

**DÉPARTEMENT DES FINANCES
ET DE LA SANTÉ**LE CONSEILLER D'ÉTAT
CHEF DE DÉPARTEMENTCommission nationale de la prévention
de la torture
à l'att. de Madame Regula Mader
Présidente
Schwanengasse 2
3003 Berne**EINGEGANGEN 15. Okt. 2020**

Neuchâtel, le 12 octobre 2020

Rapport au Conseil d'État du Canton de Neuchâtel concernant la visite de la Commission nationale de prévention de la torture (CNPT) au Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) les 5 et 6 décembre 2019

Madame la présidente,

Nous avons bien reçu votre courrier du 24 juillet 2020 dont le contenu a retenu toute notre attention et nous vous en remercions.

Nous en sommes en mesure de nous déterminer comme suit au sujet de votre rapport dans le délai imparti, après avoir consulté au préalable le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP). Ses remarques ont été reprises dans le corps de la lettre. En outre, vous trouverez en annexe un point technique transmis par la direction du CNP le 11 septembre 2020.

D'une manière générale, nous tenons à saluer le travail de votre commission qui, par ses constatations indépendantes, nous permet d'identifier les points d'amélioration.

Votre rapport a également été soumis au Dr Claude-François Robert, médecin cantonal neuchâtelois. Il préside la Commission de contrôle psychiatrique qui effectue six visites par an au CNP, dont quatre non annoncées.

- Point 11

Les dispositions cantonales (<https://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/medecin-cantonal/droits-patients/Documents/InformationsDecisionRecoursPAFA.pdf>) prévoient en effet que « Le médecin qui prononce une telle décision ne doit pas avoir de lien avec l'institution où est placé le patient, car la décision ne serait pas valable (*par exemple: un psychiatre du CNP exerçant dans le secteur hospitalier du CNP ne peut prendre une telle décision qui doit être prise par un médecin externe à l'institution*) ».

La question de l'indépendance des médecins prescrivant le PAFA est justifiée. Il nous semble important de la contextualiser. La mise en activité d'un centre des urgences psychiatriques (CUP) a considérablement amélioré l'accès aux soins psychiatriques ambulatoires pour les patients en crise, sachant aussi qu'il avait été difficile de mobiliser les psychiatres privés pour assurer une garde de psychiatrie.

Dans la pratique et vu le contexte de quasi-monopole qui caractérise l'activité du CNP dans le canton, il est très difficile de pouvoir identifier des médecins psychiatres prêts à prononcer, dans des délais raisonnables, des PAFA pour des patients qu'ils ne connaissent pas. Le CNP, par sa taille, assure de facto l'indépendance entre les médecins qui prononcent des PAFA et l'établissement hospitalier qui exécute la décision. En effet, ce sont les médecins de l'ambulatorio (et non hospitaliers) qui prononcent des PAFA. Ces médecins n'ont pas d'ordres à recevoir de la direction médicale sur ces questions (cela est formalisé dans les modalités de fonctionnement de la Direction médicale de l'institution) : les dossiers ambulatoire / hospitalier sont cloisonnés. Il n'y a aucun lien hiérarchique direct entre le médecin qui prononce/supervise le PAFA et celui qui le valide à l'hôpital.

Dans ses tâches de surveillance, la Commission de contrôle psychiatrique n'a jamais mis en évidence de situations qui feraient douter de cette indépendance. Cette commission, sur dossier et aussi après audition de patients, examine la chaîne de décisions entre le moment où le patient est adressé au CUP jusqu'à la décision de l'APEA, tout en se focalisant sur le respect des droits lors de l'application de mesures de contraintes. Par ailleurs, dans les contacts entre cette commission et l'APEA, une telle préoccupation n'a jamais été thématifiée.

Nous estimons qu'il est préférable que le médecin cantonal assure la surveillance générale avec l'appui des membres de sa commission plutôt qu'il ne soit en charge de valider individuellement chaque PAFA, sans bien sûr pouvoir s'entretenir avec le patient.

- **Point 12**

Le PAFA impose que la personne soit placée dans un établissement approprié. Face au besoin d'une hospitalisation urgente et en cas d'absence de place à l'UHPA, il y a toujours une pesée d'intérêt entre hospitaliser dans une unité adulte et ne pas hospitaliser du tout. Renoncer à hospitaliser de manière généralisée peut avoir des conséquences juridiques et cliniques importantes, voire dangereuses. Par contre il est crucial de pouvoir assurer un suivi de ce type de décision et assurer que cela reste du domaine de l'exception.

L'observation de votre commission est pertinente et rejoint des préoccupations soulevées par la Commission de contrôle psychiatrique sur les difficultés de prise en charge des mineurs. Je ne manquerai pas de suivre cette question.

- **Point 15**

Vos remarques sont jugées pertinentes par le CNP :

- en effet, il manque une signalétique indiquant les différents lieux à l'intérieur de l'unité qui permettrait aux patients de mieux s'orienter. Un projet d'amélioration sera entrepris ;
- les couloirs des Unités sont ternes et peu lumineux : vu les troubles visuels des patients, une augmentation de la puissance de l'éclairage serait en effet bienvenue. La question des couleurs a peu de pertinence d'un point de vue clinique (les murs ont récemment été peints en blanc, « *de gustibus et coloribus...* »). Toutefois, moyennant un certain investissement, nous pourrions améliorer la perception de bien-être de l'unité (lumière, signalétique, éléments de couleurs) ;
- la terrasse est accessible et il n'y a pas de seuil au niveau de la porte d'accès. Un fauteuil roulant peut facilement passer, si la porte est ouverte. La porte est lourde et le plus souvent fermée à clé pour des raisons de surveillance (crainte de fugue avec certains patients, malgré les barrières). En l'état, les soignants font au mieux, mais les effectifs très « justes » limitent le temps disponible. Le CNP va reprendre ce point avec ses équipes..

Malgré certains aménagements, il n'en reste pas moins que les Unités hospitalières de l'âge avancé ne sont pas du tout adaptées à la population âgée. Ces unités étaient censées être temporaires (dans l'attente de la construction d'un nouveau bâtiment hospitalier). Les options stratégiques du CNP 2023-2030 intégreront la réflexion sur le futur aménagement du site de Préfargier et, en particulier, sur la construction d'un nouvel édifice hospitalier répondant aux standards modernes (le bâtiment actuel date du 19^{ème} siècle).

Point 16

Cette remarque concernant les urinaux et vases est jugée pertinente par le CNP et avait déjà été mentionnée par la Commission de contrôle psychiatrique. C'est effectivement une situation qu'il faudrait pouvoir faire évoluer. Le CNP travaille actuellement à l'amélioration du processus de mise en chambre de soins intensifs : l'accès aux toilettes est un point crucial qui est traité en priorité. La nouvelle procédure sera effective d'ici la fin de l'année. Au-delà des mesures organisationnelles, des travaux d'adaptation de l'infrastructure tant à l'âge avancé que dans les autres départements seraient nécessaires. L'investissement financier est important.

Point 17

Selon le CNP, les tests cognitifs de base sont effectués régulièrement mais non pas systématiquement ; le faire systématiquement n'aurait pas nécessairement de sens. À noter que ces tests ne permettent pas de déterminer l'étendue de la démence contrairement à ce que dit le rapport, mais ils constituent une « photographie » de l'état cognitif du moment et sont un outil basique de dépistage. Ces tests simples (MMS, MoCA) sont peu pertinents en période aiguë, ce qui est régulièrement le cas dans le domaine hospitalier, par exemple si le patient est confus. Ce point sera tout de même repris avec l'équipe de l'unité accueillant les patients avec troubles neurocognitifs (G1) afin de nourrir davantage la réflexion.

L'offre d'activités (en particulier à visée thérapeutique) est en effet malheureusement trop peu développée, particulièrement à G1. Les soins de base occupent la majeure partie du temps effectif des soignants. Une réflexion de fond sur « le skill et grade mix » des équipes des deux unités G1 et G2 est en cours. En effet, une meilleure répartition des profils des soignants (intégrant aide-soignant certifié, animateur certifié, ASSC et infirmier diplômé) pourrait apporter une optimisation des ressources permettant, à terme, de mener à bien de nouveaux projets d'activités thérapeutiques.

À noter enfin que le développement de l'offre d'activités passe également par l'intégration de profils paramédicaux (art-thérapeute, animateur, musico-thérapeute, etc.) dans les unités hospitalières et que le CNP est tributaire des subventions publiques, limitées.

Point 20

La question de la mise en œuvre du plan de traitement a aussi été relevée et suivie de longue date par la Commission de contrôle psychiatrique. Le CNP admet que la remarque est juste. La commission a salué le fait que les patients aient un plan de traitement, mais a estimé que parfois le délai pour l'établir était trop long. Lorsque le patient ne peut pas approuver (ou rejeter) le plan de traitement en raison de ses troubles cognitifs, le CNP doit se tourner vers une personne de confiance, démarche qui visiblement n'est pas toujours effectuée. Nous allons reprendre ces points avec l'équipe médicale.

Point 22

Le CNP nous a transmis les explications qui suivent. De manière générale il y a une confusion entre le maintien ferme et l'immobilisation : le personnel est systématiquement formé à la méthode RADAR. Le maintien ferme est documenté et figure comme MLL en cas de durée au-delà de 30 minutes. Un rappel de la différenciation à faire a été effectué auprès du personnel concerné. Un cours de rappel RADAR a lieu toutes les quatre semaines et le maintien ferme est entraîné.

Concernant le tapis alarme, la remarque est pertinente : il nous semble juste que la mise en place du tapis alarme soit décidée sur le plan médical et consignée dans le dossier. Les procédures seront adaptées dans ce sens : la mise en place du tapis d'alarme sera consignée dans le dossier électronique d'ici à fin 2020 et fera partie intégrante d'une mesure de soins avec évaluation du résultat.

- **Point 24**

Concernant ce point, le CNP donne l'explication suivante. La chambre de soins intensifs à fin d'isolement (CSI) est utilisée uniquement lorsque cela est nécessaire (agitation, agressivité). L'indication d'une prise en charge intensive en psychiatrie est posée de manière rigoureuse en se basant sur l'état clinique présent, la situation individuelle et l'expérience de la personne concernée, ainsi que les facteurs de risque de mise en danger imminent (ASSM, 2015). Dans certains cas, en particulier lorsque le patient est très âgé et/ou fragile sur le plan somatique, la CSI permet de limiter la prescription de psychotropes dont les effets secondaires pourraient être délétères. Toutefois, le CNP se questionne toujours sur cette mesure, puisqu'elle « enferme » un patient qui de plus parfois ne comprend pas ce qui lui arrive (par exemple : patient avec troubles neurocognitifs).

Schématiquement, lorsqu'un patient est agité, le CUP indique trois possibilités :

1. mise en place d'un traitement qui calme (avec risque d'effets secondaires, chutes, ...)
2. mise en place d'un programme cadrant et diminuant les stimuli (par exemple : CSI, mais qui « enferme ») ;
3. création d'un espace pour que la personne puisse laisser baisser cette tension.

Ces trois possibilités peuvent également être combinées.

Ce point doit être mis en parallèle avec celui de l'inadéquation des locaux (point 15). Si le CNP disposait de locaux plus adaptés et modernes (davantage d'espace, espaces de déambulation, jardin), il serait plus facile de contenir les moments de tension ou les besoins de déambulation. Ceci dit, le CNP portera une réflexion à ces aspects pour explorer de nouvelles pistes avec les moyens à disposition.

Le CNP se conformera aux recommandations nationales de ASSM et à celles de APSI concernant les soins intensifs en psychiatrie. Un groupe de travail permanent de professionnels, incluant les infirmiers en particulier, a la mission d'adapter les processus de soins pour assurer les bonnes pratiques tant sur le plan éthique que légal.

- **Point 25**

Le CNP dispose d'une CSI pour deux unités. Régulièrement, un patient de G2 descend à G1 pour bénéficier de la CSI. Il s'agit, aux yeux du CNP, de la solution la plus adaptée et efficiente, dans un esprit pragmatique.

- **Point 28**

Le recours aux agents de sécurité privée est, en effet, limité aux cas de danger imminent. Par ailleurs, les agents suivent le cours interne du CNP approprié pour ce domaine spécifique.

- **Point 30**

Le CNP nous indique avoir bien pris note de la recommandation de consigner les interventions policières ainsi que tout constat de lésions lors de celles-ci et de travailler à la mise en œuvre de cette recommandation. Les interventions policières seront documentées dès le 1^{er} octobre 2020 et l'évaluation cutanée effectuée lors de port de menottes.

Par ailleurs, le CNP relève que lors de sa visite, la CNPT a assisté à une intervention policière dont elle a questionné la proportionnalité. La remarque a été exprimée oralement par la présidente de la CNPT. Toutefois, il ne figure pas dans le présent rapport de recommandations de la CNPT quant au positionnement que le CNP devrait maintenir face aux autorités policières dans ce type de situation.

En conclusion, le CNP aurait apprécié de disposer de plus de temps d'échange avec la CNPT qui a dû écourter sa présence pour des impératifs de dernière minute.

En vous souhaitant bonne réception de cette détermination, nous vous prions d'agréer, Madame la présidente, nos salutations distinguées.



Laurent Kurth,
conseiller d'État

Annexe : ment.

Copie transmise pour information à :

- CNP, à l'att. de Madame R. Diana, directrice générale et du Dr P. Planas, directeur médical, site de Préfargier, 2074 Marin

**Rapport au Conseil d'État du Canton de Neuchâtel concernant la visite
de la Commission nationale de prévention de la torture (CNPT) au
Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) les 5 et 6 décembre 2019**

Annexe

Précisions de la part de la directrice du CNP, Madame Raffaella Diana, transmises le 11 septembre 2020

- **Point 8**

Quelques imprécisions à relever concernant la capacité des unités hospitalières (notamment CNPea et CNPâa) : Pour rappel, à Préfargier, nous comptons 113 lits répartis ainsi :

- Adultes : 70 lits (E1=18 / E2=16 / F1=16 / F2=20)
- Âge avancé : 35 lits (G1 =17 / G2=18)
- Enfants et adolescents : 8 lits (H1 = 8)

auxquels nous ajoutons les deux chambres carcérales réservées aux patients-détenus.