

## Sommaire

## éditorial

<b>DOSSIER</b>	<b>L'ISOLEMENT EN QUESTIONS</b>
Isolement et contention : «regards croisés» d'équipes soignantes	2
André Joisin : une compétence professionnelle au service des usagers !	5
Témoignage : comment j'ai découvert l'existence de l'IPPP	8
Entretien à l'IPPP	8
Un témoignage qui fait mal	10
Privation de liberté et droit du patient	11
Témoignage : et si la violence se cachait aussi dans le déni du somatique ?	13
	<b>SOINS</b>
Médecine générale et psychiatrie : Bousculer un train-train qui déraile	15
Congrès Profamille à Namur	18
Art thérapie Moderne / traditionnelle	19
Suivi des prescriptions : Mal observance	20
	<b>VIE DE L'UNAFAM</b>
CLSM du 15 <sup>e</sup> arr de Paris	21
	<b>VU, LU, ENTENDU</b>
Mommy : le tourbillon des émotions	22
« Je me souviendrais de vous oublier »	22
	<b>INFOS PRATIQUES</b>
Aide aux tuteurs familiaux	23
	<b>MAUX CROISÉS</b>
	24

La première raison d'être de l'UNAFAM consiste à accompagner les proches des malades souffrant de troubles psychiques, tout au long du parcours du combattant pour lequel ils n'ont jamais été préparés: raison d'être encore plus exigeante, dès lors que s'exerce une contrainte physique venant « couronner » le basculement brutal, dans cet univers sans prise où tous les codes doivent être revus.

**D'abord écouter** : Il ne sert à rien de conseiller tant que le proche, parent, frère, sœur, compagnon, tente d'exprimer sa souffrance. Ecouter.... nous savons le faire et ressentons souvent le soulagement palpable que nous apportons. Cela suffirait déjà à justifier cette fameuse « reconnaissance d'utilité publique ».

**Ensuite tenter d'expliquer** le fonctionnement de la psychiatrie et du psychiatre qui a besoin de connaître le contexte dans lequel a grandi et vit « le patient ». Il vous écoutera mais, très vite, se tournera vers son sujet, le malade, ne sachant ni ce que vous êtes prêt à entendre, ni l'usage que vous en ferez, mettant de côté la famille désorientée, sans capacité d'assurer son rôle d'apaisement.

Déontologiquement justifiés par la priorité absolue donnée au patient, ces silences des « psy » (nous le savons, hélas, par expérience) laissent les proches sans diagnostic, ni information sur le déroulement possible de la maladie.

Comment vivre et faire face aux arrêts de traitement, aux crises, aux ruptures d'accompagnement du malade, et pouvoir en parler sans tabou, ni jugement ? A « l'Ecoute », il nous faut « trouver le chemin » pour hiérarchiser les questions que se posent les familles : expliquer les contraintes, les limites de la psychiatrie et la nécessité d'un dialogue non intrusif, apaisé et constructif, avec le psychiatre. Nous renseignons les familles sur les structures d'accompagnement existantes.

En aide à plus long terme, nous proposons des groupes de parole ou un stage « Prospect », des rencontres conviviales, des conférences, des conseils juridiques.

Il me reste peu de place pour évoquer la **deuxième mission de l'UNAFAM** : « la défense des droits des usagers » par nos représentants, dans les instances départementales, les CLSM et au sein des structures médicales, médico-sociales et sociales. Remplie depuis plus de dix ans et progressivement élargie, cette fonction fait de nous des interlocuteurs reconnus, portant la parole des personnes souffrant de troubles psychiques et de leurs familles.

Hélyette Lefèvre

# « Regards croisés » d'équipes soignantes...

*Psychiatres, infirmiers, cadres de santé, plus de 100 professionnels s'étaient déplacés au 2<sup>ème</sup> Colloque de réflexion « Regards croisés » qui avait pour thème les pratiques d'isolement en psychiatrie, organisé par l'EPS Maison Blanche. Quatre bénévoles de l'UNAFAM Paris ont eu la chance d'assister aux débats et « La Lettre » est ainsi en mesure de vous faire passer un temps de l'autre côté de la lorgnette.*

## Pourquoi on ne pourra vraisemblablement jamais complètement éradiquer isolement et contention ?

Quand une équipe soignante décide l'isolement ou la contention, ce n'est jamais de gaité de cœur, c'est généralement – et on verra plus loin qu'il existe des exceptions – qu'elle se trouve à court de moyens pour calmer son patient. En tout cas, elle est bien consciente du caractère violent de la mesure : « une certaine violence est inévitable en psychiatrie ».

Pourtant, il faut se rappeler que la raison d'être historique de l'isolement, c'est de permettre au patient de s'apaiser et, pour cela, de le soustraire au milieu ambiant, source de son angoisse, voire de sa décompensation. D'ailleurs l'isolement présente quelques avantages décisifs, en particulier d'éviter le recours à la « camisole chimique. » Cela permet alors au patient de délirer sans entrave, fournissant ainsi à l'équipe soignante des pistes pour entrer en contact avec lui !

À cela viennent bien sûr s'ajouter des considérations d'ordre sécuritaire ou pratiques, généralement dans le bon sens du terme : protéger le patient de lui-même (si besoin en recourant à la contention) et protéger les équipes soignantes qui n'ont pas les effectifs nécessaires pour effectuer une surveillance dédiée à un patient particulier.

Il nous est enfin apparu que, sauf à compter un soignant par patient, il est impossible de supprimer définitivement tout recours à l'isolement et/ou à la contention. On doit absolument conserver à l'esprit que « quelques patients peuvent suffire à épuiser une équipe entière ».

**« quelques patients peuvent suffire à épuiser une équipe entière ».**

## Une forte exigence d'éthique chez l'ensemble des participants

On a beaucoup parlé « éthique » : c'est un mot qui fait l'unanimité tant parmi les intervenants que parmi les participants. Concrètement, l'éthique nous a semblé signifier à la fois la primauté de la réflexion psychologique sur la contention physique et le respect de la priorité attribuée aux soins.

Sur ce dernier point, il faut mentionner une dénonciation de la dérive consistant à utiliser isolement et contention comme moyen de « punition ». La mise en isolement ne doit pas être automatique, même en cas de transgression significative.

## Une tendance claire : l'encadrement de ces pratiques par des démarches « qualité »

Les pratiques d'isolement et de contention sont très nettement en baisse sur les 20 dernières années : « nous isolons beaucoup moins que jadis et pour des durées bien plus courtes. »

**« nous isolons beaucoup moins que jadis et pour des durées bien plus courtes. »**

Par exemple, à l'EPS Maison Blanche, la Commission Médicale d'Etablissement bénéficie désormais d'un suivi informatisé des mises en isolement et contentions grâce à la saisie, généralisée à tous les services, de « fiches de suivi » extrêmement détaillées.

Nul doute que, même si « la qualité des soins ne peut se réduire au respect d'un protocole », ce type de dispositif, allié au respect des règlements en vigueur, permette de se prémunir contre un certain nombre de dérives.

## Importance et limites des protocoles :

On a beaucoup parlé des « protocoles », souvent pour en dénoncer les carences, mais aussi, il ne faut surtout pas l'oublier, pour en rappeler les bienfaits. Commençons par les avantages qui sont aussi indéniables qu'immédiats : les protocoles constituent pour la qualité des soins un rempart irremplaçable contre les dérapages actifs ou passifs de toutes sortes (maltraitements, négligences, décisions arbitraires, dissimulations, etc.).

La véritable limite des protocoles réside bien sûr à l'intérieur du protocole lui-même, dans son manque de souplesse et là, chacun y est allé de sa formule choc. Citons : « le protocole, en psychiatrie, c'est le SMIG : Soin Minimum Garanti, cela permet juste d'éviter de faire des conneries. » et de poursuivre : « Il y a chosification de l'autre : le patient est réduit à son symptôme et le soignant est « réifié ». Bref, on l'aura compris : pas de miracles à attendre de la bonne observance des protocoles.

En conclusion, la protocolisation, pour souhaitable... voire indispensable qu'elle soit, ne pourra jamais pallier une démarche clinique de qualité avec tout ce que cela implique de connaissances, d'expérience, d'observation et de réflexion. On s'en doutait.

## Des savoir-faire à cultiver :

Nous souhaitons ici mentionner un certain nombre d'interventions qui nous ont frappés. Elles émanent tant des intervenants que des participants. Citons dans le désordre :

- « lorsque l'angoisse monte, la première chose à faire est de rassurer » (ce qui implique de privilégier l'action sur le psychique à la contrainte physique) ;
- « la présence physique rassure le patient » ;
- « la promenade accompagnée est un moyen de calmer très simple qui peut éviter le recours à l'isolement » ;
- « Il est dangereux de tout dire comme il est dangereux de ne rien dire. » ;
- « les liens tissés entre l'infirmier et le patient à l'occasion d'une épreuve d'isolement sont beaucoup plus forts que d'habitude » ;
- « un patient est capable de montrer un aspect de sa personnalité radicalement différent en fonction de la personne qui est en face de lui » ;
- « le médecin doit expliquer et les infirmiers doivent négocier ».

## Des changements insensibles de nature à impacter les soins

Au cours des 20 dernières années, on a assisté aux changements suivants :

- un raccourcissement des durées d'hospitalisation qui limite les temps d'observation du personnel soignant vis-à-vis d'un patient donné ;
- une augmentation du « turn over » dans les équipes soignantes ;
- une diminution de la taille et de l'expérience des équipes d'infirmiers, souvent réduites à deux personnes ne comptant pas plus de deux ans d'expérience et n'ayant pas bénéficié d'une formation approfondie avec des coéquipiers expérimentés ;
- souvent accompagnée d'une raréfaction des échanges à l'intérieur d'une même équipe, par exemple par manque de salle suffisamment grande pour permettre une réunion de l'ensemble de l'équipe ;
- enfin, sans contester que cela soit la contrepartie d'un progrès, les recours aux neuroleptiques sont davantage encadrés, en particulier leurs mélanges, et les médicaments autorisés n'auraient plus la même efficacité.

Tous ces facteurs, même si l'on y prend garde, ne peuvent demeurer sans impact sur la démarche clinique : l'individualisation devient bien plus difficile et il y a risque de réagir en mode « survie ».

***la fréquence des recours à l'isolement et / ou à la contention (...) est inversement proportionnelle à la qualité des soins, c'est-à-dire en particulier aux compétences des soignants et à la taille de leurs effectifs. »***

Comme nous l'a déclaré un praticien : « Il est clair que la fréquence des recours à l'isolement et / ou à la contention

(tout comme le volume de prescriptions de neuroleptiques d'ailleurs) est inversement proportionnelle à la qualité des soins, c'est-à-dire en particulier aux compétences des soignants et à la taille de leurs effectifs. »

## « Comment vais-je faire pour l'attraper ? » ou le soliloque de l'infirmier débutant :

Il fut un temps où la formation des infirmiers laissait du temps au temps : l'infirmier novice accompagnait son collègue expérimenté et le laissait faire, captivant doucement son savoir-faire en attendant patiemment ce moment où il se sentirait assez mûr pour monter, de lui-même, en première ligne.

Cette réponse spontanée à la question « Comment vais-je faire pour l'attraper ? », cette « auto-désignation » se présente, pour l'infirmier novice comme un véritable « passage à l'acte » qui semble de moins en moins préparé actuellement. Plusieurs raisons à cela : d'abord il y a ce qui a été évoqué plus haut, une transmission battue en brèche par la pénurie de moyens, mais il y en a d'autres...

Lors de son stage d'infirmier, on tente désormais de préserver le jeune stagiaire pour des raisons dont la complexité nous a échappé : règlements, risques, assurances ? Toujours est-il qu'il ne semble plus pouvoir accompagner ses collègues lors d'interventions potentiellement « musclées ».

Le résultat, c'est que l'infirmier novice se trouve souvent, après une semaine d'exercice, brutalement confronté à cette question « comment vais-je pouvoir l'attraper ? » sans avoir les moyens d'y répondre dans de bonnes conditions, pour lui et pour le patient, au risque d'être détruit professionnellement.

Citons encore ces propos d'un jeune infirmier débutant à l'appui d'une révision du cursus actuel : « en chambre d'isolement, je n'ai pas peur... tandis que, dans les couloirs, j'ai peur ! »

## Répartition des responsabilités : qui décide quoi ?

Si la décision formelle revient au psychiatre référent, il apparaît qu'elle est en fait préparée par l'ensemble de l'équipe soignante : ce sont les infirmiers et aides-soignants, au contact quotidien avec les patients, qui apporteront des éléments cliniques permettant de prendre cette décision.

Les choses se présentent différemment dans certains cas bien définis, par exemple quand un patient sous statut « SPDRE » ou « SPDT » (« HO » ou « HDT » selon l'ancienne terminologie) passe d'un établissement à un autre : en témoigne cette situation, rapportée par un psychiatre, où il a d'emblée été décidé de libérer un patient arrivant sous contention afin d'observer comment il réagissait... Comme on le voit, il est des cas où les principes du chef de service priment sur tout le reste.

## L'UMD : un monde d'opportunités !

A en juger par ce que nous avons entendu, l'UMD (Unité pour Malades Difficiles) présenterait bien des avantages...



Mr Olivier Bertrand, Cadre de Santé à l'EPS Maison-Blanche, formateur à l'IFITS



D' Matthias Russick, Praticien Hospitalier à l'UMD Paul Guiraud



D' Maria Cristina Galeazzi, Praticien Hospitalier à l'EPS Maison-Blanche



Mr André Joisin, UNAFAM, Représentant des Usagers à l'EPS Maison-Blanche



Mr Serge Klopp, Cadre de Santé à l'Hôpital de Ville Evrard

- D'abord le temps de présence moyen des patients (environ 10 mois en moyenne) est relativement long, ce qui permet d'inscrire des traitements – par exemple une psychothérapie – dans la durée requise ;

- Ensuite le ratio « nombre de soignants / nombre de patients » est deux fois plus élevé qu'ailleurs, en raison du caractère « difficile » des patients ;

- Et dans ces effectifs, on ne trouve quasiment pas de débutants, la qualification du personnel y est donc plus élevée qu'ailleurs ;

- Enfin équipes et lieux de résidence sont structurés en 3 spécialités : l'accueil, le traitement au long cours et la préparation à la sortie. Cela permet de dispenser des soins adaptés (« séquentiels » selon la terminologie en vigueur) à des populations bien segmentées ;

Tout ceci mis bout à bout, on comprend aisément ce que l'UMD peut représenter comme avantages dans la prise en charge des patients agités. Juste un exemple chiffré : on y considère une période de 3 jours comme étant « très longue » dans le cas d'un isolement, généralement en début de séjour... À comparer pour info – cela nous a été confirmé en aparté - à des périodes de contention pouvant atteindre 3 mois dans l'établissement d'origine !

Il ne nous est pas difficile d'imaginer que cela doit tenir entre autres à la pénurie de places en UMD et aux délais d'attente qui en résultent pour une équipe qui, comme on l'a dit plus haut, n'ayant pas les moyens de prendre en charge un patient particulièrement difficile, utilise la contention comme expédient. Sujet glissant... si l'on n'y prend garde... vers la maltraitance ! Mais sujet que nous n'avons pas voulu passer sous silence, même si une partie de ce qui est rapporté ici provient de propos tenus hors réunion.

## Chambres d'isolement : recherche et innovation

De plus en plus d'efforts sur le confort et les côtés pratiques : des dispositifs acoustiques très élaborés (technique de la pièce isolée dans une autre pièce la contenant) de nature à préserver patient et soignants, un mobilier adapté avec des toilettes disponibles tout en préservant l'intimité, une recherche dans les couleurs, tout est fait pour améliorer le séjour autant que faire se peut.

Cela ne doit pas occulter le problème majeur qui réside par

construction dans la pauvreté des moyens de s'occuper... Une équipe nous a justement fait part de travaux intéressants dans ce domaine : les portes de certaines chambres d'isolement ont été munies de boutons (à toute épreuve) permettant de déclencher des airs de musique. Cela semble avoir été très bien reçu et employé : à quand une chambre d'isolement propre à canaliser l'énergie ?

## Et s'il nous fallait conclure...

Un grand merci à tous les intervenants, grands professionnels des soins psychiatriques, qui ont choisi de présenter sans concession tous les aspects de ces pratiques d'isolement et de contention dont ils ne font usage - c'est manifeste – qu'avec le plus extrême discernement : Jean-Pierre Andrieu, Claudine Mercier-Kalayan, D' Michel Caire, Serge Klopp, D' Maria Cristina Galeazzi, Cécile Bourseiller, Laetitia Thomas, Jean-Louis Bourrel, Sylvia Berdin, D' Patrick Chaltiel, D' Matthias Russick, Jean-Claude Bordes, Isabelle Robineau-Fauchon, André Joisin, Olivier Bertrand, Alexia Stantzios, Gilles Bangarter, etc.

Soulignons que la tenue de ce colloque sur ce type de thème n'est pas un cas isolé puisque le Centre Hospitalier Sainte Anne vient également de tenir un colloque intitulé « Ouvert, fermé – état des lieux des pratiques ». A nous, bénévoles de l'UNAFAM, il est apparu tout à fait significatif que deux grands établissements choisissent de questionner ce type de pratiques en des termes témoignant d'une remarquable attention et d'une grande sensibilité aux questions d'éthique et de respect des patients. Au-delà de cette opportunité que la tenue de ce colloque a présentée pour nous dans la rédaction de ce dossier, nous ne pouvons que nous montrer rassurés sur l'exemplarité qui semble prévaloir généralement.

Pour nos lecteurs, il nous semble toutefois prudent d'ajouter que le choix même de participer à ce colloque introduit d'emblée un biais dans la représentativité des participants. La prévalence des bonnes pratiques ne doit pas nous faire oublier le contexte ambiant de restrictions budgétaires. Il nous faut donc rester vigilants.

Luc Vave

NB : Nous reviendrons sur ce colloque dans ce numéro, en page 11, avec le compte rendu de l'intervention de Mme Sylvia Berdin, juriste.

Représentant UNAFAM des Usagers à l'EPS Maison-Blanche

# André Joisin au service des usagers : une compétence professionnelle !

*La plupart de nos lecteurs connaissent déjà André Joisin. Rappelons pour les autres qu'il est membre bénévole de l'UNAFAM Paris et membre du Comité de Rédaction de « la Lettre ». Représentant des Usagers à la CRUQ de l'EPS Maison Blanche il est très impliqué dans la démarche « qualité » et connaît mieux que quiconque le fonctionnement interne d'un hôpital psychiatrique : une compétence unique que nous nous devons de vous faire partager.*

**L. L. :** Vous vous êtes acquis une solide réputation de « facilitateur » en cas de relation conflictuelle entre un usager et un établissement, quels types de problèmes rencontrez-vous le plus souvent ?

**A. J. :** Ils sont très variés : problèmes administratifs, juridiques ou médicaux, ressentis tant par le patient, hospitalisé ou non, que par son entourage. La liste est longue : interdictions de visite, refus de transmission du dossier médicalisé au patient et autres fins de non-recevoir de la part du corps médical, maintien en isolement thérapeutique ou contention estimés abusifs, divergences sur les actes médicaux, décision d'orientation dans un autre établissement, soupçons de maltraitance physique, insuffisance de prise en compte des troubles somatiques ou encore des vols en intra-hospitalier. Notez que je prends bien soin de souligner dès le départ l'importance de cette notion de « ressenti » : il m'arrive en effet régulièrement d'observer un écart significatif entre le ressenti et les faits réels.

**L. L. :** Par quoi commencez-vous lorsqu'on vous sollicite ?

**A. J. :** Je commence toujours par écouter attentivement mon interlocuteur, généralement un membre de la famille du patient, sans trop intervenir. Cette personne est souvent en très grande souffrance et éprouve généralement le besoin de « vider son sac ». Alors je respecte cette forme « en vrac » sans trop poser de questions et sans prendre de notes. C'est seulement une fois ce préalable passé que je peux commencer à tenter de structurer ce qu'on me raconte.

**L. L. :** Justement, selon quels critères structurez-vous ?

**A. J. :** Je me livre à une reformulation des faits avec mon interlocuteur selon un ordre chronologique, en écartant tout ce qui ne peut être vérifié, ainsi bien sûr que tout jugement de valeur. Mon objectif est de parvenir à un récapitulatif le plus concis et le plus irréfutable possible. Une fois que tout ceci est mis par écrit, je demande à mon interlocuteur ce qu'il attend très précisément de moi et là aussi, je dois en arriver à une formulation claire et concise de la demande.

Il est également important de bien distinguer les problèmes relevant de la prise en charge médicale des problèmes administratifs, dans la perspective d'un accompagnement en entretien ou d'une demande de médiation, car les interlocuteurs peuvent être différents.

**L. L. :** La formulation écrite semble très importante pour vous ?

**A. J. :** Effectivement, elle présente de nombreux avantages.

En tout premier lieu, elle peut me permettre de déceler d'éventuelles contradictions entre la situation réelle et la demande de mon interlocuteur qui est alors vouée d'avance à l'échec. L'écrit en facilite la prise de conscience et on s'évite une dépense inutile d'énergie, sans parler de la perte de crédibilité auprès du personnel de l'établissement. Mais même si la demande peut être considérée comme fondée, il arrive que cette simple formulation parvienne à calmer le jeu du fait de la prise de recul opérée, une fois pesés les avantages et inconvénients d'une démarche de recours, au regard des enjeux.

En tout état de cause, l'existence d'une formulation écrite des faits et des attentes garantit à la fois la qualité de la communication ultérieure avec l'établissement et un cadrage incontestable de ma mission d'assistance auprès de la personne qui l'a sollicitée.

**L. L. :** Maintenant, supposons que la personne veuille donner suite, que se passe-t-il ?

**A. J. :** Je commence par évacuer tous les problèmes d'ordre administratif qui peuvent être réglés par téléphone en contactant, en présence de la famille, la « Chargée des relations auprès des usagers » de l'établissement. Je dois dire que, tout au moins dans le cas de l'EPS Maison Blanche que je connais, la réactivité est excellente.

En ce qui concerne les problèmes avec le corps médical, je demande à la personne si elle veut que je l'accompagne à titre exceptionnel, dans le cadre d'un entretien avec l'équipe de l'unité de soins. Si c'est le cas, et là aussi j'estime que cela doit être explicite, je m'arrange toujours pour rester un peu en retrait en n'intervenant que si besoin.

Mon objectif étant de permettre la reprise du dialogue, je fais toujours en sorte de privilégier le contact direct entre la personne et le personnel de l'établissement. Cela me permet également de prendre un certain recul et de me faire ma propre idée.

**L. L. :** Nous sommes maintenant « au front » : à qui doit-on s'adresser ?

**A. J. :** Supposons qu'il s'agit d'un problème avec le corps médical. Comme le prévoit le règlement intérieur, je me présente à l'accueil en compagnie du plaignant et demande à voir le cadre supérieur de santé (également appelé assistant de pôle) du service, après avoir décliné mon identité, ma fonction dans l'établissement et le motif de mon intervention.

Une fois en sa présence, on expose de façon concise les

faits ainsi que nos demandes et on cherche avant toute chose à comprendre ce qui se passe. Notre interlocuteur, à l'énoncé du nom du patient, est en effet déjà censé disposer d'un certain nombre d'éléments de réponse car des réunions de service ont lieu régulièrement.

C'est là que le travail effectué au préalable doit porter ses fruits : la plupart du temps, un dialogue constructif s'engage et on finit généralement par trouver une solution, soit directement avec la cadre supérieure de santé, soit, si c'est nécessaire, avec le médecin psychiatre référent ou, à défaut, le chef de pôle.

**L. L. : Et au niveau de la forme, que conseillez-vous ?**

A. J. : A mon avis, il n'existe pas de recette particulière pour présenter sa requête. Cela dit, la façon de présenter les choses est aussi importante ici qu'ailleurs. En ce qui me concerne, je précise que j'interviens à la demande de l'entourage, en vue de trouver un terrain d'entente. Après, je laisse la famille s'expliquer à sa guise.

Quelle que soit la gravité de la situation, notre rôle, en tant que représentant des usagers, n'est pas de nous substituer au plaignant, de rechercher des responsabilités ou de nous immiscer dans le programme de soins mais de trouver un consensus qui satisfasse les deux parties.

On ne doit pas perdre de vue qu'il est essentiel de ménager la susceptibilité des protagonistes. Il faut à tout prix éviter d'atteindre le point de non-retour ou de faire perdre la face à l'un d'entre eux. Ces principes bien connus en négociation restent valides dans un établissement psychiatrique.

**L. L. : Mais il doit vous arriver d'être sollicité après coup, lorsque votre interlocuteur en est arrivé à une situation de blocage, quelle qu'en soit la raison. Comment procédez-vous dans ce cas ?**

A. J. : Pour répondre à votre question je dirai que deux cas de figure peuvent se présenter :

Cas N° 1 : Mon interlocuteur a déjà eu plusieurs entretiens infructueux avec le personnel médical, soignant ou médico-social et estime, qu'à ce stade, compte-tenu de la dégradation du climat relationnel, un entretien de plus n'y changerait rien. Dans ce cas, je l'oriente vers la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQ) en vue d'une éventuelle médiation. A partir de cet instant, siégeant moi-même dans cette commission ainsi que dans les instances « qualité », j'en suivrai le déroulement. Si une médiation est prévue et que l'entourage me sollicite, je m'efforcerai d'y assister autant que possible.

Cas N° 2 : Mon interlocuteur a été confronté à plusieurs reprises à une fin de non-recevoir non motivée (ex : refus de visite, absence de réponse à une demande de rendez-vous,...), mais ne souhaite pas encore recourir à la CRUQ ou à la médiation (difficultés de communication, barrière de la langue, parent très âgé...) et demande à être assisté pour une ultime tentative : nous prenons rendez-vous ensemble avec l'équipe de secteur. Il peut aussi m'arriver, si je ne suis pas disponible, de l'orienter vers la « Chargée des Relations auprès des Usagers » de l'établissement.

Dans l'un et l'autre cas, je m'efforce de lui communiquer,



préalablement, le maximum d'informations utiles (aide à la formulation ou à la rédaction d'une plainte ou réclamation, références juridiques, règlement intérieur de l'établissement) : une bonne connaissance des droits du patient et du fonctionnement de l'établissement est en effet requise pour être en mesure d'anticiper les points de blocage.

**L. L. : Supposons qu'on en soit à cet ultime entretien, comment cela se passe-t-il ?**

A. J. : C'est toujours la même chose, on repart de notre « petit problème à résoudre » et on déroule tout depuis le début sans omettre d'évoquer les derniers rebondissements. Arrivés à ce stade, les choses s'arrangent la plupart du temps. Il est vrai que, en tant que « Représentant des Usagers » de l'EPS Maison Blanche, je suis bien connu pour ma détermination à aller au fond des choses !

**L. L. : Oui mais ce n'est hélas pas le cas général : supposons que cet ultime entretien se soit soldé par un échec ?**

A. J. : L'étape suivante, c'est la lettre adressée en recommandé avec AR au Chef d'Etablissement à l'attention de la « Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge » (CRUQ). Il faut ici encore que la formulation employée soit précise et motivée par des faits vérifiables et vérifiés. La rédaction de cette lettre est grandement facilitée si le travail de formalisation a déjà bien été réalisé en amont comme je l'ai expliqué.

Il faut savoir que la « CRUQ » ne se réunit que tous les trois mois. Pour éviter un temps d'attente trop long, la direction propose donc une rencontre avec un médiateur, soit un « médiateur médical », soit, s'il s'agit d'un problème administratif, un « médiateur non médical » (généralement un cadre supérieur de santé)... d'où l'importance de bien différencier les deux types de problèmes dans la formulation.

**L. L. : Faut-il accepter ?**

A. J. : Bien sûr, on a toujours intérêt à rencontrer le plus rapidement possible un interlocuteur qui a structurellement comme vous pour objectif de faire avancer le dossier ! Soit il est en mesure d'arranger avec vous et avec le service concerné une solution, soit le différend persiste et alors le

médiateur doit fournir des éléments de réponse motivés.

Dans ce dernier cas, si l'on estime que ces éléments de réponse ne sont pas satisfaisants, il faut se résoudre à recourir à des procédures plus... contraignantes.

**L. L. : J'imagine que cette fois, on n'est plus très loin du tribunal ?**

A. J. : Tout à fait. Quand on en est là sur un dossier, c'est très souvent qu'il s'agit d'un problème ayant quelque chose à voir avec des mesures de privation de liberté... Dans ce cas, j'aurais tendance à privilégier la saisine du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Libertés. Mais il y a d'autres voies de recours, en particulier s'il s'agit d'un problème grave de qualité de la prise en charge. Tout dépend de la nature et de l'importance du litige :

- **La Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP)** : organe de contrôle créé pour protéger les libertés et garantir la dignité des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique.

- **Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Libertés (CGLPL)** <sup>1</sup> : c'est, comme je l'ai dit, celui que je préconise généralement. Il veille à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine.

- **Le Défenseur des Droits** <sup>2</sup> : chargé de défendre entre autres les droits des citoyens face aux administrations, il traite les demandes d'information ou de réclamation mettant en cause le non-respect des droits des malades, la qualité du système de santé, la sécurité des soins ou l'accès aux soins.

- **Le Juge de la Liberté et de la Détention (JLD)** <sup>3</sup> : en cas d'hospitalisation sous contrainte, il vérifie si la mesure de soins est justifiée et décide la mainlevée ou le maintien de la mesure de soins sans consentement.

Il peut être saisi par la personne « en soins », son représentant légal, son conjoint, ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne soignée, y compris la personne qui a formulé la demande de soins psychiatriques.

- **Le Tribunal administratif** <sup>4</sup> : cette juridiction est chargée, en première instance, de juger les litiges entre les particuliers et les administrations (faute dans l'organisation et le fonctionnement du service hospitalier, défaut de surveillance, procédure d'admission non conforme...).

- **La Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCLam)** <sup>5</sup> : elle est compétente pour connaître des conflits relatifs à l'accident médical non fautif ou aléa thérapeutique, l'accident médical fautif, une affection iatrogène, une infection nosocomiale, un autre litige entre l'utilisateur et les professionnels de santé, les établissements de santé, les services de santé, les organismes ou les producteurs de produits de santé.

Pour tous ces recours, je conseille fortement l'usage de la lettre recommandée avec AR.

**L.L. Pourquoi privilégiez-vous la saisine du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Libertés ?**

A.J. C'est l'expérience des nombreuses interventions effectuées par ses services et l'impact des rapports et recommandations qui en découlent qui m'incitent à privilégier ce

choix. Il présente l'avantage de pouvoir être déclenché par toute personne qui souhaite porter à sa connaissance des faits ou des situations susceptibles de porter atteinte aux droits fondamentaux et ce, dans des conditions assurant la confidentialité des échanges.

Il faut savoir également que le 4 avril 2014, le contrôleur général des lieux de privation de libertés et le conseil de l'ordre des médecins ont signé une convention de partenariat conclue pour une durée de trois ans et reconductible par tacite reconduction. Elle pose le principe d'une « collaboration afin d'accroître leur efficacité respective dans l'intérêt de la protection des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, y compris celles qui sont de simples usagers du système de soins et des médecins. »

Pour répondre plus précisément à votre question, j'estime que lorsqu'on en arrive à une telle démarche c'est généralement révélateur de l'existence d'un vrai problème entre l'utilisateur et le service concerné.

Il faut savoir que, la plupart du temps, les différends entre les usagers et les professionnels de santé résultent d'une insuffisance d'écoute de la part de ces derniers envers le patient ou ses proches et/ou d'une expression mal formulée de la demande. Or cela a très peu de chances de se produire si cette demande a été formulée par écrit, de façon concise et claire ! il est évident que l'éventualité d'un recours auprès du CGLPL ou du JLD comporte une forte valeur dissuasive... sous réserve qu'elle apparaisse crédible.

**L. L. : Un dernier conseil ?**

A. J. : Ne jamais oublier que la diplomatie est la meilleure alliée de l'efficacité. Comme je viens de le dire, dans la grande majorité des cas, le problème provient d'une incompréhension avec l'équipe médicale. Ensuite, quand bien même une erreur aurait été commise, l'intérêt de tous, et surtout celui du patient, c'est que la priorité soit donnée à la recherche d'une solution dans le respect mutuel.

Propos recueillis par Luc Vave

(1) CGPL – 16/18, quai de la Loire BP 10301 – 75921 Paris cedex 19 – tél : 01 5338 4780

(2) Défenseur des Droits – 7, rue Saint-Florentin –75008 PARIS – tél : 09 6039 0000 ou 0810 455 455

(3) JLD, TGI de Paris – 4 bd du Palais 75055 Paris cedex 01 – tél : 01 4432 5729

(4) TA de Paris – 7, rue de Jouy 75181 Paris Cedex 04 – tél : 01 4459 4400

(5) CCLam – 36, avenue du Général de Gaulle – Tour Gallieni II – 93175 BAGNOLET Cedex – tél : 01 4993 8920

Pour le Médiateur de la République les violences pouvant faire l'objet d'un recours sont « ordres, interdictions, reproches, indifférence, privation de visites, humiliation, infantilisation, absence de prise en compte de la douleur, acharnement thérapeutique, excès de médicaments, toilettes imposées, gifles, sévices sexuels, vols d'argent ou d'objets, matériel inadapté, non-respect du consentement. »

Pour le Conseil de l'Europe la maltraitance est « tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général

Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris

## Comment, par un beau dimanche de Juillet... j'ai découvert l'existence de l'IPPP.

Cet été, alors que ma semaine de vacances en Touraine se terminait, j'avais depuis quelques jours des nouvelles inquiétantes de mon fils resté seul à Paris, son amie étant partie dans sa famille. Il avait choisi d'arrêter son traitement pour voir comment il fonctionnait sans médicament, et la crise s'est fait attendre pendant presque un an. Elle a d'abord pointé son nez, insidieusement, « Je me suis bien fait piéger par cette crise ! », dit-il aujourd'hui, mais les signes annonciateurs, quelques élans d'enthousiasme par-ci par-là, ne nous apparaissent que rétrospectivement comme des prémices de crise maniaque... trop tard !

Bref, c'est l'été, sa psychiatre du CMP a reporté sa dernière consultation, les amis et les parents sont partis, et voilà l'explosion de la crise maniaque dans toute sa splendeur !

Le jeudi je conseille aux amis qui le trouveraient de l'amener au CMP, le vendredi, d'appeler directement les pompiers, le samedi matin, on perd tout contact,... et samedi vers 14h, coup de téléphone : « Bonjour madame, je suis le docteur Mullner, de l'Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police ; votre fils vient d'arriver dans nos services et nous a donné votre numéro de portable ».

Ouf, soulagement, l'errance n'aura pas duré trop longtemps, voici le début de la prise en charge. Au téléphone le psychiatre me donne des explications sur l'état de mon fils, me demande quelques renseignements sur ses antécédents, son traitement, et me propose de venir signer une demande d'hospitalisation, le lendemain, puisque je suis à 400km de Paris, et de préférence avant midi pour que ce soit lui qui me reçoive avant la fin de son service.

Tout à fait rassurée par le ton du dialogue et la qualité de l'échange avec le psychiatre, motivée pour rencontrer le médecin qui a accueilli mon fils, je propose à mon mari de tout faire pour être à l'IPPP le lendemain avant midi. Et là, effectivement, nous bénéficions d'un accueil très attentif de la part du Docteur Mullner, une longue conversation d'une heure avec les informations nécessaires pour signer une demande d'hospitalisation dans de bonnes conditions. Nous nous voyons même conseiller de nous adresser à l'Unafam, Association avec laquelle l'IPPP souhaite avoir davantage de contacts !

Et voilà comment, quelques semaines plus tard, je prends le téléphone pour demander une entrevue afin de rédiger un article pour La Lettre.

Il faut dire qu'entre-temps je me suis renseignée sur ce lieu étonnant qu'est l'IPPP, où le registre policier et celui de la psychiatrie s'entremêlent, où le soin et la privation de liberté se superposent, où des médecins travaillent dans de bonnes conditions grâce au budget de la Police, bref, de quoi alimenter de nombreuses polémiques, inquiétudes et fantasmes.

Au-delà de mon expérience personnelle, j'ai souhaité avoir des explications sur le fonctionnement de ce lieu spécifique, unique en France, objet de nombreuses controverses.

C'est le Docteur Mairesse, Psychiatre et Médecin chef, et Mme Jegu, cadre de santé, qui ont pris le temps de me recevoir et de répondre à mes questions avec la plus grande attention. Je les en remercie.

Corinne Viennot

## Entretien avec le Dr Eric Mairesse, médecin chef de l'IPPP et Mme Guenaëlle Jégu, Cadre supérieur de Santé.

**L. L. : Pourquoi une personne arrive-t-elle à l'IPPP, comment est-elle prise en charge ?**

L'IPPP a pour vocation de prendre en charge des personnes en situation de crise, dont les troubles du comportement et des conduites peuvent présenter un danger imminent pour elles-mêmes ou pour autrui.

Lorsque les policiers sont amenés à intervenir, ils vont dans un premier temps transporter les personnes aux urgences de l'Hôtel-Dieu afin d'obtenir un avis médical, nécessaire préalable pour le commissaire, à l'orientation d'une personne à l'IPPP.

Le temps d'observation, au titre des mesures provisoires, est limité à 24 heures ; il peut être porté exceptionnellement à 48 heures, avec justificatif : il varie en fonction de la complexité des éléments à rassembler pour permettre

une évaluation diagnostique en vue d'une orientation adaptée à l'état psychique de la personne admise.

L'objectif essentiel est de n'hospitaliser que les patients en nécessité de soins psychiatriques, et non pas les personnes qui doivent répondre de leurs actes auprès de la police voire de la justice.

**L. L. : Nous sommes ici dans l'exercice d'une psychiatrie médico-légale...**

L'infirmierie est un service formateur qui reçoit chaque semestre 3 internes en psychiatrie, un interne en médecine légale et organise de longue date un séminaire d'enseignement, les Jeudis de l'Infirmierie, apprécié des internes et validant pour leur cursus.

**L. L. : Lorsque vous avez diagnostiqué une personne souff-**





### frant de troubles psychiques, quelle procédure allez-vous suivre pour la faire hospitaliser ?

Parmi les modalités d'application de la loi du 5 juillet 2011 :

- si états dangereux psychiatriques, les Soins Psychiatriques ont lieu sous contrainte :
  - dans 30 % des cas, à la Demande du Représentant de l'Etat (SPDRE, ancien HO)
  - dans 20% des cas, à la Demande d'un Tiers (SPDT, ancien HDT)
- si pas d'état dangereux psychiatrique mais utilité du soin, 5 % des cas, les personnes bénéficient de Soins Psychiatriques Libres (SPL)

Remarque : 45% des personnes accueillies à l'IPPP ne font pas l'objet de l'application de cette loi : les 3/4 retourneront alors au commissariat, sur instruction de l'officier de police judiciaire.

### L. L. : Que se passe-t-il lorsque vous n'arrivez pas à joindre la famille pour une demande de SPDT ?

Il arrive en effet que la famille soit absente, injoignable, ou refuse de venir signer. Cela n'autorise pas à passer « par commodité » de SPDT à SPDRE : ce ne sont pas tout à fait les mêmes déterminants.

En revanche, pour que l'hospitalisation puisse se faire rapidement dans l'intérêt du malade, la loi propose une variante de SPDT appelée SPPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent. En cas d'absence de tiers, le certificat circonstancié du médecin suffira, précisant que la recherche de tiers a été infructueuse et c'est le Directeur de l'hôpital qui validera cette demande par sa signature.

### L. L. : Lorsque l'on arrive dans le service, on est frappé par le calme qui y règne. Comment l'expliquez-vous ?

Nous avons la chance d'avoir un personnel formé et en nombre suffisant, nous donnant ainsi les moyens nécessaires pour assurer des soins de qualité, et l'orientation la plus affinée possible : c'est le moins que l'on puisse faire pendant cette période de privation de liberté.

Nos effectifs se composent de 6 médecins psychiatres titulaires, (le médecin-chef et 5 médecins adjoints), d'un cadre supérieur et d'un cadre de santé, de 27 infirmiers et de 27 surveillants, ces derniers étant en charge de la sécurité.

Cela permet un fonctionnement 24h/24 avec 5 équipes composées d'un minimum de 6 professionnels, dans un service qui compte 10 chambres, 16 lits.

Les psychiatres exercent à temps partiel, engagés par ailleurs dans des pratiques diverses en institutions publiques ou privées (Hôpitaux, CMP, cliniques...), en libéral, en milieu carcéral.

### L. L. : Mais puisque vous recevez des personnes qui sont en crise, souvent très agitées, comment parvenez-vous à les calmer ?

Pour pouvoir mener un entretien, notre objectif est d'obtenir du calme, donc avec assez peu de sédation pour maintenir une qualité de parole et d'échange avec la personne, afin que le diagnostic puisse se faire jour.

Nous proposons toujours en première intention un traitement par voie orale, en donnant des explications au patient sur son état et l'intérêt pour lui de ce soin. Si le traitement oral est refusé, nous l'administrons par injection, en continuant à expliquer la nécessité de ce geste, elle est associée si nécessaire à une contention afin de protéger la personne, dans l'attente d'un apaisement qui permettra de lever cette contention.

### L. L. : Comment se passe la contention ? Combien de temps peut-elle durer ?

Lorsque la contention est nécessaire, elle est prescrite par le médecin, tracée sur un registre spécifique et surveillée régulièrement : le patient doit être détaché dans le meilleur délai. La contention ne doit pas durer plus de 2 à 3 heures quand le patient a reçu un sédatif injectable qui doit agir dans ce laps de temps. Dans tous les cas, nous maintenons un lien constant avec le patient par la parole.

***le patient doit être détaché dans le meilleur délai. La contention ne doit pas durer plus de 2 à 3 heures (...) Dans tous les cas, nous maintenons un lien constant avec le patient par la parole***

### L. L. : Lors du passage de mon fils par vos services, j'ai été reçue par un psychiatre qui a pris beaucoup de temps pour m'informer. Est-ce toujours le cas ?

D'une manière générale, nous accordons beaucoup d'importance à la communication avec les familles et à leur information.

Nos internes et médecins de garde sont tous sensibilisés à l'entretien et au dialogue avec les proches et mettent tout en place pour chercher à les joindre jour et nuit, même à l'étranger : si le patient traverse une crise, la famille est bien souvent en grande détresse, parfois sans nouvelles et angoissée qu'un malheur ait pu se produire.

Ils doivent prendre le temps de les informer sur l'état du patient, sur la procédure de SPDT comme de SPDRE si elle s'imposait, sur la manière dont va se passer la suite de la prise en charge et le transfert à l'hôpital psychiatrique de secteur.

Nous conseillons fréquemment aux familles en difficultés répétitives, notamment avec les patients présentant un handicap psychique, de se tourner vers les associations de soutien telle l'Unafam !

Propos recueillis par Corinne Viennot

# Un témoignage qui fait mal...

Ceci est un témoignage à vif recueilli auprès d'une mère désemparée par une certaine pratique de la psychiatrie. Pour des raisons évidentes, nous n'avons pas tenté de recueillir la version de l'équipe soignante concernée. C'est donc un récit à charge qui laissera le lecteur frustré de n'avoir pas accès au vécu de l'équipe d'en face. Si nous avons choisi de le publier tel que, c'est qu'il nous a paru parfaitement cohérent avec ce que nous savons des méthodes encore en vigueur dans certains services. Tout juste l'avons-nous « anonymisé » afin de protéger tous les acteurs de ce drame.

## Juste avant...

Noël a 40 ans, il est « stabilisé » depuis longtemps. Il n'est pas dans le déni - il bénéficie de l'AAH - et vit modestement chez lui. Il a une amie de son âge avec laquelle il a établi une belle relation stable et il se donne à fond dans sa vie d'artiste avec un vrai succès. Tout irait pour le mieux s'il n'était pas régulièrement confronté à des angoisses, heureusement jugulées grâce à un « cocktail » de médicaments. Un jour « J », il ne se sent pas bien et, sur le conseil de son amie, il consulte le psychiatre du CMP qui l'envoie en ambulance à l'hôpital pour une hospitalisation libre, après lui avoir expliqué qu'il en aura pour une semaine au minimum.

## Le jour où tout a basculé...

Nous sommes à « J+3 » et Noël, se sentant bien, demande à sortir de l'hôpital. D'après ce que j'ai compris, sa demande s'est vue refusée « pour des raisons de fragilité » et après délibération, par une équipe soignante divisée sur la réponse à donner. Toujours est-il que, lorsqu'on lui annonce que je viens le voir, il pense d'abord que c'est pour venir le chercher. Puis, apprenant que sa demande est refusée, il s'emporte avant que je n'arrive et agresse physiquement un membre de l'équipe médicale.

Décision immédiate : « hospitalisation d'office » et demande d'admission en UMD.

## Plus d'un mois de contention...

En attendant son admission en UMD, il est attaché pieds, mains et taille, allongé sur un lit 7 jours sur 7 et 22 heures sur 24, avec tout ce qui s'ensuit... accrochez vous :

- on lui met une poche pour recueillir ses urines
- on lui apporte un bassin s'il a besoin d'aller à la selle
- bien sûr, il est obligé de hurler pour faire entendre qu'il en a besoin
- du coup, il lui arrive de faire sur ses vêtements et sur lui...
- nécessitant par conséquent un nettoyage...
- administré soit par lui-même s'il bénéficiait du détachage d'une main...
- soit par un infirmier : suprême humiliation !
- de même pour les repas, il se voyait libérer une main mais, plié en deux, il avait envie de vomir et, souvent, vomissait !
- piqûres quotidiennes d'anticoagulants afin de prévenir les risques de phlébite
- pas de visites, pas de lettres et pas de téléphone (tenu par l'infirmier) avant que le psychiatre référent ne rentre de vacances... près d'un mois après l'accident : largement de quoi vous rendre fou !

**absence de toute démarche thérapeutique pendant plus d'un mois de contention (...)  
On n'est plus dans une logique de soins !**

Bien entendu, « c'était pour sa sécurité et pour celle de son entourage ». N'empêche que l'on est en droit de se poser des questions sur le bien fondé de l'absence de toute démarche thérapeutique pendant plus d'un mois de contention, qui plus est dans un hôpital psychiatrique dont la raison d'être est de soigner !

Un seul geste d'agressivité, même s'il a eu des conséquences regrettables, peut-il justifier l'abandon d'un homme à cet état parfaitement dégradant, indigne même d'un animal, dont personne - et surtout pas des professionnels de la psychiatrie - ne peut douter des effets délétères dans la durée ! Pour moi, la réponse est clairement « non ».

J'estime en effet qu'on n'est plus dans une logique de soins. On se situe dans la pire des logiques administratives : celle de l'irresponsabilité. Là, tels des fantômes insaisissables, règnent les protocoles... C'est d'ailleurs un bon point de repère : si vous n'avez jamais droit à d'autres informations, de la part de vos interlocuteurs, que l'énoncé des règles en vigueur, c'est que vous êtes dans ce type de « service » !

## L'UMD : enfin un regard humain !

Ici, juste après un « voyage au bout de la nuit » (en l'espèce plusieurs centaines de kilomètres en ambulance, toujours sous contention), Noël renoue avec un morceau d'humanité : savoir faire particulier ? Compétence de cet encadrement très spécialisé ? Toujours est-il qu'il ressent, aux égards montrés par le personnel, et en particulier son psychiatre, qu'on le traite avec respect !

Pas de miracles, une UMD reste une UMD, ne serait-ce que par la population internée : en règle générale de vrais délinquants, même si reconnus « sans discernement » ! Les journées passent très lentement dans la grande salle où tous fument en se regardant les uns les autres, sous le regard vigilant des infirmiers. Heureusement, il y bénéficie quand même d'un atelier, mis à sa disposition 2 heures par jour, et d'une sortie hebdomadaire.

Ce sont ces deux petites heures quotidiennes, alliées il est vrai à un certain sens de l'humour, qui lui permettent de tenir et il souffre surtout de l'isolement : toujours pas de téléphone, sa famille ne peut venir le voir que très épisodiquement du fait de la distance. On lui avait parlé de quelques mois... Malgré 6 mois de bonne conduite - un infirmier lui dira qu'il ne comprend pas pourquoi il a atterri là - il est reconduit pour 6 mois de plus : un coup très

dur ! Il y voit le résultat d'une recommandation « soignée » de son psychiatre de secteur et comprend qu'il lui faut faire et dire tout ce qu'on attend de lui : « j'ai pris sur moi, c'est un travail intérieur » comme il me le dira plus tard.

## Une compétence médicale évidente

L'UMD a d'autres bons côtés méritant d'être signalés : l'équipe soignante découvre que certains composants essentiels du « cocktail » habituel des médicaments de Noël ont des effets contre productifs ! J'ai appris à cette occasion que, chez certaines personnes, une molécule peut avoir l'effet inverse de celui habituellement observé... Du coup, son traitement est considérablement allégé et je comprends a posteriori pourquoi il avait besoin d'ajustements fréquents de sa formule au cours des années antérieures.

Lorsqu'il quitte enfin son UMD au terme de cette période de « deux fois 6 mois », il apparaît transformé. Est-ce l'effet d'un personnel plus compétent ou ce « travail intérieur »

qui lui ont permis de prendre plus d'ascendant sur sa vie ? Est-ce l'effet d'une médication plus adaptée à son tempérament qui lui a permis de mieux s'équilibrer ? Les faits sont là.

## Retour à la normale

Il mettra encore plus de 6 mois pour voir son « HO » levée. Maintenant, je vois la résilience s'opérer. Paradoxalement, elle est plus rapide chez lui que chez moi et, surtout, chez son amie qui en souffre encore !

Je pense que cela s'explique : cette expérience a marqué pour lui une double victoire, sur l'injustice d'abord, mais aussi sur lui-même ! Tandis que nous, nous ne pouvions rien faire et la douleur était immense.

Pour preuve, cette année d'enfermement, il nous arrive d'en parler souvent mais seul lui parvient à tourner ces circonstances en dérision !

Propos recueillis par André Joisin et Nicolas Petit

# Privation de liberté et droit du patient

**Sylvia Berdin, juriste spécialisée en droit médical, est intervenue lors du colloque « Réflexions autour des pratiques d'isolement en psychiatrie » organisé par l'EPS Maison-Blanche pour résumer les principes juridiques régissant la privation de liberté. Son intervention a eu le mérite d'être particulièrement claire au regard d'un sujet rendu complexe par la législation en vigueur. En voici le compte rendu.**



Il faut le savoir : en droit français, les pratiques d'isolement et de contention à l'hôpital ne seront questionnées sous l'angle juridique que si elles sont constitutives d'une infraction pénale ou d'un préjudice. Comme il n'existe par ailleurs pas en France de textes de loi régissant ces deux pratiques, il faut s'en remettre à la jurisprudence pour savoir si un fait relevé dans un établissement est susceptible de constituer une infraction pénale.

Cette jurisprudence étant par définition constituée d'une variété de jugements spécifiques, il est relativement malaisé, pour un plaignant, de déterminer si, oui ou non, ses droits fondamentaux ont été respectés. Il faut donc dans un premier temps s'en remettre au bon sens, sachant qu'il existe fort heureusement un certain nombre de points de repère en forme de principes très simples.

## 5 points de repère dans la jungle de la jurisprudence

Voici donc brièvement les 5 points qu'il faut avoir en tête pour déterminer si, oui ou non, il y a eu respect des droits fondamentaux, au regard de la loi, dans un établissement de santé mentale :

1. La liberté d'aller et venir : c'est un droit fondamental pour tout être humain, qui peut toutefois être restreint, dès lors que cela est nécessaire et strictement proportionné. La prise en charge d'un patient en soins libres pour lequel

une contention serait prescrite doit, au-delà de 24 heures, « évoluer » vers un mode de prise en charge sans consentement (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers ou Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat). Dans la même logique, un patient en soins libres ne doit pas se voir appliquer les mêmes règles qu'en service fermé. Enfin, on ne peut interdire à ce même patient de recevoir des visites, toujours au titre de ce droit fondamental d'aller et venir (et de celui du droit au respect de ses liens familiaux) librement dans les parties publiques de l'institution où il réside temporairement, sauf indication médicale contraire.

2. Le respect de la dignité de la personne : ce principe est d'application très large, il va de soi que toute personne sous contrainte physique est particulièrement exposée à des vexations de toutes sortes, par exemple lors des repas ou de la toilette. Elle est donc susceptible de faire valoir son droit au respect de sa dignité et en rapport avec son état.

**Même en soins psychiatriques sans consentement le principe est l'obtention du consentement de la personne...**

3. Le soin librement consenti est la règle : Même en soins psychiatriques sans consentement le principe est l'obtention du consentement de la personne... L'administration

d'un traitement ne pourra être imposée que dans certains cas (mise en danger de lui-même ou des autres par exemple). L'isolement et/ou la contention ne doivent donc être utilisés qu'en cas de dernier recours, c'est-à-dire après avoir pris le temps d'étudier le comportement du patient et de tenter de le raisonner. Il existe toutefois des dérogations à cette règle, par exemple dans le cas où le patient demande de lui-même à être placé en isolement ou en cas de rupture thérapeutique.

4. Les soins doivent être individualisés : on doit tenir compte du vécu et / ou de l'historique du patient dans les prescriptions de traitements ou actes thérapeutiques que sont la contention et l'isolement. Il ne serait pas légitime d'y avoir recours pour sanctionner le patient, soulager l'équipe ou pour manque de personnel. Tout ceci doit faire l'objet d'un travail d'équipe : le médecin doit expliquer et les équipes soignantes doivent négocier.

***certains protocoles ou jurisprudences préconisent une visite toutes les heures, voire toutes les demi-heures si le patient se montre particulièrement agité***

5. Le patient en isolement doit être l'objet de visites fréquentes : l'OMS, l'HAS recommandent une visite et une réévaluation toutes les 3 heures, au plus tard. Il faut considérer cela comme un minimum absolu : certains protocoles ou jurisprudences préconisent une visite toutes les heures, voire toutes les demi-heures si le patient se montre particulièrement agité.

## Une réalité sur le terrain souvent très éloignée de la réalité juridique

Ici, Sylvia Berdin prend le temps de bien confirmer que oui, tout ça c'est bien ce que dit la loi, même si la pratique institutionnelle semble souvent l'ignorer ! Cette précaution oratoire s'est d'ailleurs avérée amplement justifiée par les nombreuses questions soulevées par la salle. Soulignons que ces questions émanaient de professionnels aussi étonnés que ravis, manifestement acquis aux bonnes pratiques et très sensibilisés aux questions d'éthique !

Ce fut aussi pour nous, représentants des usagers, un grand moment de bonheur que de voir l'intervenante et l'assistance dénoncer à l'unisson le conflit structurel entre :

1. la tendance actuelle à tout protocoliser en pratiques applicables collectivement
2. la nécessaire individualisation des soins « en toute réflexion », tant au regard de ce que dit la loi que dans un souci de pertinence et d'efficacité !

Il nous est en effet apparu singulièrement rafraîchissant d'entendre un discours, émanant d'une spécialiste des questions d'ordre juridique, qui fasse la part aussi belle au bon sens et aux principes élémentaires de respect du patient selon le sens commun. A l'en croire, la prise de recul et la bonne réflexion constituent finalement les meilleurs remparts contre des dérives d'autant plus pernicieuses qu'elles découlent souvent de la crainte injustifiée de « ne

pas déranger tel membre autorisé » de l'équipe soignante.

***on se paralyse souvent par prétendue méconnaissance du cadre juridique (...) là où il suffirait de se poser une question toute simple...***

Pour conclure, Sylvia Berdin nous livre quelques convictions personnelles :

- on se paralyse souvent par prétendue méconnaissance du cadre juridique : « que suis-je autorisé à faire au regard de la loi ? » ( note du rédacteur )...
- là où il suffirait de se poser une question toute simple : « qu'est-ce qui, à la vue de mes connaissances professionnelles, de bonnes pratiques, éthiques, juridiques me paraît cohérent et respectueux du patient ? »

Cela suppose donc, et forcément, une réflexion permanente, collective et institutionnelle participant d'une harmonisation des pratiques.

## Post scriptum

Derniers points : la séance de questions-réponses s'étant révélée particulièrement riche, voici dans le désordre ce que nous avons également glané ça et là :

- Le recours à la contention ou l'isolement suppose une surveillance accrue et une situation avérée de « dernier » recours... Ces actes thérapeutiques ne peuvent se faire que sur prescription médicale, formalisée en cas d'urgence dans l'heure qui suit.
- De même, l'isolement et/ou la contention doit/doivent s'arrêter dès lors qu'ils n'apparaissent plus comme nécessaires. En principe, la libération devrait intervenir dans les heures qui suivent le constat par un membre de l'équipe. Là aussi, 24 heures doit être considéré comme une limite à ne pas dépasser, ce qui invalide le bien fondé de « l'attente du retour du psychiatre référent après la fin du week end ».
- Une « chambre d'isolement » ne peut légalement être utilisée comme « lit d'appoint ».

***isolement et/ou contention doivent s'arrêter dès lors qu'ils n'apparaissent plus comme nécessaires (...) dans les heures qui suivent (...) 24 heures doit être considéré comme une limite à ne pas dépasser***

- Rôle du Juge des Libertés et de la Détention : sa présence dans le processus est motivée par la nécessité d'un contre-pouvoir dans la sphère médicale.
- Le juge n'est pas là pour se prononcer sur l'état médical du patient. Il est seulement là pour s'assurer que ses droits fondamentaux sont respectés.
- Pour ce faire, la démarche du juge va consister à s'appuyer sur le contexte pour évaluer s'il y a eu, ou non, infraction pénale ou préjudice.

Luc Vave

Adresse professionnelle de Sylvia Berdin : sylviaberdin@yahoo.fr

Chambre d'isolement et... isolement de la chambre : témoignage et réflexions

# Et si la violence se cachait aussi dans le déni du somatique ?

Depuis quelque temps, mon fils nous inquiète. Il vit seul depuis trente ans, dans son studio dont il assume les charges. Toute sa famille est en province, mais les contacts sont réguliers et fréquents, chaleureux. Il est suivi quotidiennement par une équipe de secteur, il prend normalement ses médicaments, il accepte une aide-ménagère, il gère seul son budget, il est économe, ne fume pas, ne boit pas, s'entend bien avec le voisinage. Bref, quelqu'un sans problèmes associés, quelqu'un de très sympathique et qui nous dit qu'il va très bien : un rêve pour les familles Unafam.

Et pourtant, depuis quelques mois, nous nous inquiétons : incurie grandissante, amaigrissement, tenue négligée, courrier non ouvert, retards administratifs. Il s'isole, il ne se rase plus, il fait de plus en plus vagabond, lui généralement soucieux de sa mise.

Ce qui nous maintient rassurés, c'est qu'il va à l'hôpital de jour, il a donc un contact permanent avec des soignants (qui nous alerteraient si eux-mêmes s'inquiétaient ?). Or il va se retrouver, cette fin d'été, à l'hôpital général, avec une urgence en médecine interne (conséquence des neuroleptiques ?) malgré son habituel refrain : « tout va bien »...

On passe et repasse en revue tous les détails annonciateurs, les symptômes de plus en plus manifestes. Sa sœur s'en inquiète auprès de l'équipe de secteur. Réponse classique : votre frère est majeur, il ne se plaint pas, on ne peut rien faire, juste le mettre en garde, lui conseiller de consulter son généraliste, de penser à faire des analyses.

**« Ce déni, si quelqu'un est bien placé pour savoir que cela fait partie de sa pathologie, n'est-ce pas quand même le psychiatre ? »**

Mais puisqu'il dit lui-même que tout va bien ? Pourquoi irait-il consulter ? « Ce déni, si quelqu'un est bien placé pour savoir que cela fait partie de sa pathologie, n'est-ce pas quand même le psychiatre ? », se demande ingénument la famille.

Eh bien, sur cette question vraiment ingénue, le psychiatre n'est pas le bon interlocuteur... Car si mon fils dit : « tout va bien », le respect de ce qu'il dit (respect par ailleurs légitime de son autonomie et de sa liberté) pèsera plus lourd que le simple bon sens. Alors qui sera le « bon » interlocuteur ?

Cette situation, nous sommes très nombreux à la retrouver sur le parcours de notre proche. Or, sa pathologie psychiatrique entraîne souvent un non-regard sur ses problèmes somatiques. Souvent, le psychiatre est le seul médecin qu'il rencontre régulièrement. Or, il semblerait que ce médecin-là, comme beaucoup de spécialistes, ait tout oublié de ses longues années d'études médicales. Il soigne une partie de la personne, le cerveau, cette partie certes très importante qui en commande bien d'autres : dans ce soin-là, il est le meilleur possible. Mais quid du somatique quand il se dé-

grade ?

Nous mesurons pourtant, dans notre vécu, combien la personne est un tout. Et que les pathologies psychiatriques transforment notre proche en quelqu'un d'éparpillé, qui a perdu son unité. Retrouver cette unité, n'est-ce pas le but de toute thérapie pour un retour à une meilleure santé psy-

**Souvent, le psychiatre est le seul médecin qu'il rencontre régulièrement. Or, il semblerait que ce médecin-là ait tout oublié de ses longues années d'études médicales.**

chique et aussi physique ?

Alors, puisque l'équipe psychiatrique ne peut rien faire pour le somatique (et pourtant les médicaments spécifiques, comme d'ailleurs la plupart des médicaments, entraînent des effets secondaires, connus des psychiatres), il faut que la famille se remette à ramer pour trouver des relais et les faire accepter, alors que notre proche déclare ne pas en avoir besoin.

Il faut essayer de raccrocher avec le médecin de famille (perdu de vue depuis longtemps, ou bien parti en retraite, ou qui a déménagé). Ou en trouver un nouveau. Si on y arrive : le patient se présente au cabinet, pour vous faire plaisir, mais comme il y déclare que tout va bien, il parle d'autre chose et c'est retour à la case-départ.

Bref, la situation s'aggrave et on se retrouve à l'hôpital général pour régler en urgence un problème au départ banal (peut-être prévisible ?) et qui a dégénéré.

Pourtant, dans notre cas précis, nos rapports avec l'équipe psychiatrique sont plutôt bons, il y a un dialogue régulier. Alors, comment en est-on arrivé là ? La réponse tournerait-elle autour de la liberté du patient ?

Après les émotions et 12 jours d'hôpital, nous reprenons le dialogue. En fait, le constat est clair : il n'y a pas de solution si le patient ne veut pas consulter. Il aura donc fallu l'alerte de l'aide ménagère qui a déclaré refuser de revenir chez notre fils tant la situation sur le plan hygiène s'était dégradée.

Il a fallu passer à la vitesse supérieure : sa sœur venue tout exprès de province, a dû trouver au pied levé une généraliste qui puisse recevoir ce jour-là sans RV. Elle l'y emmène, il accepte, le médecin constate l'urgence, il téléphone à l'hôpital et obtient que le patient soit reçu directement dans le service de médecine interne, sans passer par les urgences.

L'hospitalisation se passera bien, la déshydratation est évitée, ainsi que l'occlusion intestinale, il ressort de l'hôpital heureux, détendu, un autre homme.

Sa sœur en profite pour mettre sur pieds, avec l'aide de l'assistante sociale de secteur (pour les démarches administratives), un accompagnement très proche : repas portés à

domicile, intervention d'une aide-soignante chaque matin pour les soins quotidiens, retour de l'aide ménagère, tout cela orchestré à distance mais énergiquement.

Un certain équilibre s'instaure, mais désormais fragile puisqu'il n'y a plus le contact quotidien avec l'hôpital de jour, (qui entre temps a déménagé, trop loin à pied de chez lui et qu'il refuse donc désormais, catégoriquement.)

Nous allons vivre une nouvelle étape : nous miserons sur ce qui est acceptable (donc accepté), nous grignoterons sur les oppositions (à l'aide de propositions), nous partagerons avec l'équipe soignante cette épreuve d'être confrontés au déni et au refus, que le respect de la liberté et de l'autonomie transformerait rapidement en forteresse impenable.

Il faudrait une coopération réelle entre psychiatre et généraliste, une communication de facto organisée entre eux puisque les traitements psychiatriques ont des conséquences somatiques, un appui du psychiatre pour l'entrée en contact

et le suivi avec le généraliste, un dialogue régulier avec la famille, pour que chacun ait son rôle bien défini. Alors, peut-être, le patient se sentirait-il en confiance, au cœur d'un dispositif où le souci de sa santé : psychique mais aussi physique (considérées comme un tout), serait accepté parce que efficace, bienveillant et partagé.

Il semblerait qu'aujourd'hui, à l'hôpital psychiatrique, le rôle du généraliste soit enfin reconnu comme nécessaire, complémentaire. Mais quid des patients en ambulatoire ?

Comment générer cette coopération ? Arriveront-ils enfin à se parler ? Des outils de communication sont en préparation<sup>1</sup>. Nous les appuierons de toutes nos forces... Pour que le déni des problèmes somatiques n'entraîne plus, sous couvert de la liberté du patient, un isolement destructeur !

Catherine Bourgois

(1) Voir l'interview du Dr Guillard page suivante



**Les 26<sup>e</sup> Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM) sont prévues du 16 au 29 mars 2015 et s'adressent au grand public. Citoyens, associations, professionnels organisent des actions d'information et de réflexion dans toute la France.**

Les 26es SISM auront pour thème : « Être adolescent aujourd'hui ». Selon l'Organisation mondiale de la santé, en 2014 chez les 10-19 ans dans le monde, la dépression est la première cause de maladie et le suicide la 3e cause de décès. En France, dans une société en mutation rapide, la santé mentale des jeunes est depuis peu considérée comme une priorité de santé publique. Selon les dernières études, environ 25 % des jeunes de 15 à 25 ans présentent des troubles psychiques.

À l'adolescence on veut être libre, mais on a également besoin de soutien, d'écoute, de protection et parfois de soins. Si pour la plupart des jeunes cette période se passe bien, pour d'autres elle est synonyme de mal être, d'angoisse, de questionnements, de vulnérabilité ou d'une souffrance morale parfois intense.

Comment savoir si les hauts et les bas sont des étapes normales de l'adolescence ou révèlent des troubles psychiques émergents ? Comment repérer les signes d'alerte : décrochage scolaire, isolement, prises de risques, addictions de tous ordres, actes agressifs, autodestructeurs ou accidents répétés. Cette 26<sup>e</sup> SISM sera l'occasion d'aborder les ques-

tions suivantes :

- Mal-être à l'adolescence : comment repérer les signes d'alerte ? À qui s'adresser pour aller mieux ? Où trouver des espaces de confiance pour partager ses interrogations ?
- Souffrance à l'école : comment soutenir les jeunes ? Comment sensibiliser les professionnels ?
- Les réseaux sociaux ont-ils un rôle négatif sur la santé mentale des adolescents ? Comment peuvent-ils renforcer l'entraide, le soutien entre pairs et le partage d'information ?
- Comment favoriser la santé mentale chez les jeunes ? Quelle place pour les éducateurs ? Pour les aînés ?
- Crise d'adolescence ou entrée dans les troubles psychiques : comment s'y retrouver pour les parents et les proches ? Que faire en cas de crise ou d'urgence ? Peut-on aider sans contraindre ?
- Quelles actions de prévention et de soins pour les médecins généralistes, les services de psychiatrie adulte et infanto-juvénile, les Maisons des adolescents, les Points écoute jeunes et les Missions locales ?
- Quel rôle les médias peuvent-ils jouer par rapport aux questions de santé mentale ?

**Le programme détaillé des manifestations sera disponible la première quinzaine de mars au secrétariat de l'UNAFAM Paris - 01 4520 6313 ou 75@unafam.org. Chacun de nous peut aider par son témoignage à comprendre les troubles psychiques à l'adolescence et promouvoir la santé mentale des jeunes. Venez nombreux.**