



Organisé par :



GCS POUR LA RECHERCHE
ET LA FORMATION
EN SANTE MENTALE



Avec le soutien de :



SYNTHESE DE LA TABLE RONDE 1 Bilan des privations de liberté en France et en Europe

Président : Gilles Vidon, psychiatre, chef de pôle, Hôpitaux de Saint-Maurice – CCOMSGCS
- Magali Coldefy, maître de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) et Coralie Gandré, ingénieure de recherche, équipe ECEVE, INSERM UMR 1123
- Anu Putkonen, psychiatre, Hôpital Niuvanniemi
- Jolijn Santegoeds, co-présidente du World network of users and survivors of psychiatry (WNUSP), administrateur de l'European network of (ex-) users and survivors of psychiatry (ENUSP) et Fondatrice de Mind rights, Pays-Bas

Introduction - G. Vidon

Ouverture de la table ronde par le Dr Vidon qui présente l'hétérogénéité des pratiques au niveau mondial, citant les exemples des Etats-Unis et du Canada où les services de sécurité sont en charge d'exercer la contrainte physique sur les personnes ; puis de son propre établissement où la situation serait inversée et seuls les soignants seraient aptes à isoler ou contenir quelqu'un. Ces pratiques à contre-sens évoquent un phénomène général dans la psychiatrie mondiale et mériteraient qu'un consensus soit trouvé. Il rappelle par la suite la volonté d'aider des soignants et marque la distinction entre la contention, le fait d'attacher quelqu'un, et l'isolement, le fait de le mettre à l'écart, qui sont souvent cités de pair mais restent des pratiques très différentes.

Etat des lieux de la contrainte en France : Données nationales sur les mesures portant atteinte à la liberté des personnes en psychiatrie – M. Coldefy

Il existe plusieurs sources de données pour objectiver le recours aux mesures portant atteinte à la liberté des personnes en psychiatrie. Ces sources et leur utilisation ont évoluées dans le temps et ne permettent donc pas de les comparer exactement mais mettent en avant des tendances dans les pratiques.

Ainsi, l'isolement concernait, en 2003, 86% des secteurs de psychiatrie qui étaient équipés d'au moins une chambre d'isolement et 4% des personnes hospitalisées. En 2015, le nombre de personnes mises en chambre d'isolement a plus que doublé pour atteindre 8.3% des personnes hospitalisées, dont 57% des personnes hospitalisées en D398 et 9% des mineurs hospitalisés. De plus, des disparités importantes sur le territoire persistent, tant au regard du nombre de personnes concernées que de la durée des mesures. Les taux de recours à l'isolement varient d'un établissement à l'autre entre 0% et 44% des personnes hospitalisées.

Concernant les soins sans consentement, sur la base des données recueillies à l'occasion de l'évaluation de la loi du 5 juillet 2011, plus de 92,000 personnes ont été hospitalisées au moins une

fois sans consentement en 2015, soit 5.4% de la file active. Il s'agit d'une population majoritairement masculine, jeune et ayant des troubles psychiques sévères.

Depuis 2012, on note une hausse sensible du recours aux soins sans consentement avec une augmentation de 15% des mesures contre 5% d'augmentation de la file active globale. Cette hausse s'explique en partie par la mise en place des programmes de soin et la possibilité de poursuivre les mesures de contrainte en dehors de l'hospitalisation, et par la montée en charge des soins pour péril imminent, qui ont augmenté de 128% entre 2012 et 2015, représentant 21% des personnes admises en soins sans consentement en 2015 et contrastent avec une relative stabilité des autres mesures. Là encore des disparités territoriales importantes interrogent et, de manière plus générale, le recours aux mesures de contrainte reste très inégal sur le territoire français avec des écarts allant de 1 à 6 suivant les départements.

Etat des lieux de la contrainte en France : Comment expliquer les disparités de recours aux soins sans consentement en France ? – C. Gandré

Ces disparités remettent en cause l'efficacité, l'équité et la qualité des soins et une étape clé de leur explication est l'identification des facteurs associés à ces pratiques qui permettraient une meilleure compréhension et la mise en place de recommandations pour les prévenir. Pourtant, en France, il existe peu d'étude sur cette question.

Une étude de l'IRDES s'est fixé comme objectif d'analyser les facteurs associés aux disparités de recours aux soins sans consentement entre territoires de santé. Les résultats mettent en avant une variabilité liée à des différences de besoin mais également un rôle majeur du contexte socio-économique, de l'offre de soins et du milieu urbain.

Une deuxième étude de l'INSERM s'est intéressée aux facteurs associés aux disparités de recours aux soins sans consentement entre secteurs de psychiatrie. Les résultats mettent en avant un fort rôle de l'offre de soins, en particulier des caractéristiques des secteurs et des offres sanitaire et médico-sociale environnantes.

Une dernière étude du CCOMS s'est centrée sur les soins sans consentement sur la décision du représentant de l'Etat à un niveau plus qualitatif et a étudié l'association entre le niveau de sévérité des troubles et le taux de recours aux mesures de SPDRE. Les résultats ne montrent pas de différence significative concernant la sévérité des troubles entre les différents taux de SPDRE, mais mettent en avant une corrélation de ces taux avec des variables de l'organisation et de l'offre de soin.

Ces premières études montrent l'importance d'objectiver les disparités territoriales, ce qui serait la première étape pour améliorer la qualité des soins, et également de poursuivre les recherches sur les facteurs associés à ces disparités et leur lien avec l'organisation des secteurs.

Questions de la salle

Q : Ces études montrent à la fois des chiffres mais aussi des tentatives d'explication et c'est ce qui est important. Derrière toute conduite d'isolement ou de contention il y a des facteurs culturels liés à l'histoire. Il faut donc comprendre et faire de la recherche qualitative. Dans ce contexte quelle utilité peut avoir le RIM-P ?

M. Coldefy : L'utilité est limitée, le RIM-P n'a pas pour but de collecter des données et n'est pas très adapté. Il y a peu de données individuelles et il est par exemple difficile d'identifier les programmes de soin.

Q : Ces résultats sont très contre-intuitifs, dans les établissements bien dotés on voit beaucoup de contrainte alors qu'on penserait le contraire.

M. Coldefy : Les territoires bien dotés en ressources humaines et en nombre de lits sont souvent le reflet d'un établissement spécialisé bien doté. Il est donc difficile de conclure car la population couverte n'est pas la même, c'est une des limites de l'étude car cela se passe à l'échelle du secteur.

Q : A-t-on des données sur les disparités depuis le changement de loi ?

M. Coldefy : Les disparités entre établissements spécialisés et généraux n'ont pas encore été étudiées depuis la loi mais les données montrent que la catégorie d'établissement ne suffit pas à expliquer les différences.

Q : Concernant le doublement de l'utilisation des chambres d'isolement entre 2003 et 2015 il faut prendre en compte la réduction du personnel et la formation des infirmiers. Avant, la déambulation était considérée comme un symptôme acceptable mais plus maintenant.

M. Coldefy : Concernant les moyens humains, on parlerait plus de stabilisation que de réduction. Après ce n'est pas l'organisation de l'équipe qui doit justifier le recours à ces pratiques mais la

clinique. De plus les variations de moyens touchent l'ensemble du territoire et ne peuvent pas expliquer les disparités.

G. Vidon : D'où la nécessité de mettre en place un observatoire pour comprendre, examiner et avoir toutes les données pour répondre aux questions soulevées par les statisticiens.

L'impact de la législation sur le recours à la contrainte dans les services psychiatriques finlandais – A. Putkonen

Je travaille depuis 1981 dans la même institution, la plupart des patients ont des troubles psychotiques et des problématiques de violences ou de crime.

Ce qui a changé depuis la loi de 2001 : dorénavant, les atteintes aux droits doivent être basées sur la loi. La loi a encadré les 10 restrictions de liberté autorisées en psychiatrie et nous devons les justifier, contrairement à avant où les droits devaient se gagner.

Les autorités locales peuvent agir sur l'hôpital mais pas de manière centralisée. Dans tous les domaines les gens font ce qu'ils ont l'habitude de faire.

Les premières modifications légales ont été évaluées et n'ont montré aucun impact sur les pratiques. En 2011, nous nous sommes donc rassemblés, comme nous le faisons aujourd'hui, avec comme objectif principal de réduire l'utilisation de l'isolement et de la contention sans augmenter la violence dans les services. Cet accompagnement et ces formations ont permis de réduire le recours à l'isolement et à la contention et d'augmenter le nombre de services ouverts.

S'est posée la question de la définition de l'isolement et de la contention car les définitions officielles réglementaires ont été contournées, les personnes étaient isolées dans leur chambre par exemple. Nous avons donc adopté des définitions simples de l'isolement et de la contention basées sur les droits :

Isolement : Placement contre sa volonté d'une personne seule dans une pièce fermée ou une zone dont on l'empêche physiquement de sortir.

Contention : Toute méthode manuelle ou physique, tout équipement, matériel ou dispositif mécanique qui immobilise ou réduit la capacité de la personne à mobiliser ses bras, ses jambes, son torse ou sa tête librement.

Études quantitatives de la réduction de l'isolement et de la contrainte à l'hôpital de Niuvanniemi – A. Putkonen

Je souhaiterais aborder les études que nous avons menées sur la réduction de l'isolement et de la contention dans l'hôpital de Niuvanniemi. Il n'y a pas d'élément scientifique en faveur de l'isolement ou de la contention comme outil thérapeutique, c'est un produit de la culture médicale.

Nous avons adopté les 6 Core Strategies qui sont les données les plus récentes en matière de réduction de la contention et d'isolement et qui viennent de Pennsylvanie dans les années 90 :

- Du leadership vers le changement
- Données pour informer sur l'évolution des pratiques
- Développer votre équipe
- Les outils de prévention des pratiques d'I/C
- Intégration totale des usagers, des pairs et des familles dans toutes les activités
- Débriefing / Analyses après tout incident

Ces stratégies ont eu un effet important sur la réduction des pratiques d'isolement/contention et sur le nombre de jours d'arrêt de travail au sein de l'équipe.

Questions de la salle

Q : Je trouve que le point très important mis en avant est sur les core strategies. Ils cherchent à changer les habitudes de réagir et de changer la réponse inconsciente coercitive. En Allemagne, il y a eu une étude sur la pédagogie noire dans les années 70, qu'en est-il du lien entre les pratiques psychiatriques et cet épisode ?

A. Putkonen : Quand je suis arrivée dans les années 80, il n'y avait pas de contention ou d'isolement et ce jusque dans les années 90 où le patient a commencé à être perçu comme dangereux. C'était choquant de voir les inégalités de traitement et l'absence de prise en compte de leur point de vue. Il est possible de changer, mais il ne faut pas laisser la possibilité d'appliquer la contrainte car sinon elle revient.

Q : En tant qu'usager de la psychiatrie, je voudrais partager mon expérience. J'ai été mis en chambre d'isolement il y a 6 ans et ça a été l'expérience la plus traumatisante de ma vie. Aux urgences on m'a injecté et je me suis réveillé dans un dortoir puis on m'a placé en chambre d'isolement. On ne m'a jamais rien expliqué, je n'en avais jamais entendu parler. J'ai cru que

j'étais pris en otage. Si vous ne souhaitez pas abolir l'isolement, j'aurais au moins aimé qu'on me parle. Après la camisole physique j'ai eu 3 ans de camisole chimique, quand je suis sorti de l'isolement je ne pouvais plus parler, je bavais. Je soutiens les collègues de Ville-Evrard sur le manque de moyens.

A. Putkonen : Les 6 Core Strategies comprennent un débriefing. La communication est la base de cette stratégie, le changement de culture, partagé entre usagers, médecins et infirmiers. J'ai vu des infirmiers à 10 dans un coin et les patients dans l'autre. C'est possible de communiquer avec tout le monde, des plus problématiques au plus psychotiques.

La position des usagers et des survivants de la psychiatrie en Europe – J. Santegoeds

J'ai été institutionnalisée à 16 ans après une tentative de suicide. J'ai eu peur, je me suis retrouvée entourée de personnes que je ne connaissais pas. J'ai fait une deuxième tentative de suicide puis ils ont décidé que j'étais dangereuse et je me suis retrouvée en isolement. J'ai cru perdre ma vie et être mal venue dans le monde.

J'étais seule dans cette salle avec mes pensées. J'étais dans une poubelle pour êtres humains. Je voulais leur montrer qu'ils avaient tort de me faire ce qu'ils me faisaient : j'ai tapé sur la porte et hurlé. Ils sont venus m'injecter, je me suis sentie empoisonnée, je ne savais pas si ce que je ressentais était dû à moi ou aux traitements. J'ai continué à crier et frapper ma tête sur les murs et ils m'ont contenu. Je ramenaient de temps en temps des couteaux dans la chambre d'isolement et je me suis fait fouiller corps entier. C'était du viol et on l'appelait soin.

Le personnel a estimé que j'étais dangereuse, je suis restée en isolement de 16 à 18 ans. J'avais un tendon rompu à la jambe et ils disaient que je faisais semblant donc je n'ai pas eu le droit de voir un médecin. Finalement le service a été fermé et j'ai été transférée dans une unité intensive psychiatrique (PICU). Ca a changé ma vie.

Ils ne m'ont pas isolé, ils m'ont dit que je pouvais sortir. J'avais du mal à savoir quoi faire à l'extérieur. Les infirmiers me traitaient plus équitablement et je les considérais comme des êtres humains. J'ai repris espoir. Ca a changé ma vie. J'ai arrêté de faire des tentatives de suicide. La contrainte m'a presque coûté la vie, les vrais soins m'ont aidé.

Ma conclusion personnelle est que la contrainte ne peut être du soin. Si vous dites non et qu'on ne vous écoute pas, c'est un traumatisme. Si les gens ne m'écoutent pas quand ils me font du mal, alors que je leur dis que je ne veux pas, ils ne m'écouteront jamais.

Pour ENUSP, la contrainte en psychiatrie n'est pas du soin. Elle l'empêche et permet de négliger les gens. Ces pratiques ne sont pas basées sur des preuves ou sur le rétablissement. Elles ne sont pas une protection mais un abus. Elles ne sont pas une solution mais un problème. Des soins réels sont possibles quand de vrais efforts sont faits. Il y a de nombreuses possibilités entre aucun soin et les soins sous contrainte.

La contrainte est une atteinte aux Droits de l'Homme et est interdite notamment par la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées de l'ONU. De plus, elle attire de plus en plus l'attention avec plusieurs rapports de l'ONU, notamment sur les pratiques de torture dans les milieux de soins.

Les violations aux Droits de l'Homme ne permettent pas de tolérance : nous ne sommes pas des produits industriels. C'est une question de droits et nous pouvons demander réparation afin d'aider à soigner nos blessures et à apprendre à tous à s'écouter et à réduire la souffrance. Nous sommes en faveur d'une justice réparatrice en psychiatrie avec des objectifs de vérité et de réconciliation.

Questions de la salle

Q : Quel a été votre parcours pour devenir co-présidente d'ENUSP, comment vous en êtes venue à vous engager ?

J. Santegoeds : Je suis allée à une conférence d'ENUSP en Uganda et apparemment ils m'ont bien aimé puisqu'à ma première intervention j'ai été élue dans le bureau et 4 ans plus tard j'ai été élue co-présidente. Sortez et allez aux rencontres.

Q : Moi qui n'ai pas beaucoup de recul sur la psychiatrie pour y être arrivée récemment, je pense qu'on ne peut pas avoir de dogme absolu dans tous les sens. J'entends Monsieur que vous disiez que les psychiatres ne torturent pas, j'en suis sûre. On a ici dans la salle des médecins de Ville-Evrard qui réfléchissent constamment à ces problématiques d'enfermement et de contention. Depuis que je suis arrivée, je vous raconte juste la petite histoire d'un patient qui a été placé à la demande de l'autorité de l'Etat parce qu'il menaçait de s'autodafé, de se brûler. Alors on ne l'a pas contentonné, on l'a néanmoins isolé, on a fouillé ses vêtements mais pas son corps. Il s'avère que ce monsieur qui était extrêmement déterminé avait probablement à l'intérieur de lui de quoi se faire

brûler, ce qu'il fit. Des infirmiers tout à fait traumatisés se sont précipités, blessés. Une infirmière qui a essayé de le sauver s'est brûlé les mains. Tout va bien pour elle si j'ose dire et ce Monsieur est décédé. C'est tout, je ne veux pas du tout faire un pathos mais je pense qu'il faut faire extrêmement attention et laisser aux médecins, au cas par cas, dans l'interdisciplinarité, la possibilité de réfléchir et de choisir. Il ne faut pas d'excès dans les deux sens. Bien sûr que l'enfermement n'est pas une fin en soit, bien sûr que la contention peut paraître absolument criminelle mais il y a aussi des vrais patients qui ont des vraies souffrances et pour lesquels quand on a bien réfléchi, parfois, il faut savoir prendre certaines décisions.

J. Santegoeds : Je ne suis pas d'accord parce que je pense que le principal risque est de laisser la personne seule et de ne pas pouvoir intervenir si quelque chose se produit. Si vous étiez restés avec lui tout le temps, ça ne serait pas arrivé. Et je suis furieuse parce que j'ai été institutionnalisée et j'étais si mal que je necessitais "une prise en charge 24/24", plus que ce que ma mère pourrait me consacrer et j'ai une bonne mère. On m'a promis une prise en charge 24/24 et ce n'était pas le cas. La plupart des patients sont seuls, se sentent mal parce qu'on les traite mal et c'est ce qui nourrit le désir de se suicider, de se faire du mal ou autre. Seuls, ils ont pleins d'opportunités de le faire, c'était mon cas en isolement : j'ai eu de nombreuses opportunités de le faire. Je pense que le pire qui puisse être fait est de laisser les gens seuls.

Q : Merci de votre témoignage et de votre exposé. Vous parlez de réparation, qu'est-ce que c'est que la réparation pour quelqu'un, comment on pourrait le mesurer et le mettre en œuvre et ce de façon légale. Dans tous les témoignages que j'ai pu recueillir des personnes qui avaient été contraintes et isolées, elles ont été marquées à vie, on ne peut pas effacer cet événement. Peut-être qu'une compensation est nécessaire mais ça me paraît difficile.

Conclusion - G. Vidon

Pour conclure cette table-ronde puisque nous sommes dans le ministère, Madame la Ministre, le mieux serait que dans chaque service de psychiatrie, où il y a des gens qui souffrent très très durement, il y ait un nombre suffisamment de personnels. Une des limites de la sectorisation est le mélange des malades. J'en appelle aux autorités qui président cet établissement qu'il y ait beaucoup plus de soignants. C'est seulement l'augmentation du nombre de soignants qui permettra que l'on soit plus souvent auprès des malades.

Par ailleurs, si vous êtes en voiture, il y a un accident de voiture, la personne est dans le coma les secours arrivent il faut lui couper la jambe, faut-il attendre qu'elle sorte de son coma pour lui demander son consentement ? Henri Ey disait que la psychiatrie est la maladie de la liberté. On ne peut pas répondre en modélisant la bonne réponse pour chaque situation et heureusement que nous avons de bonnes équipes dans tous nos hôpitaux qui savent prendre en compte toutes ces données.