

# Les pratiques portant atteinte à la liberté des personnes en psychiatrie en France: Etat des lieux et disparités territoriales

---



---

30.01  
2020

---

Magali Coldefy

JEUDI 30 JANVIER 2020  
9H - 17H  
Centre hospitalier de Montfavet  
Avignon

Journée d'échanges ré

---

JOURNÉE D'ÉCHANGES RÉGIONALE  
LES INJONCTIONS PARADOXALES DE LA SANTÉ MENTALE :  
ENFERMER ET REDONNER DU POUVOIR D'AGIR

# Les mesures portant atteinte à la liberté et aux droits des personnes en psychiatrie

*Les structures de soins psychiatriques et établissements et services médicosociaux accueillant des personnes en situation de handicap psychique ne sont pas des lieux de privation de liberté, cependant plusieurs mesures portent atteinte aux droits et à la liberté des personnes...*

- Les soins sans consentement
- L'isolement
- La contention (physique et chimique)
- La liberté d'aller et venir : unités d'hospitalisation fermées, chambres fermées dans unités ouvertes...
- Le port du pyjama (droit à la dignité)
- Droit au téléphone, mp3...
- Accès aux effets personnels
- Droit de fumer
- Droit de recevoir des visites
- Droit à l'intimité (vidéosurveillance, fenestrons..)
- Droit à la sécurité : dispositifs d'alarme, d'appel...
- ...

## Des pratiques en augmentation ?

- Un contexte sécuritaire ?
- Des difficultés pour les établissements à faire face ?
- Des patients plus violents ?
- Moins de prévention ?

## Des pratiques qui posent question ?

- Des disparités importantes entre territoires, établissements, services
- Un usage pas toujours motivé par des raisons thérapeutiques
- Des pratiques qui nuisent à la relation thérapeutique et peuvent créer des traumatismes supplémentaires pour des personnes vulnérables
- Des pratiques qui déplaisent généralement aux personnes concernées et aux personnels soignants

# Contrainte vs Soins : Expérience de Jolijn Santegoeds (ENUSP)

## Coercion (1994-1996)



I survived because of respect,  
not because of coercion

Extrait Présentation Journée d'étude européenne « Contraintes et libertés en psychiatrie », CCOMS, 14 mars 2017

## “Psychiatric Intensive Care”

Different experience:

- I got chances (like going outside)
- Not focus on risks, but on wellbeing
- Fairer communication and reasoning
- I experienced more respect and humanity



Nurses were human beings  
(not enemies)

## Personal conclusion : Coercion is not Care

- Coercion is traumatizing: Making it worse
- Coercion disables meaningful contact: disabling care in itself
- Care should be helpful to the user!
- **Care = Chances, contact and support**

# Un contexte en évolution :

## cadre législatif français et textes internationaux

- Loi du 5 juillet 2011 portant sur les modalités de soins sans consentement, modifiée par la loi du 27 septembre 2013,
- Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 encadrant le recours à la contention et à l'isolement
  - >> *Une législation française souvent limitée aux établissements de santé autorisés en psychiatrie habilités à accueillir des personnes en soins sans consentement*
- CGLPL : « Le patient est un sujet de soins mais aussi un sujet de droits »
- Recommandations du Conseil de l'Europe (2004) relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux
- les rapports de l'association de prévention de la torture (Monitoring des institutions psychiatriques) et avis du Comité Européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements dégradants (2012)
- Convention internationale des droits des personnes handicapées, ratifiée par la France en 2010 (notamment articles 12,14, 15 et 16)
- Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme « Santé mentale et droits de l'homme »
- OMS, Programme Quality Rights : évaluation de la qualité et du respect des droits de l'homme dans les structures de santé mentale et d'accompagnement, programme basé sur la CIDPH
- Mouvement général d'empowerment (pouvoir d'agir) des usagers de la psychiatrie, ambition d'un [parcours global coordonné fondé sur les choix et les besoins des personnes](#), vers une évolution des relations soignants/soignés, perspective de rétablissement ?

# Les données disponibles en France

- Plusieurs sources de données nationales co-existent pour objectiver le recours aux mesures portant atteinte à la liberté des personnes en psychiatrie :
- Le Rim-P : isolement, soins sans consentement (à venir 2018 : contention)
- La SAE : soins sans consentement
- Les rapports d'activité des CDSP : soins sans consentement
- Jusqu'en 2008 : les RAPSY : unités d'hospitalisation fermées et équipement, chambres d'isolement, décision d'isolement, protocole écrit, formation adaptée des membres de l'équipe à la prise en charge des situations de violence
- L'enquête HID 1998-2000 : la liberté d'aller et venir en institution

# Le recours à la contention physique

- Pas de données nationales disponibles jusqu'à présent :

- De rares études locales recensées par la HAS :

Guedj MJ, Raynaud P., Braitman A., Vanderschooten D., 2004, Pratique de la contention dans un service d'urgences psychiatriques, L'Encéphale : 1,4% avec durée moyenne de 120 minutes)

Carre R., 2014 Contention physique: revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients, Toulouse, Université Paul Sabatier (thèse) (durée moyenne de 70 heures, médiane de 12 heures)

Données à venir : Registre et recueil mis en place depuis 2018

- Etudes internationales:

Steinert et al. 2010, Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology : 7,3% Angleterre, 8% en Allemagne (10h), 5% en Finlande (6h), 1,2% aux Pays-Bas, 3,1% en Suisse (49h), interdiction en Islande

# Le recours à l'isolement (Rim-P)

- L'isolement thérapeutique dans le Rim-P avant 2018:
  - « nombre de jours calendaires où le patient a fait l'objet d'un isolement selon le protocole de surveillance de la HAS (ANAES, 1998) d'une durée continue égale ou supérieure à 2 heures »

>> Possible sous-estimation des situations de mise à l'isolement hors de ce protocole (utilisation de l'isolement à des fins non thérapeutiques, ex. des détenus, des mineurs hospitalisés en service adulte, des sortants d'UMD, mais également quid des mises en chambre d'apaisement, en chambre sécurisée, chambre de soins intensifs, de réflexion..., utilisation à des fins de « sanction »..)

Données à venir : Registre et recueil mis en place depuis 2018

# L'isolement thérapeutique en 2018

- Près de 30 000 personnes concernées en 2018, soit 1 personne sur 11 hospitalisée en psychiatrie
- Soit 1,2 millions de journées avec isolement, soit 7% des journées d'hospitalisation
- 57% de détenus hospitalisés en D398 placés en isolement
- 9% des mineurs hospitalisés en psychiatrie placés en isolement
- Une durée moyenne annuelle de 38 jours avec mise à l'isolement ?

# L'isolement thérapeutique en 2018

- Une pratique en augmentation
- 2003 : 13 000 patients, soit 4% des patients hospitalisés  
(Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie générale)

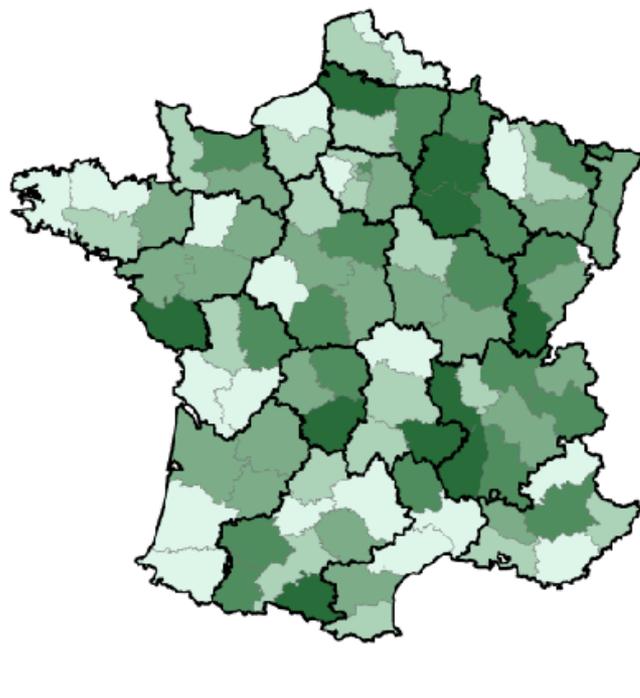
**Tableau. Évolutions des pratiques de mise à l'isolement thérapeutique.**  
**Champ : France entière, établissements publics et privés.**

Année	Nombre de patients concernés	Part parmi les patients hospitalisés à temps plein	Nombre de journées avec mise à l'isolement thérapeutique	Part parmi les journées d'hospitalisation temps plein
2011	22 682	6,6 %	920 754	5,0%
2012	23 729	6,9%	982 038	5,3%
2013	24 569	7,2%	1 001 415	5,4%
2014	25 818	7,6%	1 050 611	5,7%
2015	28 100	8,3%	1 102 771	6,0%

Source : Rim-P.

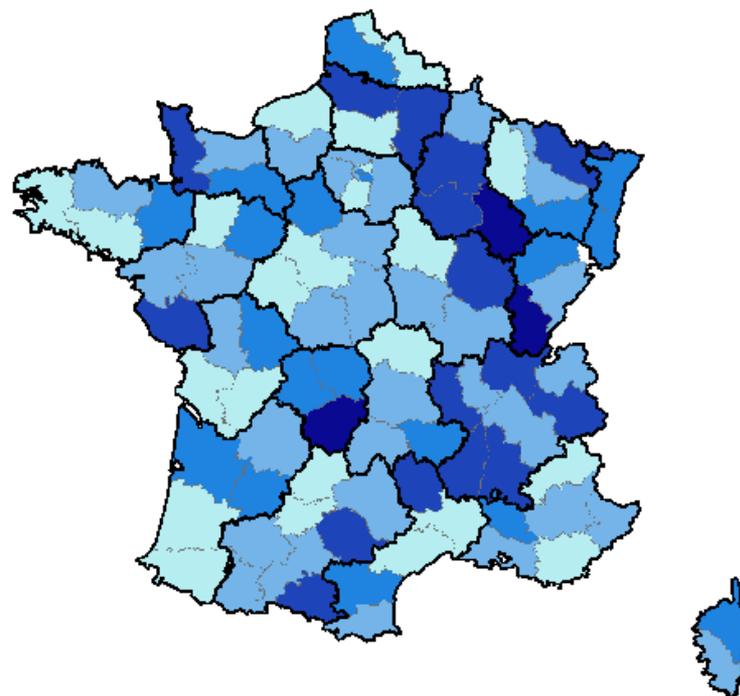
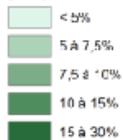
# L'isolement thérapeutique en 2015

- Des disparités territoriales importantes



Proportion de patients hospitalisés placés en isolement thérapeutique

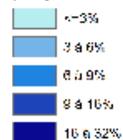
part patients



Proportion de journées d'hospitalisation en isolement thérapeutique en 2015

departements\_france

part journées



# L'isolement thérapeutique à l'étranger

- Données internationales :
  - Steinert et al. 2010, Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*
  - Janssen et al., 2008, The use of seclusion in the Netherlands compared to countries in and outside Europe, *International Journal of Law and Psychiatry*
  - Raboch et al., 2010, Use of coercitive measures during involuntary hospitalization: findings from 10 European countries, *Psychiatric Services*
  - Sailas & Fenton, 2012, Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses, *Cochrane Database of Systematic Reviews*

Données éparses (rarement nationales) suggérant d'importantes différences en % de patients concernés et durées des interventions : 18% en Suisse, 16% NZ, 12% Pays-Bas, 10% en Grèce, 4 à 8% en Allemagne, 8% en Finlande, 5% Japon, <1% en Norvège

# La législation française relative aux soins sans consentement en psychiatrie

Article L1111-4 du Code de la Santé Publique :

**« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.**

**Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement.**

**Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.**

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. »

# La législation française relative aux soins sans consentement en psychiatrie

Depuis la loi de 1838 relative à la prise en charge des aliénés, une exception psychiatrique...

Article L3211-1 du Code de la santé publique

« Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques, hormis les cas prévus par les chapitres II à IV du présent titre et ceux prévus à l'article 706-135 du code de procédure pénale.

Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence. »

## Chapitre II : Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) ou en cas de péril imminent (SPI)

Deux conditions doivent être réunies : Les troubles mentaux de la personne rendent impossible son consentement & son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1.

## Chapitre III : Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)

Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

# La législation française relative aux soins sans consentement en psychiatrie

## Chapitre IV : Admission en soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux

(..) Lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3214-3. (..) Leur hospitalisation est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité adaptée.

## Article 706-135 du Code de procédure pénal

Sans préjudice de l'application des articles L. 3213-1 et L. 3213-7 du code de la santé publique, lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration **d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental**, elle peut ordonner, par décision motivée, l'admission en soins psychiatriques de la personne, sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du même code s'il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

## Article L3211-3

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

# Rappel des principales modifications apportées par la loi du 5 juillet 2011, modifiée en 2013

- Renforcement des droits des personnes : obligation d'information sur les droits et voies de recours, association aux décisions la concernant
- Intervention du Juge des libertés et de la détention (JLD) : systématique (97,5%) et sur saisine facultative (2,5%) :

>> 9% (des décisions ayant statué sur la demande) aboutissent à une mainlevée de la mesure de soins sans consentement (15% pour les saisines facultatives) en 2017, soit 6 712 mainlevées de mesures de soins sans consentement en 2017

*Données du Ministère de la Justice produites par le CRPA, association d'usagers en psychiatrie*

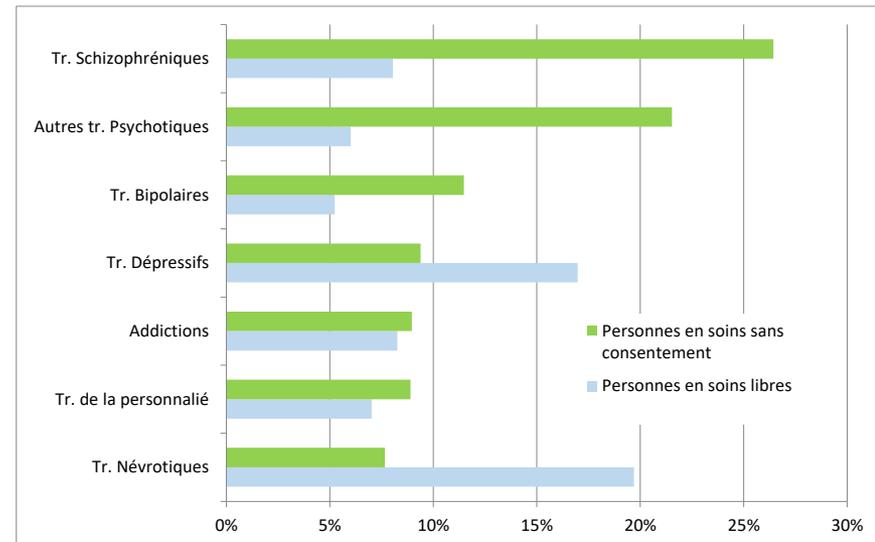
- Extension de l'hospitalisation aux soins sans consentement, via les programmes de soins
- Nouveau mode d'admission : les soins en cas de péril imminent (SPI)
- Période initiale de soins et d'observation de 72h

# Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan 7 ans après la loi du 5 juillet 2011

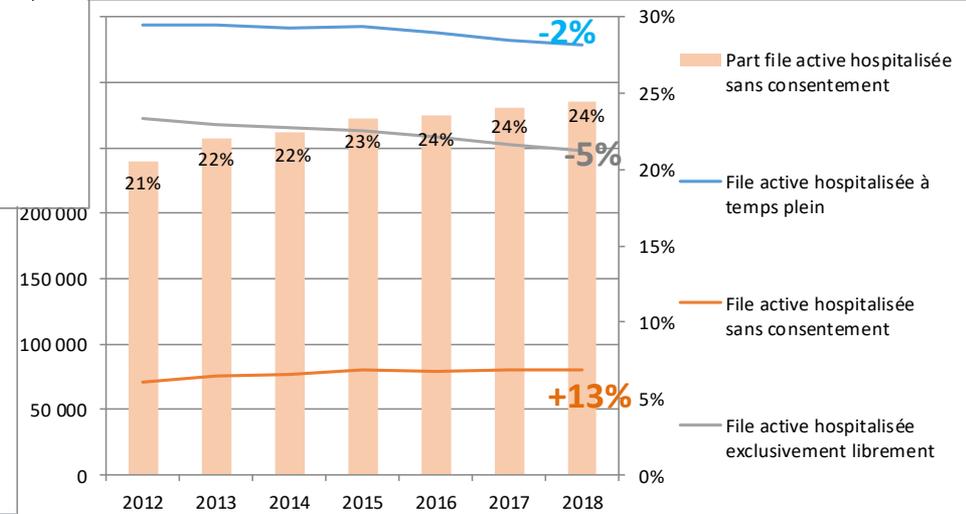
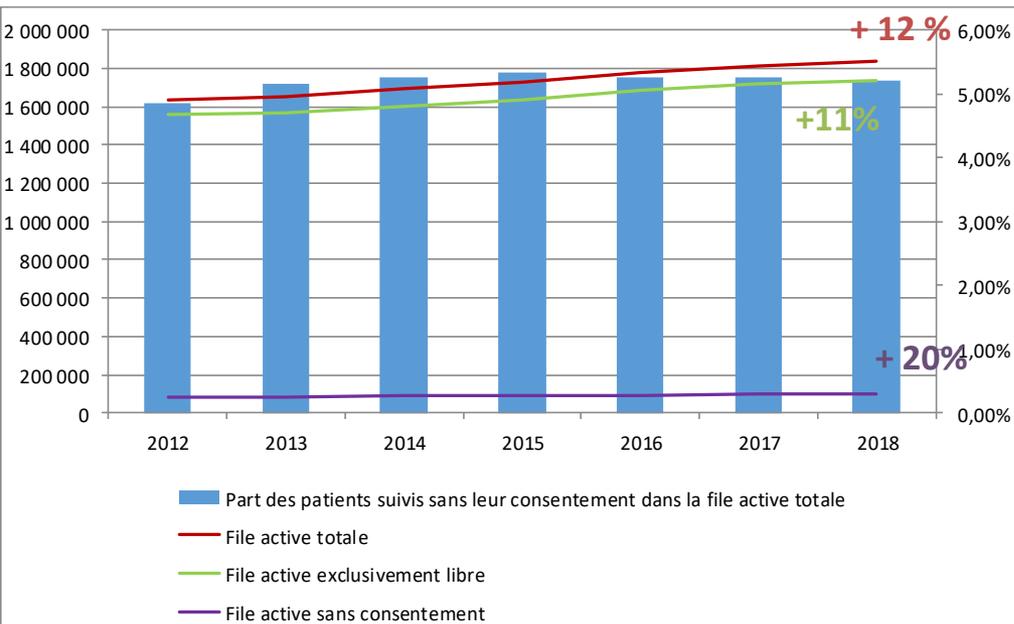
- En 2018, plus de 1,8 millions de personnes de 16 ans ou + ont été suivies en psychiatrie en établissement de santé.
- Parmi elles, 95 600 personnes ont été prises en charge au moins une fois sans leur consentement, soit 5,2% de la file active suivie en psychiatrie
- Une population majoritairement masculine (60% vs 47%), jeune (43 vs 46 ans) et souffrant de troubles psychiatriques sévères

(Rim-P 2018)

(graphiques Rim-P 2016)



# Depuis 2012, une hausse sensible du recours à la contrainte en psychiatrie, qui tend à s'infléchir légèrement depuis 2016



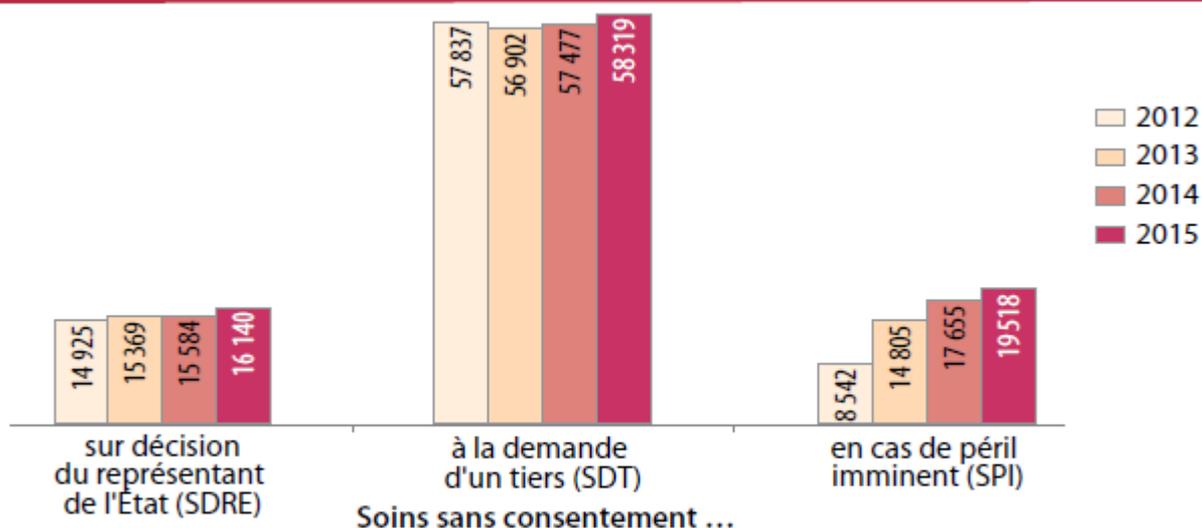
Source : Rim-P 2012 à 2018

# Deux facteurs explicatifs de cette hausse identifiée dans l'étude de l'Irdes en 2017 : La montée en charge des soins en cas de péril imminent (SPI)

24% des personnes en SSC en 2018, soit 23 000 personnes, une montée en charge qui dépasse la procédure d'exception

G1

Evolution entre 2012 et 2015 du nombre de personnes prises en charge sans consentement en psychiatrie, par mode légal



À noter : Un même patient peut être pris en charge sous différents modes légaux au cours d'une année.

Champ : France entière.

Source : Rim-P.

Télécharger les données

+1% pour les SDT  
(+1% 2012-2018, chiffres provisoires)

+ 8% pour les SDRE  
(+13% 2012-2018, chiffres provisoires)

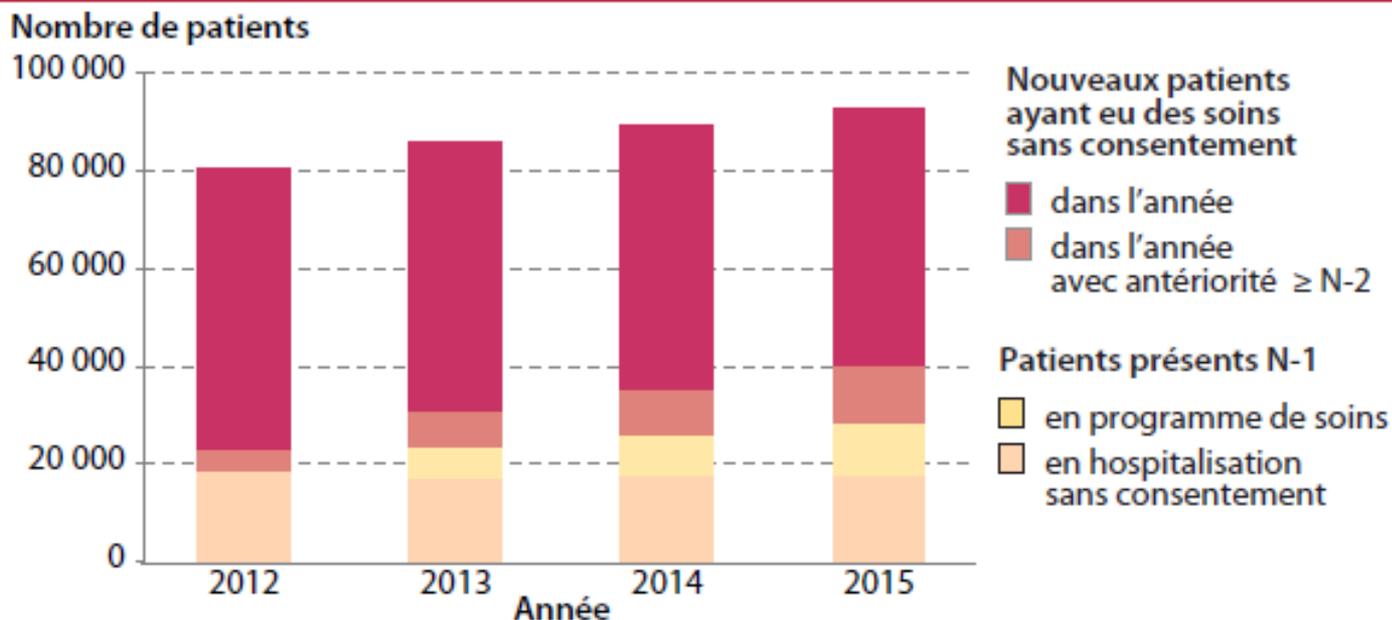
+ 128% pour les SPI  
(plus de 23 000 personnes en 2018, +170%)



# Et l'extension des soins sans consentement en dehors de l'hôpital, dans le cadre des programmes de soins...

G3

## Evolution entre 2012 et 2015 des personnes prises en charge sans consentement, selon l'antériorité de la prise en charge



**Lecture :** En 2015, sur les 92 000 patients pris en charge sans leur consentement, près de 29 000 avaient déjà eu des soins sans consentement l'année précédente, dont 11 000 en programmes de soins.

**Champ :** France entière.

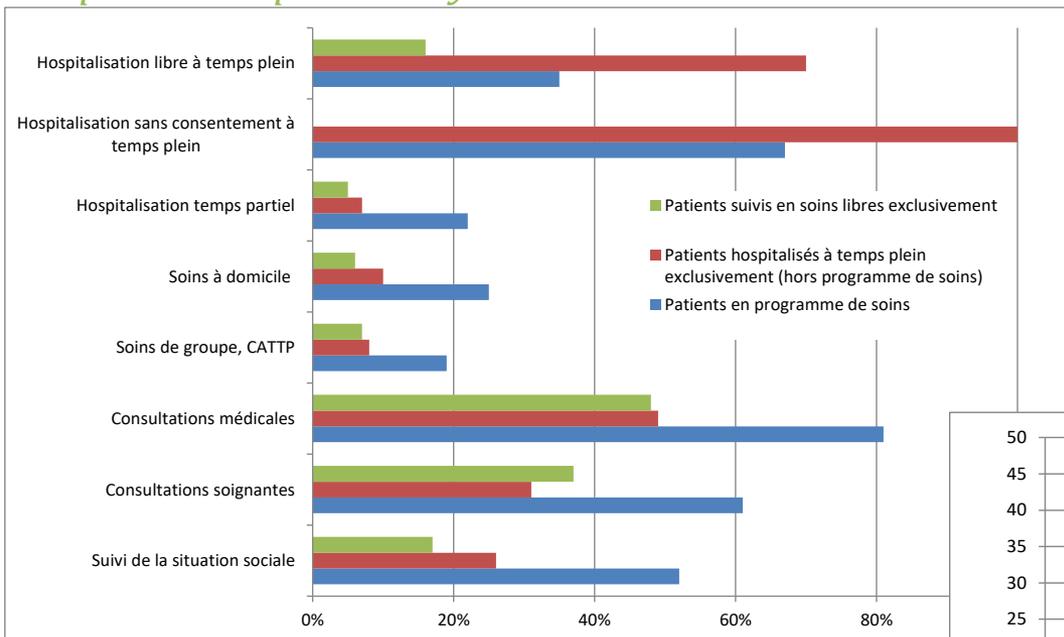
**Source :** Rim-P.

 [Télécharger les données](#)

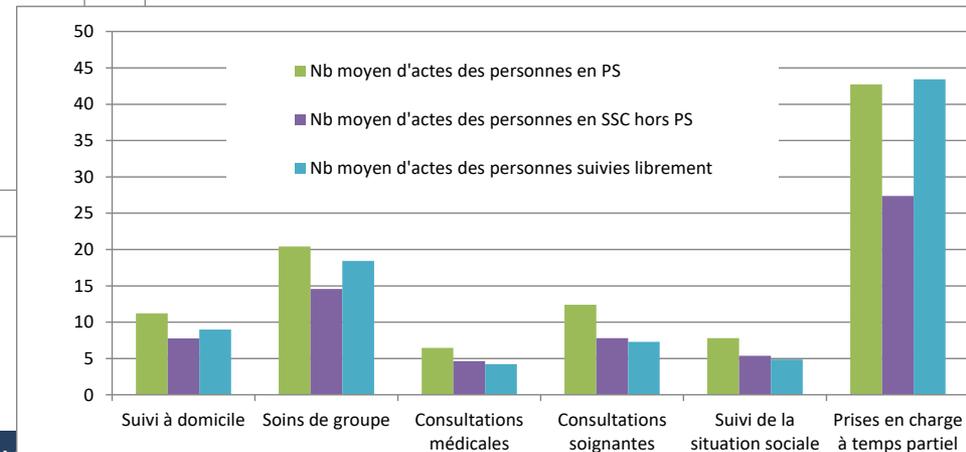
# Les programmes de soins

Plus de 42 400 personnes concernées par des programmes de soins en 2018, soit 44% des personnes en SSC (35% en 2012)

Proportion de patients ayant eu accès à :



En 2015, un accès favorisé à des soins variés et intenses en ambulatoire et à temps partiel pour les personnes suivies pour des troubles psychiatriques sévères



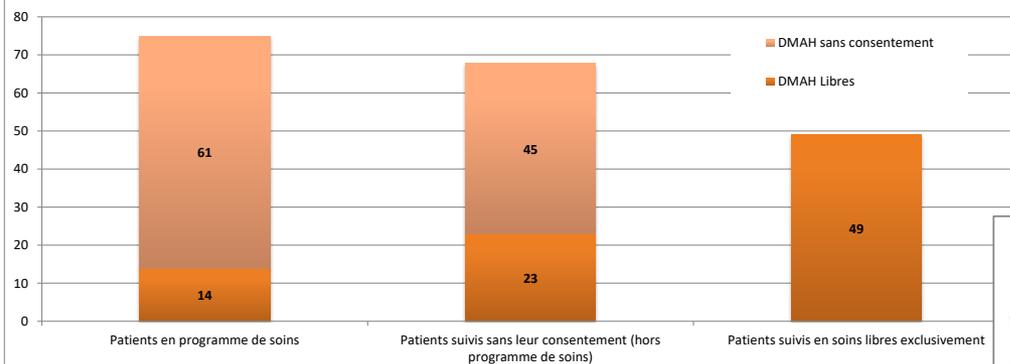
Source : Rim-P 2015

# Les programmes de soins

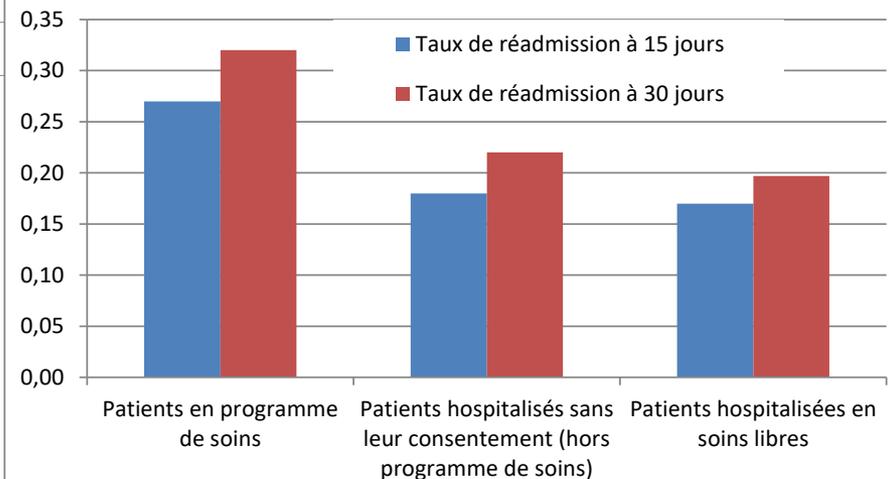
*Mais une réduction du recours à l'hospitalisation temps plein limitée...*

*Un tiers des patients en programme de soins n'a pas été hospitalisé à temps plein en 2015*

**Durée Moyenne Annuelle en Hospitalisation complète des personnes suivies sans leur consentement vs celles suivies librement**



**Taux de réadmission**

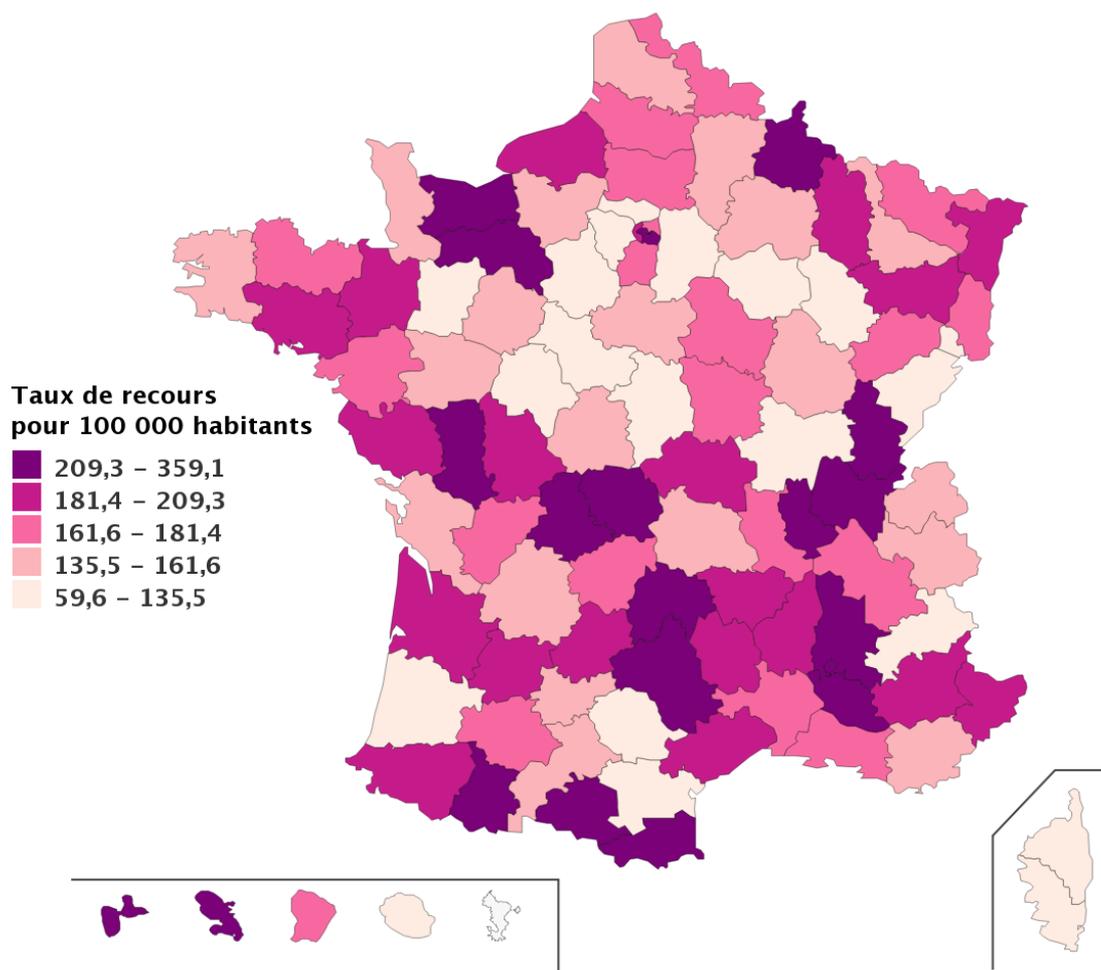


*Et une extension de la durée de la contrainte aux soins dans et en dehors de l'hôpital qui s'accroît...*

« Si l'état de santé du patient n'évolue pas ou peu, le maintien de la mesure se justifie par le fait que les critères ayant conduit à sa mise en œuvre sont toujours présents. A l'inverse, une évolution favorable peut être mise sur le compte de la mesure qui est maintenue pour éviter que les acquis ne se perdent. » (Morandi, 2016)



# Plus généralement, des disparités importantes de recours aux soins sans consentement qui interrogent...



- Un taux de recours national de 177 pour 100 000 habitants âgés de 16 ans ou plus, qui varie dans un rapport de 1 à 6 entre départements

# Facteurs potentiellement explicatifs de ces disparités :

- Etude Irdes, 2016 (sur données 2010), RFAS

TABLEAU 2

Déterminants du taux de recours à l'hospitalisation sans consentement

	Coefficient	z value	
<b>Offre de soins :</b>			
Territoires bien dotés, psychiatrie publique spécialisée à l'approche "totale" (classe 4)	11,82581	<.0001	***
Territoires à dominante rurale combinant offre sanitaire et médicosociale importante (classe 5)	17,35029	<.0001	***
Densité de CLSM	1,79799	0.0044	***
Densité de lits pour patients agités ou difficiles	0,4531242	0.0478	**
<b>Caractéristiques socio-économiques, géographiques et sanitaires</b>			
Ind. Favorisation sociale	-2,733462	<.0001	***
<b>Ind. Fragmentation sociale</b>	<b>10,70316</b>	<b>&lt;.0001</b>	<b>***</b>
Part population "Communes isolées"	Ref.		
Part population "Communes des grands pôles urbains"	0,1241472	<.0001	***
Part population "Communes urbaines des couronnes des grands pôles ou multipolarisées"	0,05418225	0.1456	ns
Part population "Communes rurales des couronnes des grands pôles ou multipolarisées"	0,06341364	0.0716	*
Part population "Communes des moyens ou petits pôles"	0,1838064	<.0001	***
Part population "Communes des couronnes des moyens ou petits pôles"	0,18402791	0.035	**
<b>Densité de patients pris en charge pour des troubles schizophréniques</b>	<b>5,817526</b>	<b>&lt;.0001</b>	<b>***</b>
R <sup>2</sup>	29 %		

# Facteurs potentiellement explicatifs de ces disparités :

- Des approches différentes de la discipline et de son exercice

Caroline Guibet-Lafaye, « Pour une typologie des médecins psychiatres », *L'information psychiatrique* 2016/6 (Volume 92), p. 453-465.

Tableau 1. Synthèse des traits caractéristiques de chaque type.

	Pathologies (q.9)	Contrainte	Missions de la psychiatrie	Modèle interprétatif de la psychiatrie
Type 1 médical	Description symptomatique identification des facteurs étiologiques	Un outil de la psychiatrie bordé par un protocole	Répondre à la souffrance du patient, et aux obligations imposées à la psychiatrie par la société	Modèle médical somatique
Type 2 paternaliste	Modèle de l'aliénation, pathologie de la liberté	Un outil de la psychiatrie utilisé pour le bien du patient et dont on ne peut se passer ; le problème réside dans la levée de la contrainte	Protéger la personne malade et assister les individus les plus en souffrance, quels que soient les moyens requis	Spécificité de la psychiatrie dans le champ de la médecine
Type 3 humaniste	Une forme d'être au monde, une solution psychique trouvée par le sujet pour se préserver	Aversion à l'égard de la contrainte en raison de la violence qu'elle implique	Non interprétées à la lumière du modèle médical mais s'inspirant des sciences humaines	La psychothérapie institutionnelle
Type 4 contrôle social	Le sujet ne perçoit pas la réalité de façon adaptée, il est détaché de la réalité anosognosie	Un outil nécessaire de la psychiatrie. La contrainte est utilisée dans la diversité de ses formes	Fonction de protection sociale et du malade	Approche médicosociale de la psychiatrie
Type 5 défense des droits	Un accident dans un parcours de vie, une souffrance	Aversion à l'égard de la contrainte du fait du souci pour les libertés individuelles des patients	Promotion de la santé publique, accès de tous à des soins de la meilleure qualité	Un modèle antithétique de celui de la médecine biologique

# Discussion et conclusion : constat à partir des données

- Une augmentation significative des soins sans consentement en psychiatrie suite à la loi du 5 juillet 2011, dans la plupart des territoires, et plus généralement des pratiques portant atteinte aux droits et libertés des personnes vivant avec des troubles psychiques
- Une montée en charge des SPI qui pose question (entre désengagement du tiers et facilitation du circuit d'admission dans un contexte d'urgence) qui s'intègre dans une normalisation générale des procédures d'exception
- Des programmes de soins qui favorisent l'accès à des soins intenses et variés mais ne semblent pas limiter l'hospitalisation temps plein et augmentent la durée totale de la contrainte aux soins en dehors de l'hôpital. Une évaluation nécessaire
- Des disparités territoriales qui persistent et interrogent l'équité d'accès aux droits et à des soins de qualité des personnes vivant avec un trouble psychique
- Des données statistiques qui objectivent et interrogent mais restent limitées pour répondre aux questions soulevées
- Des recommandations pour réduire ces pratiques à l'étranger (citées dans RBP HAS, Isolement et contention) insuffisamment diffusées et connues

# Stratégies recommandées pour réduire les pratiques de contraintes en psychiatrie : synthèse

- Vers une politique de soins centrée sur la personne : des soins individualisés en fonction du traumatisme, toujours demander à la personne
- Moins de « paternalisme » et plus de négociation, équilibre relation soignant/soigné, s'appuyer sur le pouvoir d'agir et les compétences des personnes (approche rétablissement)
- Echange sur les pratiques entre unités, établissements
- Groupes de travail, espaces d'éthique
- Implication de toute l'équipe, de toute l'institution dans un objectif de réduction des pratiques portant atteinte aux libertés et droits des personnes
- Formation des équipes, équipe stable et durable, remises à niveau régulières, formation par des experts d'expérience, interaction des traumatismes antérieurs du personnel et des patients
- Implication des patients et des familles : développement collaboratif de stratégies de gestion de crise, de résolution de problème...
- Promouvoir une approche non coercitive du soin
- Promouvoir des activités occupationnelles journalières (lien entre agressivité et inactivité)
- Soutenir les équipes de soins (nombre suffisant de soignant, formations régulières)

# Stratégies recommandées pour réduire les pratiques de contraintes en psychiatrie : synthèse

- Vers une logique de soins visant à prendre en compte l'individu, son histoire, ses besoins, ses antécédents traumatiques (Trauma Informed practice) : le résultat d'une intervention doit être mesuré en fonction de son impact sur la personne ou son bien-être
- « Six core strategies for reducing seclusion and restraint use » :
  - Du leadership vers le changement au niveau la direction des soins des ES : promotion de plans de diminution de la contrainte, en priorisant cette initiative au sein de l'ES et auprès de l'ensemble du personnel, impliquant les patients, les proches >> vers un effort de changement des pratiques soignantes , communication ++, perception positive par le personnel (amélioration)
  - Utilisation des données pour informer sur l'évolution des pratiques : visée non punitive ou de jugement mais avec objectif d'amélioration, d'encouragement, partage des pratiques de prévention efficaces
  - Formation des équipes : stratégies de prévention, impact de l'isolement et de la contention sur le patient, introduire les caractéristiques du traumatisme dans le soin, compétences en « désescalade »
  - Outils de prévention : échelles d'évaluation des risques, plans de désescalade développés avec les patients, favoriser l'autogestion de la maladie, activités thérapeutiques journalières
  - Intégration totale des usagers, pairs, proches dans les unités de soins
  - Utilisation d'outils de débriefing, analyse : information sur les règles, procédures, pratiques, réduction des effets secondaires et traumatiques pour l'équipe et la personne

# Stratégies recommandées pour réduire les pratiques de contraintes en psychiatrie : synthèse

- Le modèle de Murphy et Bennington-Davis, 2005, « Restraint and seclusion, the model for eliminating their use in healthcare » :
  - Nécessité d'un changement de politique de soin : avec investissement des décideurs, vision claire de changement, engagement des patients et des soignants
  - Nécessité d'un modèle de soins basé sur l'étude des antécédents traumatiques
  - Mise en place d'un changement de politique au sein des établissements : par étape, implication permanente de l'encadrement, utilisation des données pour aider à la formation des équipes sur la nécessité de changement
  - Changement de culture au sein des établissements : attention aux éléments de contrôle et de pouvoir et la façon dont cela affecte les interactions, modification langage et comportement vers plus de respect, examen des attitudes individuelles et institutionnelles pour aider à guérison
  - Mise en place dans les unités : regarder l'environnement de soin comme si c'était la première fois, pour aider à créer une atmosphère que les patients et soignants désireraient, réévaluer l'environnement physique, évaluation du risque de violence au moment de l'admission pour aider à la réduire
  - Débriefing

**Merci !**

**[coldefy@irdes.fr](mailto:coldefy@irdes.fr)**