

Les CDSP : un pilier méconnu de la démocratie sanitaire

Résultats d'une enquête DGS-Unafam

Alain Monnier

(Administrateur Unafam)

Les CDSP : missions, composition, fonctionnement	2
La composition des CDSP	2
Le fonctionnement des CDSP.....	4
Des charges de travail très inégales	5
Un bilan d'activité contrasté	6
Dépasser les difficultés.....	7
Affirmer le rôle spécifique des CDSP	7
Développer la reconnaissance institutionnelle	8
Plus de pouvoir aux CDSP	9
Améliorer le fonctionnement des CDSP	10
Donner un second souffle aux CDSP	12

L'enquête sur les commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP) dont les résultats sont présentés ici a été conduite en partenariat entre la direction générale de la santé (DGS) du Ministère des solidarités et de la santé et l'Unafam (Union nationale des familles et amis de malades et/ou handicapés psychiques). Elle s'est appuyée sur un questionnaire diffusé fin 2018 par l'intermédiaire des agences régionales de santé(ARS), qui visait notamment à recueillir les commentaires des présidents de CDSP sur les points forts et points faibles de ces commissions et leurs suggestions pour en améliorer le fonctionnement. Cette enquête a été complétée par une analyse des données statistiques présentées dans les rapports annuels d'activité de 2017, relatives aux différentes modalités de mesures de soins sans consentement et à l'activité des CDSP¹.

Cet ensemble de données permet d'une part de dresser un état des lieux des CDSP, d'autre part d'identifier des axes d'action permettant de leur donner un nouveau souffle.

LES CDSP : MISSIONS, COMPOSITION, FONCTIONNEMENT

Les commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP), qui ont pris, depuis 2011, la succession des CDHP (commissions départementales des hospitalisations psychiatriques) mises en place en 1990, sont des instances importantes de la démocratie sanitaire, car ce sont les seules instances intervenant en psychiatrie qui soient pluridisciplinaires, indépendantes et comportent des représentants des usagers. Elles sont chargées de veiller au « respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes » (article L3222-5 du code de la santé publique, CSP).

La composition des CDSP

Jusqu'à une date récente ces commissions étaient composées de six membres: un magistrat, deux psychiatres, un médecin généraliste, un représentant des usagers au titre des « personnes malades » et un représentant des usagers au titre des « familles de personnes atteintes de troubles mentaux » (article L3223-2 du code de la santé publique)².

¹ Ont été collectés 93 questionnaires départementaux (dont deux concernant des départements ultramarins) et 88 rapports statistiques d'activité.

² Depuis le vote de la loi de programmation 2018-2022 et de réforme de la justice (23 mars 2019), les CDSP ne comprennent plus que cinq membres, le poste de magistrat ayant été supprimé ; de ce fait, les magistrats en fonction ne seront pas renouvelés à l'issue de leur mandat.

La nomination, en 2017, des six membres prévus par la loi est effective dans les deux tiers des CDSP étudiées et très peu comportent moins de cinq membres. La proportion moyenne de sièges non pourvus d'un titulaire est faible (8%)³.

Ces chiffres ne doivent pas masquer les difficultés récurrentes de recrutement des médecins, généralistes ou psychiatres, dans un contexte où il y a souvent « *pénurie de psychiatres publics dans le département* »⁴. Les démarches effectuées pour trouver des candidats—et leur échec— sont parfois précisées : « *impossibilité de trouver un médecin généraliste malgré de multiples demandes effectuées auprès du Conseil de l'Ordre* », « *absence de médecin psychiatre du centre hospitalier pour siéger à la CDSP malgré les sollicitations de la direction de l'hôpital qui a inscrit ce point à l'ordre du jour de la CME* ». Cette situation est parfois source de conflits d'intérêt : « *les deux médecins qui ont accepté la mission travaillent tous deux dans le même établissement psychiatrique, ce qui ne permet pas de le visiter* ». Améliorer la rémunération des membres de la CDSP, qualifiée par un président de « *misère indemnitaire* » aiderait-il à susciter plus de volontaires ? On peut se poser la question.

Les représentants des usagers doivent être proposés par des associations agréées. L'enquête permet ainsi de disposer d'un tableau de la présence de ces associations dans les CDSP. En ce qui concerne les représentants de familles de personnes malades, une seule association, l'Unafam, est présente dans la quasi-totalité des CDSP. Dans une dizaine de CDSP, la présidence est assurée par un membre de cette association.

En revanche, les représentants des personnes malades proviennent d'une trentaine d'associations, dont quelques-unes sont des associations nationales intervenant dans le domaine de la santé mentale : Fnapsy (13 représentants), Unapei (6), France Assos Santé (4), France Dépression (4), Advocacy (2), Croix Marine (2). Parmi les autres associations, qui pour la plupart n'ont un représentant que dans une CDSP, on trouve des groupes d'entraide mutuelle (GEM, dans six CDSP), des associations locales (par exemple, « association des parents et amis des enfants placés dans les établissements de l'abbé Oziol », APEFAO) ou même des associations sans lien avec la santé mentale (Ligue contre le cancer, Que Choisir).

L'assiduité des membres composant la CDSP est satisfaisante, avec un taux de présence de l'ordre de 90%, ce qui n'empêche pas certaines CDSP d'être confrontées à des difficultés

³ On ne peut exclure l'hypothèse que ces chiffres soient des minimums, dans la mesure où parmi les départements n'ayant pas communiqué leurs rapports statistiques d'activité, un certain nombre correspondent peut-être à des CDSP dont les membres n'ont pas été nommés.

⁴ Les citations en italiques sont extraites des commentaires des présidents de CDSP.

compte tenu des quorums requis par les textes : trois membres dont un médecin pour les réunions, deux membres pour les visites (mais en l'absence de médecin il n'y a pas de communication des dossiers médicaux). Ainsi, « *comme dans toute instance très légère il est difficile d'établir un calendrier garantissant l'équilibre et le quorum* ». En outre, le manque de disponibilité des professionnels en activité est très souvent évoqué : « *disponibilité commune difficile à trouver* », « *mission très difficile à caser dans un emploi du temps chargé* ». - et amène à souhaiter que « *les textes prévoient la possibilité de suppléants* ».

Le fonctionnement des CDSP

Elles exercent leurs fonctions à l'occasion de réunions qui doivent être au moins trimestrielles et lors de visites des établissements du département accueillant en hospitalisation complète des patients en soins sans consentement.

Au cours des réunions sont examinés les plaintes reçues ainsi que les dossiers de deux catégories de patients :

- les personnes admises en soins sans consentement sous la modalité du « péril imminent » (2° de l'art. L3211-2-1 du CSP), qui sont souvent des personnes socialement isolées à l'égard desquelles la CDSP joue le rôle de ce qu'on pourrait appeler un « tiers collectif » susceptible d'agir dans leur intérêt ;
- les patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, dont la grande majorité est en « programme de soins », modalité de soins sans consentement prenant la forme de soins ambulatoires, d'hospitalisation à temps complet de quelques jours par semaine, ou à temps partiel en hôpital de jour ou de nuit.

Les visites d'établissements accueillant en psychiatrie des patients en soins sans consentement comportent plusieurs aspects. D'une part, les patients qui le souhaitent peuvent s'entretenir avec la CDSP, qui se présente comme une autorité indépendante de l'établissement. Lors de ces entretiens, les patients peuvent faire état de leurs interrogations sur leur prise en charge ou sur leur situation juridique mais aussi de plaintes sur des atteintes à leurs droits ou à leur dignité ainsi que sur leurs conditions d'hospitalisation (art. L3223-1 du CSP). D'autre part, la CDSP visite les services, en étant attentive à tout ce qui peut porter atteinte au respect des droits et de la dignité des patients : état des locaux, en relevant le manque d'entretien, la vétusté, avec une attention particulière aux chambres d'isolement,

atteintes à la liberté de circulation, de communication (usage du téléphone)... Elle s'entretient également avec le personnel médical et paramédical.

Enfin, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a chargé les CDSP de la mission de contrôler le registre de l'isolement et de la contention (article L3222-5-1 du CSP). Le rôle de la CDSP dans ce domaine ne se limite d'ailleurs pas à ce contrôle car les CDSP, destinataires du rapport annuel présenté à la commission des usagers (CDU) des établissements et des statistiques concernant ces pratiques dans le département, sont en mesure d'avoir une vision d'ensemble et de s'en entretenir avec les responsables de pôles et services.

Des charges de travail très inégales

Toutes les CDSP ont, en théorie, le même nombre de membres, mais toutes n'ont pas la même charge de travail, car le nombre de dossiers à examiner peut varier considérablement, et il peut y avoir un seul ou plusieurs établissements à visiter dans le département.

Le nombre de dossiers à examiner dépend du nombre d'admissions en « péril imminent » et du nombre de patients en soins de longue durée, nombres susceptibles de varier considérablement⁵. Ainsi, en 2017, il y a eu moins de 100 admissions en « péril imminent » dans plus du quart des départements étudiés, alors que dans 15% des départements il y en a eu plus de 400. Même constat en ce qui concerne les patients en soins sans consentement de plus d'un an : il y a eu moins de 100 patients ayant dépassé cette durée dans près de la moitié des départements étudiés, alors que dans 8% des départements ils sont plus de 400.

Les charges de travail varient ainsi dans des rapports considérables. En moyenne, les CDSP étudiées ont examiné 139 dossiers au cours de l'année, mais le quart en ont examiné moins de 50 et 14% plus de 200.

En ce qui concerne les visites d'établissements, on observe la même diversité, due notamment au fait que le tiers des départements n'ont qu'un seul établissement (un centre hospitalier spécialisé) alors qu'un cinquième en ont quatre ou plus. Dans ces conditions, le nombre de

⁵ une analyse des variations départementales des soins sans consentement, VOIR Magali Coldefy et Charlène Leneindre, Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique, LES RAPPORTS DE L'IRDES n° 558 • décembre 2014.

visites peut varier d'une seule dans l'année (21% des CDSP) à six ou plus (13%), avec une moyenne un peu supérieure à trois.

Un bilan d'activité contrasté

Les données collectées permettent de dresser une typologie des CDSP selon leur activité. On distingue ainsi trois groupes, selon le nombre de sessions (réunion ou visite) :

- CDSP « sur-actives » : 23% des CDSP enquêtées ont tenu au moins neuf sessions, c'est-à-dire par exemple quatre réunions et cinq visites ;
- CDSP « actives » : 51% des CDSP ont tenu entre cinq et huit sessions ;
- CDSP « sous-actives » : 26% des CDSP ont tenu quatre sessions ou moins, dont la moitié environ n'ont même tenu aucune réunion ou une seule en un an.

Ainsi, les trois quarts des CDSP ont un fonctionnement, apprécié selon le nombre de sessions tenues au cours d'une année, révélant un réel dynamisme. Ce constat ne doit toutefois pas masquer les difficultés auxquelles sont confrontées les CDSP.

Des données statistiques inédites

L'enquête apporte des données inédites sur deux modalités de soins sans consentement:

- **Les admissions en soins sur demande d'un tiers « en urgence » (SDTU)**, fondées sur un seul certificat médical rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil ne peuvent être prises qu'« à titre exceptionnel » (article L3212-3 du code de la santé publique). En fait, ces mesures représentent 64% de l'ensemble des admissions sur demande d'un tiers, et plus de 80% dans un département sur quatre.
- **Les « mesures provisoires » prise par un maire**, sur simple « avis médical », en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes (article L3213-2 du code de la santé publique). Ces mesures représentent 56% des admissions en SDRE.

Au total, ces mesures dérogatoires au droit commun constituent 43% de l'ensemble des mesures.

Ces résultats sont des estimations fondées sur un échantillon de 76 départements ayant communiqué les données concernées. La marge d'erreur de ces estimations est de +/- 5%.

DEPASSER LES DIFFICULTES

Les difficultés que connaissent les CDSP, telles que décrites par leurs présidents, sont multiples : le rôle spécifique de ces commissions est mal identifié, elles manquent d'une reconnaissance institutionnelle et enfin elles peinent à affirmer leur pouvoir. A cela s'ajoutent des difficultés de fonctionnement. Toutefois, des pistes existent, tracées par les présidents, pour dépasser ces difficultés.

Affirmer le rôle spécifique des CDSP

Le rôle des CDSP est mal connu des patients mais aussi, ce qui est plus étonnant, des professionnels: « *les missions de la CDSP sont encore imparfaitement connues des professionnels des établissements publics de santé autorisés en psychiatrie* ».

Ce « *manque de lisibilité* » est souvent mis en relation avec l'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD). La confusion entre son rôle et celui de la CDSP est évoquée par près d'une dizaine de présidents : « *la redondance des actions de la CDSP au regard de l'intervention systématique du JLD pose question* », « *difficulté pour la commission de trouver sa place par rapport au JLD* », « *Perte de substance de la commission depuis l'instauration d'un contrôle par le JLD des mesures de SPSC* ».

Le contrôle exercé par ce magistrat ne rend cependant pas inutile ou superflu l'examen par la CDSP des situations individuelles. En effet, pour l'essentiel de leur activité concernant l'examen systématique de dossiers personnels, les CDSP ont un rôle bien spécifique dans la mesure où la grande majorité de ces cas concerne des patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, patients qui, pour la plupart sont en programme de soins, donc ne sont plus sous contrôle systématique du JLD⁶.

Surtout, le regard porté par les CDSP est un regard collectif, pluridisciplinaire, prenant en considération la totalité de la personne, aussi bien d'un point de vue somatique, du fait de la présence d'un médecin généraliste, que psychiatrique, et avec le point de vue citoyen des deux représentants d'usagers.

La même remarque vaut en ce qui concerne les visites d'établissement, un droit dont dispose une « *multiplicité d'intervenants* ». En effet, le préfet (ou son représentant), le maire de la commune d'implantation de l'établissement, le procureur de la République, le président du

⁶ Le JLD n'intervient de façon systématique que sur les patients en hospitalisation complète, avant le 12^e jour suivant leur admission puis tous les six mois. Pour les patients en programme de soins il n'intervient que sur saisine du patient, d'un de ses proches, de la CDSP.

tribunal de grande instance (ou son délégué) peuvent, depuis l'ordonnance royale de 1838, confirmée sur ce point par les lois de 1990 puis 2011, visiter les établissements habilités à accueillir des patients en soins sans consentement, et y « recevoir les réclamations » des personnes admises sans leur consentement (art. L3222-4 du CSP). Disposent également de ce droit, depuis la loi du 27 septembre 2013, les députés, sénateurs, représentants du parlement européen élus en France (art.L3222-4-1 du CSP). En outre, depuis l'institution en 2007 du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), celui-ci est habilité à visiter les établissements psychiatriques afin de s'assurer du respect des droits fondamentaux des personnes admises sans leur consentement. ». Un président se demande ainsi s'il n'y a pas « *doublon avec le JLD, les chefs de juridiction, le préfet, les élus* » ce qui là encore peut rendre difficile la perception de la spécificité de la CDSP

Toutefois, les personnalités pouvant visiter les établissements psychiatriques ne peuvent exprimer qu'un point de vue individuel et spécifique, propre à leur fonction. Les rapports de visite du CGLPL sont sans doute établis par des équipes comprenant au moins un médecin, mais seules les CDSP, également pluridisciplinaires, sont des instances plurielles avec la participation de représentants des usagers. Il faut ajouter que seules les CDSP doivent visiter périodiquement (deux fois par an selon les textes) les établissements.

Développer la reconnaissance institutionnelle

Le manque de reconnaissance institutionnelle se manifeste notamment par des relations avec les psychiatres et les institutions sanitaires parfois décrites comme difficiles : « *accès parfois difficile dans les services* », « *manque d'implication en général des directions et des psychiatres* ».

Pour remédier à ce manque de reconnaissance est suggéré, au niveau des établissements, de renforcer les liens entre la CDSP, le Conseil de surveillance et la Commission des usagers (CDU).

La reconnaissance institutionnelle doit aussi passer par une intégration de la CDSP dans les différentes instances de l'organisation sanitaire départementale, ce qui implique, par exemple « *La participation des présidents de CDSP aux réunions thématiques sur les soins dans un même département entre les différentes structures hospitalières (GHT, réunions de secteurs...etc.)* » ou la « *participation de la CDSP dans les instances concernant l'organisation des soins psychiatriques dans sa dimension territoriale* ». On pense bien

entendu à une participation des CDSP à l'élaboration et à la mise en œuvre des contrats territoriaux de santé mentale.

Le manque de visibilité des CDSP, la confusion entre leur rôle et celui du JLD, sont sans doute en partie liés au fait qu'il y a *«peu de communication institutionnelle autour de la CDSP»*.

Ces actions de communication doivent être menées au plus près du terrain, par les instances départementales ou d'établissement. Pour renforcer la connaissance du rôle des CDSP par les patients, les directions d'établissement et les équipes soignantes devraient mener des actions spécifiques, et notamment *« que l'information du passage de la CDSP dans les établissements soit expliquée à tous les patients concernés »* ainsi qu'à leurs proches. Mais il convient aussi *« d'améliorer l'information auprès des professionnels en santé mentale et des administrations concernées sur les missions de la CDSP »*.

Il faut également des actions de communication dépassant la dimension locale pour donner plus de visibilité aux CDSP, par exemple organisation d'une *« rencontre annuelle ou biannuelle des CDSP sous l'égide de la Direction Générale de la Santé et du Ministère de la Justice »*.

Enfin, pour certains présidents, ces commissions départementales gagneraient en notoriété à être organisées au plan national, que ce soit par la mise en place *« d'une instance nationale pour regrouper l'ensemble des CDSP »*, ou même la création d'une *« association des CDSP »*.

Plus de pouvoir aux CDSP

Les CDSP disposent du pouvoir de lever des mesures de soins sans consentement prises sur décision du directeur d'établissement, c'est-à-dire les soins à la demande d'un tiers et les soins en cas de « péril imminent » (art. L3212-9 du CSP). On doit constater qu'elles n'utilisent quasiment pas cette possibilité : en 2017, trois des CDSP ayant répondu à l'enquête ont obtenu cinq levées de mesures. Elles peuvent également saisir le JLD (douze saisines, aucune levée) ou proposer au représentant de l'Etat la levée d'une mesure relevant de sa décision (quinze demandes, aucune levée).

Les CDSP ont aussi la capacité de faire des observations sur les manquements au respect de la dignité et des droits des patients, d'une part dans les rapports de visite des établissements, adressés aux directions, et qui peuvent contenir des « observations » ou « recommandations » et d'autre part dans le rapport annuel, adressé aux juges des libertés et de la détention

compétents dans le département, au préfet, au directeur général de l'ARS, au procureur de la République et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté (article L3223-1 du code de la santé publique). . Ce « pouvoir » reste cependant très formel et n'entraîne aucune obligation de la part des institutions concernées.

Les commentaires des présidents révèlent une réelle frustration quant à l'effectivité des observations faites, que ce soit auprès des médecins ou de l'administration sanitaire. Un président exprime bien ce sentiment : « *Impression d'un manque de retour sur l'impact des différentes observations faites par les membres de la CDSP au niveau des institutions hospitalières et dans le comportement des médecins* ». D'autres, sous une forme plus concise, confirment : « *peu d'impact sur l'organisation des soins dans la région* », « *les remarques faites sont souvent sans conséquence* », « *absence de prise en compte des observations formulées* ». Enfin, le silence de l'administration est souligné : « *nos remontées d'information [on suppose que c'est vers les directions d'établissements ou des DT-ARS] ont-elles une efficacité ?* » et, plus précisément « *Absence de retour quant au rapport annuel* ».

Face à ce manque de réactivité, les CDSP sont singulièrement dépourvues. Aussi plusieurs présidents estiment qu'il faudrait « *augmenter le pouvoir d'action en cas de manquement* », « *renforcer les « pouvoirs » de la CDSP* » afin que « *les décisions de la CDSP [soient] entendues, écoutées et suivies* ».

Un président enfin souligne le rôle que devrait jouer l'ARS en « *répondant aux demandes d'intervention auprès des directions d'établissement* » formulées par les CDSP dans leurs rapports de visite ou d'activité.

Améliorer le fonctionnement des CDSP

Les CDSP sont très souvent confrontées à des difficultés de secrétariat. D'une façon générale, est dénoncé un « *manque de soutien logistique* », un « *manque de moyens notamment en secrétariat* » qui est parfois tel que ce sont les membres de la CDSP qui assurent le secrétariat : « *les secrétaires de surcroît nous ont été retirées pour les visites* ». Une CDSP qui fonctionne bien, c'est d'abord une CDSP dotée d'un secrétariat efficace. Les présidents interrogés souhaitent donc que les CDSP soient « *plus épaulées par l'ARS* » car actuellement « *tout se passe comme si le temps de secrétariat CDSP était une variable d'ajustement au sein de la DT-ARS* », d'autant que « *ce sont souvent les mêmes personnes qui sont en charge de beaucoup de dossiers* ».

Plus généralement, « *Les responsables psychiatrie des délégations territoriales de l'ARS doivent prêter sérieusement attention à l'activité des CDSP et se préoccuper de leur fonctionnement* »

Un autre thème abordé avec une certaine fréquence correspond à ce qui pourrait être identifié comme une demande d'échanges et d'outils pour pallier le « *manque d'information juridique précise sur les compétences de la CDSP* ». Est regrettée « *l'absence de guide ou d'outils permettant aux membres de comprendre aisément leurs compétences et attributions* », ou plus précisément « *l'absence de grille de contrôle* » pour les visites établissement. A cet égard, force est de constater qu'aucune circulaire ministérielle n'a jamais précisé les missions des CDSP, à l'exception de l'instruction de mars 2017 sur la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention⁷.

Pour assurer cette information des membres de CDSP sur leurs missions, plusieurs présidents regrettent que ne soient pas organisées des rencontres avec d'autres CDSP et déplorent « *l'absence de contact avec les autres CDSP malgré nos demandes* » ou font état de leur « *souhait d'échanger avec les collègues d'autres départements* ».

Enfin, les CDSP sont confrontées à certaines activités de contrôles qui leur semblent soit inutiles soit difficiles à exercer.

C'est le cas notamment du contrôle du *Livre de la loi*⁸ qui est « *complexe et fastidieux pour les membres qui ne comprennent pas bien l'intérêt de ce contrôle en supplément du contrôle des dossiers* ». Aussi, plusieurs présidents demandent qu'on réfléchisse « *aux possibilités de simplification et d'amélioration du registre de la loi* » et en souhaitent notamment « *l'informatisation* ».

Ce sont aussi les contrôles du registre de l'isolement et de la contention qui suscitent des critiques : un président souligne le « *manque d'harmonisation concernant les registres d'isolement –contention* ». Un autre évoque le fait que « *la compréhension du registre d'isolement et des contraintes désormais numérique [...] n'est possible qu'avec l'aide du médecin informaticien qu'il faut solliciter à chaque fois* ». Plus globalement sont citées les difficultés « *d'accès aux statistiques* » ou la « *difficulté à obtenir des données fiables* ».

⁷ Instruction DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017.

⁸ C'est ainsi qu'est couramment désigné le registre prévu à l'article L. 3212-11 du code de la santé publique

DONNER UN SECOND SOUFFLE AUX CDSP

Quatre idées se dégagent de cette enquête sur l'activité des CDSP :

- Les commentaires des présidents de CDSP révèlent une attente d'initiatives permettant de donner un nouvel élan à ces instances chargées de veiller au respect des droits et de la dignité des personnes admises en soins sans consentement. Il s'agirait non seulement de les doter de pouvoirs accrus, mais de développer leurs capacités en développant les possibilités d'échanges et de rencontres entre CDSP et en mettant à leur disposition des outils spécifiques, par exemple sous forme d'une instruction ministérielle, pour leur permettre de remplir au mieux leurs missions.
- Les CDSP doivent « sortir de l'ombre » et s'affirmer en tant qu'autorité indépendante. Elles doivent s'attacher à faire reconnaître leur spécificité et à valoriser leur rôle, notamment vis à vis des instances opérant dans le champ de la santé mentale : conseils de surveillance et commission des usagers des établissements, commission spécialisée en santé mentale du conseil départemental. Elles doivent être impliquées dans les travaux d'élaboration et de suivi des contrats territoriaux de santé mentale. Elles doivent enfin être davantage associées aux visites de certification de la Haute autorité de santé (HAS) ainsi qu'aux visites du contrôleur général des lieux de privation de liberté.
- Elles ont besoin que s'exprime, de la part des autorités sanitaires (ARS, ministère de la santé), un soutien, et plus largement, la volonté politique de leur donner toute leur place dans l'organisation sanitaire. Ce soutien doit notamment se manifester par une communication institutionnelle, dans les départements comme au plan national. Les ARS doivent donner une traduction concrète de ce soutien en affectant aux CDSP des moyens en personnel leur permettant de remplir leurs missions.
- Enfin, pour affirmer la spécificité des CDSP, peut-être faut-il repenser le cadre général des contrôles, en clarifiant les rôles respectifs – et les liens éventuels- de cette commission, du juge des libertés et de la détention et du contrôleur général des lieux de privation de liberté. Cette redéfinition s'impose particulièrement en ce qui concerne le contrôle des pratiques d'isolement et de contention, une mission dans laquelle les CDSP doivent jouer un rôle central dans la mesure où elles seules sont à même d'effectuer une analyse, régulièrement actualisée, des politiques mises en œuvre par les établissements pour réduire le recours à ces pratiques, et de leurs résultats.

**

*

Les CDSP s'appuient sur l'engagement de centaines de membres, compétents, animés par la recherche de l'intérêt des personnes malades, le respect de leurs droits et de leur dignité. Elles portent sur les services de psychiatrie un regard extérieur, pluridisciplinaire et citoyen. Elles sont ainsi à même de contribuer à l'amélioration de la prise en charge non seulement des patients en soins sans consentement mais de l'ensemble des patients. C'est un capital à préserver et à développer.

Références juridiques

Les missions des CDSP sont définies par l'article L3222-5 du code de la santé publique (CSP) et L3222-5-1 en ce qui concerne le contrôle des registres de l'isolement et de la contention.

Leurs attributions et leur composition sont précisées par les articles L3223-1 et L3223-2 du CSP et leur fonctionnement est défini par les articles R3223-1 à R3223-11 du CSP