



Organisé par :



Avec le soutien de :



SYNTHESE DE LA TABLE RONDE 2 Les soins sans contrainte

- Président de séance : Ron Coleman, directeur de Working to recovery, Royaume-Uni.
- Giulio Castelpietra, psychiatre, Italian Collaborating Centre for the WHO Family of International Classifications.
 - Giulio Mastrovito, psychiatre, service de santé mentale et centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Trieste.
 - Mathilde Labey, psychiatre, et Corinne Noël, médiatrice de santé pair, EPSM Lille métropole.
 - Páll Matthíasson, président-directeur général de l'Hôpital Universitaire Landspítali, Reyjavik, Islande.

R. Coleman ouvre la séance en insistant sur le fait que la contention et les contraintes sont des punitions, pas des traitements. Il insiste sur l'importance du respect de la personne.

G. Caspeltria. La contrainte dans les services de santé mentale: la méthode de la région du Frioul – Venetie Julienne (FVJ)

Le Dr Castelpietra commence par préciser qu'il ne présentera pas de chiffres, puisque dans sa région il n'a aucun isolement, aucune contention. Il ajoute qu'il n'est pas en mesure de dire ce qu'il en est des autres provinces autonomes de l'Italie.

Il introduit sa présentation par cette phrase de Basaglia « *Tout type d'organisation qui ne prend pas en compte le patient dans sa façon personnelle et libre d'habiter le monde, n'atteindra pas son but, parce qu'il agira sur ce sujet comme une force négative, même s'il pense pouvoir le soigner* » (1965).

La région comporte 17 Centres Communautaires de Santé Mentale, ouverts 24 heures/24 et 7 jours/ 7, équipés de 6 à 8 lits chacun ; 5 Centres communautaires de Santé Mentale, ouverts de 8 à 12 heures par jour, pendant 6 jours ; 3 Unités Psychiatriques des hôpitaux généraux avec 6 à 14 lits d'urgence; 3 Résidences pour "mesures de sécurité" avec 2 lits chacune (alternative aux hôpitaux de psychiatrie médico-légale) ; un Service pour la réhabilitation et un support résidentiel fourni par l'équipe à différents niveaux ; plusieurs programmes de logements subventionnés ; un hôpital de jour comprenant des programmes de formation et des ateliers ; des coopératives sociales et des associations de familles et d'usagers, clubs et maisons du rétablissement.

S'appuyant sur le cadre législatif international, européen et italien, le Dr Caspeltria défend que la contention devrait être considérée comme un acte non thérapeutique : elle ne rétablit pas, n'est

pas préventive, ne réhabilite pas et peut entraîner des blessures, des handicaps graves et même la mort de ceux qui la subissent.

Des données épidémiologiques comparant les différentes régions (2015 ; Population de 20 000 usagers) montrent que la région FVJ a un faible taux d'hospitalisations en unité psychiatrique des hôpitaux généraux (24,5%) et d'injonctions de traitement sous contrainte

Comment arriver à 0 isolement, 0 contention ? En axant entièrement le système sur le rétablissement, ce qui implique pour le Centre de Santé Communautaire de : Travailler avec des plans de soins individualisés grâce à une négociation active; Garantir l'entière responsabilité du Centre de Santé Mentale Communautaire dans toutes les phases du traitement ; Travailler sur l'environnement et le tissu social ; Soutenir les forces individuelles in vivo ; Rendre des comptes à la communauté.

G. Mastrovito. La contrainte dans les services de santé mentale: La réalité utopique de Trieste.

Pour illustrer le fait que la contention n'est ni une nécessité ni un acte thérapeutique, mais un choix éthique et politique, le Dr Mastrovito enchaîne en présentant le cas de Trieste. Depuis les années 70, Trieste a fait le choix de s'opposer à la psychiatrie traditionnelle en mettant en avant l'acte thérapeutique individuel et en redistribuant le pouvoir dans la prise en charge.

L'abolition de la contrainte, à Trieste puis dans toute la région, a été rendue possible par un changement de paradigme (vers un modèle bio-psycho-social), un changement d'organisation (fermeture des hôpitaux psychiatriques, création de centres de santé mentale communautaires, etc.), et un engagement des professionnels, des proches et des associations.

Trieste comporte 4 centres de santé mentale communautaire (6 lits, 24h/24), 1 unité psychiatrique dans l'hôpital général (6 lits), au total 30 lits pour 22 000 habitants.

Le refus de la contrainte pendant une crise repose sur l'implication d'une équipe pluridisciplinaire, une négociation continue sur l'offre de soins, une relation basée sur la reconnaissance de l'autre et de sa souffrance.

Les problèmes principaux concernent les cas d'ébriété et d'intoxication, qui impliquent de faire de la prévention et de passer des protocoles d'accord avec les services d'urgence et de sécurité.

A quels niveaux intervenir pour éviter et supprimer la contention ?

Au niveau législatif et organisationnel, au niveau des soins, et au niveau des professionnels.

M. Labey et C. Noël. Les soins sans contrainte ; Politique d'organisation d'un pôle psychiatrique intégré dans la santé

M. Labey présente le Pôle du service de santé mentale des villes d'Hellemmes, Mons en Baroeul, Lezennes, Faches Thumesnil, Ronchin, Lesquin, de l'EPSM (Etablissement Public de Santé Mentale) Lille-Métropole, situé dans la banlieue de Lille (zone urbaine de 84 555 habitants).

L'action est basée sur le rétablissement : ne pas vouloir qu'un usager aille mieux d'une certaine manière mais à sa manière, favoriser le pouvoir d'agir, véhiculer l'espoir, encourager l'entraide mutuelle, aider à l'insertion sociale.

Ceci se traduit par un certain nombre d'actions : intégrer des travailleurs pairs parmi les professionnels, établir des partenariats avec les associations d'usagers, favoriser une démarche de co-construction du pôle de santé et améliorer la qualité du service rendu (parole donnée aux usagers ; forums ; formalisation du système de plainte, élection de porte-paroles). Cela implique des alternatives à l'hospitalisation, des dispositifs de consultation et des ressources communautaires.

Les hospitalisations se font au sein de la clinique Jérôme Bosch, qui met l'accueil au centre des pratiques avec comme objectif « 0 contention – 0 isolement » (3 contentions en 2016). Il s'agit de limiter les frustrations en faisant de la restriction de liberté une exception, de limiter le sentiment d'enfermement, de favoriser l'expression et de reconnaître la plainte. Participent à cette orientation : l'équipe soignante (par ex., répartition des tâches anticipée et disponibilité), l'équipe médicale (par ex., continuité des soins et priorisation des entretiens), et l'équipe éducative (par ex., soutien des droits, accompagnement du projet social individualisé). Par ailleurs, le personnel est formé à la gestion de la violence et, en cas de crise, la clinique peut faire appel à des ressources extérieures.

L'hospitalisation est considérée comme un dernier recours. Il y a en moyenne 7 patients hospitalisés pour 10 lits, la durée moyenne de séjour est de 7.5 jours. En 2016, il y a eu 221 personnes hospitalisées (347 / 100 000), 108 entrées sans consentement.

L'EPSM dispose de plusieurs alternatives à l'hospitalisation, pour des durées limitées : soins intensifs intégrés dans la cité (7 places) et accueil familial thérapeutique (7 places disponibles dans 5 familles).

Les dispositifs d'accompagnement comportent des soins médico-psychologiques de proximité, avec une large amplitude horaire et sans liste d'attente, la présence d'infirmiers 7 jours / 7, des activités physiques, culturelles, artistiques... (il n'y a plus d'hôpital de jour dans un lieu dédié), un accompagnement des usagers avec un haut niveau de handicap et un soutien au maintien dans un logement. Toutes ces activités sont appuyées par les conseils locaux de santé mentale.

Plusieurs modifications des pratiques devraient permettre de passer du parcours de soins au parcours de rétablissement : fermer les chambres d'isolement (tant qu'il y en aura, il y aura de l'isolement), répartir les moyens sur l'ambulatoire, limiter les règles de restriction de liberté, intégrer des travailleurs pairs.

C . Noël, Médiatrice de santé paire (MSP) dans ce secteur de psychiatrie, témoigne. Se rétablir est une suite de contraintes et d'efforts. L'obligation de participer à des ateliers constitue également une contrainte, un frein à l'autonomie, alors que tout devrait être centré sur le respect de la personne. Ses activités de MSP contribuent à donner espoir à la fois aux usagers et aux professionnels, en montrant que le rétablissement est possible. Les forums permettent de réunir critiques et suggestions ; les porte-paroles des usagers établissent un lien régulier avec les usagers, font remonter leurs avis par l'intermédiaire de fiches, participent à des réunions avec les équipes et des groupes de travail.

P. Matthiasson. Moins de soins sous contrainte : l'expérience islandaise

L'hôpital Landspítali (Rejavik) couvre 85 % des prises en charge de type 2 et 100 % de celles de type 3 (partie santé mentale du système de l'hôpital général). Il n'y a pas d'hospitalisation au long cours (sauf un service médico-légal - durée moyenne de séjour de 2 ans).

En termes juridiques (pas de loi spécifique à la santé mentale), la contrainte s'effectue sous contrôle juridique et est prononcée par les tribunaux.

La durée des soins sous contrainte est de 72 heures à 21 jours, et peut être prolongée de 12 jours maximum par décision des tribunaux.

Le taux d'hospitalisation sous contrainte est très bas et il n'y a pas de contention physique.

Sur la période 2003-2010, le taux d'admission sous contrainte représente 3,7 % du total des admissions.

A la date du 16 septembre 2016, 27 % des personnes hospitalisées étaient privées de liberté. Dans l'unité des soins psychiatriques intensifs, ce taux était de 22 %. Les taux de personnes placées sous contrainte étaient quant à eux respectivement de 27 % (la totalité des personnes privées de liberté) et 20 %.

Le taux de contentions mécaniques (camisoles de forces, chaînes, ceintures) chez les patients hospitalisés varie d'un pays à l'autre, et à l'intérieur d'un même pays. La moyenne européenne est de 11 %, allant de 0 % au Royaume Uni et en Islande à 22 % en Pologne. Il est de 11 % aux USA et de 18 % au Japon. Près de la moitié des causes de contention consistent à "prévenir" l'agitation.

L'utilisation de la contention chimique par médication (principalement par injection) n'augmente pas quand les contentions mécaniques sont moins utilisées.

En dehors de ces deux formes de contention, on peut avoir recours à des contentions environnementales, qui consistent à isoler les patients ou à les placer dans des salles de désescalade. La mise en place d'une unité de soins psychiatriques intensifs a permis de diminuer les incidents dans la section "santé mentale" de l'hôpital Landspítali, entre 2014 et 2016.

Les soins sous contrainte peuvent conduire à certains abus, par ex. quand ce mode d'hospitalisation n'est pas nécessaire ou que le patient est victime de mauvais traitements pendant la période d'hospitalisation (contentions physiques ; surmédication, isolement).

Quelles recommandations pour la France ? 1. Être courageux et interdire la contention mécanique 2. Diffuser une approche globale de la santé mentale 3. Faire participer les usagers, négocier et se faire confiance les uns les autres.