

## Table des matières

1.	1838 – 1990 : les pleins pouvoirs .....	1
2.	1990 – La loi tente de redonner des droits aux psychiatrisés.....	3
3.	1998 – L’audit et les recommandations de l’ANAES sur l’isolement et la contention (4).....	5
4.	2005 – Un rapport accablant de l’IGAS .....	9
5.	2011 - La loi sécuritaire du 5 juillet 2011 .....	9
6.	2008 à 2016 – De vaines agitations.....	11
7.	2016 - La loi du 26 janvier et le scandale de Bourg-En-Bresse.....	12
8.	2017 – La HAS – Haute Autorité Sanitaire, produit de nouvelles recommandations (18).....	14
9.	2017 - Deux députés découvrent avec horreur les conditions d’internement à Amiens (22).....	18
10.	Conclusion .....	18

### 1. 1838 – 1990 : les pleins pouvoirs

La loi du 30 juin 1838 marque le véritable début de l’ère psychiatrique en France, avec entre autres l’obligation de création d’un « asile » pour chaque département. Auparavant, les « fous » se voyaient frappés d’ « interdiction » (notion juridique identique à celle des grands délinquants) et placés de force dans le peu de places disponibles en hôpital, mais le plus souvent en prison faute de place. La loi de 1838 est la première à faire la distinction entre un criminel et un « aliéné », et à considérer que la « folie » relève d’un traitement médical. Les médecins de l’époque, en France, adhèrent à l’avis d’Esquirol : l’isolement devient la condition de mise en œuvre et la clé de voûte du « Traitement Moral », et l’une de ses principales composantes, « le premier et le plus énergique des moyens de traitement », « indispensable pour la guérison » précise-t-il.

L’arbitraire des décisions médicales sur la liberté des individus fait alors son entrée en force. Il n’y a plus de décision des autorités civiles, de justice ni de maintien de l’ordre (préfet) en cas de demande de « placement volontaire » par un tiers, mais uniquement une décision médicale. Ceci a été obtenu par le corps médical suite à un long débat de 18 mois, au cours duquel les médecins, sauf un (Falret), utilisent auprès des députés l’argument éternel comme quoi un préalable administratif serait nocif « l’isolement est le premier et le plus énergique des moyens de traitement, il est en même temps le plus urgent : un retard de quelques jours peut aggraver le mal au point d’en rendre la guérison quelquefois impossible ». Personne, sauf Falret, n’observe que le fait de confier aux seuls médecins la décision d’internement forcé ne garantit aucunement le bien-fondé de la contrainte, et ne se base que sur des opinions largement contestables, sans aucune donnée tangible pour étayer cette opinion.

En résumé, la société se débarrasse de ses fous, prétextant des intentions charitables et tirant profit d’une situation asilaire catastrophique, et grave dans une loi le rôle central du médecin quant à la liberté des intéressés.

Cette loi servira de cadre juridique jusqu’en 1990, soit 152 ans.

Il n'est pas étonnant que la corporation médicale se soit ainsi fondamentalement habituée à détenir les pleins pouvoirs, jamais remis en cause. Ainsi toute pratique imaginée par ces « savants » fut possible sans aucune entrave, comme celles de sinistre mémoire que sont la lobotomie, l'insulinothérapie, les électrochocs (sans anesthésie), la stérilisation sous contrainte, la camisole chimique et bien sûr l'isolement et la contention, autant de pratiques labellisées « acte médical » et de ce fait pratiquées sans aucun contrôle de la société et sans l'avis de la personne concernée.

La croyance aveugle dans les bienfaits de la science, et les remarquables progrès effectués par ailleurs dans d'autres domaines de la médecine, ne firent que renforcer ce pouvoir. Le « Docteur » prend peu à peu la place d'autorité incontestable et incontestée détenue auparavant par les prêtres.

### ***L'Ordre des Médecins : le symptôme d'un déséquilibre des pouvoirs***

En 1943 l'Ordre des Médecins est instauré, et devient seul juge des affaires judiciaires médicales. Le régime de Vichy n'était pas à une violation près des principes constitutionnels, lesquels prévoient un équilibre des pouvoirs règlementaires, exécutifs et juridiques, ainsi que le principe contradictoire des décisions de justice.

Le candidat François Mitterrand avait promis, en 1981, de dissoudre cette instance pour les mêmes raisons. Il ne se doutait peut-être pas que cette promesse serait encore plus difficile à tenir que celle de l'abolition de la peine de mort. Affaibli par une grave maladie, et faute de soutiens forts, cette promesse ne sera pas tenue.

## **2. 1990 – La loi tente de redonner des droits aux psychiatrisés**

C'est sous la présidence de François Mitterrand que le gouvernement de Michel Rocard, dans lequel Pierre Joxe est ministre de l'intérieur, promulgue la loi du 27 juin 1990, dont l'intention est le renforcement du droit des patients en tant que citoyens.

Cette loi impose désormais un contrôle judiciaire et administratif à la contrainte de soins : seul le préfet prend la décision, s'appuyant sur 2 certificats médicaux au lieu d'un seul, et un certificat chaque mois pour sa prolongation. Elle ne remet toutefois pas en cause certains fondamentaux : dans la pratique les médecins restent *de fait* décisionnaires, les certificats médicaux étant pratiquement toujours suivis par l'autorité judiciaire.

L'isolement et la contention restent des actes « médicaux », et ne sont toujours pas encadrés : ils resteront absents de tout texte de loi jusqu'en 2016.

La loi institue des commissions départementales de contrôle, les CDHP, mais les usagers et les associations d'usagers sont absents de ces commissions (voir encadré ci-dessous).

Même si elle précise que l'hospitalisation sous contrainte doit être l'« exception », il s'agit d'un vœu pieux.

Cette loi manque d'ambition, et s'inscrit dans un contexte général dans lequel la psychiatrie reste un sujet méconnu du public et même des autorités judiciaires, qui s'en remettent aux médecins. La France s'enfoncé peu à peu dans une crise économique et une crise des valeurs. Les intentions sont louables, mais les sujets sont accaparés à leur profit par le corporatisme dans tous les domaines, au détriment de l'intérêt général, et de tout changement réel.

### **La psychiatrie sans les usagers**

Les usagers et associations d'usagers sont totalement absentes des textes de 1990 : pour le législateur, elles n'existent pas. Les commissions de contrôle, intitulées « CDHP », les excluent explicitement, puisqu'elles sont composées de deux psychiatres, d'un magistrat, et d'un représentant « *d'une organisation représentative des familles des personnes atteintes de troubles mentaux* » (décret n° 91-981, du 25 septembre 1991).

Renommées « CDSP » en 2011, ces commissions restent largement fantôme, même si elles permettent désormais la présence d'un représentant d'association d'usagers « agréé ». Il faut pour siéger dans ces CDSP purement consultatifs, être « agréé » par les autorités sanitaires, et d'autre part être « désigné » par le préfet. En 2017, aucun des quelques 100 CDSP ne conteste ni n'obtient le moindre changement dans les conditions d'hospitalisation sous contrainte. En 2015, il a fallu une longue et coûteuse bataille juridique pour qu'une véritable association d'usagers soit simplement « agréée » pour la région Ile de France. En 2017, aucun des quelques 100 CDSP ne conteste ni n'obtient le moindre changement dans les conditions d'hospitalisation sous contrainte.

Le rapport Laforcade de 2016, issu du Ministère de la Santé lui-même, le reconnaît et commente le fonctionnement des CDSP en termes diplomatiques : « *Le renforcement des droits des malades connaît des avancées mais ses effets concrets restent limités* » (1)

De nombreux CDSP ne fonctionnent pas du tout, et la plupart sont des chambres d'enregistrement. Les psychiatres ont, avec les CDSP, une « caution morale » à leurs actes, et ne se privent pas d'évoquer son existence et sa caution pour s'éviter de devoir répondre aux questions de fond (2).

En Alsace par exemple, l'un des départements où les hospitalisations sous contrainte représentent plus de 50 % des hospitalisations psychiatriques (3), le psychiatre siégeant au CDSP est également chef de service d'une unité fermée et pratiquant les « soins » sous contrainte, l'isolement et la contention, et il n'y siège aucune association d'usagers.

Les CDSP sont devenus une émanation de l'institution psychiatrique et, comme elle, ne sont pas transparents : ils ne communiquent au public ni leurs statistiques, ni leur composition, ni leur bilan annuel.

Comme nombre de « commissions » de contrôle sans pouvoir réel, les CDSP permettent surtout aux responsables politiques et sanitaires de se défaire en les invoquant. En diluant la responsabilité des sujets de fond dans ces micro-commissions départementales sans pouvoir, au prétexte de la « proximité », le politique s'évite toute responsabilité quant aux abus de plus en plus manifestes, de la psychiatrie.

(1) [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_rapport\\_laforcade\\_mission\\_sante\\_mentale\\_011016.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf) page 26).

(2) Voir notre article <http://www.forumpsy.net/t1525-interview-d-un-chef-de-service-de-psychiatrie-de-strasbourg-sur-la-contention-et-les-pratiques-observees>

(3) [http://www.liberation.fr/france/2017/02/15/les-chiffres-affolants-des-soins-psy-sans-consentement\\_1548756](http://www.liberation.fr/france/2017/02/15/les-chiffres-affolants-des-soins-psy-sans-consentement_1548756)

### 3. 1998 – L’audit et les recommandations de l’ANAES sur l’isolement et la contention (4)

C’est le premier texte depuis 1838, et le seul jusqu’en 2017, à inscrire des recommandations un peu plus précises sur l’isolement et la contention. L’Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé, qui deviendra la HAS – Haute Autorité Sanitaire, réalise une étude spécifique avec le concours de 27 hôpitaux, sur le thème de l’isolement, et indirectement de la contention, considérée comme « *envisagée seulement comme une modalité éventuellement associée* ». Partant du constat émis par les professionnels, que l’isolement est « *rarement satisfaisant dans son principe et sa réalisation* », qu’il n’existe « *aucune procédure décrivant la mise en oeuvre et la conduite d’un tel soin* », et qu’isolement et contention sont absents des programmes d’enseignements en médecine et en formation des infirmiers, elle émet des recommandations qui, sans être une loi, font office de directive de santé à l’attention des établissements psychiatriques.

Aucun « patient » ni aucune association de patients, n’ont été consultés pour l’élaboration de ce document, ce que l’ANAES ne juge même pas utile de justifier.

Il est sidérant, pour nous qui les avons vécu, que l’ANAES ne fasse aucune distinction dans son analyse et ses recommandations entre l’isolement et la contention. Autrement dit, médicalement parlant, les indications et contre-indications sont les mêmes, dans un flou artistique que n’éclaircit aucune des 97 pages du document. Tout au plus se sent elle obligée de préciser rapidement, en introduction, que « *Le présent document porte spécifiquement sur l’isolement des patients adultes, la contention étant envisagée seulement comme une modalité éventuellement associée.* »

Au milieu de 97 pages essentiellement méthodologiques, on trouve, avec difficulté, et sous la forme d’un tableau d’ « indications et contre-indications », ce que devrait être pour l’ANAES l’usage normal de l’isolement avec ou sans contention, et ses contre-indications (Tableaux 1 et 2, page 24), et l’usage contre-indiqué.

### **Indications de l'ANAES**

### Notre appréciation

1. Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ou ni appropriés.

Ne sont pas évoqués quels seraient les « autres moyens de contrôle ». Nous ne comprenons pas en outre pourquoi ils peuvent être jugés inappropriés. Enfin le terme de "prévention" permet d'emblée d'isoler et attacher avant toute violence effective, donc par exemple si la personne émet des menaces verbales sans avoir réellement l'intention de les mettre à exécution.

Une infime partie du budget de cette étude aurait pu être utilement dépensée à un séjour de formation en Islande (5), laquelle connaît et applique depuis toujours ces « autres moyens de contrôle », et a banni totalement l'isolement et la contention.

2. Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins.

L'ANAES évoque ici indirectement le fait que le « lien thérapeutique » n'est pas un accord et qu'il est unilatéral. Ce critère est destiné à utiliser l'isolement et la contention comme moyen de contraindre. Il sous-entend également que la seule thérapie possible est la médication forcée. En effet de quelle autre thérapie peut-il être question dans le cadre d'une contrainte nécessitant isolement et contention ?

L'ANAES est plus explicite en introduction, précisant que « En France les modalités d'hospitalisation HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers) et HO (hospitalisation d'office) constituent aussi des motifs d'isolement en raison du risque de fugue. Il faut noter que dans ce cas l'isolement n'est pas utilisé directement comme une mesure thérapeutique en soi, mais un moyen pour prévenir une rupture thérapeutique. »

<p>3. Isolement intégré dans un programme thérapeutique.</p>	<p>Cette indication est un fourre-tout qui laisse libre cours à toutes sortes de « programmes thérapeutiques ».</p> <p>En introduction, l'ANAES reconnaît pourtant que « L'efficacité et l'efficience n'ont pu être incluses dans la définition de la qualité en raison du manque d'études portant sur l'évaluation du résultat et de son coût. »</p>
<p>4. Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.</p>	<p>Si l'on pense que la diminution des stimulations est souhaitable, il suffit de réserver les chambres individuelles non verrouillées aux personnes concernées et de leur réserver des activités comportant peu de stimulations interpersonnelles. Là encore, le recueil du ressenti et l'avis du « patient » nous semble indispensable pour favoriser l'adhésion à cette mesure.</p>
<p>5. Utilisation à la demande du patient</p>	<p>Concernant l'isolement : voir l'indication précédente.</p> <p>Concernant la contention : l'argument n'est là que pour faire croire à des profanes de la psychiatrie, qu'elle pourrait être thérapeutique puisque des patients la demanderaient. Mais aucun patient ne demande réellement la contention. En 4 années d'existence et des dizaines de situations de contention observées ou rapportées, nous n'avons rencontré qu'un "cas" : il s'agissait d'un adolescent en demande extrême et continue d'attention, et non violent, interné à Strasbourg. L'équipe, excédée, le plaçait parfois sous contention à titre punitif. Il demandait parfois, par provocation et pour susciter l'intérêt, à être attaché. Des équipes soignantes ont rapporté des cas similaires dans d'autres hôpitaux, pour justifier la pratique de la contention. Bien évidemment, la démarche thérapeutique ne peut aucunement être de donner "satisfaction" à de telles "demandes". On notera aussi que, parmi la trentaine de personnes interrogées par Mr CARRE dans sa thèse de septembre 2014 (6), aucune n'avait "demandé" à être attachée.</p>

***Contre-indications (utilisations à titre non thérapeutique)***

<p>6. Utilisation de la CI à titre de punition.</p>	<p>Ce critère démontre le constat fait en introduction par l'ANAES : « La nécessité de préciser que l'isolement ne doit pas être une punition surprend nécessairement les non-spécialistes de la psychiatrie. En revanche, les professionnels de la discipline savent que les comportements de certains patients peuvent induire des contre-attitudes conduisant à des mesures à visée non thérapeutique. Ce critère rappelle la dimension soignante de l'isolement et la mission conférée aux établissements de santé. »</p> <p>L'ANAES aurait pu aussi contre-indiquer une pratique fréquente, en lien avec les critères 2 et 3, et que nous avons fréquemment observée : l'utilisation de l'isolement et de la contention comme mesure dissuasive pour l'ensemble des personnes hospitalisées dans un service. Autrement dit, « 6.b Utilisation de la CI à titre d'exemple pour les autres patients »</p>
<p>7. État clinique ne nécessitant pas un isolement.</p>	<p>Aussi vague que l'indication « Isolement intégré dans un programme thérapeutique ».</p> <p>Autrement dit « l'isolement et la contention sont indiquées si vous pensez qu'elle est nécessaire, et contre-indiquées si vous pensez qu'elle ne l'est pas ».</p>
<p>8. Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe de soins ou pour son confort</p>	<p>Ces contre-indications sont évidentes, mais révèlent surtout le début du délabrement de la psychiatrie hospitalière, tant dans ses effectifs</p>
<p>9. Utilisation uniquement liée au manque de personnel.</p>	<p>(point 9) que dans sa formation, sa sélection et sa motivation (point 8). L'ANAES ne propose strictement rien pour remédier à ces carences, et donne ainsi le fouet pour se faire battre.</p>

Au total, les indications et contre-indications de l'isolement et de la contention, dans ce rapport dont la rédaction a pris 4 ans, sont floues, et donnent en réalité carte blanche et une certaine légitimité que confère l'autorité ANAES, de continuer ces pratiques indéfiniment, ce que l'on constatera malheureusement dans les années qui suivirent, avec une fréquence en hausse croissante et des effets délétères sur la santé et la vie des patients.

Cette responsabilité est encore aggravée par le fait que les auteurs avaient pris connaissance des normes américaines en la matière. Par exemple, en page 23, il est noté que « *les référentiels nord-américains reflètent le choix d'une politique de réduction de l'utilisation de l'isolement. Selon les États, la prescription doit indiquer une durée inférieure à 8, 4 ou 2 heures, et une période d'isolement ne peut être prolongée le lendemain par une nouvelle prescription* »



Mais tandis que les critères s'inspirent de la littérature américaine, les décisions précises, elles, s'en écartent et sont purement celles que pratiquent déjà les hôpitaux français. Par exemple la durée maximale d'isolement : 24 heures renouvelables pour l'ANAES, soit beaucoup plus qu'aux USA. L'ANAES reconnaît d'ailleurs en page 48 que « *Les recommandations de l'APA (American Psychiatric Association) démontrent un niveau d'exigence élevé dans ce domaine, très éloigné des pratiques en France* »

(4) <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>

(5) <http://www.forumpsy.net/t1093-islande-la-contention-mecanique-abolie-en-psychiatrie>

(6) <http://thesesante.ups-tlse.fr/632/1/2014TOU31565.pdf>

## 4. 2005 – Un rapport accablant de l'IGAS

Quinze ans plus tard, en 2005, l'IGAS - Inspection Générale des Affaires Sociales - émet un rapport très critique sur les hospitalisations psychiatriques (7), et relève par exemple que « les mesures d'hospitalisation sous contrainte ont presque doublé en 15 ans », que le « libre choix de son médecin n'existe pas en pratique », le tiers demandeur est « incertain », une « implication des magistrats encore insuffisante », des « CDHP trop effacés » etc.

(7) <http://reseauprosante.fr/files/santepublique/Propositions-de-reforme-de-la-loi-du-27-juin-1990-relative-aux-droits-et-a-la-protection-des-personnes-hospitalisees-en-raison-de-troubles-mentaux-et-a-leurs-conditions-d-hospitalisation.pdf>

Ce rapport ne provoque pourtant aucune remise en cause de la loi ni des pratiques. On verra que les initiatives législatives qui suivirent de 2011 à 2016 ne changeront rien à cette situation, qui au contraire s'aggraverait jusqu'à envahir l'espace médiatique.

Quant à l'affirmation selon laquelle l'hospitalisation sous contrainte devait être l'exception, les faits confirment notre opinion : année après année, le pourcentage de « soins » forcés ne cesse de grandir : il a doublé entre 1990 et 2005, puis à nouveau doublé entre 2005 et 2016, atteignant aujourd'hui presque 50 % dans certains départements. (3)

## 5. 2011 - La loi sécuritaire du 5 juillet 2011

Le président Sarkozy mène depuis son élection 2007 une politique interventionniste du « tout-état », sur tous les sujets. Suite à un fait divers, le « discours d'Antony » du 2 décembre 2008 (8) scandalise même une partie de la profession. En effet le président n'y envisage la psychiatrie que comme un dispositif sécuritaire : « *Mon propos n'est pas de dire que la seule solution est l'enfermement à vie, mais l'espérance, parfois ténue, d'un retour à la vie normale ne peut primer sur la protection de nos concitoyens. Mettez-vous à ma place ! Je dois répondre à l'attente des familles et des victimes.* ». Il annonce des moyens pour créer 200 chambres d'isolement supplémentaires, renforcer les unités fermées, équiper les psychiatres de dispositifs de géolocalisation, et la notion de « *soins ambulatoires sans consentement* », qui jusque-là existait dans un vide juridique complet, est réaffirmée.

De fait, ces propos sont traduits par la loi du 5 juillet 2011, laquelle remet en vigueur l'internement arbitraire par l'autorisation faite aux psychiatres de décider seuls d'un internement, à travers les admissions, « *exceptionnelles* » dans le texte, pour « *péril imminent* » (SPI). Les autres aménagements sont d'ordre communicationnel, visant à masquer les dispositions sécuritaires en

modifiant l'intonation du vocabulaire : on parle désormais de « soins » et non plus « d'hospitalisation », mais rien ne change sur le fond.

L'augmentation des mesures de contrainte s'aggravera encore à cause de cette loi, sans aucun bénéfice ni sur la sécurité des citoyens, ni sur la santé. En effet, les différentes enquêtes, dont la dernière de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), publiée le 22 février 2017 (9), sont toutes alarmantes : « *En 10 ans force est de constater que non seulement les soins psychiatriques sans consentement ont doublé mais que les pratiques d'isolement et de contention se sont aussi multipliées* ». On relève également que les « SPI » représentent 20 % des mesures de contrainte, mais également que les hôpitaux appliquent diversement les lois, car ce chiffre est proche de 50 % dans certains départements, et de moins de 10 % dans d'autres.

Le coût médical seul de la psychiatrie en France, atteint, en 2016, la seconde position des dépenses de santé en France (10). Son coût social et global est préoccupant. 30 années de mesures sécuritaires, de restrictions économiques, d'absence d'évolutions thérapeutiques, ont donc aggravé aussi l'aspect économique.

Le cercle vicieux est simple à mettre en évidence : pour réduire les coûts et augmenter la « sécurité » à court terme on impose des « soins » expéditifs et on met en place des contraintes à domicile, tout en réduisant les effectifs. La qualité des soins est dégradée, l'adhésion du public très mauvaise, les vocations sont découragées (11) Les problèmes réels de santé mentale sont mal pris en charge, et de ce fait l'état épidémiologique et social est aggravé, d'où un nombre de plus en plus important de personnes en souffrance ou en situation précaire, et une augmentation conséquente des coûts de santé et sociaux.

(8) [http://www.lemonde.fr/societe/article/2008/12/03/le-president-de-la-republique-engage-l-hopital-psychiatrique-dans-un-tournant-securitaire\\_1126307\\_3224.html](http://www.lemonde.fr/societe/article/2008/12/03/le-president-de-la-republique-engage-l-hopital-psychiatrique-dans-un-tournant-securitaire_1126307_3224.html)

(9) Synthèse : <http://www.caducee.net/actualite-medicale/13416/les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie-l-irdes-dresse-le-bilan-depuis-2011.html>

Rapport : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>

(10) [https://www.lesechos.fr/31/05/2017/lesechos.fr/030360801205\\_les-depenses-de-sante--en-hausse--marquees-par-le-cout-des-maladies-mentales.htm](https://www.lesechos.fr/31/05/2017/lesechos.fr/030360801205_les-depenses-de-sante--en-hausse--marquees-par-le-cout-des-maladies-mentales.htm)

(11) <http://www.forumpsy.net/t754-pourquoi-les-etudiants-francais-ne-choisissent-pas-la-psychiatrie>

## 6. 2008 à 2016 – De vaines agitations

Les lourds rapports se multiplient, ainsi que les prises de position, émissions, initiatives. Mais rien ne change sur le fond. Cette période est faite d'agitation au gré des événements, de travaux parfois importants si on les mesure au nombre de pages écrites. Les points communs de cette agitation sont d'être franco-française, d'être souvent déformée par les intérêts corporatifs, de jamais ne considérer les lieux où la contention et l'isolement sont abolis en France et à l'étranger, et de ne considérer que très peu la voix des intéressés. On évoquera pêle-mêle :

**Les rapports à l'assemblée nationale** du député Denys ROBILIARD, et ceux du **contrôleur général des lieux de privation de liberté** (CGLPL) Jean-Marie DELARUE, aussi lourds que dépourvus de conséquences car ne remettant pas en cause la pertinence médicale des actes d'isolement et de contention. La séparation des pouvoirs judiciaires, administratifs, législatifs et exécutifs d'une part, et médicaux de l'autre, rendent vains toute initiative de ce type.

**Des émissions et reportages TV** deviennent nettement plus critiques sur les conditions d'internement. On citera « Saint-Anne, hôpital psychiatrique, 2010 » (14), « Hôpitaux psychiatriques, les abandonnés, 2010 », ou encore « Zone interdite » de 2014 (15). Deux de ces films seront par la suite censurés pour divers motifs.

**La création du « Collectif des 39 »** en 2008 par des psychiatres révoltés par le discours d'Antony cité plus haut. En septembre 2015 ce groupement informel lance une pétition contre la contention mécanique. Toutefois ses autres prises de position sont entachées de corporatisme et s'inscrivent clairement dans la « guerre » franco-française entre psychiatrie conventionnelle et psychanalyse : Le C39, en défendant de manière de plus en plus prononcée la psychanalyse, y compris dans sa prise en charge de l'autisme, en relayant les attaques de psychanalystes contre le DSM, en s'opposant aux TCC, s'avère être en réalité un lobby conservateur, qui bataille avant tout pour le maintien de la psychanalyse (16) dans son dernier bastion, la France.

**Les associations d'usagers** restent divisées, nombre d'entre elles étant dépendantes de financements des pouvoirs publics, de laboratoires pharmaceutiques en quête d'image, de leaders refusant toute concession, ou bien ne représentent que les proches. Les manifestations d'usagers comme la « *mad-pride* », ne font pas l'unanimité, et voient de plus leur message brouillé par des manifestations périphériques et opportunistes, subventionnées par les laboratoires ou les institutions, comme les « *mad-days* ». Il faudra attendre 2016 par exemple pour que l'Unafam (la plus grosse association, limitée aux parents et amis) commence à contester timidement les mesures gouvernementales, grâce à une nouvelle présidente moins soumise au discours conventionnel.

**La scientologie**, exploitant la détresse des personnes en difficulté, sème la confusion avec la CCDH - « Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme » qui inonde internet de sites redondants – un par département – et dénonce la psychiatrie sans rien proposer. Certains représentant d'institutions, et des intellectuels auto-proclamés, font alors mine d'assimiler les véritables associations d'usagers à cette "religion", sans se renseigner plus avant. Ces institutions et la

scientologie sont co-responsables de ce détournement de la parole des usagers, qui n'est excusable ni pour les uns, ni pour les autres.

**Les aménagements cosmétiques de la loi**, en 2013 et 2015, sont sans grand intérêt. Par exemple, faut-il considérer ou non comme une amélioration le fait que l'audience obligatoire puisse se faire dans les locaux de l'hôpital et par visioconférence, ou ne serait-ce pas plutôt un objectif de confort et d'économies de l'hôpital et une perte de chance pour le psychiatisé ? Nous jugeons inutiles voire néfastes ces aménagements de surface, qui au final facilitent l'administration de la contrainte.

**La thèse de médecine de Raphaël CARRE** en 2015 sur la contention mécanique (6), a le mérite d'enquêter auprès des personnes ayant subi la contention, et de rechercher les études sur son éventuelle efficacité thérapeutique. Que ce soit par l'interview des personnes ou par la recherche de preuves, le résultat est sans appel. *« Une revue de la littérature révèle l'absence d'étude faisant la preuve de son efficacité clinique et montre au contraire qu'elle peut être responsable d'effets indésirables graves. »*. Mais cette thèse reste immobiliste sur le plan des actions préconisées : l'abolition de la contention n'est pas d'actualité pour l'auteur ; le cas de l'Islande y est rapidement évacué au motif que *« Cette exception peut être expliquée par un rapport plus élevé de soignant par patient »* et donc que les Islandais auraient davantage de moyens humains, ce qui est faux (5). Enfin, si cette thèse émet dans son ensemble une opinion assez négative sur la contention, elle n'apporte rien de nouveau quant aux recommandations : on se contente de reproduire le vœu pieux de la profession, par l'éternel *« il semble nécessaire de limiter au maximum sa pratique »*

**L'ONVS, un observatoire pour rien.** L'Observatoire National des Violences en Santé est créé en 2005 (17); il est composé pour moitié de représentants hospitaliers et pour l'autre moitié de représentants du ministère de l'intérieur. Il publie régulièrement des rapports sur le phénomène des violences en hôpital, largement diffusés et repris par la presse, avec des conclusions récurrente sur la violence des usagers en psychiatrie. Or l'ONVS ne se base que sur les signalements du personnel, et écarte ainsi les violences commises contre les usagers, qu'elles soient physiques, verbales, a fortiori celles prévues par la pratique médicale. Un peu comme si, sous l'apartheid, on évaluait l'égalité des chances des citoyens en n'interrogeant que les blancs. Ou comme si l'on analysait les violences faites aux femmes en n'interrogeant que des hommes.

L'ONVS est, avec l'anachronique Ordre des Médecins, un autre symptôme de la situation de non-droit (ici, à l'expression) des usagers, situation instituée et entretenue jusqu'à ce jour par les institutions médicales, au-delà de la psychiatrie.

## 7. 2016 - La loi du 26 janvier et le scandale de Bourg-En-Bresse

**La « loi sur la modernisation du système de santé »** est adoptée le 26 janvier et comprend l'article L3222-5-1 qui encadre désormais les actes de contention et d'isolement. Elle stipule qu'isolement et contention sont des « pratiques de dernier recours » et ne peuvent être pratiquées que pour « une durée limitée ». Bien qu'on soit encore loin des textes américains datant des années 80, cette réglementation va permettre aux juges de se prononcer sur ce qui n'est plus considéré uniquement comme des « actes médicaux ». Des personnes sont ainsi libérées de la contrainte lors des audiences devant le Juge des Libertés et de la Détention, ou en Cour d'Appel, sur la base de cette loi (20).

**Le registre des isolements et contentions.** En 2016 est enfin inscrit dans la loi l'obligation de tenir un registre administratif des isolements et contentions, dans un but légitime d'évaluation des pratiques publiques. Un tel registre avait été à maintes reprises demandé par le CGLPL en vain. Mais la grande muette qu'est l'institution hospitalière, opposera une résistance telle à cette « ingérence » dans ses pratiques, qu'au final ces registres ne seront pas publics, mais accessibles uniquement à leurs auteurs, ou par un député en faisant la demande. Symptomatique de cette résistance est la réaction d'un chef de service psychiatrique lorsque nous lui demandons une copie du registre : tout en affirmant que le recours à la contention est en diminution dans son hôpital, il refuse de transmettre le registre (21). A l'argument du secret médical, nous répondons par la demande d'un dossier uniquement statistique et anonymisé, ce que ce responsable refuse encore, en nous suggérant de nous adresser au CDSP déjà évoqué. Or ce dernier ne publie pas non plus ce registre. Un rapport d'évaluation révélera en 2017 que nombre d'hôpitaux ne tiennent pas de registre.

**Adeline HAZAN, Contrôleure Générale des Lieux de Privation de Liberté** nommée en juillet 2014 s'investit davantage sur le terrain et répond aux personnes en difficulté et aux appels des associations. A la suite d'une alerte, elle visite l'HP de Bourg-en-Bresse (12), et, choquée, publie le 16 mars 2016 un rapport qui fera date, sur la situation effroyable dans cet hôpital, où contention et isolement sont pratiqués de manière industrielle et où la situation sanitaire est effroyable. Elle transmet également ce rapport au Comité de l'ONU contre la Torture et le diffuse sur les réseaux sociaux. L'indignation provoquée par la médiatisation de ce rapport est à son comble : l'état, et la corporation médicale, doivent réagir.

**Les injonctions de l'ONU :** de longue date pour la situation des handicapés et des autistes, l'ONU, par son Comité contre la Torture, enjoint pour la première fois en 2016 la psychiatrie française à revoir ses procédures d'isolement et de contention (13). Cette injonction fait suite à l'intervention de Adeline HAZAN et à la contribution de Neptune et de deux associations de parents d'autistes.

(12) [http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/joe\\_20160316\\_0064\\_0102.pdf](http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/joe_20160316_0064_0102.pdf)

(13) <http://www.forumpsy.net/t1277-le-comite-contre-la-torture-de-l-onu-denonce-la-psychiatrie-francaise>

(14) <http://www.forumpsy.net/t435-sainte-anne-hopital-psychiatrique-paris-4-ans-apres-le-film>

(15) <http://www.forumpsy.net/t451-les-cliniques-psychiatriques-maltraitantes-chateau-du-tremblay-a-chaulgnes-58-pres-de-nevers-reportage-tv>

(16) <http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=8556>

(17) <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante/onvs>

(20) <http://www.forumpsy.net/t1550-obtenir-la-levee-dune-mesure-de-soins-psychiatriques-sans-consentement-pour-non-respect-de-la-loi-l3222-5-1-de-2016-sur-la-contention-et-lisolement>

(21) <http://www.forumpsy.net/t1531-interview-d-un-chef-de-service-de-psychiatrie-de-strasbourg-sur-la-contention-et-les-pratiques-observees>

## 8. 2017 – La HAS – Haute Autorité Sanitaire, produit de nouvelles recommandations (18).

(18) [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement\\_et\\_contention\\_en\\_psychiatrie\\_generale\\_-\\_recommandations\\_2017-03-13\\_10-13-59\\_378.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf)

Nous avons vu précédemment que la loi a peu de prise sur les pratiques médicales, nous nous intéressons donc nécessairement aux « recommandations » des autorités de santé, sachant qu'elles ne sont que très peu opposables par les patients si elles ne sont pas observées. Tout au moins peuvent-elles servir de référentiel, pour les personnels de psychiatrie, à ce qu'il « convient » de faire ou de ne pas faire, indépendamment de ce qu'il est « obligatoire », aucune sanction n'étant prise si elles ne sont pas respectées.

Nous avons analysé plus haut le contenu du rapport précédent de 1998 de l'ANAES. Cette institution, a été renommée entretemps « HAS – Haute Autorité de Santé ». Elle est obligée, à la suite des évènements de 2016 et face à une pression croissante des opinions, de fournir une nouvelle « réponse » quand à l'isolement et à la contention. Ces nouvelles recommandations ne font suite à aucune avancée dans la recherche, ce qu'elles indiquent. Et elles sont quasiment identiques à celles de 1998 : nous mettons le lecteur au défi de trouver d'autres différences concrètes que les quelques détails que nous avons relevés et commentés.

Nous donnons et commentons les passages essentiels :

<b>Indications</b>	<b>Notre appréciation</b>
Il s'agit de prévenir une violence imminente du patient ou répondre à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui. L'isolement et la contention peuvent être envisagés uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.	Ce sont mot pour mot les mêmes termes qu'en 1998.
L'isolement ne doit être utilisé qu'en dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient. Il doit être pleinement justifié par des arguments cliniques.	Avec des termes à peine plus appuyés, cette indication laisse encore libre cours à toutes les interprétations et pratiques.
La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement.	La contention " <i>uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement</i> " est nouveau par rapport à 1998. Faut-il y voir l'existence de cas de contentions en chambre partagée ou dans les couloirs ?

Elle doit rester exceptionnelle et ne doit être utilisée qu'en dernier recours, pour une durée limitée et strictement nécessaire, après une évaluation du patient. La mesure doit être pleinement justifiée par des arguments cliniques.

En 19 ans, la HAS a appris à faire la distinction entre l'isolement et la contention. Il était temps.

### **Contre-indications**

L'isolement ou la contention ne doivent jamais être utilisés pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination, et en aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels.

Encore un aveu décrivant les pratiques existantes de manière encore plus précises qu'en 1998, et que nombre de nos articles relatent.

Dans le cas particulier où le patient serait lui-même demandeur d'une mesure d'isolement ou de contention, celle-ci doit être évaluée au regard de la clinique et la réponse apportée doit être la plus adaptée (réassurance, accompagnement de proximité, traitement médicamenteux, séjour en espace d'apaisement ou en chambre personnelle non fermée). Si aucune alternative à l'isolement et la contention n'est envisageable, ces mesures ne peuvent être réalisées que dans les conditions précisées par cette recommandation de bonne pratique.

Au risque de nous répéter : l'argument n'est là que pour faire croire à des profanes de la psychiatrie, qu'isolement ou contention pourraient être thérapeutiques "*puisque des patients la demanderaient*", ce qui est une affirmation fautive mais émanant des hôpitaux. Mais aucun patient ne demande réellement ni l'isolement, ni la contention. En 4 années d'existence et des dizaines de situations d'isolement ou de contention observées ou rapportées, nous n'avons rencontré qu'un "cas" : il s'agissait d'un adolescent en demande extrême et continue d'attention, difficile mais non violent. L'équipe, excédée, le plaçait parfois sous contention.

### **Messages clé**

Les recommandations suivantes ont été considérées comme étant celles à mettre en œuvre prioritairement pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients au moment de la publication de la recommandation de bonne pratique.

1. L'isolement et la contention mécanique sont des mesures de protection limitées dans le temps pour prévenir une violence imminente sous-tendue par des troubles mentaux. Elles s'inscrivent dans le cadre d'une démarche thérapeutique. Elles ne doivent être utilisées qu'en dernier recours après échec des mesures alternatives de prise en charge.

Les points 1. 2. et 3. reprennent les recommandations de 1998.

2. L'isolement et la mise sous contention mécanique sont réalisés sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement.

3. Ces mesures ne peuvent avoir lieu que dans un espace dédié avec des équipements spécifiques.

4. Seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés.

5. La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement.

6. Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient.

7. Ces mesures nécessitent une prise en compte systématique de l'état clinique somatique.

8. Il est indispensable, au moment de la mise en place des mesures d'isolement et de contention mécanique, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de ces mesures et les critères qui permettraient sa levée.

9. L'isolement et la contention mécanique doivent être levés, sur décision médicale, dès que leur maintien n'est plus cliniquement justifié.

10. Il est souhaitable d'aménager des espaces d'apaisement, comme alternative à l'isolement.

11. À la fin de toute mesure d'isolement ou de contention, une reprise des conditions qui y ont conduit et une réflexion doivent être menées d'une part avec le patient et d'autre part en équipe.

12. L'établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement mène une réflexion visant à améliorer les conditions de prise en charge et à limiter les mesures d'isolement et de contention dans le cadre de sa politique d'amélioration de la qualité des soins.

13. Aucune mesure d'isolement ou de contention ne peut être décidée par anticipation ou « si besoin ».

14. Ces mesures sont assujetties à une surveillance régulière et intensive suivant la prescription médicale.

Le point 4. est un nouveau rappel - manifestement utile - de la loi de 1990, et de la circulaire qu'a été obligée d'émettre le Ministre de la Santé Simone Veil en 1993, stipulant qu'en hospitalisation libre, la liberté d'aller et venir « ne peut pas être remise en cause ».

5. Manifestement la HAS juge nécessaire de prévenir des cas où le patient est attaché à la vue de tous. Faut-il y voir l'existence de cas de contentions en chambre partagée ou dans les couloirs ?

10. Les "*espaces d'apaisement*" sont une nouveauté 2017, issue d'une expérience Toulousaine ; on notera le caractère peu contraignant du terme « *souhaitable* ».

Au niveau légal, si l'« *espace d'apaisement* » est le nouveau nom d'une chambre d'isolement, quel que soit son équipement ou la fréquence des visites thérapeutiques, cela reste un *isolement* du point de vue de la loi (20).

11. et 12. On ne peut pas faire plus vague ; l'expression « mener une réflexion » a été employée 11 fois dans des passages importants du document.

13. Cette précision n'est pas une nouveauté, mais rappelle que, contrairement à une pratique que nous avons couramment observée, la prescription doit être faite à chaque fois par le psychiatre et après l'examen de la personne, et non pas à titre préventif "*si-besoin*".



Il n'y a donc toujours aucune limite, l'isolement et la contention restent dans ce texte, et comme depuis 1838, soumis à la libre appréciation du psychiatre.

## 9. 2017 - Deux députés découvrent avec horreur les conditions d'internement à Amiens (22)

Les élections présidentielles de mai 2017 provoquent une recomposition majeure de l'échiquier politique en France : marginalisation historique du parti socialiste précédemment au pouvoir, raz de marée socio-libéral du nouveau parti LREM d'Emmanuel Macron, affaiblissement de la droite traditionnelle, émergence d'une nouvelle opposition de gauche « France Insoumise », échec de l'extrême droite.

La psychiatrie est encore une fois absente du débat électoral, mais très rapidement est invoquée par le nouveau président pour expliquer et tenter de proposer une « solution » psychiatrique au problème de la radicalisation et du terrorisme, sans convaincre.

Deux députés, François RUFFIN (France Insoumise) et Barbara POMPILI (LREM) visitent successivement l'hôpital psychiatrique Philippe PINEL d'Amiens, à la demande pressante des syndicats de soignants. Ils découvrent les réalités d'une psychiatrie démissionnaire et de la maltraitance des personnes, et en font état dans les réseaux sociaux mais aussi, pour le premier, à l'Assemblée Nationale (22).

La Ministre de la Santé, le Dr Agnès BUZYN répond en brandissant les inspections régulières que font les ARS (Agence Régionale de Santé) dans les établissements psychiatriques. « On ne peut pas raconter que dans nos hôpitaux aujourd'hui des patients échappent complètement à une certification ». Cette réponse est révélatrice du système que nous avons décrit plus haut, dans lequel seul le corps médical « contrôle » les pratiques médicales. Nous savons par ailleurs que les inspections des ARS sont réalisées par des médecins vacataires pour ces inspections, qui rendent des rapports très peu critiques y compris dans les pires établissements, comme nous l'avons relevé dans le cas d'une des cliniques dénoncée dans l'émission « zone interdite » de janvier 2014 (23)

(22) <http://www.forumpsy.net/t1548-maltraitance-a-l-hopital-psychiatrique-philippe-pinel-d-amiens-temoignage-de-deux-deputes-2017>

(23) <http://www.forumpsy.net/t451-les-cliniques-psychiatriques-maltraitantes-chateau-du-tremblay-a-chaulgnes-58-pres-de-nevers-reportage-tv>

## 10. Conclusion

La HAS avec ses dernières recommandations écrites en urgence et sous la pression des évènements de 2016, n'a fait que répéter et reformuler ses recommandations de 1998, qui n'ont pas limité la contention et l'isolement, bien au contraire. La HAS ne s'intéresse pas ou peu aux *alternatives* à la contention et à l'isolement.

Le Ministre de la Santé ignore ou feint d'ignorer la situation dans les hôpitaux psychiatriques, se réfugiant derrière des inspections et certifications produites par les ARS qui sous-traitent les inspections à des médecins vacataires qui sont de ce fait peu enclins à publier la réalité de la maltraitance hospitalière, ni à remettre en question les pratiques labellisées « médicales ».

Nous l'observons depuis 20 ans : ces recommandations ne servent à rien, et ne changent rien. Habitée depuis des siècles à détenir les pleins pouvoirs, la psychiatrie française continuera ses pratiques iatrogènes en toute bonne conscience, sous subvention des laboratoires alimentant leur

croissance dans le médicament miracle, et/ou dans la croyance aux théories falsifiées et inopérantes de Freud, dont la France est avec l'Argentine l'un des derniers bastions. Il n'est pas étonnant, dans cette misère intellectuelle et économique, que les vocations se raréfient et que dans nombre d'hôpitaux le « soin » n'existe plus.

Dans une société du 21<sup>ème</sup> siècle la contention doit être **abolie** par la loi.

Cette abolition doit être le symbole fort d'une reprise du soin, et l'un des facteurs essentiels de réconciliation entre les français et leur système psychiatrique. Elle restaurera en partie le dialogue rompu, entravera une tendance croissante des patients à ne pas adhérer aux soins, tendance qualifiée de problématique par la psychiatrie elle-même.

Il n'y a pas d'obstacle matériel sérieux à cette abolition. Le seul obstacle est le manque de volonté des politiques et des autorités médicales, qui devraient réorganiser le soin et l'affectation des budgets. Une augmentation globale des dépenses n'est pas nécessaire : les Islandais ont aboli la contention dans un système de santé majoritairement public et bénéficiant des mêmes ressources par habitant, que la France. La Norvège a décidé d'inverser la spirale des soins forcés, et vient de lancer des services psychiatriques sans contrainte et sans médicaments. A contrario, le cercle vicieux dû à l'échec de la psychiatrie actuelle en France, contribue à augmenter dramatiquement à la fois la prévalence des troubles mentaux et leur coût humain, social et économique.

La recherche médicale en psychiatrie doit donc aussi, d'urgence s'intéresser sérieusement aux thérapies novatrices d'Europe du Nord (Islande, Finlande, Norvège, Suède...) qui permettent d'éviter l'isolement, la contention et, dans une large mesure, la camisole chimique.