



Petit guide pour mettre fin à la contrainte et à la contention dans les services de santé mentale

DÉMARRER

BIENVENUE !

INTRODUCTION

Ce livret est la quatrième publication de notre série de petits guides. Le « Petit guide pour mettre fin à la contrainte et à la contention dans les services de santé mentale » fait suite au « **Petit guide des médicaments psychiatriques** », au « **Guide du rétablissement personnel en santé mentale** » et au « **Petit guide du diagnostic psychiatrique** ».

Le présent guide a pour but d'aider les personnes qui entrent en contact avec le système de santé mentale, soit en tant qu'usagers des services, soit indirectement en tant qu'amis ou famille d'usagers, à poser des questions, à comprendre, et à être des sujets actifs plutôt que des objets passifs de soins.

Pour de nombreuses personnes, « tomber en psychiatrie » peut être une expérience solitaire, humiliante et effrayante. Cette situation peut être aggravée si les soins sont involontaires ou contraints, ce qui entraîne une détresse supplémentaire et un traumatisme durable.

Malheureusement, la plupart des pays autorisent encore des pratiques de contrainte et de contention dans les services de santé mentale, estimées justifiées lorsque la personne est considérée comme un danger pour elle-même ou pour les autres.

Aujourd'hui, les mesures de contrainte tendent à être présentées comme un « dernier recours », avec des lignes directrices ou des formations obligatoires, mais leur utilisation en tant que première réponse ou réponse d'urgence continue d'être largement répandue et est même en augmentation dans les services sous pression.

Ce petit guide propose des moyens par lesquels les personnes ayant vécu des crises psychiques et leurs aidants pourront être en mesure de faire entendre leur voix et leurs points de vue, en prenant le contrôle de leur corps et de leur vie.

1. Quelles formes prennent la contrainte et la contention ?

L'utilisation de la contrainte et la contention en psychiatrie a une longue, et franchement sombre, histoire. La contention peut impliquer :

X Contention physique : retenir physiquement une personne pour empêcher ou restreindre ses mouvements.

X Contention mécanique : l'utilisation de dispositifs (par exemple, sangles, ceintures, lits-cages, etc.) pour empêcher ou maîtriser les mouvements.

X Contention chimique ou pharmacologique : l'utilisation de médicaments sédatifs pour contrôler ou maîtriser le comportement (par exemple, une tranquillisation rapide).

X Isolement : confinement dans une pièce ou un endroit isolé dont une personne ne peut sortir librement.



LA CONTRAINTE FAIT RÉFÉRENCE À LA MANIÈRE DONT LE PRINCIPE EN MATIÈRE DE SOINS MÉDICAUX CONSISTANT À DEMANDER UN CONSENTEMENT PLEINEMENT ÉCLAIRÉ AU TRAITEMENT, EST ENFREINT OU CONTOURNÉ.

Cela peut se faire en menaçant la personne de conséquences en cas de refus, comme la réhospitalisation forcée ou toute autre manière de ne pas tenir compte des souhaits exprimés par la personne qui reçoit le traitement (par exemple, injections forcées ou « programme de soins » contraint en ambulatoire).



2. Existe-t-il des alternatives à l'utilisation de la contrainte et de la contention ?

En 2017, Santé Mentale Europe (SME) a adopté une position sur l'article 12 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations unies (CDPH de l'ONU) qui soutient la réforme de la législation et la transition de tous les services de santé mentale vers des pratiques totalement consensuelles, exemptes de contrainte et de prise de décision substitutive. Deux ans plus tard, nous avons produit un rapport intitulé **Pratiques prometteuses pour la prévention, la réduction et l'élimination de la coercition en Europe**.

Ce rapport fournit une liste d'alternatives actuellement mises en œuvre dans les pays européens, recueillies par les membres et les partenaires de SME. Quelques exemples sont reproduits ici pour illustrer les principes sur lesquels ils sont fondés.

ITALIE

Unités psychiatriques des hôpitaux généraux SPDC (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura)

Les SPDC ont été créés en 1978 pendant le processus de désinstitutionnalisation en Italie par la même loi qui a ordonné la fermeture des hôpitaux psychiatriques au niveau national, donnant ainsi un message fort sur la transition du centre de gravité des services de l'hôpital vers la communauté et l'adoption d'un paradigme social plutôt que médical.

Les SPDC sont des unités psychiatriques d'hôpitaux généraux destinées à accueillir des personnes dans un état critique, en hospitalisation libre ou contrainte, lorsque le soutien des services communautaires a échoué.

Certains SPDC sont des services complètement ouverts qui ont abandonné l'utilisation de la contention depuis de nombreuses années (« SPDC sans contention »), tandis que d'autres SPDC ont encore des services fermés et visent à réduire ou à éliminer la contention. Les SPDC sans contention sont fondés sur une politique de portes ouvertes et de respect des droits, de la liberté et de la dignité des personnes. Cette méthode est basée sur le dialogue et vise à motiver les personnes à prendre la responsabilité de leur propre rétablissement.

Cette transformation en « SPDC sans contrainte » est un long processus, qui nécessite une formation et de nouvelles compétences pour les professionnels de la santé mentale, mais aussi de nouvelles attitudes envers les personnes ayant des problèmes de santé mentale dans la société au sens large. L'ouverture, la confiance et la coopération avec les personnes à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital sont essentielles. Le SPDC sans contrainte implique un vaste réseau d'organisa-

tions et de services tant au niveau de l'hôpital que de la cité, telles les associations d'usagers et de familles, les collectivités locales, les services de police et l'appareil judiciaire. Plus les services locaux sont organisés et coordonnés, moins l'hospitalisation est nécessaire.

FINLANDE

Le « Dialogue ouvert » – une autre approche de la psychose aiguë

Développé à l'origine en Finlande, il s'agit d'un modèle dans lequel les décisions en matière de soins sont prises avec la contribution personnelle de la personne concernée, conjointement avec les personnes de son choix des différents réseaux composant son entourage au sens le plus large. Le modèle de Dialogue ouvert a été initialement conçu comme un soin alternatif pour éviter l'hospitalisation. En tant que tel, le recours à la contrainte, y compris l'isolement et la contention, peut ainsi être évité.

Le Dialogue ouvert repose sur un soutien au domicile et dans le milieu de la personne concernée. Les prestataires de services facilitent des « réunions de réseaux » régulières entre la personne et son réseau immédiat d'amis, d'aidants ou de membres de la famille, et plusieurs membres de l'équipe soignante affectée et dédiée à la personne tout au long du processus de soins. Une attention particulière est portée à l'égalité d'écoute de toutes les voix et perspectives, à la fois comme moyen et comme objectif du soin. Le Dialogue ouvert vise la transparence avec la personne, l'empathie et le regard positif.

Il n'y a pas encore eu d'évaluation d'envergure de l'impact direct du Dialogue ouvert sur le recours à la contrainte, mais en Laponie, le modèle a entièrement remplacé la prise en charge médicale des urgences psychiatriques. Les bénéfices globaux après un suivi de deux ans étaient moins d'hospitalisations, plus de



contact familial, moins de médicaments, moins de rechutes et une meilleure situation professionnelle.

ROYAUME-UNI

L'initiative « No Force First »

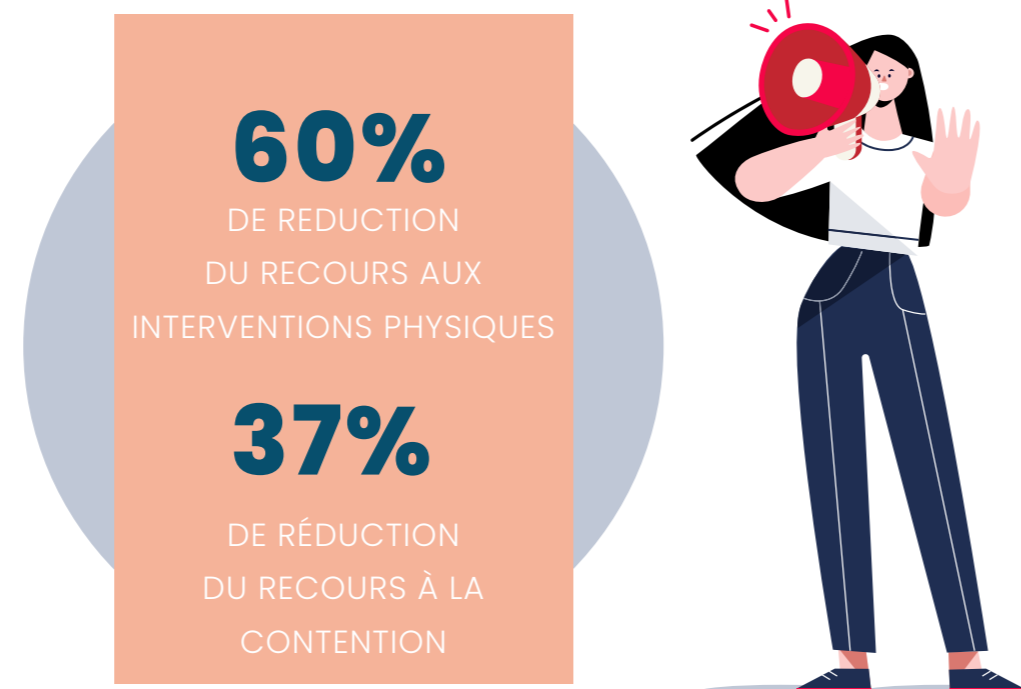
L'initiative « pas de contrainte au premier abord » vise à faire évoluer la culture des services hospitaliers pour passer d'un objectif de confinement à celui du rétablissement de la personne, et à terme, créer des environnements exempts de contrainte. Cette approche, qui vient des États-Unis, est en train d'être adoptée par certains secteurs de santé mentale (*mental health trusts*) au Royaume-Uni.

L'idée sous-jacente est que « le rétablissement forcé n'existe pas ». La politique « No Force First » vise à créer

des services sans contrainte par le biais des initiatives suivantes :

- promouvoir la collaboration entre les usagers et les membres du personnel pour que les services soient davantage axés sur le rétablissement ;
- développer des programmes de formation en collaboration avec les usagers et promouvoir la formation aux techniques de désescalade ;
- développer une culture de coopération, plutôt qu'une culture répressive, pour réduire les incidents d'agression, d'automutilation et d'intervention physique ;
- développer une compréhension plus profonde des usagers afin de voir leurs expériences d'une manière empathique et tenant compte des traumatismes subis ; travailler ensemble pour renforcer la résilience ;
- prendre en compte les expériences des usagers des services et s'engager dans un travail de co-production ;
- sensibiliser les usagers et les proches ;
- conserver des données sur l'utilisation de la coercition et l'analyse immédiate après un incident.

Le Mersey Care NHS Foundation Trust du Royaume-Uni a adopté la politique « No Force First » ainsi que d'autres initiatives et a constaté une réduction d'environ 60 % du recours aux interventions physiques au cours des deux premières années de sa mise en œuvre. L'approche a ensuite été déployée dans tous les services du Trust et, entre avril 2016 et août 2017, on a observé une réduction de 37 % du recours à la contention, ainsi qu'une réduction d'arrêts-maladies, de départs et de remplacement du personnel.



3. Soutenir le choix et le consentement éclairé

Les programmes décrits ci-dessus visent à changer la culture des services de santé mentale et, dans le cas des deux premiers, la culture de l'ensemble de la collectivité et de ses institutions dans lesquelles les services sont intégrés.

Cependant, il est également nécessaire de soutenir la personne pour qu'elle puisse faire connaître ses préférences et ses choix et y donner suite lorsque la culture n'est pas aussi réceptive.

Le fait d'avoir une personne de confiance, un pair-médiateur ou une directive anticipée pour faire valoir ses préférences et ses choix peut être d'une grande utilité, comme le démontrent les programmes suivants.

SUÈDE

Le programme suédois de médiateur personnel

« Personligt Ombud Skane » ou « PO » est un programme lancé en 1995 par des personnes en situation de handicap psychosocial elles-mêmes en tant que « service contrôlé par les usagers avec des médiateurs personnels ». L'objectif est de faciliter la prise de décision des personnes en situation de handicap psychosocial ou en situation de vulnérabilité dans le cadre du soutien dont elles ont besoin de la part des autorités publiques ou des services sociaux. Le médiateur est une personne professionnelle, hautement qualifiée, généralement un avocat ou un travailleur social, qui travaille exclusivement pour son client.

Le médiateur ne représente ni les intérêts des services psychiatriques, sociaux ou des autorités de l'État, ni ceux des proches du client ou de toute autre personne. Il prend beaucoup de temps et de précautions pour instaurer une relation de confiance et s'assurer que la personne reçoive l'aide et les services qu'elle souhaite et auxquels elle a droit. Le programme « PO » Skane est qualifié de modèle pertinent pour la prise de décision accompagnée par le Comité des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), car le médiateur permet aux personnes de prendre des décisions relatives à des questions personnelles ou juridiques et de les communiquer aux autres. À ce titre, le médiateur personnel est un moyen de limiter les pratiques coercitives et de réduire les situations de crise de santé mentale parmi ces personnes.

Depuis l'an 2000, le système « PO » a été étendu à l'ensemble du pays. Bien qu'il n'y ait pas encore de preuves de son impact sur la contrainte, une évaluation du programme par le gouvernement sur cinq ans a montré que le dispositif est moins coûteux en termes socio-économiques puisque les personnes bénéficiant du soutien d'un PO deviennent rapidement moins dépendantes des services psychiatriques, qu'il leur donne plus de contrôle sur leur vie et que leur situation psychosociale s'améliore. En conséquence, le Conseil national de la santé et des services sociaux a commencé à promouvoir le « PO » comme une nouvelle profession du secteur social, et en 2013, un nouveau règlement est entré en vigueur qui a doté d'un financement pérenne le système des média-

teurs personnels « PO ». Ce programme a suscité un grand intérêt et a inspiré des services de proximité dans d'autres pays.

Planification anticipée

La planification anticipée, par le biais de « directives » ou de « déclarations » anticipées, signifie qu'une personne prend des décisions conçues à l'avance pour elle-même ou pour indiquer à d'autres personnes, en particulier en période de crise, ce qu'il convient de faire.

Les directives anticipées peuvent concerner les préférences en matière de traitement, les informations sur les effets indésirables des traitements précédents et toute autre information, comme les personnes à contacter ou à ne pas contacter. Elles peuvent contribuer à respecter la volonté et les préférences de la personne.

Selon le pays, une planification préalable peut être formalisée par différents types de mandat de protection future désignant une autre personne pour vous assister en cas de crise future. Moins formel, un « plan de crise conjoint » peut être prévu d'avance, qui consiste en un plan formulé par l'utilisateur, avec en fonction de ses souhaits et besoins, des professionnels de la santé, sa personne de confiance, des pairs ou des proches. Le plan contient des informations sur les préférences en matière de soins dans l'éventualité d'une future rechute.

LA PLANIFICATION PRÉALABLE EST CONSIDÉRÉE COMME UN MOYEN DE RÉDUIRE L'HOSPITALISATION ET LE TRAITEMENT SOUS CONTRAINTE CAR LES USAGERS SENTENT QU'ILS ONT PLUS DE CONTRÔLE SUR LA SITUATION (« EMPOWERMENT ») ET SONT PLUS À L'AISE FACE À L'AVENIR GRACE À LA CERTITUDE QUE LEURS BESOINS SERONT RESPECTÉS.

Mais les directives anticipées ne sont pas toujours respectées, les professionnels de la santé passant souvent outre les souhaits de leurs patients au nom de leur intérêt supérieur. Il est toutefois important de se rappeler que les usagers des services de santé mentale ont le même droit de changer d'avis que n'importe qui d'autre et que cela ne doit pas servir d'excuse pour les priver de mesures de planification anticipée, qui, selon le pays, peuvent être opposables en justice et devront être respectées par les professionnels de la santé.

IPS – International Peer Support (Soutien intentionnel par les pairs)

Le soutien intentionnel par les pairs est une façon de réfléchir et s'ouvrir à la création de liens mutuels dans un

processus exploratoire et conscient du pouvoir. Les pairs se réunissent autour d'expériences communes et souvent d'un désir de changer leurs vies. Ils apprennent à profiter des relations pour voir les choses avec un regard neuf, à développer une plus grande conscience des schémas personnels et relationnels, et à se soutenir et se défier mutuellement pour essayer de nouvelles choses.

Entre autres, le soutien intentionnel par les pairs favorise un mode de relation tenant compte des traumatismes : au lieu de demander « Qu'est-ce qui ne va pas chez vous ? », il convient de demander « Que vous est-il arrivé ? ». Le soutien intentionnel par les pairs fournit un cadre puissant pour créer des relations où les deux personnes apprennent et évoluent ensemble. Ainsi, des opportunités de trouver et de créer un nouveau sens à travers les relations et les conversations sont offertes, ce qui conduit à de nouvelles façons de comprendre les situations de crise. La réciprocité des relations et le pouvoir partagé sont mis en avant comme contribuant à la prévention des interventions forcées.

Le soutien intentionnel par les pairs a été développé comme une alternative aux pratiques traditionnelles de soutien par les pairs au sein des services de santé mentale. Il est préconisé par le Centre pour les droits humains des usagers et survivants de la psychiatrie et le Réseau européen des (ex-)usagers et des survivants de la psychiatrie comme une bonne pratique en matière de « prise de décision assistée et alternatives à la coercition ».

4. Que faut-il pour réduire et mettre fin à la contrainte et la contention ?

Le recours à la contrainte et à la contention est ancré dans la culture et les procédures des services de psychiatrie, même dans les services de proximité ambulatoires ou d'urgence. Cependant, il n'est pas contesté.

En 2019, l'ancien Rapporteur spécial des Nations unies sur le droit à la santé physique et mentale, Dainius Puras, a fait la proposition novatrice d'une [approche fondée sur les droits](#), afin de contrer le recours croissant à l'hospitalisation et le traitement sous contrainte à travers le monde.

LA PREMIÈRE ÉTAPE VERS LE CHANGEMENT EST UNE RECONNAISSANCE PARTAGÉE QUE LES SOINS CONTRAINTS SONT INACCEPTABLES AVEC UN ENGAGEMENT AU NIVEAU DE L'ÉTAT POUR ÉLIMINER TOUTES LES FORMES DE COERCITION ET DE CONTENTION.



Les actions à mettre en œuvre sont :

CENTRER LE REGARD SUR LES USAGERS DES SERVICES

en portant l'attention à leurs préférences, y consacrant plus de temps et impliquant le personnel et les pairs dans les initiatives.

RENFORCER LES CAPACITÉS DU PERSONNEL ET DES AGENTS PUBLICS

en assurant la formation des membres du personnel, mais aussi des forces de police et autres responsables publics, avec la participation d'experts par expérience.

AMÉLIORER LA COMMUNICATION AVEC LES USAGERS

en consacrant du temps à l'amélioration de la communication avec les usagers dans le contexte de leurs familles et de leur entourage et en mettant l'accent sur la collaboration dans le cadre d'une approche fondée sur le rétablissement.

L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE A UN IMPACT

et donc il importe d'améliorer le cadre physique des services.

ASSURER LA COLLABORATION INTER-SERVICES

avec la mise en œuvre d'un travail efficace au niveau de la communauté locale et la collaboration entre les différents services (par exemple, les services sociaux, les services de santé, les services de l'emploi, les possibilités de loisirs locaux).

CONTROLLER L'UTILISATION DE LA COERCITION

par le suivi et la collecte de données sur l'utilisation de la coercition et l'analyse conjointe des incidents pour voir ce qui peut être appris.

5. Que pouvons-nous faire en tant qu'usagers des services ou défenseurs sympathisants ?

TROUVER DES ALLIÉS

Recherchez et rejoignez des groupes locaux et/ou nationaux, en particulier ceux dirigés par des personnes ayant une expérience vécue, qui s'engagent à adopter une approche fondée sur les droits humains pour soigner les personnes en détresse psychique.

RECUEILLIR DES HISTOIRES

Rien n'est plus éloquent que l'expérience. Le fait de partager des situations où les choses ont mal tourné et de montrer des exemples où une approche différente aurait pu fonctionner sont deux puissants facteurs de changement. L'essor des médias sociaux fournit des outils permettant à la fois de collecter et de diffuser ces informations et des idées.

COLLECTE DE DONNÉES

De nombreux pays exigent des services qu'ils collectent et publient des données sur le recours à la coercition sous ses dif-

férentes formes. Si vous pouvez vous renseigner sur ce qui se passe, cela donne une base de référence par rapport à laquelle les progrès peuvent être mesurés.

IDENTIFIER ET PARLER AUX PERSONNES QUI OCCUPENT DES POSTES DE RESPONSABILITÉ DANS VOTRE LOCALITÉ

Cherchez à savoir qui est intéressé par le fait que la situation change, car vous pouvez trouver des alliés, notamment des associations de professionnels de la santé, des avocats, des organismes de défense des droits humains et des décideurs politiques, qui sont engagés.

Personne n'aime recourir à la force et, en plus des effets dommageables pour ceux qui en sont victimes, elle est également une cause de stress important pour ceux qui pensent devoir l'utiliser. La philosophie « Pas de force à premier abord » a non seulement sensiblement amélioré l'expérience des patients, mais a également été positive pour le personnel.

Le fait que le recours à la contrainte et à l'hospitalisation et au traitement forcés continue de nos jours est un scandale international. Il existe toujours des alternatives possibles, et chaque cas est une occasion d'apprendre ce qui aurait pu être prévu ou mieux fait.

Rejoignez-nous pour changer notre culture en une culture où il n'est plus acceptable d'ignorer le principe du consentement éclairé aux soins et où la signature de la CDPH de l'ONU signifie un engagement à respecter les droits des personnes handicapées à tout moment et surtout dans les moments de crise.

Santé Mentale Europe est engagée à voir réduire et éliminer toute forme de coercition dans les soins de santé mentale, à la fois en contrôlant l'utilisation de la coercition et en encourageant les expériences de méthodes alternatives.

REJOIGNEZ-NOUS POUR CHANGER NOTRE CULTURE EN UNE CULTURE OÙ IL N'EST PLUS ACCEPTABLE D'IGNORER LE PRINCIPE DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ AUX SOINS.





À PROPOS DE **SANTÉ MENTALE EUROPE – MENTAL HEALTH EUROPE (SME-MHE)**

Avec plus de 70 associations membres dans plus de 30 pays, MHE-SME est le plus grand réseau indépendant œuvrant à la promotion de la santé mentale et le bien-être positifs, ainsi que la défense des droits des personnes vivant avec un trouble ou un problème de santé mentale. Nous défendons depuis toujours l'inclusion sociale, la désinstitutionnalisation et le respect des droits humains des personnes en situation de handicap psychosocial. Nous sensibilisons l'opinion publique pour mettre fin à la stigmatisation des problèmes de santé mentale dans toute l'Europe.

Pour plus d'informations, voir :



L'action de Santé Mentale Europe est soutenue par la Commission européenne par le biais du Programme Droits, Égalité et Citoyenneté. Les informations contenues dans ce document ne reflètent pas nécessairement la position ou l'avis de la Commission européenne.

L'action de Santé Mentale Europe est soutenue en partie par une subvention des Open Society Foundations Institute avec le concours du programme de santé publique de l'Open Society Foundations.