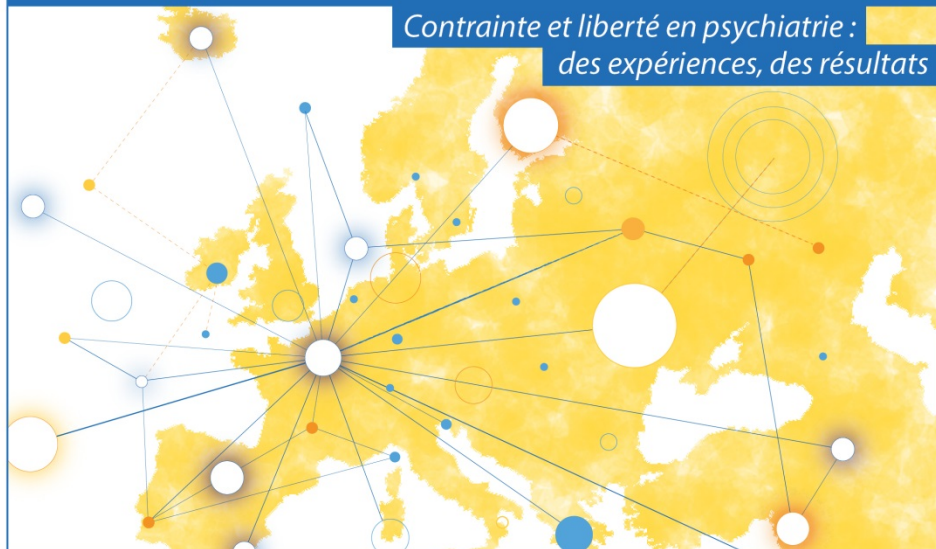


14 mars 2017 | PARIS | Journée d'étude européenne du CCOMS

Contrainte et liberté en psychiatrie :
des expériences, des résultats



Organisé par :



Avec le soutien de :



SYNTHESE DE LA TABLE RONDE 4

Propositions pour un Observatoire national de la contrainte et des libertés en psychiatrie

Président : Nicolas Pastour, psychiatre, CH Charcot, CCOMS-GCS

- Rachel Bocher, présidente de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers, psychiatre, chef de service au CHRU de Nantes

- Philippe Guérard, président d'Advocacy France

- Luce Legendre, directrice du Groupe public de santé Perray Vaucluse, secrétaire générale du GHT Paris-psychiatrie & neurosciences, représentant l'Association des établissements participant au service public de santé mentale (ADESM)

- Alain Monnier, référent UNAFAM des Commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP)

- Bernard Odier, président de la Fédération française de psychiatrie

- Denys Robiliard, député du Loir et Cher

Président : N. Pastour

Rappel des buts de cet Observatoire : faire connaître les bonnes pratiques et les promouvoir.

Intervention R. Bocher

Rappel préalable des constats pour la constitution d'un observatoire : la psychiatrie est l'art des limites et l'art des choix. Son originalité réside dans le type de soins, la qualité des acteurs, la formation et la culture d'identités décisives de la profession.

La contention et l'isolement sont plus complexes que le débat pour/contre. Il faut aller au-delà des enjeux nécessaires du bien-être, surtout lors des situations extrêmes : rails de sécurité du soin. Est fait le constat du passage d'une éthique de bienfaisance à une éthique de responsabilité. Notion de co-responsabilité des acteurs. Soigner c'est créer. Citation de Bonnafé : le jugement d'une civilisation est fonction de la façon dont elle traite ses malades. Mise en avant d'un besoin d'espace de pensée, de parole et de temps.

Le constat : le besoin d'asile a glissé vers un besoin éthique dans le cadre des soins en ambulatoire (progrès pharmaceutiques). Les hospitalisations sans consentement sont en augmentation faute de place et de praticiens formés. Les pratiques sont hétérogènes, au cas par cas, empiriques : notion constamment relayée par les rapports ministériels. Ces pratiques nécessitent donc des protocoles précis : temps limité, mesures d'exception levées dès que possible, respect de la dignité de la personne dans son corps, sa culture et la relation à l'autre. Les rails de sécurité posés par la République peuvent être représentés par un observatoire. Il doit

répondre au besoin d'éthique autour de ces pratiques. La pathologie mentale est la pathologie de la liberté.

Il peut être envisagé un Observatoire national avec des antennes régionales. Sa composition doit être interdisciplinaire.

Ses missions pourraient être : veille bibliographique, permettre des études épidémiologiques et statistiques / fonction de formation et de recherche, PHRC à développer / culture commune de base à développer.

Changer les pratiques consiste à changer les mentalités et les regards, nécessité de voir ce qui se passe et de ne pas rester dans l'obscurantisme.

Evaluation de la loi : virage ambulatoire.

En conclusion, face à la pluralité des pratiques, il faut « Prendre le changement par la main avant que ce changement ne nous prenne par la gorge ».

Intervention P. Guérard

Derrière les mots de patients / usagers, la place du citoyen pose question. La loi de 2005 parle de personnes en situation de handicap. Mais les usagers sont des personnes avant tout : exemple de la mise sous tutelle pour qui il n'y a pas de droit de vote. « Qu'est-ce que fait le patient en dehors du soin ? » il est indispensable de se poser la question.

Nécessité de mise à niveau de la personne en situation de handicap psychique : idée de mutualiser les aides (exemple d'un voyageur handicapé physique qui recevra de l'aide sur le quai contrairement à celui qui, aujourd'hui, serait angoissé et « resterait sur le quai »).

Lancement de l'idée d'un congrès des usagers.

L'enfermement n'a jamais soigné personne, il est stigmatisant et clivant. Mise en exergue des GEM, basés sur les droits de l'homme, créateurs d'un espace convivial citoyen : les citoyens qui vivent dans l'espace – nécessité de redonner la parole à toutes les personnes qui en avaient été privées. Pose la question de l'accès aux droits fondamentaux : compter sur l'Europe pour l'évolution des pratiques.

Rappel de la position d'Advovacy opposée depuis le début à la loi sur l'hospitalisation sous contrainte de 2011. Il faut donner une importance forte à la notion de citoyenneté : c'est le message essentiel.

Dans l'absolu : la loi de 2002 sur l'usager le plaçant au centre du dispositif apparaît vraie sur les écrits mais lourde et difficile en pratique.

Intervention Luce Legendre

Il y a un accord actuellement des acteurs sur la nécessité de mieux comprendre les pratiques afin d'agir sur les disparités. La question de l'organisation au sein des établissements pour y parvenir est posée. Considérant les contours de cet Observatoire, une première réserve est émise concernant le champ d'observation.

L'ADESM a interpellé le ministère à ce sujet, le comité de pilotage de la psychiatrie peut être le lieu qui convienne.

Identification des leviers et points de faiblesse :

RIM-P / termes de « soins sans consentement » à distinguer de la question du registre. Regret de l'ADESM face à l'absence d'obligation de renseignements des données.

Réserve face à diversité de supports et d'information et donc de la remontée d'informations. Quid de la collecte au niveau régional et national ? Délai de parution de ces résultats ?

Par ailleurs, la diversité des instances de concertation garantit une approche pluridisciplinaire.

Contours de l'Observatoire :

. Quoi observer ?

Fonction de recherche, de recueil, comparaison internationale, disparités territoriales / comment implémenter ces bonnes pratiques ? Créativité des équipes pour trouver des alternatives. Pertinence de l'observatoire pour s'enrichir de toutes les expériences internationales. Les conditions de la réussite résident dans le portage et la légitimité des pouvoirs publics sur cet observatoire, qui représenterait un cadre moral pour les établissements.

. Comment retraduire dans le réel le contexte d'innovation et de créativité afin d'apporter des mesures alternatives ?

. Quelle portée politique ? Nécessité de la reconnaissance de la légitimité des pouvoirs publics et de l'ensemble des professionnels de la psychiatrie, des usagers et des familles.

Conclusion : la question est liée à celle du projet médical et du projet territorial (dispositif article 69 de la loi de santé). Renvoie à la question de la responsabilité de tous les acteurs de la santé mentale : élu / professionnel du champ médico-social / réponse à la précarité ainsi qu'à l'isolement social.

Vertu attendue d'un tel Observatoire : favoriser l'observation au niveau national mais aussi une observation pertinente au niveau local.

Intervention d'Alain Monnier

L'UNAFAM se félicite des mouvements initiés dans la perspective de l'abandon des pratiques de contention et d'isolement.

Il est nécessaire d'engager un mouvement sur le terrain car une loi seule ne suffit pas.

Axes des mesures légales et structurelles :

- Développement de l'ambulance ;
- Appropriation des nouvelles pratiques par les équipes ;
- Créer un plan d'action dans chaque établissement ;
- Rechercher la participation des usagers ;
- Intégrer des travailleurs pairs dans les équipes ;
- Abandonner à terme l'isolement et la contention et viser le développement d'une approche globale orientée vers la prévention et le rétablissement, c'est-à-dire une psychiatrie communautaire accessible 7j/7, 24/24h. Ce renouvellement des pratiques doit nécessairement engager un débat au sein des équipes, au sein de chaque service en associant les usagers.

« Si le constat est celui d'une augmentation des mesures de contrainte : c'est bien que la psychiatrie va mal ? » (Citation Penochet). L'isolement et la contention doivent être considérés comme des symptômes. Le mouvement qui permettra de refonder doit être celui qui développe « l'aller vers ».

Observatoire qui va s'inscrire dans une perspective de recherche en vue d'améliorer les statistiques existantes, de conduire des études plus ponctuelles. SDT : c'est une proposition du maire, il n'y a donc pas d'exploitation statistique possible partout. La circulaire de la DGS est très attendue pour l'harmonisation.

Attention : l'Observatoire ne devra pas être un instrument de contrôle.

Organisation de l'observatoire : il doit être indépendant vis à vis de l'administration et des acteurs de la psychiatrie.

Gestion pluraliste avec participation des usagers, psychiatres, directeurs d'hôpitaux et personnalités qualifiées pour leur compétence en sociologie, droit, etc.

Portage par les pouvoirs publics pour la pérennisation mais dans le respect de l'indépendance.

Intervention de Bernard Odier

Le constat est celui de plusieurs changements de paradigmes ces dernières années.

Les soins sans consentement ne se posent pas de la même façon en psychiatrie, médecine et chirurgie.

Soins sans consentement à l'utilisation de la contrainte en psy. La mise en exergue de la domination physique du médecin sur les malades qui amène à une représentation d'un malade victime de la psychiatrie, à l'image de la double peine : d'abord malade puis ensuite, victime. « A nous les soins compréhensifs, aux autres la violence regrettable. »

Il faut rappeler la notion de « trans-institutionnalisation » ainsi nommée par l'américain Talbott pour définir les transferts massifs des patients de la psychiatrie au médico-social, les maisons de retraite et les prisons et qui nécessite de se demander si la diminution de la contrainte ne s'accompagne pas d'une nouvelle forme de violence.

Notion de contenance en psychiatrie : réalisée par la contention et l'isolement.

La généralisation de ce que fait le G21 (secteur à l'Est de Lille) est possible si on se penche sur les résistances et écueils.

Le CGLPL a un rôle utile d'aiguillon. L'IRDES : la publication est importante. On attend en complément une explication des disparités observées.

Les CDSP produisent annuellement des rapports adressés au ministère et ARS, mais ces travaux ne sont pas lus.

Une animation du réseau des CDSP serait nécessaire afin de mieux reconnaître le travail réalisé en leur sein.

Intervention Denis Robiliard

S'exprime ce jour en tant que rapporteur de la loi 2013, qui a modifié la loi du 05 juillet 2011.

L'objectif visé est fixé par la loi. Il consiste à ce que l'isolement et la contention soient des pratiques de derniers recours et que l'on y recourt le moins possible. C'est ce que dit la loi du 26 janvier 2016, qui a été codifiée au code de la santé publique, art. 322-5-1.

Voici les observations successives :

La nécessité de l'application de ces mesures en dernier recours.

L'objectif est donc le non recours et non l'interdiction, qui éventuellement pourrait être un moyen pour ce non recours. La question est celle du chemin emprunté pour parvenir au non-recours.

J'attire votre attention sur l'article 72 de la loi : légiférer sur l'isolement et la contention revient d'une certaine manière à la légitimer.

Le recours à la torture n'est jamais justifié, jamais justifiable, il correspond à un droit indéterminable, c'est à dire qu'il n'existe aucune exception légalement possible.

La jurisprudence sur la Cour Européenne des Droits de l'homme émet des différences subtiles entre mauvais traitement et torture, ainsi qu'entre « traitement contraignant » et « traitement douloureux ». Sur le plan juridique, la contention ne s'apparente donc pas à la torture. A ce jour, la contention n'est pas condamnée par les textes relatifs au respect des droits de l'homme.

À ce titre, la préconisation de l'UNAFAM visant l'écriture et l'application de plan dans les établissements est en train d'être appliquée : le rapport co-écrit avec M. Jacquard nommé « Soins sous contrainte et augmentation des soins sous contrôle » rend compte des mesures prises pour viser la diminution du recours à la contention et à l'isolement.

A propos de l'Observatoire :

Observer nécessite de disposer d'éléments fiables. Les CDSP sont des structures formidables qui portent un regard extérieur, venant des professionnels et des usagers mais certaines ne fonctionnent pas correctement. Leur rôle est donc à redéfinir. Je lance également un appel à la reconstitution des coordinations des CDSP. Leurs rapports doivent également être utilisés.

Un regard étranger serait nécessaire au sein de cet observatoire. Ce dernier se doit d'être engagé : qu'il observe et prenne position. Je formule également le vœu qu'il collabore avec l'administration.

En conclusion, sur le projet d'Observatoire :

Sur ses missions : un accord se dégage sur la nécessité d'observer, ce qui implique des données de qualité, des comparaisons statistiques. Cet Observatoire va dans le sens de la réduction du recours à l'isolement et à la contention et a vocation aussi à réunir toutes les expériences tant nationales qu'internationales qui permettent d'éclairer l'action.

La participation des usagers y serait indispensable : ne pas oublier que la contrainte agit sur quelqu'un.

Il faudra aussi qu'il soit militant.

Conclusion finale : Jean-Luc Roelandt, directeur du CCOMS-GCS

Une position militante nécessaire pour l'Observatoire.

Le CCOMS et le GCS pourraient participer à la création de cet observatoire. Une dimension européenne serait intéressante : vers un observatoire international ? Tout le monde doit être partie prenante. Des audits croisés sont à imaginer. Le soutien des pouvoirs publics est nécessaire pour faire aboutir ce projet.