2017	21 juin 2017	5 septembre 2017	Ensemble 2017
Courriers de patients	1	2	1	4
Examen des dossiers de patients admis en « péril imminent »				
Avant 3 mois	8	6	7	21
A 6 mois	1	3	2	6
Examen des dossiers de personnes en soins psychiatriques de plus d'un an :				
SDRE en hospitalisation complète	4	2	8	14
SDRE en programme de soins	36	18	37	91
SDDE en hospitalisation complète	1	2	3	6
SDDE en programme de soins	11	16	18	45
Ensemble des personnes en soins psychiatriques de plus d'un an :	52	38	66	156
Courriers adressés aux médecins ou directeurs d'hôpitaux				
	6	4	/	10

2- Examen des dossiers :

Les dossiers sont tenus avec rigueur par le service des soins sans consentement de l'ARS et leur classement permet une consultation systématique.

La commission a été amenée à adresser des courriers (10 au total) aux directions d'hôpitaux, aux chefs de pôles de psychiatrie ou aux psychiatres, après avoir constaté différentes carences :

- absence de recherche du tiers suite à l'admission de patients en « péril imminent » ;
- manque d'éléments cliniques justifiant le maintien de la mesure ;
- certificats médicaux insuffisamment circonstanciés (copiés-collés sur de longues périodes, allant jusqu'à un an).

III LES VISITES D'ETABLISSEMENT

1 – Présentation générale

En Seine-et-Marne, tous les services de psychiatrie font partie d'hôpitaux généraux.

Tableau 2 : L'offre de soins en psychiatrie intra-hospitalière en Seine-et-Marne					
	Nombre de secteurs	Nombre total d'habitants (3)	Nombre moyen d'habitants par secteur	Nombre théorique de lits (4)	Nombre de lits pour 10000 habitants
Grand hôpital de l'Est francilien					
Site de Coulommiers	2	129100	64550	50	3,9
Site de Marne-la-Vallée	4	363800	90950	100 ⁽¹⁾	2,7
Site de Meaux	3	236900	78967	70	3,0
Groupe hospitalier du Sud Ile-de-France					
Melun	4	317000	79250	100 ⁽²⁾	3,2
Centre hospitalier du Sud Seine-et-Marne					
Site de Nemours	3	199900	66633	60	3,0
Hôpital de Provins					
CH de Provins	1	69100	69100	25	3,6
Ensemble	17	1315800	77400	405	3,1
<p>(1) Y compris un service intersectoriel de géronto-psychiatrie. (2) Y compris un service intersectoriel : institut clinique des troubles névrotiques et de la dépression (ICND) (3) Source : ARS 2012 (4) Source : ARS 2012 actualisé 2014</p>					

Les visites d'établissement permettent à la commission d'apprécier concrètement si les libertés individuelles et la dignité de la personne sont respectées au quotidien dans les services.

En 2017, la commission a procédé aux visites suivantes : Melun (25 janvier et 5 décembre), Marne-la-Vallée (26 avril) et Nemours (8 mars).

2 – Etat des locaux et qualité de l'hôtellerie: la commission s'attache à signaler aux directions d'établissement les « points noirs » constatés ou signalés par les patients, qui portent atteinte à la dignité et au confort des patients, par exemple :

- insuffisance du chauffage
- absence de serviettes de toilette, remplacées par des draps
- portions de nourriture insuffisantes
- qualité des repas médiocre
- chambres à 3 (voire 4) lits

- état dégradé de certaines pièces (notamment les sanitaires)
- saleté des vitres, nettoyées trop rarement
- impossibilité pour les patients d'être tranquilles dans leur chambre. La commission demande que soient installées des serrures fermables de l'intérieur mais pouvant être ouvertes de l'extérieur par les soignants;
- difficultés d'accès aux espaces extérieurs pour les patients en fauteuil roulant ;
- absence de sanitaires dans les chambres d'isolement (CI).

L'extrait (ci-dessous) du rapport de visite du service de psychiatrie de l'hôpital de Meaux, appartenant au Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF) donne une idée de l'état de certains locaux.

Il faut relever que trois hôpitaux du département – Melun, Marne-la-Vallée et Provins – sont des établissements neufs pour les deux premiers, récent pour le troisième, qui offrent aux patients des conditions de séjour correspondant à ce qu'on peut attendre en ce début de XXI^e siècle tandis que les autres – Meaux, Coulommiers et Nemours- sont dans un état de dégradation peu respectueux de la dignité des patients.

Extrait du rapport de visite de l'hôpital de Meaux

Le bâtiment de psychiatrie n'est pas signalé à l'intérieur de l'établissement ce qui rend son accès difficile. L'état général du bâtiment, vu de l'extérieur, révèle une dégradation avancée, ce qui renvoie aux patients et visiteurs une image stigmatisante de la psychiatrie.

La visite commence par **l'Unité Mozart**, qui de l'avis des soignants est la plus détériorée. Comme les autres unités, il s'agit d'un service fermé, ce qui oblige les soignants à ouvrir et fermer la porte du service pour permettre la circulation des patients en soins libres.

La majorité des chambres de cette unité (cinq sur sept) sont à trois lits ; il n'y a que deux chambres individuelles dans ce service. Aucune chambre pour les personnes à mobilité réduite. Les chambres ne comportent ni lavabos ni WC. Leur état général est dégradé. Les lits ont dû être changés il y a quelques années à la suite d'une invasion de punaises de lits, mais les lits métalliques achetés en remplacement contribuent à l'impression de tristesse qui se dégage de ces locaux.

L'unité Verlaine compte quatre chambres individuelles et neuf chambres doubles, **l'unité Vivaldi** sept chambres individuelles et 10 chambres doubles. Aucune de ces chambres ne dispose du moindre équipement sanitaire.

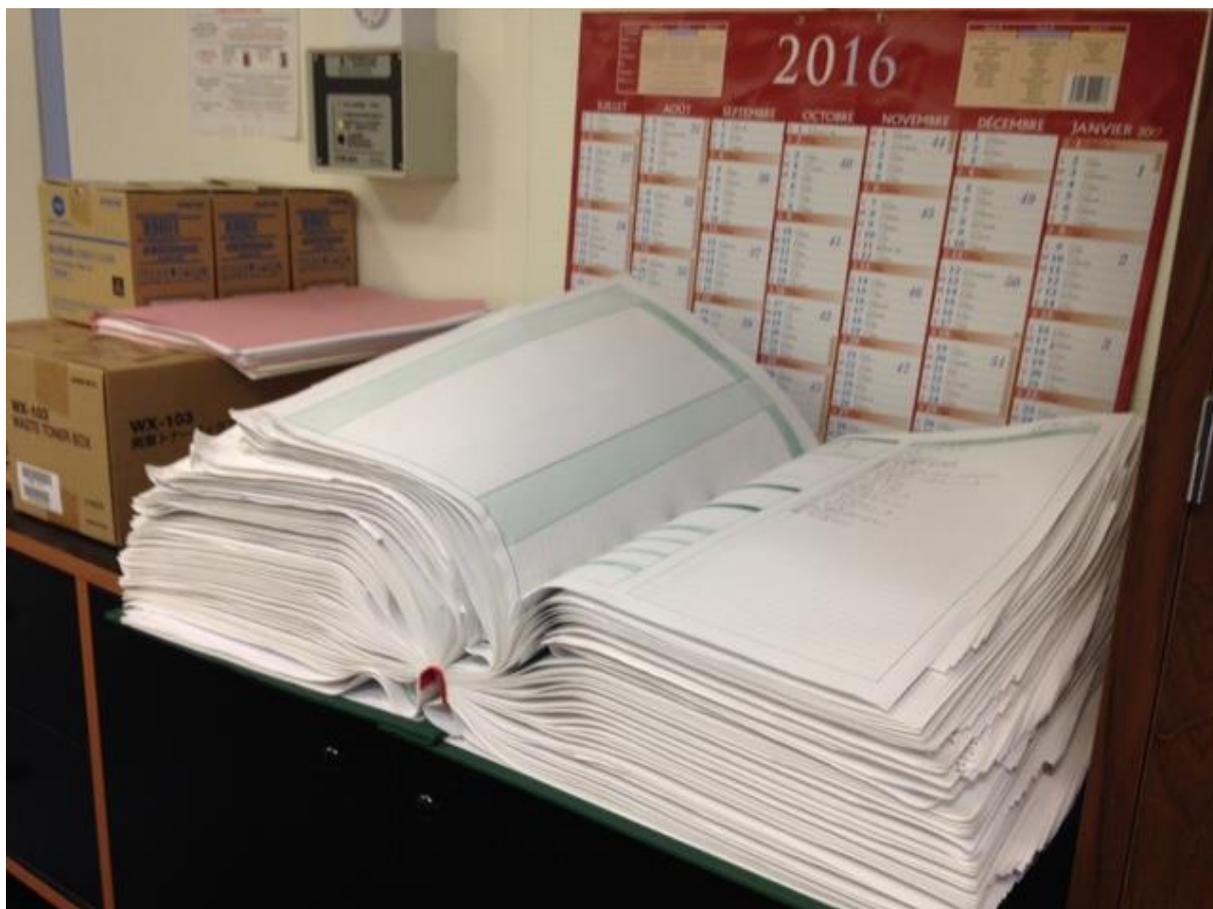
L'absence d'un lieu propre au service permettant de fumer oblige les soignants à accompagner régulièrement (toutes les 2 heures) les fumeurs au rez-de-chaussée.

Le pôle accueille régulièrement des détenus (une trentaine pour le pôle en 2017). En général il s'agirait de personnes admises pour des courts séjours, en raison de l'absence de justification psychiatrique. La communication, par l'administration pénitentiaire, d'une fiche de situation, caractérisant le comportement en détention de la personne admise est appréciée positivement par les soignants.

Globalement, les locaux des trois services renvoient une image de vétusté et l'absence de tout équipement sanitaire dans les chambres ne répond pas à ce qu'on attend aujourd'hui d'un établissement hospitalier. Le contraste est frappant entre les locaux de ces services de psychiatrie et ceux de l'hôpital de Jossigny, qui appartiennent au même pôle de psychiatrie et au même établissement (GHEF)

3 - Contrôle des Livres de la Loi :

D'une façon générale, les Livres de la Loi sont bien tenus. Toutefois, la commission a constaté que les décisions du juge sont souvent absentes. En l'absence d'instructions précises émanant du ministère de la Santé ou de l'ARS sur la forme que doivent prendre les documents et leur recueil, chaque hôpital a adopté des solutions spécifiques : certains collent des documents réduits, d'autres les conservent en format A4, ce qui rend parfois la consultation difficile (voir photo).



4 – Audition des patients :

Les visites de la commission sont annoncées aux patients. La commission s'est entretenue avec tous les patients sous contrainte ayant souhaité la rencontrer. Les responsables de pôle mettent à sa disposition un local pour recevoir ces patients et lui communiquent leurs dossiers médicaux. Lorsque les dossiers médicaux sont informatisés, la commission demande à disposer d'un ordinateur connecté au réseau de l'hôpital.

La commission a reçu au total 32 patients (tableau 3).

Tableau 3 : Nombre de patients entendus		
	2016	2017
CH de Coulommiers	3	/
CH de Marne-la-Vallée	7	5
CH de Meaux	9	/
CH de Melun	14	18
CH de Nemours	11	9
CH de Provins	4	/
Ensemble	48	32

La plupart des patients auditionnés souhaitent obtenir des informations sur leur situation et leurs perspectives. Mais certains mentionnent des difficultés particulières :

- d'une façon générale, un sentiment du manque d'écoute du personnel est fréquemment mentionné, dans plusieurs établissements ;
- une patiente en CI se plaint d'être obligée d'attendre chaque fois qu'elle appelle un soignant ;
- insuffisance du suivi somatique. Problème constaté dans la plupart des établissements, sauf à Nemours où une somaticienne exerce à mi-temps ;
- rareté des visites des tuteurs ou curateurs, ce qui freine certaines démarches ;
- difficultés d'accès au téléphone.

Extraits de différents entretiens

Madame K, SPI du 09/01/2017

Cette patiente a plusieurs doléances :

- l'ancienneté du bâtiment et l'hygiène (3 toilettes pour 20 patients),
- la qualité des repas,
- le manque de disponibilité des aides-soignants et des infirmiers et de son psychiatre qu'elle aimerait voir tous les jours,
- le manque de permissions,

Mme K dit s'ennuyer dans le service. Elle n'a pas droit aux visites.

Elle est en pyjama depuis le début de l'hospitalisation.

Madame F, SPI du 19/07/2016

Mme F. a été hospitalisée durant trois semaines dans une chambre d'isolement qu'elle compare à une cellule. Durant ces trois semaines, elle a souffert d'être dans l'obligation de se doucher devant les infirmières alors qu'elle est pudique. Elle dit « quand on est ici, il faut se tenir à carreaux ». Elle dit avoir de l'eczéma qui n'est pas soigné.

Monsieur N, SPI du 02/01/2017

Ce patient s'interroge sur le relationnel : patient-soignant. Pour lui un patient « qui se plaint de trop

termine en chambre d'isolement ».

Dans l'ensemble, les repas sont corrects. L'unité est mal chauffée.

Ce patient dit avoir l'autorisation de porter ses vêtements mais il ne comprend pourquoi ils ne lui ont pas été remis.

5 – Tenue des audiences du JLD

La possibilité des audiences par vidéo-conférence ayant été supprimée, des salles d'audience ont été aménagées dans les hôpitaux de Jossigny, Meaux, Nemours et Provins, mais deux hôpitaux sur six (Melun et Coulommiers) en sont dépourvus, ce qui entraîne des déplacements pour les patients (parfois contentionnés durant le trajet), mobilise des personnels et nécessite le recours à des ambulances privées. La direction de l'hôpital de Coulommiers estime à 36000 € par an le coût de ces transferts.

Ces comparutions sont souvent mal vécues par les patients, en dépit des explications apportées par les soignants. La présence obligatoire de l'avocat n'a pas contribué à lever leur incompréhension sur le sens réel de cette procédure. La présence d'une « barre » (CH de Meaux) et le port de la robe par le JLD, le greffier et l'avocat, en renvoyant une image de « tribunal », ne font que renforcer l'anxiété des patients.

La commission a demandé aux chefs de pôle de veiller à ce que les patients ne comparaissent pas en pyjama.

5-1 Les décisions du JLD

Selon les données établies par le Ministère de la justice (tableau 4), la proportion de mainlevées décidées par le JLD dans le cadre des contrôles obligatoires s'établissait en 2017 à 10,8% pour le département, soit au-dessus de la moyenne nationale (9,2%).

	2015	2016	2017
Contrôles obligatoires du JLD – Seine-et-Marne			
Total des décisions statuant sur la demande	879	890	825
Mainlevée de la mesure	108	86	89
% Seine-et-Marne	12,3	9,7	10,8
% France entière	8,4	8,6	9,2

Des données communiquées par le CH de Nemours concernant 2016 éclairent les motifs de mainlevée. Sur 146 auditions concernant des patients de cet établissement, 12 se sont conclues par une mainlevée de la mesure de soin (soit 8%), dont 9 pour contrainte non justifiée, 2 pour saisine hors délai et 1 pour vice de forme. La proportion de mainlevées apparaît ainsi comme un indicateur de la qualité des procédures mises en œuvre et des documents communiqués au juge.

6 - Difficultés dans la mise en œuvre des admissions en « péril imminent »

Dans les régions rurales (dépendant notamment des hôpitaux de Provins et Nemours), où SOS Médecin n'intervient pas, il est parfois difficile de trouver un médecin extérieur à l'établissement pour établir le certificat d'admission dans les cas de « péril imminent ». Pour résoudre cette difficulté, il arrive que l'hôpital de Nemours envoie en ambulance un patient relevant d'une admission en « péril imminent » à l'hôpital de Fontainebleau où il y a une permanence de SOS Médecin, solution retardant la prise en charge médicale du patient et coûteuse de surcroît.

7 – Accueil de détenus

Les hôpitaux de Meaux et de Melun situés à proximité des centres pénitentiaires de Chauconin-Neufmontiers, Réau et du centre de détention de Melun accueillent des détenus présentant une pathologie psychiatrique nécessitant une hospitalisation. A Meaux, le nombre de détenus admis en psychiatrie aurait diminué, selon les déclarations du chef de pôle, en raison de l'ouverture d'une UHSA en Ile-de-France. A Melun, le nombre de détenus, après avoir atteint un maximum en 2015 (44 détenus) s'est établi à 37 en 2016 et 22 en 2017.

Dans ces deux hôpitaux, les responsables font état des difficultés rencontrées pour préserver la liberté d'aller et venir des patients en soins libres avec l'accueil de détenus admis en soins psychiatriques. La mise en isolement systématique des patients détenus est généralement la réponse à ces difficultés.

IV - EVOLUTION STATISTIQUE DES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT¹

1 – Evolution générale

Le nombre total de mesures de soins sans consentement en Seine-et-Marne s'est élevé à 986 en 2017, soit 191 mesures de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) et 795 mesures de soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement (SDDE).

Les mesures de soins sans consentement en 2017 diminuent de 5,9% par rapport à 2016, soit une évolution comparable à celle observée en 2016 (tableau 7). Dans la mesure où le nombre de mesures de SDRE est quasi stable (191 contre 192), cette diminution résulte essentiellement de la baisse du nombre de mesures de SDDE, passé en un an de 855 à 795 (-7%).

	SDRE	SDDE	Ensemble	
	N	N	N	Var. en %
2012	160	765	925	/
2013	169	693	862	-6,8
2014	171	842	1013	17,5
2015	171	912	1083	6,9
2016	192	855	1047	-6,1
2017	191	795	986	-5,9

La stabilité du nombre total de mesures de SDRE résulte d'abord de la stabilité de la modalité la plus fréquente – mesures concernant les détenus - dont le nombre en 2017 est égal à une unité près à celui de 2016, respectivement 80 et 81 (tableau 8). Par ailleurs, la diminution des mesures « directes » prises en application de l'article L3213-1 du code de la santé publique est compensée par une augmentation des mesures provisoires prises par les maires, à quoi s'ajoutent des mouvements marginaux des autres modalités.

Le nombre de toutes les modalités de mesures de SDDE diminue, mais à des rythmes différents : - 4,9% pour les SDTU, autour de 15% pour les SDT « classiques » et les « périls imminents ».

¹ Les données de 2017 ont été obtenues à l'aide du logiciel HopsyWeb, les données antérieures à l'aide du logiciel Hopsy. Nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que le passage d'un logiciel à l'autre n'a pas introduit de rupture de série. Néanmoins, les données détaillées de 2017 (tableau 8) s'inscrivent dans la continuité de celles de 2016, ce qui suggère que, si rupture il y a, celle-ci est modeste.

Tableau 8 : Modalités de l'admission en soins psychiatriques sans consentement Seine-et-Marne 2015-2017				
	2015	2016	2017	
	N	N	N	Var 2017/2016 %
Nombre total de mesures de SDRE	171	192	191	-0,5
Dont nombre de mesures :				
- prises en application du L3213-1 du CSP	54	68	60	-11,8
- prises en application du L3213-2 du CSP (mesure provisoire d'un maire)	39	38	46	21,1
- prises en application du L3213-7 du CSP	3	2	5	150,0
- prises en application du L3214-3 du CSP (personnes détenues)	75	81	80	-1,2
- prises en application du L706-135 du CPP (mesures de SDJ)	0	3	0	/
Nombre total de mesures de SDDE	912	855	795	-7,0
Dont nombre de mesures :				
- Soins à la demande d'un tiers classique (SDT)	99	67	57	-14,9
- Soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU)	698	678	645	-4,9
- Soins en cas de péril imminent (SPI).	115	110	93	-15,5
Ensemble	1083	1047	986	-5,9

Compte tenu de ces variations, la répartition des mesures de soins sans consentement (tableau 9) est marquée par une nouvelle augmentation de la part des mesures de SDRE (19,4% en 2017 contre 18,3% en 2016) et une diminution de la proportion des SDDE (90,6% en 2017 contre 81,7% en 2016).

Tableau 9 : Répartition des mesures de soins psychiatriques sans consentement Seine-et-Marne 2013-2016			
	2015	2016	2017
	%	%	%
Nombre total de mesures de SDRE	15,8	18,3	19,4
Dont nombre de mesures :			
-prises en application du L3213-1 du CSP	5,0	6,5	6,1
-prises en application du L3213-2 du CSP (mesure provisoire d'un maire)	3,6	3,6	4,7
-prises en application du L3213-7 du CSP	0,3	0,2	0,5
-prises en application du L3214-3 du CSP (personnes détenues)	6,9	7,7	8,1
-prises en application du L706-135 du CPP (mesures de SDJ)	0,0	0,3	0,0
Nombre total de mesures de SDDE	84,2	81,7	80,6
Dont nombre de:			
-Soins à la demande d'un tiers classique (SDT)	9,1	6,4	5,8
-Soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU)	64,5	64,8	65,4
-Soins en cas de péril imminent (SPI).	10,6	10,5	9,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0

2 – Bilan des procédures de SDDE « en urgence » et « en cas de péril imminent »

En ce qui concerne les décisions de soins psychiatriques prises par le directeur (SDDE), la diminution du nombre de mesures de SDT prises « en urgence » (soins demandés par un tiers, sur la base d'un seul certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil), déjà constatée l'an passé, se poursuit (- 4,9%). Toutefois ce rythme de baisse est sensiblement inférieur à celui des autres modalités de SDDE.

De ce fait, ces mesures de SDTU, qui ont été conçues par le législateur comme devant être exceptionnelles, augmentent en proportion et représentent près des deux tiers (65,4%) du total des admissions en soins psychiatriques sans consentement.

Par rapport aux seules mesures prises sur décision du directeur d'établissement, leur importance est encore plus notable : elles représentent plus des quatre cinquièmes des soins sur décision du directeur ($645/795=81,1\%$) et plus de neuf sur dix des soins à la demande d'un tiers ($645/702=91,9\%$).

En comparaison, la part des mesures prises « en cas de péril imminent » tend à diminuer et passe sous la barre des 10%.

Isolement et contention en Seine-et-Marne en 2017

La commission a pris acte qu'il entrerait désormais dans ses compétences de vérifier la mise en œuvre de l'article 72 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (LMNSS). Elle vérifie le registre de l'isolement et de la contention et accorde une attention particulière aux locaux d'isolement, aux pratiques d'isolement et de contention et aux dispositions préventives visant à en limiter l'usage.

1 Les locaux d'isolement

Le nombre de chambres d'isolement par service (tableau 1) varie, selon les établissements de 1 (Coulommiers, Provins) à 3 (Meaux). Cet inventaire devrait être complété par celui des chambres fermées (9 à l'hôpital de Nemours).

Etablissement	Nombre de services	Nombre de chambres d'isolement	
			Dont : avec WC
Coulommiers	2	2	2
Marne-la-Vallée	4	5	5
Meaux	3	9	5
Melun	4	6	6
Nemours	3	5	5
Provins	1	1	1

L'état de ces chambres d'isolement est variable. Bon à Marne-la-Vallée, il est correct dans les autres établissements. La commission a noté que les CI de l'hôpital de Meaux, dont elle avait plusieurs années durant souligné l'état de délabrement auprès de la direction comme de l'ARS, ont été réhabilitées. Elle souligne toutefois qu'il a fallu, pour que ces travaux soient effectués, que l'état de ces CI soit évoqué dans le rapport d'information parlementaire 4486 « Soins sous contrainte : une augmentation sous contrôle ? » présenté devant la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale par MM. les députés Robiliard et Jacquat, suite au signalement que j'avais fait lors de mon audition par la commission parlementaire.

2 Les registres de l'isolement et de la contention

La mise en place des registres de l'isolement et de la contention s'est faite difficilement, même après parution de l'instruction ministérielle *DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'ARS pour assurer des soins psychiatriques sans consentement*. Les registres « papier » que la commission a pu consulter dans les différents pôles, reprennent les informations définies par la loi, mais se présentent parfois sous formes de feuilles volantes (ce qui ne garantit pas leur exhaustivité) et ne permettent évidemment jamais de calculer simplement des indicateurs (durée moyenne, proportion de patients concernés, taux d'occupation des chambres d'isolement...).

De ce fait les soignants sont astreints à de fastidieux calculs, qui souvent d'ailleurs ne répondent pas toujours aux prescriptions de l'ordonnance précitée. Par ailleurs, dans ces conditions, il est irréaliste de demander, comme le fait l'instruction ministérielle, une analyse des placements selon les horaires de la journée ou les jours de la semaine.

Les registres informatiques consultés au GHEF (site de Meaux) correspondent aux indications de la circulaire DGS/DGOS mais leur contrôle n'est pas aisé. Par ailleurs, les durées de chaque mesure n'avaient pas été calculées, faute de formule en permettant le calcul dans un tableur Excel.

La commission déplore que les équipes n'aient reçu aucune aide technique, ni du ministère ni de l'ARS, relative à la constitution des registres de l'isolement et de la contention sous forme informatique. La circulaire DGS/DGOS évoque la possibilité d'un registre sous forme informatique mais ne donne aucune indication sur sa constitution.

L'ARS doit prendre la mesure du problème et mettre à disposition des établissements des modèles de classeurs Excel permettant le relevé des mesures, le calcul des indicateurs et la sortie papier des tableaux afin de permettre le contrôle par la CDSP ou autres instances.

3 Accessibilité des informations sur les pratiques d'isolement et de contention et sur la politique de limitation de ces pratiques

L'instruction ministérielle *DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017* précitée prévoit que le rapport rendant compte des pratiques d'isolement et de contention, de la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques et de l'évaluation de sa mise en œuvre doit être présenté au plus tard le 30 juin à la commission des usagers et au conseil de surveillance « ainsi qu'à l'ARS et à la commission départementale des soins psychiatriques ». Par ailleurs, la DGOS « transmet aux ARS les données saisies semestriellement par les établissements. Les ARS transmettent ces données aux CDSP ».

A la date de rédaction du présent rapport (début juillet), la CDSP est en possession des informations suivantes :

	Données statistiques semestrielles 2017	Rapport sur l'isolement et la contention 2017
Groupe hospitalier de l'Est francilien	NON	NON
Centre hospitalier du Sud Ile-de-France	OUI	OUI
Centre hospitalier du Sud Seine-et-Marne	OUI	OUI
Centre hospitalier de Provins	OUI	NON

Il faut souligner que les statistiques semestrielles n'ont pas été communiquées par l'ARS, comme elles auraient dû l'être, mais par un contact direct avec la DGOS au Ministère de la

Santé. En ce qui concerne le rapport annuel sur l'isolement et la contention, un seul établissement – le Centre hospitalier du Sud Seine-et-Marne- l'a communiqué spontanément à la CDSP. Un courrier du Président de la CDSP aux autres établissements visant à obtenir ce rapport n'a obtenu de réponse que d'un établissement, le Centre hospitalier du Sud Ile-de-France.

L'absence totale d'informations concernant le Groupe hospitalier de l'Est francilien ne peut manquer d'interpeller, d'autant qu'il s'agit d'un établissement comptant à lui seul, sur ses trois sites, plus de la moitié des lits en psychiatrie du département.

La CDSP demande à l'ARS d'une part de lui communiquer à l'avenir les statistiques collectées par les établissements, au fil de leur parution, et d'autre part de rappeler aux directeurs d'établissements qu'ils ont obligation de présenter chaque année à la CDU un rapport sur l'isolement et la contention et de communiquer ce rapport à la CDSP.

4 La fréquence du recours à l'isolement et à la contention

A la date de rédaction de ce rapport, la commission dispose de données, transmises par la DGOS, pour trois établissements du département : Melun (GH Sud Ile-de-France), Nemours (CH Sud 77) et Provins. Les données relatives au pôle de psychiatrie de Nemours se sont révélées inexploitables en raison d'un mode de comptage inadapté.

Plusieurs observations peuvent être formulées en comparant les pratiques des deux pôles de psychiatrie de Melun et Provins (tableau en annexe) :

- La mise en isolement en espace dédié (chambre d'isolement) concerne entre sept et huit patients distincts en soins sans consentement sur dix : 77% et 71% respectivement à Melun et Provins. Ce chiffre doit être apprécié en tenant compte du fait que Melun accueille des détenus, systématiquement placés en chambre d'isolement.
- Le nombre moyen de placements en isolement par patient distinct est près de quatre fois plus faible à Provins qu'à Melun : respectivement 1,3 et 4,8, ce qui révèle dans ce dernier hôpital une répétition de placements pour un même patient.
- La durée moyenne de chaque mesure d'isolement est du même ordre de grandeur dans les deux établissements (1,5 et 1,9 jours) mais comme à Melun chaque patient est mis en moyenne près de cinq fois en isolement la durée totale passée en isolement est sensiblement plus élevée dans cet établissement : 7,4 jours contre 2,5 à Provins.
- Les taux d'occupation des chambres d'isolement sont logiquement plus élevés à Melun, 49%, contre 13% à Provins.
- Il n'y a pas de chambres fermées à l'hôpital de Melun, donc aucun isolement « en dehors d'un espace dédié ». A l'hôpital de Provins, où existent plusieurs chambres fermées, neuf patients ont fait l'objet d'un placement en chambre fermée pour une durée moyenne sensiblement plus longue (7,9 jours) qu'en chambre d'isolement.
- Les mises en contention sont sensiblement plus fréquentes et plus longues au pôle de psychiatrie de l'hôpital de Provins qu'à celui de Melun. A Provins, 39% des patients mis en isolement sont contentonnés, pour des durées qui atteignent 1,9 jours, contre 12% à Melun, pour des durées de 0,6 jours.

5 Politiques mises en œuvre pour limiter le recours à l'isolement et à la contention

Quatre rapports de CDU, où doivent être évoquées « les pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention et la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre », ont été communiqués à la CDSP.

Ceux du GHEF et du CH de Provins sont des rapports standards qui consistent en un questionnaire de 44 pages, rempli en ligne, où rien n'est dit ni sur les pratiques d'isolement-contention ni sur les politiques mises en œuvre pour les limiter, aucun item n'abordant le sujet.

Celui du CHSIF (Melun) se borne en moins d'une page à donner quelques chiffres bruts sur l'isolement et la contention sans aucune indication sur la politique de limitation de ces pratiques.

En revanche, le rapport présenté à la CDU du Centre hospitalier du sud 77 (pôle de psychiatrie de Nemours) témoigne d'une volonté de prendre en compte les nouvelles obligations légales. Ce rapport prend acte avec lucidité d'un taux de recours à l'isolement jugé élevé, notamment dans des espaces non dédiés (chambres fermées). La politique définie pour limiter ces pratiques s'appuie sur une forte implication institutionnelle, affichée dans le projet d'établissement 2017-2022. Des formations sont en cours : droit des patients, Omega, entretiens IDE, IDE référents en matière d'isolement contention et des EPP ont été réalisées sur « Isolement-contention » et « prise en charge d'un patient violent »

En conclusion, la CDSP est amenée à faire le constat que, au vu des documents en sa possession, l'article 72 de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 ne connaît aucun début de mise en œuvre en ce qui concerne les mesures destinées à limiter le recours à l'isolement et à la contention, plus de deux ans après son entrée en vigueur, à l'exception d'un établissement. Elle demande à l'ARS de prendre toutes dispositions pour mettre un terme à cette situation.

Le président de la CDSP

Tableau : Indicateurs 2017 sur isolement et contention		
	MELUN	PROVINS
Nombre de patients faisant l'objet de SSC au sein du pôle	457	28
Isolement en espace dédié		
Nombre d'espaces d'isolement (1):	14,5	1
Nombre de mesures d'isolement en espace d'isolement	1682	26
Nombre de mesures pour 100 patients en SSC	368	93
Nombre de patients distincts en SSC ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement :	350	20
Proportion (%) de patients distincts en SSC ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement	77	71
Nombre de mesures d'isolement par patient distinct	4,8	1,3
Durée moyenne des mesures d'isolement (en jours)	1,5	1,9
Durée moyenne d'isolement, par patient (en jours)	7,4	2,5
Taux d'occupation des espaces d'isolement	49,2	13,4
Isolement en dehors d'un espace dédié		
Nombre de mesures d'isolement en dehors d'un espace dédié :	0	9
Nombre de mesures d'isolement en dehors d'un espace dédié pour 100 patients en SSC	/	32
Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement en dehors d'un espace dédié	0	9
Durée moyenne des mesures d'isolement en dehors d'un espace dédié (en jours)	/	7,9
Contention mécanique		
Nombre de mesures de contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement :	55	11
Nombre de contentions mécaniques dans le cadre d'une mesure d'isolement pour 100 patients en SSC	12,0	39,3
Nombre de contentions mécaniques pour 100 patients en isolement dans un espace dédié	3,3	42,3
Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention dans le cadre d'une mesure d'isolement:	30	7
Proportion de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention pour 100 patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement	8,6	35,0
Durée moyenne des mesures de contention dans le cadre d'une mesure d'isolement (en jours)	0,6	1,9
(1) Cet établissement disposait de 15 chambres au 1 ^{er} semestre, de 14 au second.		

Données annuelles	NEMOURS	MELUN	PROVINS
TOTAL 2017 - Nombre de patients faisant l'objet de SSC au sein du service	131	457	28
A1 Nombre d'espaces d'isolement :	5	14,5	1
TOTAL 2017 - A2 Nombre de mesures d'isolement en espace d'isolement	190	1682	26
2017 Nombre de mesures pour 100 patients en SSC	145	368	93
TOTAL 2017 - A3 Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement :	168	350	20
2017 Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement pour 100 patients en SSC	128	77	71
2017 Nombre de mesures d'isolement par patient distinct	1,1	4,8	1,3
TOTAL 2017 - A4 Durée totale de ces mesures d'isolement (heure décimale)	17827	62494	1176
2017 Durée moyenne des mesures d'isolement (en jours)	3,9	1,5	1,9
2017 Durée moyenne d'isolement, par patient (en jours)	4,4	7,4	2,5
2017 Taux d'occupation des espaces d'isolement	40,7	49,2	13,4
TOTAL 2017 - B1 Nombre de mesures d'isolement en dehors d'un espace dédié :	153	0	9
2017 Nombre de mesures d'isolement en dehors d'un espace dédié pour 100 patients en SSC	117	0	32
TOTAL 2017 - B2 Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement en dehors d'un espace dédié	132	0	9
TOTAL 2017 - B3 Durée totale de ces mesures d'isolement (heure décimale) :	13273	0	1704
2017 Durée moyenne des mesures d'isolement en dehors d'un espace dédié (en jours)	3,6		7,9
TOTAL 2017 - C1 Nombre de mesures de contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement :	20	55	11
2017 Nombre de contentions mécaniques dans le cadre d'une mesure d'isolement pour 100 patients en SSC	15,3	12	39,3
2017 Nombre de contentions mécaniques pour 100 patients en isolement dans un espace dédié	10,5	3,3	42,3
TOTAL 2017 - C2 Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention dans le cadre d'une mesure d'isolement:	16	30	7
TOTAL 2017 - C3 Durée totale de ces mesures de contention (heure décimale) :	721	847	499
2017 Durée moyenne des mesures de contention dans le cadre d'une mesure d'isolement (en jours)	1,5	0,6	1,9

