



Organisé par :



Avec le soutien de :



### SYNTHESE DE LA TABLE RONDE 3 Vers une modification des pratiques

*Président : Gilles Moullec, directeur du CH Edouard Toulouse, Marseille - CCOMS-GCS*

*Padraig O'Beirne, Directeur des soins infirmiers, Cavan Monaghan Mental Health – « Vers une abolition de la contrainte : la dynamique en Irlande »*

*Delphine Moreau, collaboratrice scientifique senior FNS, Hesav, Lausanne : « Contrainte : évolution des pratiques en Suisse »*

*Roselyne Touroude, vice-présidente de l'Union Nationale de Familles et amis de Personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) – « Identification des bonnes pratiques en France »*

#### **Padraig O'Beirne**

Si une personne fait preuve de violence, on augmentera systématiquement les équipes. La plupart de nos ressources sont implantées dans la communauté. Il s'agit d'une approche biopsychosociale. Personnellement, je suis convaincu de la nécessité absolue de la formation adéquate des équipes. Car je pense que la réaction des soignants a beaucoup à voir avec des situations dont ils ont peur. Alors l'isolement et la contrainte sont-ils bénéfiques ? Ce dont je peux témoigner c'est que de façon générale, les équipes et l'ensemble des services n'apprécient pas ces pratiques qui représentent un important facteur de stress pour eux aussi. Pour les patients, l'usage de ces pratiques ne peut que réactiver des traumatismes antérieurs. On sait par ailleurs que le fait de pratiquer l'isolement et la contention peuvent potentiellement mener à des abus de pouvoir et à des maltraitances : ces pratiques peuvent être utilisées comme des mesures punitives afin de contrôler des comportements voire même des demandes parfois anodines, comme demander une tasse de café à deux heures du matin... En Irlande, le Comité pour la Santé Mentale promeut les techniques de désescalade. L'idée est de privilégier un soin empreint de compassion. Je propose 3 recommandations :

- Développer un cadre légal qui permettrait un usage contrôlé et standardisé de la contrainte et de l'isolement.
- Bannir et interdire tout usage de la contention mécanique.
- Faire en sorte que les équipes soit très bien formées afin de faire face aux éventualités et leur imposer de rendre des comptes sur leurs pratiques : ils devront avoir une accréditation aux nouveaux standards d'usage.

De façon générale, je recommanderais de toujours travailler avec comme objectif de prévenir le développement de pratiques maltraitantes.

**Question** : Un dispositif de sanction est-il appliqué en Irlande pour les institutions qui ne respectent pas les standards nationaux ? **Réponse** : Oui, s'ils ne satisfont pas aux différents critères, ils doivent corriger leurs pratiques. S'ils ne le font pas, les autorités de santé peuvent leur retirer leur agrément pour l'hospitalisation.

**Question** : concernant l'accueil et la prise en charge des étrangers non européens. **Réponse** : Toutes les personnes sont accueillies, nous utilisons des services de traduction.

**Question** : vous évoquiez dans la présentation des équipes de sensibilisation de proximité, leur action consiste en quoi ? **Réponse** : il s'agit de services de santé mentale implantés dans la communauté, créés en 1998, qui travaillent dans une approche de santé communautaire, axée sur le rétablissement. Par exemple, si une personne se rend chez son généraliste, et fait état de son besoin urgent d'une prise en charge psychiatrique, un soignant d'une équipe de sensibilisation de proximité le recevra dans les deux heures qui suivent.

**Question** : Vous ne pratiquez pas d'isolement mais avez-vous gardé les chambres d'isolement ? En France, nous avons actuellement une discussion sur des lieux intermédiaires, de type chambres 'fermables', chambres d'apaisement. **Réponse** : Mon opinion est que dès lors qu'une porte est fermée, il s'agit bien d'isolement. Nous n'avons pas de chambre d'isolement, et donc notre service a tout simplement dû apprendre à fonctionner sans cette possibilité.

### **Delphine Moreau**

Je suis sociologue, je travaille depuis longtemps sur la psychiatrie, ainsi que sur la contrainte.

Thèse : Protéger par la contrainte, une étude socio-historique de la privation de liberté à des fins d'assistance.

J'ai comparé 2 cantons suisses avec un volet juridique, un volet socio-juridique et un volet sociologique. Etudes sur les effets du nouveau droit, la redéfinition d'une contrainte légitime ?

« Diminuer la contrainte » : s'interroger sur cette exigence s'inscrit à côté autres attentes, attente de prendre en charge des personnes, d'assumer les risques liés aux troubles psychiques. On porte une volonté éthique donc ces autres attentes ne peuvent pas être oubliées.

Cadre légal suisse : 26 cantons, état fédéral : hétérogénéité des pratiques sur le territoire, éclatement, fortes disparités cantonales. A Malévoz, dans le Valais, une politique des portes ouvertes est appliquée : hospitalisation sans sangle, sans chambre d'isolement, avec chambres d'apaisement. Les accusations envers ce lieu : plus de médications qu'ailleurs ? Transfert/exclusion des personnes « problématiques » ?

Ailleurs, à l'Hôpital de Cery, Lausanne : mesures de contraintes, mise en tenue d'hôpital, chemises ouvertes dans dos, immobilisation physique et possibilité de réaliser des injections. Action de l'association le GRAAP : mobilisation des patients, à un moment de réorganisation de l'hôpital en filières diagnostiques : section troubles schizophrènes et section troubles de l'humeur. Moment de réorganisation hospitalière conjuguée à la mobilisation des patients qui a permis de réinventer des pratiques, d'implémenter des expérimentations. C'était comme une fenêtre d'opportunité, vers une évolution contemporaine (même si actuellement, nous sommes davantage dans un mouvement de re-enfermement au sein des unités...) donc les choses ont évolué vers des pratiques rares d'usage des sangles, moins d'une fois par an. Le lit spécial avec sangles n'est pas simple à utiliser, car après usage ils doivent le redescendre en sous-sol et donc descendre le chercher pour l'utiliser !

3 pistes de réflexion :

.Accord dans les discours : on ne peut que constater l'hétérogénéité de ce qui est considéré localement comme une contrainte acceptable. Il faut interroger sans cesse ce qui est accepté, légitime, toléré, comparer ce qui se passe entre les différents services, les modalités.

.Réduire les contraintes amène à un sentiment d'exposition accru aux risques : travailler sur cette question du risque par la formation des équipes, sur l'exposition des professionnels, soutien sur la prise de risque.

.Diminuer la contrainte, diminuer risques de violence ou de casse, vers une prise de responsabilité collective ; toutes les modalités de prévention des risques ne sont pas acceptables. Il peut y avoir des déplacements de contraintes. L'expérience suisse est sans doute intéressante sur la question des paradigmes de plans de crises conjoints.

### **Roselyne Touroude**

Objectif du programme Quality Rights de l'OMS : faire disparaître les maltraitances au sein des services de santé mentale, un programme reposant sur la Convention internationale des droits des personnes handicapées des Nations Unies (CIDPH), convention adoptée en 2006 ratifiée par France en 2010. Le Défenseur des Droits est chargé de veiller à l'application de cette convention :

le constat est qu'elle reste très méconnue de la part même des magistrats, des juges. Il s'agit pourtant bien de promouvoir le respect de la dignité intrinsèque, notamment des personnes handicapées qui présentent souvent incapacités durables.

Ce programme de l'OMS est destiné à soutenir les pays dans l'évaluation et l'amélioration de la qualité des droits de l'homme des structures de santé mentale et d'accompagnement social. (Hôpitaux psychiatriques, services psychiatriques en hôpitaux généraux, services ambulatoires, centres de soin de jour et ESMS).

Il s'agit d'une base pour les normes en termes de droits de l'homme qui doivent être respectés.

5 thèmes sont issus de la CIDPH :

.Droit à un niveau de vie adéquat et à la protection sociale (article 28) ;

.Droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible : article 25 ;

.Droit d'exercer la capacité juridique et droit à la liberté et à la sécurité de la personne (articles 12 et 14) ;

.Droit de ne pas être soumis à la torture ou à des peines et traitements cruels, inhumains ou dégradants, ni à l'exploitation, la violence ou la maltraitance (articles 15 et 16) ;

.Droit à l'autonomie et à l'inclusion dans la société (article 19).

Les outils du Quality Rights pour conduire une évaluation : Outil d'entretien du programme- Outil d'observation - Rapport d'évaluation centré sur la structure – Examen des documents – Observations – Entretiens.

Cette évaluation doit être menée auprès des différentes catégories de personnel, des usagers des services et des familles.

Le CCOMS l'a expérimenté dans l'unité fermée d'un établissement de santé mentale belge sur deux jours, avec une équipe de 8 évaluateurs. Une évaluation faite à la demande de la direction de l'établissement et préparée en amont. Ce programme sera déployé en France désormais.

### **Présentation de l'observatoire des bonnes pratiques de l'UNAFAM**

Des bonnes pratiques de prise en charge psychiatrique ont été recensées en 2015. Elles concernent différents domaines :

- Dispositifs répondant à l'urgence : exemple l'UPAO (urgence) aller vers : Interfas.
- Dispositifs pratiquant l'aller vers en psychiatrie pour favoriser l'accès aux soins (équipes mobiles adossées à des centres de crises ou à tout un dispositif de traitement de l'urgence sur un territoire).
- Dispositifs de réhabilitation psychosociale.
- Dispositifs favorisant le partenariat entre la psychiatrie et les autres professionnels.
- Dispositifs favorisant la relation avec les aidants familiaux.

### **Les propositions :**

#### **Prévention des hospitalisations sans consentement :**

Développer des équipes mobiles de psychiatrie, des urgences organisées avec le SAMU (15) et une présence psychiatre 24h/24 et 7j/7.

Développer des cellules de crises capables de répondre sans délai, proposant une gamme de services spécialisés en intervention de crises.

#### **Prévention de l'isolement et de la contention :**

En s'appuyant sur la CIDPH, chaque établissement doit engager un plan d'actions contre l'isolement et la contention, l'évaluer et présenter chaque année un rapport sur « la politique définie en ce domaine », tant en ce qui concerne l'organisation du travail, la formation du personnel, la qualité des soins prodigués. Prévenir la violence, la contrainte c'est engager un travail pour favoriser la cohésion des équipes autour du projet de service : chaque service devrait réfléchir sur ses pratiques, élaborer un projet de service qui mobilise l'ensemble de l'équipe. La prévention c'est aussi penser l'architecture et la configuration des locaux et de l'environnement pour améliorer la sécurité et offrir un environnement apaisant.

Les aménagements sécuritaires des unités, les aménagements physiques et environnementaux apaisants des unités d'accueil devraient faire l'objet d'un guide rédigé avec la participation des professionnels du sanitaire, des associations d'usagers et de familles.

On peut ici prendre l'exemple de l'hôpital de Marne la Vallée et ses nouveaux locaux de Jossigny : chambres individuelles, avec des sanitaires complets, les patients qui veulent se mettre à l'écart de l'agitation du service peuvent fermer leur chambre de l'intérieur.

Questionnement sur les soins en psychiatrie : nécessité d'une réflexion au sein d'un espace éthique.

Il serait intéressant de mener une étude sur les causes de la violence au sein des unités.

La formation du personnel, avec des formations type « formation OMEGA », est nécessaire. Des formations aux droits des patients et à la CIDPH devraient être obligatoires dans les établissements de santé. De même, la formation des équipes d'intervention à domicile à la qualité de la prise en charge en cas de crise pouvant apaiser le malade devrait être systématisée. Pour cela, il faut une grande disponibilité du personnel et en faire un projet d'équipe. Le renforcement du rôle des CDSP est également une nécessité : à l'UNAFAM, le référent CDSP s'appelle Alain Monnier. Enfin, il faudrait définir clairement ce que sont les « soins intensifs » en psychiatrie.