



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Nationale Kommission zur Verhütung von Folter NKVF
Commission nationale de prévention de la torture CNPT
Commissione nazionale per la prevenzione della tortura CNPT
Cummissiun naziunala per la prevenziun cunter la tortura CNPT
National Commission for the Prevention of Torture NCPT

Berne, le 22 juillet 2020

CNPT 8/2020

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

Approuvé à l'Assemblée plénière du 30 avril 2020



Sommaire

I.	Introduction.....	2
	A. Composition de la délégation.....	2
	B. Objectifs de la visite.....	2
	C. Déroulement de la visite	2
	D. Informations générales sur l'établissement.....	3
II.	Observations, constats et recommandations.....	3
	A. Remarques préliminaires.....	3
	a. Documentation	3
	b. PAFA	3
	c. Mineurs	4
	B. Infrastructure et conditions d'hébergement.....	4
	C. Soins psychiatriques	5
	a. Traitement psychiatrique et offres socio-thérapeutiques.....	5
	b. Médicaments.....	6
	D. Mesures entraînant une restriction de la liberté	6
	a. Unités fermées	6
	b. Soins thérapeutiques.....	6
	c. Mesures restreignant la liberté de mouvement	6
	E. Garanties procédurales	7
	F. Sécurité.....	8
III.	Conclusion	9



I. Introduction

1. Se fondant sur la loi fédérale du 20 mars 2009¹, la Commission nationale de prévention de la torture (CNPT) a effectué une visite au Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) sur le site de Préfargier les 5 et 6 décembre 2020. Elle y a examiné la situation des personnes qui font l'objet d'une mesure privative de liberté au sens des arts. 426 et suivants du code civil², en particulier les Placements à des Fins d'Assistance (PAFA)³.

A. Composition de la délégation

2. La délégation était composée du Dr. méd. Corinne Devaud Cornaz, cheffe de délégation et psychiatre, Dr. méd. Ursula Klopstein⁴, membre et médecin spécialiste en médecine légale, Nadja Künzle⁵, membre, Dr. méd. Philippe Gutmann, membre et médecin généraliste, et Alexandra Kossin, collaboratrice scientifique.

B. Objectifs de la visite

3. Lors de la visite, la délégation a examiné les unités du Département de psychiatrie de l'adulte et du Département de psychiatrie de l'âge avancé, dans lesquelles des personnes étaient placées sous un PAFA. Elle a notamment vérifié les points suivants:
 - L'infrastructure et les conditions d'hébergement;
 - L'exécution du PAFA;
 - L'examen de la procédure et des modalités lors d'un traitement sans consentement (art. 434 du CC) et de mesures limitant la liberté de mouvement (arts. 438 et 383 du CC);
 - Le traitement psychiatrique et les offres socio-thérapeutiques.

C. Déroulement de la visite

4. La visite avait été notifiée une semaine avant la date de la visite. La délégation a débuté la visite par un entretien avec la direction de l'établissement. La délégation a ensuite procédé à une brève visite guidée de l'établissement. Au cours de la visite, elle s'est entretenue avec cinq patients, 11 membres du personnel médico-soignant, dont des médecins et des infirmiers, et la personne responsable de la sécurité. La visite s'est terminée par un compte-rendu des premières constatations de la délégation.
5. La délégation a eu accès à tous les documents nécessaires⁶ et a pu s'entretenir de manière confidentielle avec l'ensemble des patients et du personnel qu'elle souhaitait rencontrer.

¹ Loi fédérale sur la Commission de prévention de la torture du 20 mars 2009, RS 150.1.

² RS 210.

³ La CNPT utilise l'acronyme « PAFA » pour désigner les placements à des fins d'assistance en vertu du droit de la protection de l'adulte du 1^{er} janvier 2013.

⁴ Présente le 6 décembre 2019.

⁵ Présente le 5 décembre 2019.

⁶ Art. 10 Loi fédérale sur la Commission de prévention de la torture.



6. Les conclusions de la visite ont été présentées le 2 juin 2020 lors d'un entretien effectué en visio-conférence avec des membres de la direction de l'établissement.

D. Informations générales sur l'établissement

7. Le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) déploie ses activités sur plusieurs sites hospitaliers, dont celui de Préfargier qui totalise 115 lits. Selon les options stratégiques 2015-2022 du CNP⁷, le Centre est appelé à regrouper ses activités hospitalières sur le site de Préfargier à l'horizon 2020. Lors du passage de la délégation, toutes les unités hospitalières qui se trouvaient précédemment sur le site de Perreux avaient été transférées sur le site de Préfargier.
8. Le site de Préfargier accueille notamment quatre unités destinées à la psychiatrie de l'adulte (CNPad) totalisant 70 lits, deux unités destinées à la prise en charge psychiatrique de personnes de l'âge avancé (CNPaa) comptant 34 lits, une unité destinée à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (CNPea) avec dix lits et une unité de médecine psychiatrique pénitentiaire pouvant accueillir deux patients. Les unités pour adultes accueillent des patients de 18 à 65 ans souffrant de divers troubles psychiques. Les deux unités destinées aux personnes âgées prennent en charge les situations cliniques en rapport avec des symptômes aigus de maladie psychiatrique et/ou de troubles cognitifs associés. L'unité destinée à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent accueille en principe des patients de 13 à 18 ans. Les deux chambres dévolues à la psychiatrie pénitentiaire visent à répondre aux besoins de prise en charge psychiatrique aigue pour des patients détenus. Toutes les unités peuvent accueillir des personnes placées sous un PAFA.

II. Observations, constats et recommandations

A. Remarques préliminaires

a. Documentation

9. Lors du passage de la délégation, le CNP opérait un virage numérique avec pour corollaire que certaines informations étaient disponibles sous forme électronique et d'autres sous forme papier. La Commission a constaté que le système d'exploitation utilisé par le CNP ne contient ni d'onglet spécifique pour les documents de nature juridique, tels que les PAFA, plans de traitement et décisions de recours, ni d'onglet pour les mesures restreignant la liberté. De tels onglets auraient permis une meilleure extraction des données et facilité leur interprétation.

b. PAFA

10. Selon les statistiques transmises par le CNP, 272 personnes ont été placées à des fins d'assistance selon l'article 426 et ss CC en 2019 sur 1'574 cas traités. Le jour de la visite, l'établissement comptait cinq personnes placées sous un PAFA ordonné par l'autorité de

⁷ Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) – options stratégiques 2015-2020 15.045.



protection de l'adulte et 26 personnes placées sous un PAFA prononcé par un médecin en vertu de l'article 429 CC. Dans le canton de Neuchâtel, les médecins autorisés à pratiquer dans le canton peuvent ordonner un placement d'une durée maximale de six semaines⁸.

11. En examinant par sondage aléatoire certaines décisions de PAFA, la délégation a constaté que les formulaires contenaient les éléments essentiels et étaient motivés. Néanmoins, elle a relevé qu'un certain nombre des décisions avaient été émises par des médecins du Centre d'urgence psychiatrie (CUP), un service rattaché au CNP situé sur les sites de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds. **Pour garantir que le placement prononcé à l'encontre d'un patient réponde aux critères d'indépendance, la Commission recommande que les placements soient prononcés par des médecins externes à l'établissement ou avalisés par le médecin cantonal⁹.**

c. Mineurs

12. L'établissement dispose d'une unité destinée à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, qui comptait huit mineurs lors du passage de la Commission. Néanmoins, un mineur âgé de 17 ans se trouvait dans une unité du Département pour adultes à des fins d'expertise. Selon les informations transmises par la direction, des mineurs peuvent parfois être placés dans les unités pour adultes. **Au regard de la vulnérabilité particulière des mineurs, la Commission invite l'établissement à renoncer à placer des mineurs dans des unités pour adultes.**

B. Infrastructure et conditions d'hébergement

13. Le Centre neuchâtelois de psychiatrie bénéficie sur le site de Préfargier d'une bonne infrastructure, malgré l'ancienneté de certains bâtiments datant du 19^{ème} siècle, et les locaux visités étaient dans l'ensemble en bon état de propreté. Les pièces communes et les chambres des différentes unités sont lumineuses et de taille suffisante. Par ailleurs, l'établissement se trouve dans un grand parc accessible aux patients.
14. Les unités relevant des Départements de psychiatrie de l'adulte et de psychiatrie de l'âge avancé sont mixtes, la séparation des sexes est garantie au niveau des chambres¹⁰. L'établissement propose des chambres individuelles ou doubles. Lors du passage de la délégation, une unité du Département de psychiatrie de l'adulte¹¹ comptait une chambre avec trois lits. La Commission a constaté que les chambres étaient peu personnalisées¹². Elle salue toutefois le fait que les patients peuvent se retirer dans leur chambre pendant la journée¹³.
15. Dans les deux unités du Département de psychiatrie de l'âge avancé, des salles

⁸ Art.32 Loi concernant les autorités de protection de l'enfant et de l'adulte (LAPEA) du 6 novembre 2012, 213.32.

⁹ Voir Basler Kommentar, Thomas Geiser/Mario Etzensberger ad. art. 428 CC et art. 429 CC

¹⁰ Voir notamment KÜNZLI/EUGSTER/SPRING, p. 31, concernant les mesures à prendre pour garantir la sécurité des patientes et patients contre des risques d'agression.

¹¹ Unité E2.

¹² CPT/Inf(98)12-part, chiffre 34.

¹³ CPT/Inf(98)12-part, chiffre 35.



communes correctement équipées sont à disposition des patients (TV, journaux, tables, chaises et fauteuils). La Commission a néanmoins jugé que les couloirs des deux unités étaient ternes et qu'il manquait une signalétique adéquate (pictogramme, etc.) à l'attention des patients souffrant de troubles cognitifs. La Commission a pris note du fait que le Département de psychiatrie de l'âge avancé avait emménagé dans ces locaux durant l'été 2019. La seule unité fermée destinée aux personnes souffrant de troubles cognitifs sévères dispose d'un jardin sécurisé et clôturé mais celui-ci est difficilement accessible aux patients à mobilité réduite. La Commission a été informée que le personnel soignant veille au fait que les personnes puissent sortir quotidiennement du moment où leur santé le leur permet. **La Commission recommande à l'établissement d'optimiser les moyens de signalisation pour aider les personnes à s'orienter, en particulier celles souffrant de troubles cognitifs, et de prendre des mesures afin de rendre l'accès au jardin sécurisé accessible aux personnes à mobilité réduite.**

16. Chaque unité, à l'exception d'une unité du Département de psychiatrie de l'âge avancé¹⁴, dispose d'une chambre de soins intensifs (CSI). La Commission a pris note du fait que ces chambres pouvaient également servir de chambre d'appoint en cas de surcharge. Les chambres bénéficient d'un accès à la lumière du jour et sont équipées d'un matelas en mousse, et d'un système d'alarme. L'observation du patient et le premier contact se font par l'intermédiaire d'une guignarde, qui de l'avis de la Commission rappelle le milieu carcéral. Ceci est dû au fait qu'il n'y a pas de sas de transition entre les CSI et le couloir. Par ailleurs, les installations sanitaires se trouvent à l'extérieur des CSI, avec pour conséquence que les patients doivent faire appel au personnel médico-soignant pour y accéder ou doivent recourir à des urinaux ou des vases. **La Commission recommande à l'établissement d'éviter de recourir à des urinaux ou des vases et de permettre aux patients placés en isolement l'accès aux toilettes.**

C. Soins psychiatriques

a. Traitement psychiatrique et offres socio-thérapeutiques

17. Les patients bénéficient, en complément d'un traitement médicamenteux, d'activités de réhabilitation et d'activités thérapeutiques, incluant notamment l'accès à l'ergothérapie, à l'art-thérapie, à la musicothérapie, à des activités sportives, à des séances individuelles de thérapie et à des thérapies de groupe. Néanmoins, la délégation a relevé dans les unités du Département de psychiatrie de l'âge avancé que, pour la plupart des cas dont elle a examiné le dossier, l'état cognitif des personnes concernées n'était pas documenté sur la base de tests généralement effectués en gériatrie et permettant de définir l'étendue de la démence¹⁵. Par ailleurs, l'offre d'activités pour les patients atteints de démence était peu développée. **La Commission invite l'établissement à effectuer systématiquement un test des fonctions cognitives chez les patients âgés et de proposer des activités spécialement conçues pour des patients souffrant de démence.**

¹⁴ L'unité G2.

¹⁵ Prise en charge et traitement des personnes atteintes de démence, Directives, SAMW, 2017 p. 17.



b. Médicaments

18. Après un examen aléatoire des dossiers médicaux, la délégation a jugé que les traitements médicamenteux correspondaient à première vue en quantité et en qualité aux diverses pathologies.

D. Mesures entraînant une restriction de la liberté

a. Unités fermées

19. Selon les informations transmises par la direction de l'établissement, les unités hospitalières sont en règle générale ouvertes, à l'exception de l'unité accueillant des patients souffrant de démence ou d'Alzheimer du Département de psychiatrie des personnes de l'âge avancé pour des raisons de sécurité. Le jour de la visite, seule cette unité était fermée.

b. Soins thérapeutiques

i. Plan de traitement

20. La Commission a noté avec satisfaction que les patients placés sous un PAFA dans les Départements de psychiatrie adulte et de psychiatrie gériatrique disposaient à quelques exceptions près d'un plan de traitement. Les plans de traitement examinés contenaient en principe les éléments essentiels. En revanche, elle a relevé que pour certains patients du Département de psychiatrie de l'âge avancé qui ne pouvaient pas le signer en raison d'un trouble cognitif sévère, le document ne contenait aucune indication sur une éventuelle personne de confiance qui aurait été impliquée dans l'élaboration du plan de traitement. **La Commission a pris bonne note du fait que pratiquement tous les patients placés sous un PAFA disposaient d'un plan de traitement. Elle souligne néanmoins que, selon les dispositions légales pertinentes¹⁶, chaque patient devrait bénéficier, dès l'admission, d'un plan de traitement individualisé et modulable, dans lequel les traitements médicamenteux et les objectifs thérapeutiques sont précisés et actualisés, et soumis au consentement de la personne concernée ou sa personne de confiance. L'approbation ou le rejet du plan de traitement doit être confirmé par la signature de la personne concernée ou de sa personne de confiance.**

ii. Traitement sans consentement

21. En 2018, 38 traitements médicamenteux ont été administrés sans consentement, 105 en 2019 (constat établi au jour de la visite)¹⁷. La délégation a noté que dans les cas examinés, les traitements sans consentement faisaient tous l'objet d'une décision formelle.

c. Mesures restreignant la liberté de mouvement

22. De manière générale, la Commission a relevé quelques incohérences s'agissant de la terminologie utilisée et des statistiques transmises par l'établissement (notamment s'agissant du recours au maintien ferme et à l'immobilisation). Lors de la visite, la

¹⁶ Art. 433 CC.

¹⁷ Selon les statistiques transmises par la direction de l'établissement.



Commission a porté une attention particulière aux mesures d'isolement. La Commission a constaté que ces mesures étaient consignées dans le dossier médical et faisaient l'objet d'une décision formelle, transmise systématiquement au médecin cantonal au début et à la fin de la mesure, une pratique que la Commission salue. Elle a néanmoins pris note du fait que le recours à certaines mesures, telles que le tapis d'alarme dans le Département de psychiatrie de l'âge avancé, n'était pas consigné en tant que mesure restreignant la liberté de mouvement. De l'avis de la Commission, le recours au tapis d'alarme doit également être dûment documenté et faire l'objet d'une décision formelle. **Bien que le tapis d'alarme constitue également une mesure de protection pour les patients, la Commission estime que pour des raisons de traçabilité toutes les mesures restreignant la liberté de mouvement d'un patient doivent, en principe, être consignées et faire l'objet d'une décision formelle, au moins une fois¹⁸.**

i. Fixation

23. Aucune fixation n'a été ordonnée en 2019 (au jour de la visite) et en 2018 selon les statistiques transmises par l'établissement. **La Commission salue le fait qu'aucune fixation n'ait été pratiquée récemment.**

ii. Chambres de soins intensifs (CSI) à des fins d'isolement

24. Selon les statistiques transmises par l'établissement, 77 mesures d'isolement ont été prononcées en 2018 et 92 en 2019 (au jour de la visite). En parcourant certains dossiers, la Commission a relevé des cas d'isolement entre six et neuf jours en 2019. Par ailleurs, elle a noté quelques cas d'isolement dans le service de psychiatrie de l'âge avancé. **La Commission invite l'établissement à prendre des mesures alternatives à des placements en isolement de plus de 24 heures. Par ailleurs, elle juge problématique le recours à des mesures d'isolement dans le service de psychiatrie de l'âge avancé, en particulier pour des patients souffrant de maladies dégénératives¹⁹.**
25. La Commission a pris note du fait que la CSI de l'unité G1 rattachée au Département de psychiatrie de l'âge avancé était parfois utilisée pour placer des patients de l'unité G2 dans la mesure où cette unité ne dispose pas de CSI. Néanmoins, un tel placement implique pour le patient concerné un changement d'équipe.
26. La Commission salue le fait que l'admission et le séjour en CSI sont précisés dans une procédure. En examinant certains dossiers, la Commission a constaté que les personnes placées en isolement étaient régulièrement surveillées par le personnel soignant et le cadre adapté à la situation du patient.

E. Garanties procédurales

27. Une brochure de présentation, exposant le fonctionnement de l'établissement et les droits des patients, est remise à chaque patient à son admission²⁰. Un extrait des dispositions pertinentes du Code civil est affichée dans chaque CSI. Les patients et leurs proches

¹⁸ Art. 438 respectivement Arts. 383 et 384 CC.

¹⁹ Voir notamment Prise en charge et traitement des personnes atteintes de démence, Directives médico-éthiques, Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), 2018.

²⁰ MI Principes, Nr. 12 chiffre. 1; Art. 6 Recommandation Rec(2004)10.



peuvent également se tourner vers l'Association neuchâteloise d'accueil et d'action psychiatrique (ANAAP), qui est représentée au sein de la Commission cantonale de contrôle psychiatrique²¹. Cette dernière, constituée notamment du médecin cantonal et de deux juges et dont le rôle est de veiller au respect des droits des patients hospitalisés en institutions psychiatriques, visite le site de Préfargier six fois par année, dont quatre fois de manière inopinée. Les recommandations formulées par cette commission sont transmises à l'établissement. Finalement, toutes les unités disposent d'une boîte à propositions ou réclamations qui sont transmises au Département de qualité de l'établissement.

F. Sécurité

28. Un agent de sécurité privée est présent la nuit sur le site de Préfargier. Sur demande du personnel médical, les agents de sécurité privée peuvent maintenir ou retenir physiquement des patients respectivement lors de soins. Les agents en question bénéficient de la formation RADAR²² dispensée par l'établissement et qui définit le degré et les modalités d'intervention des différents intervenants, notamment les agents de sécurité. En cas d'urgence, les agents de sécurité font appel à la police cantonale neuchâteloise. **La Commission estime que le recours à des agents de sécurité privée pour maîtriser des patients agités devrait être limité aux cas les plus graves, dans lesquels il existe un danger imminent pour le personnel médical de l'établissement²³. Par ailleurs, seules des personnes ayant suivi une formation appropriée dans le domaine psychiatrique devraient être habilitées à procéder à de telles interventions.**
29. Lors de sa visite, la délégation a observé l'arrivée d'un patient menotté accompagné par deux policiers. Signalé comme avoir fugué alors qu'il était sous PAFA, ses menottes lui ont été ôtées qu'une fois en division dans laquelle déambulaient d'autres patients. Selon les informations transmises et ses propres observations, ce patient ne présentait pas de signes patents à risque hétéro-agressif. La Commission a été informée par la direction de l'établissement du fait qu'il s'agit d'une pratique récurrente lors de l'admission de patients accompagnés par la police. La Commission juge cette pratique inappropriée pour des patients sur un site hospitalier.
30. L'établissement consigne les incidents particuliers concernant les patients, dans un registre (CIRS) dont les données servent notamment de base de travail pour le Département de qualité. Les interventions policières n'y sont toutefois pas consignées. **Dans un souci de transparence et de traçabilité, la Commission recommande de consigner les interventions policières effectuées dans l'établissement. En outre, la Commission recommande à l'établissement d'enregistrer dans un registre spécifique tout constat de lésions traumatiques, qui doit être porté à la**

²¹ Art. 37b Loi de santé du 6 février 1995, 800.1.

²² Risque, Anticipation, Diagnostic, Analyse, Réaction (RADAR).

²³ Voir notamment CPT, Rapport au Conseil Fédéral Suisse relatif à la visite effectuée en Suisse par le comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), 17.12.2017, CPT (2015) 57, chiffre 151 et CPT, Rapport au Gouvernement des Pays-Bas relatif à la visite effectuée aux Pays-Bas par le comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 2 au 13 mai 2016, CPT/Inf(2017)1, ch. 138.



connaissance des autorités compétentes.

III. Conclusion

31. Globalement, le Centre neuchâtelois de psychiatrie a fait bonne impression à la Commission, notamment concernant l'infrastructure, le personnel ainsi que les procédures mises en place s'agissant de l'application des mesures restreignant la liberté. La Commission salue tout particulièrement le fait que les patients disposent à quelques exceptions près d'un plan de traitement et que les traitements sans consentement font l'objet d'une décision écrite transmise systématiquement au médecin cantonal. Ceci vaut également pour les placements en chambre de soins intensifs. A cet égard, la Commission estime néanmoins que des progrès sont nécessaires s'agissant de la durée de ces placements. Elle juge également problématique le fait de placer des personnes souffrant de maladies dégénératives en CSI. Concernant les autres mesures restreignant la liberté de mouvement, elle rappelle qu'elles doivent être consignées et faire l'objet d'une décision écrite. Enfin, elle invite l'établissement à revoir l'aménagement des unités destinées aux personnes de l'âge avancé afin qu'elles soient adaptées aux pathologies des patients qui y sont placés.

Pour la Commission :

Regula Mader
Présidente

**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.