

Commission départementale
des
soins psychiatriques
de
Seine-et-Marne

Rapport d'activité 2020

Le fonctionnement de la CDSP de Seine-et-Marne en 2020 a été sensiblement affecté par la situation sanitaire. Une seule visite d'établissement a été effectuée et aucune réunion n'a eu lieu. Mais avant même la crise sanitaire, la CDSP ne s'était pas réunie en 2019, et seulement deux fois en 2018.

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	
Magistrat	
Psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel	
Psychiatre désigné par le préfet	
Médecin généraliste	
Représentant des personnes malades	

II - Les réunions de la CDSP

Néant

III Les Visites d'établissement

Le site de Jossigny du Grand hôpital de l'Est francilien (GHEF) a été visité le 30 janvier 2020.

Réunion avec le service :

Nous avons noté les points suivants :

- Les chambres d'isolement ne sont toujours pas équipées de sonnette d'appel malgré des demandes répétées
- L'accessibilité aux patios n'est toujours pas possible pour les PMR, en dépit des demandes du service et de la demande expresse de la CDSP auprès de la direction et de l'ARS
- Le JLD prononce un très faible nombre de main levée
- La durée moyenne de séjour n'est pas renseignée car il y a un gros dysfonctionnement du

système informatique qui indique présents des patients sortis de longue date de l'hôpital .Ces chiffres n'apparaissent plus depuis 2015, les services ne disposent donc plus de rapport d'activité annuel ce qui est très regrettable. Madame Bouchet assure que le problème est en passe d'être résolu avec la mise en place d'un nouveau logiciel de gestion des services

- Pour la même raison la file active des patients hospitalisés sans consentement n'est pas disponible
- Les services souffrent d'un grand manque de médecins psychiatres, il y a eu beaucoup de départ à la retraite ainsi que des arrêts maladie.
- On compte 25% de postes de médecins vacants. Les médecins soulignent qu'ils rencontrent un gros problème de disponibilité auprès de leurs patients auxquels ils ne consacrent pas assez de temps, surtout en extra au CMP
- Il y a un projet de création d'une USLD pour le pôle qui serait implantée à Coulommiers en plus du service actuel. Cette unité concernerait le HO judiciaires et les patients représentant de grosses difficultés d'orientations. Il y aurait 25% des patients qui seraient susceptibles de bénéficier de ce dispositif qui reste hypothétique
- Les services ont rencontré un problème pour la certification, du fait que les unités étaient ouvertes l'après-midi et fermées le reste du temps. Quand les services étaient ouverts, les personnes sous contrainte étaient enfermées dans leur chambre, ce qui est contraire aux droits du patient. Les médecins ne souhaitant pas créer un service fermé réservé aux patients difficiles (stigmatisant, création de ghettos, la mixité permet un étayage très contenant des patients qui vont bien envers les patients qui vont mal) il a été décidé de garder les services fermés mais avec possibilité d'entrer et de sortir à tout moment et à la demande pour les patients autorisés à circuler
- A la date de la visite (janvier 2020) il n'existe pas de registre de la contention et de l'isolement sur tableau Excel. Chaque unité en possède un sur registre papier. La commission souligne qu'il serait préférable d'utiliser un tableau permettant d'établir des statistiques et d'apprécier les pratiques des unités dans ces domaines.
- Le recrutement d'un somaticien à mi-temps pour le pôle est très apprécié par les services.
- -Depuis le décret Hospiweb, les patients fiché S pour propos religieux n'ont pas inquiété les soignants qui connaissent de longue date le délire religieux de ces usagers.

Audition des patients

Six patients ont demandé à être auditionnés par la commission.

Visite des locaux

Toutes les chambres possèdent un oculus sur la porte d'entrée donnant sur le couloir, aucun système occultant n'est installé. Les chambres sont donc à la vue de tous depuis le couloir.

Aucune chambre ne dispose de bouton d'appel.

Tous les services demandent la création de chambre d'apaisement. Malgré les demandes renouvelées, les travaux ne sont pas programmés pour le moment.

Aucun service ne dispose de salle de sport.

Les services ont tous une salle d'ergothérapie mais il n'y a pas d'ergothérapeute.

Les services disposent de patios non accessibles aux PMR il est regrettable qu'une barre d'appui ne soit même pas installée pour accéder au patio, elle permettrait une meilleure stabilité pour les patients souvent étourdis par la médication.

Le réfectoire sert de salle « famille » (l'unité 15 a installé une table et des chaises dans un bout de couloir pour permettre aux familles de se rencontrer).

Les services proposent un planning hebdomadaire d'ateliers thérapeutiques (sophrologie, créations libres, dessin, collage..).

Les services (sauf le 16) ont un ou deux vélos d'appartement dans la salle télévision/détente, cette activité est très appréciée des patients.

Les unités (sauf la 16) disposent de cinq chambres fermables.

Chambres d'isolements

Aucune chambre d'isolement ne dispose de bouton d'appel. Plusieurs des chambres d'isolement sont dans un état moyen et des travaux de rénovation doivent être effectués. Les contentions sont effectuées soit dans des chambres fermables, soit dans la chambre même du patient.

On a dénombré en 2019 180 isolements pour les quatre services et 37 contentions.

Droits des patients

Comme signalé plus haut la liberté d'aller et venir est assurée sous le contrôle des soignants qui ouvrent les portes du service à la demande.

Les patients peuvent garder leur téléphone sauf contre-indication médicale (le chargeur étant conservé au poste infirmier pour des raisons de sécurité évidentes). Dans cet établissement, les patients peuvent également avoir l'usage de leur ordinateur, sans restriction de l'accès Internet.

IV Isolement et contention

L'article L3222-5-1 du code de la santé publique prévoit que « 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 L1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L6143-1. »

L'instruction ministérielle DGOS/DGS du 29 mars 2017 précise que le rapport comporte :

- des « éléments qualitatifs » rendant compte des pratiques d'isolement et de contention au regard des recommandations élaborées par la HAS et de la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques ;
- des « éléments quantitatifs », recueillis par service et notamment :
 - nombre de mesures
 - nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure

- nombre moyen de mesures par patient
- durée moyenne des mesures
- durée minimale
- durée maximale
- pourcentage de patients en soins sans consentement ayant fait l'objet d'une mesure.

Cette même instruction stipule que le rapport d'activité est communiqué par l'établissement à la CDSP.

La commission a pu disposer des rapports présentés à la CDU pour trois des quatre établissements du département : Centre hospitalier Léon Binet de Provins, Centre hospitalier du Sud Seine-et-Marne (CHSSM) et Centre hospitalier du Sud Ile-de-France (CHSIF).

Le **rapport du Centre Léon Binet** comporte quatre pages de texte, deux pages de tableaux (une copie du registre de l'isolement-contention et un tableau de synthèse) et un tableau présentant les actions conduites en matière d'isolement et contention.

Le rapport présente le cadre légal et les pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention. Celles-ci s'inspirent des recommandations de bonne pratique définies par la HAS. Le « plan d'action » du pôle comporte des mesures de formation (non détaillées), d'analyse des pratiques suite à la diffusion du rapport annuel, d'actualisation de la procédure de mise en CI, avec évaluation du respect de cette procédure. Une réflexion est engagée sur les alternatives à l'isolement-contention. Enfin, pour assurer un meilleur suivi des pratiques, une présentation trimestrielle des données est effectuée à la CDU.

Données statistiques :

Copie du registre : la copie communiquée renseigne pour chaque mesure un identifiant anonymisé du patient, les dates et heures de début et de fin de la mesure, sa durée et un indice du type de mesure permettant de distinguer les isolements ou contentions en chambre d'isolement ou en chambre. Ce tableau comprend 38 mesures terminées et une mesure en cours au 31 décembre 2019.

Tableau de synthèse : reproduit ci-dessous (non compris les colonnes correspondant à des isolements ou contentions hors lieux dédiés ou chambre, ne comprenant aucun cas):

	Isolement dans un espace dédié	Isolement en dehors d'un espace dédié	Contention dans le cadre d'une mesure d'isolement
Nombre de mesures	31	2	9
Durée totale (en jours)	71j 8h 12 min	2j 11h 30min	29j 15h 52min
Durée totale (en heures)	1712h12 min	59h 30min	711h 52min
Durée minimale (en heures)	1h 30 min	10h 30min	10h30
Durée max (en heures)	215h	49h	49h
Durée moyenne (en jours)	1j 22h 32 min	1j 8h 39min	1j 15h 52min
Durée médiane (en jours)	23h30min	18h 15min	21h 17min
Nombre de patients	18	8	7

Le nombre de mesures, selon le type, correspond aux données du registre : 38 mesures terminées, en tenant compte du fait que 4 mesures correspondent à des types « mixtes » : isolement et contention. On a donc : $31+2+(9-4)= 38$. On relèvera toutefois une incohérence en ce qui concerne le nombre de patients isolés dans leur chambre (8) et le nombre de mesures (2) : il ne peut y avoir plus de patients que de mesures. L'examen du registre montre que ce sont bien 2 patients qui ont fait l'objet d'un isolement dans leur chambre.

Le rapport ne mentionne pas le nombre de patients en soins sans consentement (SSC) en 2019 ce qui ne permet pas de calculer la proportion de patients en SSC mis en isolement ou contention.

Le **rapport du CHSIF** comprend six pages qui présentent quelques indicateurs sur l'isolement et la contention dans chacun des trois des services du pôle. Il ne présente pas d'éléments qualitatifs sur les pratiques ni sur la politique mise en œuvre pour les limiter.

Données statistiques : le rapport présente des données pour chacun des trois services. Le tableau ci-dessous en fait la synthèse :

	USM 1 (unité fermée)	USM2	USM3
Nombre de patients en SSC	164	149	97
Nombre d'espaces d'isolement	16	2	2
Nombre de mesure d'isolement en espace d'isolement	4177	729	712
Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement	238	11	40
Durée totale de ces mesures (en heures décimales)	103748,4	10265,9	16015,6
Nombre de mesures de contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement	126	/	/
Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention	48	/	/
Durée totale de ces mesures de contention (en heures décimales)	2544,1	/	/

Les nombres très élevés de mesures doivent être interprétés en tenant compte du fait que dans cet établissement tout renouvellement de mesure, chaque 24 heures, est comptabilisé comme une nouvelle mesure. Par ailleurs, les données présentées ne distinguent pas les patients isolés en chambre d'isolement ou en chambre fermée, notamment dans l'USM1 où il y a 8 chambres d'isolement et 8 chambres fermées, les patients étant soumis à des régimes plus ou moins stricts dans les unes et dans les autres.

On relève une incohérence entre le nombre de patients distincts mis en isolement dans

l'USM1 (238) et le nombre de patients hospitalisés en soins sans consentement (164), à moins de supposer que 74 patients en soins libres ont été mis en isolement. De ce fait il n'est pas possible de calculer la proportion de patients en SSC ayant été mis en isolement dans l'USM1. Dans les USM2 et USM3 cette proportion s'établit à 7,4% et 41,2% respectivement sans qu'on dispose d'éléments permettant de comprendre cette différence.

Le **rapport du CHSSM** est constitué de quatre pages de texte et six tableaux de données statistiques.

La politique définie pour limiter le recours aux pratiques d'isolement-contention part du constat « d'un taux élevé de recours à l'isolement » et d'un « nombre de patients en chambre fermée trop important, le recours à l'isolement dans des espaces non dédiés devant rester exceptionnel ». La politique de réduction des isolements-contentions au CHSSM repose sur une « forte implication institutionnelle affichée dans le projet d'établissement 2017-2022 » ; elle constitue un axe du projet du pôle de santé mentale et est intégrée au PAQSS avec suivi d'indicateurs.

Les actions d'améliorations évoquées dans le rapport s'appuient sur un investissement notable en formation : « gestion de l'agressivité et violence », formation donnée par le Griepps (3 jours pour 11 participants) ; formation Omega (4 jours pour 15 soignants en 2019, formation reconduite en 2020). Par ailleurs, les chambres d'isolement ont été équipées d'un dispositif d'appel.

Données statistiques : le tableau ci-dessous présente une synthèse des principales données :

	Isolement en CI	Isolement en chambre	Contention en CI	Contention en chambre
Nombre de mesure	195	155	23	3
Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure	140	107	20	2
Durée moyenne des mesures (en heures)	175,3h	205,7h	25,8h	17,5h
Durée médiane (en heures)	92,5h	106,5h	19,8h	13,8h
Durée minimale (en heures)	3,5h	0,5 h	2,1h	13,3h
Durée maximale (en heures)	3096,1h	1636,0h	63,3h	20,5h
Nombre de patients en soins sans consentement (SSC)	174			

Ces données ne permettent pas de calculer la proportion de patients en SSC mis en isolement car on peut penser que les patients mis en isolement successivement en chambre fermée (107) et en chambre d'isolement (140) sont comptés deux fois, ce qui expliquerait que la somme des deux (247) soit largement supérieur au nombre de patients en SSC. Ou alors il faudrait

admettre que plusieurs dizaines de patients en soins libres ont été mis en isolement.

Un tableau du rapport (reproduit ci-dessous) de l'évolution de ces pratiques au cours des années récentes montre une relative stabilité du nombre et de la durée moyenne de mises en isolement. En revanche, le nombre de contentions a sensiblement augmenté en 2023, mais avec une réduction drastique de la durée.

CHSSM Isolements et contentions (2015-2019)						
	Isolement en CI		Isolement en CF		Contention	
	NB de mesures	Durée moyenne	NB de mesures	Durée moyenne	NB de mesures	Durée moyenne
2019	195	7,3	155	8,5	23	1,0
2018	187	6,4	90	20,4	2	18,0
2017	168	7,5	132	9,3	16	38,8
2016	186	7,3	/	/	9	25,4
2015	188	7,9	/	/	6	26,8

CI : chambre d'isolement
 CF : chambre fermée
 Durée moyenne en jours décimaux

Les données statistiques incluses dans les rapports sur les pratiques d'isolement-contention révèlent des approches différenciées dans la définition des variables et dans leur collecte qui rendent délicate voire impossible toute comparaison entre établissements. C'est regrettable car ces comparaisons doivent permettre aux établissements d'apprécier la fréquence de leurs pratiques, par rapport à celles d'autres établissements.

La commission tient à faire les **recommandations suivantes concernant les rapports sur les pratiques d'isolement et contention** :

- la politique mise en œuvre par l'établissement doit être clairement définie ainsi que, le cas échéant, sa place dans le projet d'établissement ;
- les moyens de cette politique doivent être précisés, avec des indicateurs : actions de formation (contenu, nombre d'actions, nombre d'agents les ayant suivies), réunions d'évaluation des pratiques (nombre, synthèse des observations et décisions), aménagement des chambres (bouton d'appel, réfection des CI...), création d'un espace d'apaisement... ;
- Les établissements devraient se doter d'un logiciel performant pour collecter et analyser les statistiques sur les mises en isolement et contention ;
- les données statistiques doivent être conformes à celles définies par l'instruction DGOS/DGS du 29 mars 2017 (voir ci-dessus) ; en particulier la proportion de patients en soins sans consentement mis en isolement ou contention doit être systématiquement calculée car cet indicateur permet d'apprécier la fréquence du recours à ces pratiques et leur évolution au cours du temps. Ce calcul doit être fait en éliminant les doubles comptes de patients mis en isolement en chambre d'isolement et en chambre fermée : il faut donc identifier les patients distincts ayant fait l'objet d'au moins une mesure d'isolement, quel que soit le lieu ; pour la clarté de la lecture, les durées moyennes et maximales doivent être exprimées en jours décimaux, les durées minimales en heures décimales ;
- les rapports doivent comporter un tableau permettant d'apprécier l'évolution des pratiques d'isolement-contention au cours du temps. Ce tableau devrait présenter au moins les indicateurs suivants, pour l'isolement d'une part, la contention de l'autre : nombre de mesures, durée moyenne des mesures, nombre de patients distincts, nombre de patients en SSC, proportion de patients en SSC ayant été mis au moins une fois en isolement (en contention).

V - Contrôle des Livres de la Loi :

D'une façon générale, en se fondant sur les observations effectuées les années précédentes, 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. Au pôle de psychiatrie de Provins, le registre ne correspond pas à la définition légale (art. L3212-11 du code de la santé publique) ; c'est un simple répertoire des documents devant y figurer, qui sont classés dans des dossiers individuels. Cette formule n'a toutefois pas été remise en question par le procureur de la République à l'occasion de ses vérifications.

IV - Evolution statistique des mesures de soins sans consentement

1 – Evolution générale

Depuis 2017, le dénombrement des mesures de soins sans consentement (SSC) opéré par le service de l'ARS s'effectue selon la définition de la file active : mesures en cours au 1^{er} janvier et mesures prises dans l'année. Précédemment, le dénombrement concernait uniquement les mesures prises dans l'année. La mesure en termes de « file active » mélange un stock (mesures en cours au 1^{er} janvier) et le flux des mesures prises dans l'année, ce qui ne permet pas de suivre précisément l'évolution annuelle du nombre de mesures de SSC dans la mesure où le « stock » au 1^{er} janvier résulte du nombre de mesures prises l'année n-1 (et années précédentes) mais aussi de la durée de ces mesures (une augmentation de la durée suffit à entraîner une augmentation du stock, même en l'absence d'augmentation du nombre de mesures). **Il serait donc souhaitable de disposer des deux séries de mesures.**

L'évolution de la file active de SSC depuis 2017 (tableau A) a connu une forte augmentation en 2018 (+10%) mais est orientée à la baisse depuis cette date. Cette baisse est portée par l'évolution des SDDE, dont le nombre a diminué de 1327 à 1184 entre 2017 et 2020, car les SDRE demeurent à un niveau élevé.

Tableau A : Evolution du nombre de mesures de soins sans consentement (2012-2017)				
	SDRE	SDDE	Ensemble	
	N	N	N	Var. en %
Mesures prises dans l'année				
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
File active (1)				
2017	342	985	1327	/
2018	390	1075	1465	10,4
2019	400	804	1204	-17,8
2020	364	820	1184	-1,7
(1) mesures en cours au 1 ^{er} janvier et mesures prises dans l'année				

L'évolution récente des admissions en soins sans consentement (en termes de file active) selon les différentes modalités, permet de préciser ces tendances générales (tableau B).

L'évolution du nombre de SDRE dépend principalement de l'évolution des admissions en application de l'article L3213-1 (admissions directes sur décision du représentant de l'Etat) et

secondairement de l'évolution des admissions de personnes détenues (L3214-3). Les premières ont fortement augmenté depuis 2017, même si une légère baisse (- 4,1%) s'observe en 2020. Les secondes, en revanche, diminuent depuis 2018, l'ampleur de la baisse atteignant -34,2% en 2020.

En ce qui concerne les SDDE, l'évolution au cours des années récentes est marquée par une baisse marquée depuis 2018 du nombre de la modalité majoritaire, les admissions en SDTU, même si l'on observe une hausse de 6,5% en 2020. Les SDT « classiques » fondées sur deux certificats médicaux s'effondrent en 2020 (- 44,3%) alors qu'elles augmentaient depuis 2017. Quant aux admissions en péril imminent, la tendance générale est orientée à la baisse, même s'il y a une augmentation sensible en 2020.

Tableau B : Evolution des mesures de soins psychiatriques sans consentement					
Seine-et-Marne 2017-2020					
	2017	2018	2019	2020	
	N	N	N	N	Var 2020/2019 %
Ensemble	1327	1465	1204	1184	-1,7
Nombre total de mesures de SDRE	342	390	400	364	-9,0
Dont nombre de mesures :					
- prises en application du L3213-1 du CSP	133	164	193	185	-4,1
- prises en application du L3213-2 du CSP (mesure provisoire d'un maire)	99	101	107	107	0,0
- prises en application du L3213-7 du CSP	19	15	14	14	0,0
- prises en application du L3214-3 du CSP (personnes détenues)	83	103	79	52	-34,2
- prises en application du L706-135 du CPP (mesures de SDJ)	8	7	8	9	12,5
Nombre total de mesures de SDDE	985	1075	804	820	2,0
Dont nombre de mesures :					
- Soins à la demande d'un tiers classique (SDT)	80	87	97	54	-44,3
- Soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU)	794	892	657	700	6,5

- Soins en cas de péril imminent (SPI).	111	96	50	66	32,0

La répartition des différentes modalités d'admission en soins sans consentement figure au tableau C.

Tableau C : Répartition des mesures de soins psychiatriques sans consentement Seine-et-Marne 2018-2020			
	2018	2019	2020
	%	%	%
Nombre total de mesures de SDRE	26,6	33,2	30,7
Dont nombre de mesures :			
-prises en application du L3213-1 du CSP	11,2	16,0	15,6
-prises en application du L3213-2 du CSP (mesure provisoire d'un maire)	6,9	8,9	9,0
-prises en application du L3213-7 du CSP	1,0	1,2	1,2
-prises en application du L3214-3 du CSP (personnes détenues)	7,0	6,6	4,4
-prises en application du L706-135 du CPP (mesures de SDJ)	0,5	0,7	0,8
Nombre total de mesures de SDDE	73,4	66,8	69,3
Dont nombre de:			
-Soins à la demande d'un tiers classique (SDT)	5,9	8,1	4,6
-Soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU)	60,9	54,6	59,1
-Soins en cas de péril imminent (SPI).	6,6	4,2	5,6
Ensemble	100,0	100,0	100,0

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

La proportion de mesures de soins à la demande d'un tiers « en urgence » (SDTU), par rapport à l'ensemble des mesures de soins à la demande d'un tiers, tend à augmenter au cours des années récentes (tableau D), en dépit d'un léger fléchissement en 2019 et dépasse désormais sensiblement les 90% de l'ensemble des soins à la demande d'un tiers (92,8% en

2020). Cette proportion est très largement supérieure à la moyenne nationale, estimée à 64% en 2017 dans une enquête menée par la DGS¹.

La part des mesures prises « en cas de péril imminent », par rapport à l'ensemble des mesures prises sur décision du directeur d'établissement (SDDE) tend à diminuer et se maintient sous la barre des 10%, ce qui est très inférieur à la moyenne nationale, de l'ordre de 30% selon la même enquête.

Tableau D : Répartition des procédures de SDT « en urgence » et « en cas de péril imminent » (2017-2020)				
	2017	2018	2019	2020
Soins à la demande d'un tiers classique	80	87	97	54
Soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU)	794	892	657	700
Nombre total de SDT	874	979	754	754
Proportion de SDTU pour 100 SDT	90,8	91,1	87,1	92,8
Soins en cas de péril imminent (SPI).	111	96	50	66
Proportion de SPI pour 100 SDDE	11,3	8,9	6,2	8,0
Nombre total de mesures de SDDE	985	1075	804	820

Le président de la CDSP

¹https://www.santementale.fr/medias/userfiles/files/Article_CDSP-2020_AlainMonnier_V2.pdf