

Limiter la contrainte ? Usages et régulation des usages de la contrainte psychiatrique en Suisse

Delphine Moreau

DANS **L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2017/7 Volume 93**, PAGES 551 À 557
ÉDITIONS **JLE ÉDITIONS**

ISSN 0020-0204

DOI 10.1684/ipe.2017.1670

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2017-7-page-551?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE Éditions.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Limiter la contrainte ? Usages et régulation des usages de la contrainte psychiatrique en Suisse

Delphine Moreau

Collaboratrice scientifique FNS senior
Haute École de santé de Vaud (HESAV-
HES-SO), 21, Avenue de Beaumont,
1011 Lausanne, Suisse

Résumé. Si un mouvement commun de déshospitalisation et d'encadrement légal de la contrainte psychiatrique s'observe en Europe, on observe de grandes différences dans la chronologie et les formes de ces régulations explicites, ainsi que d'importantes variations dans les usages des pratiques de contraintes et au sein même de chaque État. Cet article revient ainsi sur les spécificités du cadre légal des contraintes psychiatriques en Suisse, puis analyse dans une perspective sociologique deux situations d'hôpitaux où le recours à la contrainte a été effectivement réduit. Il s'agit ainsi de mettre en lumière l'activité de régulation opérée au niveau institutionnel, maillon essentiel dans la gestion de ces pratiques. On entend ainsi contribuer à une réflexion sur l'injonction à la réduction de (certaines formes de) la contrainte, en restituant les pratiques dans leur contexte social et institutionnel.

Mots clés : soin sous contrainte, sociologie, étude comparative, hôpital psychiatrique, réglementation, pratique professionnelle, évolution, contention, désinstitutionnalisation, Suisse

Abstract. Limit the constraint? Uses and regulation of the uses of psychiatric constraint in Switzerland. If a common movement of deinstitutionalization and legal supervision of psychiatric restraint is observed in Europe, we also observe major differences in chronology and forms of those explicit regulations, as well as important variations in the uses of coercion practices in each state. This article returns to the specificities of the legal framework of psychiatric coercions in Switzerland and then analyzes, from a sociological perspective, two situations in hospitals where the use of coercion has been effectively reduced. It is an attempt to highlight the regulatory activity carried out at the institutional level, an essential link in the management of these practices. It further aims to contribute to reflection about injunction to reduce certain forms of coercion, by restoring practices in their social and institutional context.

Key words: care under constraint, sociology, comparative study, psychiatric hospital, regulation, professional practice, evolution, restraint, deinstitutionalization, Switzerland

Resumen. Contener la coacción ? Usos y regulación de los usos de la coacción psiquiátrica en Suiza. Si un movimiento común de deshospitalización y encuadre legal de la coacción psiquiátrica está observándose en Europa, se observan también grandes diferencias en la cronología y las formas de estas regulaciones explícitas, así como importantes variaciones en los usos de las prácticas de coacción y dentro del propio Estado. Este artículo repasa así las especificidades del marco legal de la coacción psiquiátrica en Suiza, y luego analiza dentro de una perspectiva sociológica dos situaciones de dos hospitales en los que se vio reducido efectivamente el recurso a la coacción. Asimismo se trata de poner el foco en la actividad de regulación llevada a cabo a nivel institucional, eslabón esencial en la gestión de estas prácticas. Se espera así contribuir a una reflexión sobre el requerimiento de reducción de (ciertas formas de) la coacción, restituyendo las prácticas en su contexto social e institucional.

Palabras claves: cuidados bajo coacción, sociología, estudio comparativo, hospital psiquiátrico, reglamentación, práctica profesional, evolución, contención, desinstitutionalización, Suiza

Introduction

L'hospitalisation en psychiatrie s'est construite dans une tension entre enfermement et soin, entre protection des personnes et protection de la société. La plupart des pays européens ont connu des évolutions similaires dans

l'institution de dispositifs législatifs encadrant les soins sans consentement et dans la construction d'établissements dédiés, puis dans un mouvement important de développement des soins libres et de déshospitalisation dans la seconde moitié du xx^e siècle. On observe cependant des différences notables : dans la chronologie de l'adoption des législations, dans les choix opérés dans la répartition des pouvoirs entre pouvoir administratif, pouvoir judiciaire, pouvoir médical et dans les garanties données aux droits

Correspondance : D. Moreau
<delphine.m.moreau@gmail.com>

des personnes placées. C'est pourquoi il s'agit d'entrer plus finement dans les histoires sociales et locales des régulations de l'enfermement. Il faut notamment regarder plus précisément quelles pratiques font l'objet de régulations. Ainsi, si une première phase, conséquente, de la régulation de la contrainte psychiatrique, aux niveaux national et international, a été une régulation des « placements » contraints en établissements psychiatriques, on assiste à une nouvelle vigilance quant aux mesures de contrainte intra-hospitalières, notamment quant aux pratiques de contention et de mise en chambre d'isolement. La France connaît à ce sujet une actualité particulièrement riche, avec des mises en causes nationales [1] et européenne [2]¹ qui ont conduit pour la première fois à une régulation de ces pratiques par la loi². On peut également citer le cas de l'Allemagne, qui, ayant interdit l'administration forcée de médicaments en hospitalisation suite à une décision judiciaire entre 2011 et 2013, a vu le nombre de recours à la contention et à l'isolement augmenter, suscitant un ample débat dans la communauté psychiatrique, avant une nouvelle législation l'autorisant à nouveau, avec un encadrement strict [3].

On s'intéressera dans cet article à la situation de la Suisse, où les contraintes intra-hospitalières ont fait l'objet de régulations bien avant la France dans de nombreux cantons. Par exemple, en Suisse romande, les contentions sont interdites dans le canton de Vaud depuis 2002³, et dans le Valais depuis 2008⁴. Elles étaient déjà interdites à Genève et à Fribourg. Les lois cantonales définissent cependant des exceptions. On peut alors s'interroger si cela constitue une restriction des pratiques de contention ou si cela peut être interprété comme le faux-nez d'une autorisation de fait assortie de régulations. Il faut ainsi tenir compte de la manière dont cette interdiction fait effet : de la manière dont elle a été accompagnée, autour de son énonciation, de jugements collectifs, sociaux ou professionnels et de transformations institutionnelles conduisant effectivement à réduire voire à bannir leur usage.

Cet article reviendra sur le cadre légal des contraintes psychiatriques en Suisse, puis traitera de l'activité de régulation opérée au niveau institutionnel, qui est un niveau souvent moins mis en lumière, alors même que c'est un maillon essentiel dans la gestion de ces pratiques. On étudiera ainsi deux situations institutionnelles où le recours à la contrainte a été effectivement réduit, dans des cantons et à des époques très différentes. Ces deux situations sont : 1) l'ouverture ancienne des portes des pavillons de l'hôpital de Malévoz, situé dans le Valais, qui a importé, il y a

50 ans dans un canton rural et conservateur, l'expérience des communautés thérapeutiques britanniques, et continue de maintenir une politique des portes ouvertes dans tout l'hôpital, ne recourant ni aux sangles ni aux chambres d'isolement ; 2) l'ouverture des unités de l'hôpital de Cery (Lausanne, Vaud) à la fin des années 1990 et l'interdiction des contentions dans le canton de Vaud. Il s'agit de deux situations contrastées dont il ne s'agit pas de faire des cas représentatifs ni des modèles dans une visée de « conduite du changement ». L'intention est plus modestement de présenter ici des pistes d'analyse destinées à alimenter une recherche plus vaste en cours⁵. On entend ainsi, sans se limiter aux enjeux légaux, contribuer aux réflexions autour de la réduction du recours aux contraintes intra-hospitalières.

Cet article entend en effet porter une perspective sociologique sur ces deux situations à travers le questionnement suivant : quelles sont les conditions sociales de redéfinition de la contrainte « acceptable » ? Et plus particulièrement : qu'est-ce qui va permettre, socialement, à certains moments donnés, de « diminuer la contrainte », puisque c'est l'objectif promu officiellement ?

Retour sur le contexte suisse. Des internements aux placements à des fins d'assistance

La Suisse est un État fédéral divisé en 26 cantons. À la législation fédérale s'ajoute ainsi le niveau des législations cantonales, les cantons conservant une forte autonomie. La première législation fédérale instaure en 1981 le régime de la privation de liberté à des fins d'assistance (Plafo), restreignant les critères de placement et instaurant des modalités de recours, afin notamment de mettre la Suisse en conformité avec la Convention européenne des droits de l'homme qu'elle a ratifiée en 1974. Différentes modalités cantonales régissaient les internements administratifs avant 1981, qui pouvaient concerner des catégories de population variées identifiées comme ayant un besoin de protection ou comme sources de désordre et de déviance (vagabonds, alcooliques, oisifs...).

La dernière réforme fédérale encadrant les placements et soins sans consentement a été votée en 2008 et est entrée en œuvre en 2013 (date par laquelle on s'y réfère en Suisse)⁶. Elle visait notamment à harmoniser et clarifier les dispositifs cantonaux, en particulier les modalités de contrôle et de recours contre les mesures. Cependant un certain nombre

¹ Voir le rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté et celui du Comité européen contre la Torture et les traitements dégradants après une visite d'établissements en 2010.

² Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (France), art. 72.

³ Loi du 19 mars 2002, modifiant celle du 29 mai 1985 sur la santé publique du canton de Vaud, art. 23d.

⁴ Loi sur la santé du canton du Valais du 14 février 2008 art. 26.

⁵ Cet article analyse des premiers matériaux sur les contraintes intra-hospitalières rassemblés dans le cadre d'une recherche collective plus vaste dirigée par Cristina Ferreira, « Protéger par la contrainte une étude socio-historique de la privation de liberté à des fins d'assistance », financée par le Fonds national suisse et commencée en mars 2016. Il s'appuie notamment sur une recherche bibliographique et documentaire (incluant les travaux en histoire, en sociologie, une revue de la littérature médicale et infirmière ainsi que différents rapports sur la psychiatrie et la contrainte en Suisse) et de premiers entretiens et observations exploratoires.

⁶ On n'abordera ici que les dispositions civiles, non pénales.

d'éléments restent dépendants des lois d'application cantonales. Par ailleurs, les pratiques locales restent marquées par des histoires cantonales, institutionnelles et thérapeutiques contrastées, ce qui ajoute une barrière à l'harmonisation des pratiques, ne serait-ce qu'en ce qui concerne la quantification du recours aux mesures de contrainte (tous les cantons ne les recensent pas, et ceux qui les recensent ne procèdent pas toujours de la même manière [4]).

Le dispositif législatif suisse sur le placement en institution a une caractéristique qui le distingue de nombreuses autres législations nationales : il s'agit d'une loi non spécifique à la psychiatrie. La législation de 2013 porte non seulement sur les troubles psychiques (les addictions étant incluses dans cette catégorie), mais aussi sur la déficience mentale et le « grave état d'abandon ». Désormais appelés « placements à des fins d'assistance »⁷, ceux-ci sont ainsi définis :

« Une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière. » art. 426 du Code civil suisse (CC).

Car le droit qui encadre ces placements relève en Suisse du Code civil, et le dispositif est modifié dans le cadre d'une réforme plus large du droit de la protection des adultes. Les placements peuvent être opérés en hôpital psychiatrique, en hôpital somatique, en établissement médicosocial (dédiés au handicap, à la vieillesse dépendante...) – même si la majorité des placements se font en hôpital psychiatrique⁸.

La réforme définit deux modalités de placement :

- les placements ordonnés par l'autorité de protection des adultes (APEA) ;
- les placements décidés par un médecin, qui sont limités à 6 semaines – qui peuvent cependant être prolongés sur décision de l'APEA.

Outre l'harmonisation des législations cantonales et un renforcement des contrôles et de la possibilité de recours pour les patients (instituée par la modification du Code civil de 1978), la réforme de 2013 se donnait deux objectifs. Le premier est de développer l'autonomie des personnes en instituant différents dispositifs, notamment la possibilité de rédiger des directives anticipées⁹ et de désigner une personne de confiance (CC, art. 432). Elle tend également à renforcer la solidarité familiale, dans un contexte de déshospitalisation commun aux pays européens.

Placement et traitement contraints y font l'objet de mesures distinctes : un plan de traitement, défini en début

de séjour, doit être soumis au consentement de la personne (CC, art. 433 §3), quel que soit son mode de placement. Le placement sans consentement n'implique pas la possibilité d'administrer un traitement contre le gré de la personne. Celle-ci requiert des critères supplémentaires : mettre « gravement en péril la santé de la personne ou l'intégrité corporelle d'autrui » et si elle n'a pas la capacité de discernement requise pour « saisir la nécessité du traitement » (CC, art. 434). Des soins médicaux peuvent également être « administrés immédiatement si la protection de la personne concernée ou celle d'autrui l'exige. » (CC, art. 435). La contrainte au traitement médicamenteux fait ainsi l'objet d'une attention et de régulation propres, quand elle est susceptible d'être considérée comme implicitement déjà autorisée par une hospitalisation sans consentement dans d'autres contextes nationaux. On peut noter que les critères de mise en péril de soi ou d'autrui et d'absence de capacité de discernement sont en revanche absents des critères initiaux de placement contraint – certains psychiatres estiment d'ailleurs que ces derniers sont très (trop ?) larges.

Cette réforme introduit enfin des mesures de traitement ambulatoire contraint sur lesquels les acteurs de la psychiatrie sont partagés [6, 7]. Plusieurs relèvent que l'efficacité de telles mesures, en termes de nombre de rechutes ou d'amélioration de la qualité de vie, n'est pas prouvée par la littérature internationale dans les pays où elles ont déjà été mises en place [3, 8]. Ils remarquent également que leur nombre tend à augmenter au fil des années dans ces pays¹⁰. Morandi *et al.* soulignent combien ces mesures, une fois prononcées, sont susceptibles de devenir difficiles à lever, quelle que soit leur « efficacité » ou l'évolution constatée de l'état de la personne :

« Si l'état de santé du patient n'évolue pas ou peu, le maintien de la mesure se justifie par le fait que les critères ayant conduit à sa mise en œuvre sont toujours présents. À l'inverse, une évolution favorable peut être mise sur le compte de la mesure qui est maintenue pour éviter que les acquis ne se perdent. » [7].

En ce qui concerne les contraintes intra-hospitalières, la législation ne les considère pas comme des traitements. Les pratiques faisant l'objet de régulation dépassent les seules contentions mécaniques et l'usage de la chambre fermée, et incluent notamment tout ce qui restreint la circulation [10].

Par-delà ces régulations légales, la réflexion et l'enjeu de régulation des contraintes (comprises au sens large) est d'ailleurs portée au niveau fédéral par des instances collectives professionnelles, comme le montrent les directives de l'Académie suisse des sciences médicales en 2005 et 2015 [11].

Cependant, tant en ce qui concerne les placements sans consentement que les contraintes intra-hospitalières, on peut faire le constat, commun à de nombreux autres pays, d'une très forte hétérogénéité des pratiques – à laquelle la

⁷ La dimension de « privation de liberté » étant ainsi gommée – ce qui n'est pas sans rappeler la manière dont la qualification de « sans consentement » a été supprimée en France de la loi sur les soins psychiatriques en France au cours des débats législatifs sur la loi du 5 juillet 2011.

⁸ Dans le canton de Vaud en 2014, 97 % des placements étaient prononcés en raison de troubles psychiques, et 90 % se déroulaient en hôpital psychiatrique [5].

⁹ Cette possibilité existait déjà dans certains cantons.

¹⁰ Ce que l'on peut également constater en France au vu de l'évolution des chiffres depuis la loi de 2011 [9].

réalité cantonale contribue, mais qui la dépasse largement [12]. À partir de la présentation de deux situations, on mettra en évidence des éléments historiques et politiques qui contribuent à la formation de cette hétérogénéité.

Deux situations de réduction de contraintes intra-hospitalières

L'hôpital de Malévoz (canton du Valais) : une politique ancienne des « portes ouvertes »

L'hôpital de Malévoz est un hôpital fondé en 1899, d'initiative privée, et racheté par l'État en 1916, dans la partie francophone d'un canton plutôt rural et conservateur. C'est un hôpital pavillonnaire à flanc de coteau qui jouxte la ville la plus proche. Aujourd'hui encore, il se prévaut d'une tradition de portes ouvertes depuis cinquante ans : tous les pavillons sont ouverts dans la journée depuis 1967, et les chambres dites « de soins intensifs », si elles peuvent, comme les autres chambres, être fermées de l'intérieur (tout en restant ouvrables par les soignants de l'extérieur) ne sont pas utilisées comme chambre d'isolement contraint. Il n'est pas non plus fait usage de sangles. Cette « ouverture » de l'hôpital de Malévoz est un projet porté le médecin chef de l'époque, le docteur Rey-Bellet qui s'est inspiré du projet des « communautés thérapeutiques » développé notamment en Angleterre [13]. Il s'agit, dans le contexte d'une critique des institutions renouvelée depuis l'expérience des crimes nazis et des drames institutionnels¹¹ [14] de la Seconde Guerre mondiale, de travailler sur les relations dans l'institution. Sans s'inscrire dans le courant anti-psychiatrique ni dans un positionnement politique critique, ce médecin chef entend plutôt promouvoir un modèle de soin et une politique d'humanisation de l'hôpital. Il s'appuie sur une certaine autonomie d'un établissement longtemps resté privé ainsi que sur les bonnes relations qu'il entretient avec les autorités, dans un certain entre-soi des élites locales¹². Il est cependant régulièrement confronté à des mises en cause par la population locale.

Les soignants, infirmiers et psychiatres, qui y travaillent actuellement ou y ont été formés, revendiquent cet héritage. La tradition des portes ouvertes est portée par l'actuel médecin chef. Celui-ci raconte volontiers qu'il est arrivé, une fois, qu'une porte soit cassée par un patient qui voulait... entrer. On peut ainsi souligner le rôle de la hiérarchie et de certains acteurs faisant autorité dans l'orientation d'un service et dans la définition de ce qui est acceptable et souhaitable, par-delà le partage entre ce qui est autorisé ou interdit.

Il n'y est pas pour autant affirmé qu'il n'est fait usage d'aucune contrainte : celles qui peuvent être mobilisées

sont les tenues d'hôpital (chemise d'hôpital et robe de chambre), les injections forcées (de neuroleptiques sédatifs) et l'immobilisation par corps (tenir le patient – éventuellement le temps que l'injection fasse effet si elle est employée). « Tenir » un patient leur paraît une contrainte plus ponctuelle, limitée au strict temps nécessaire pour « réduire l'agitation », et par la suite plus supportable. Depuis 2012, l'ensemble des personnels soignants est formé selon un programme de gestion de l'agressivité (avec des techniques de désescalade) et de maîtrise physique des corps destiné à éviter les blessures des personnels comme des patients¹³.

Plusieurs questions sont formulées par des professionnels n'y travaillant pas : les soignants de Malévoz font-ils un usage plus « lourd » de médicaments à visée sédatif ? S'arrangent-ils pour transférer ou ne pas prendre en charge les patients les plus difficiles ? Ont-ils affaire à une population plus « facile »¹⁴ ? Ces questions et les hypothèses qui les sous-tendent demandent à être examinées. On peut cependant d'emblée noter que certaines confinent à des formes de soupçon et traduisent une défiance voire une certaine incrédulité, au sein même de la psychiatrie, de la part des acteurs qui n'ont pas fait l'expérience eux-mêmes d'un soin hospitalier sans contention ni portes fermées : ils peinent littéralement à croire que c'est possible. Ces réactions traduisent la manière dont les pratiques effectives dans un service donné tendent à définir, pour les soignants qui y travaillent, le contour des pratiques « normales » : ordinaires, éventuellement souhaitables, mais aussi possibles.

Les deux premières questions présupposent ce qu'on pourrait appeler l'hypothèse d'une « économie des contraintes » [16] : à savoir que les différents types de contraintes effectifs dans un lieu ne fonctionnent pas isolément les uns des autres mais ont des effets les uns sur les autres. Il ne faut ainsi pas considérer un type de contrainte indépendamment des autres (l'usage de la chambre d'isolement, des contentions, la fermeture des services, le recours à la police, à des agents de sécurité). C'est une question centrale si on se pose comme enjeu de « réduire les contraintes ». Cependant, on peut considérer que cette économie des contraintes au sein des services peut jouer selon deux modalités : 1) une modalité qu'on pourrait appeler « homéostatique », où le niveau de contrainte serait constant ; lorsqu'on agit isolément sur un type de contrainte, la contrainte est susceptible de se déplacer à un autre (on ouvre la porte d'un service, mais on transfère des patients, on en ferme un autre ou on utilise davantage les chambres d'isolement) ; 2) une modalité « thermodynamique » (en référence à la métaphore de la cocotte-minute régulièrement utilisée en psychiatrie) selon laquelle certains choix

¹¹ En France, près de 40 000 personnes hospitalisées en psychiatrie sont mortes de dénutrition et de pathologies associées dans les hôpitaux.

¹² On s'appuie ici sur les analyses de Catherine Fussinger, auxquelles on renvoie pour plus de précisions et qu'on espère ne pas trop gauchir en les synthétisant [15].

¹³ Méthodes Radar et CFB importées des Pays-Bas, formation de 4 jours puis 2 h/an.

¹⁴ Ces hypothèses sont rapportées par des soignants de Malévoz qui disent les entendre de façon récurrente ; j'ai également été témoin d'un échange entre un cadre infirmier d'un autre établissement et son pair de Malévoz, où le premier taquinait le second avec la deuxième hypothèse.

institutionnels augmentent ou diminuent la tension dans les services, conduisant symétriquement à augmenter ou diminuer la somme des contraintes : ainsi la fermeture des portes peut susciter en soi des frustrations qui conduiraient alors à recourir à davantage de contrainte (par exemple la mise en chambre fermée d'un patient qui s'est énervé après s'être vu refuser la sortie du service). L'ouverture des portes diminuerait en revanche les tensions – et ne nécessiterait ainsi pas d'utiliser davantage de traitements sédatifs, voire permettrait d'en réduire l'usage.

La troisième question formule l'hypothèse que la population locale, plutôt rurale, présenterait des caractéristiques spécifiques, par opposition à une zone urbaine cumulant des difficultés sociales et une toxicomanie plus importante ou l'usage de produits différents. Ici l'hypothèse défendue est que la violence en psychiatrie, et par suite l'usage de contraintes, est notamment associée à la précarité et la consommation de toxiques. La discussion de ce point excède le propos de cet article, mais il faut y adjoindre également un autre questionnement, qu'il s'agit d'explorer en amont, sur les modalités locales de gestion des inquiétudes et des troubles : quelles ressources et quelles institutions collectives sont mobilisées (par exemple gestion domestique, policière ou psychiatrique de conduites suscitant le désordre) ? Quelles situations font localement l'objet d'un recours à la psychiatrie ?

L'hôpital de Cery (Lausanne, canton de Vaud) : la contestation des contraintes hospitalières à la fin des années 1990

La deuxième situation de réduction des contraintes à laquelle on va s'intéresser s'inscrit dans un tout autre contexte institutionnel et politique.

À la fin des années 1990 s'opère une conjonction, dans le canton de Vaud, entre une mobilisation associative contre les attachements et une réorganisation interne au sein de l'hôpital de Cery, qui conduisent à une ouverture des services, une diminution des contraintes, puis une interdiction des contentions dans ce canton.

À partir de 1996, une association, le Groupe d'accueil et d'action psychiatrique (le Graap) se mobilise en effet contre l'attachement au lit, dont elle constate qu'il tend à augmenter. La fin des années 1990 correspond également à un moment de profonde réorganisation interne de l'hôpital de Cery, hôpital déjà ancien, fondé en 1873 sur des terres agricoles près de Lausanne, et qui a connu déjà plusieurs réformes, avec l'arrivée d'un nouveau directeur venu du Canada. Celui-ci fait le choix d'une réorganisation de la psychiatrie adulte en filières spécialisées par diagnostic en 1998 [17] : initialement trois filières, les troubles du spectre de la schizophrénie, les troubles de l'humeur et les troubles de la personnalité (aujourd'hui deux), chaque filière ayant un volet hospitalier et un volet ambulatoire.

Cette réorganisation interne va constituer une « fenêtre d'opportunité » [18], c'est-à-dire une réunion de conditions de possibilité d'invention institutionnelle pour les profes-

sionnels. La réorganisation institutionnelle interne n'avait pas directement pour but l'ouverture des services ou l'implémentation d'un modèle de soin, contrairement à l'exemple de l'hôpital de Malévoz ; mais elle est l'occasion, avec l'appui des mobilisations externes, de mettre en place des réformes auxquelles des professionnels de l'établissement pouvaient aspirer, en bousculant des hiérarchies et des habitudes. C'est ainsi l'occasion de tester l'ouverture des portes des services et la réduction des contraintes intra-hospitalières (l'un des psychiatres y travaillant à l'époque raconte le mouvement d'entraînement d'un service à un autre, les derniers ayant ouvert leurs portes, dit-il, par la crainte que leur soit délégué le soin des patients « difficiles »).

C'est aussi dans ce contexte qu'une révision de la loi sur la santé publique vaudoise a conduit à l'« interdiction » des contentions dans le canton. Cependant, celle-ci s'inscrit également dans un changement perceptible de la jurisprudence fédérale avec des arrêts en 1991 et 1992 qui incitent les cantons à revoir « les modalités des traitements forcés et les conditions d'hospitalisation des patients contre leur gré » [19].

Dans les services adultes, on rapporte aujourd'hui que les contentions mécaniques sont utilisées moins d'une fois par an. On peut noter que les lits qui permettent l'usage des contentions (dont la structure métallique comporte des anneaux auxquels fixer les sangles) ne sont pas immédiatement disponibles dans les services mais doivent être cherchés dans une réserve au sous-sol.

L'usage des chambres d'isolement est, lui, fréquent¹⁵ : mutualisées au sein de l'ensemble des établissements du canton de Vaud, elles restent rarement inoccupées. Elles ne sont cependant pas considérées comme des places d'appoint. Un « lit » reste disponible pour la personne pendant la durée de son isolement et peut ainsi rejoindre sa chambre dès que les équipes estiment que son état le permet.

Les services, s'ils restent officiellement « ouverts » peuvent être fermés lorsque c'est estimé nécessaire pour un ou plusieurs patients. Certains restent de fait fréquemment fermés, avec une majorité de patients qui peuvent sortir du service « quand ils le veulent » (mais qui doivent demander l'ouverture de la porte pour sortir).

L'ouverture des services a incité également à la mise en place de coopérations avec la police [21]. Aujourd'hui il est fréquent que celle-ci soit sollicitée pour ramener des personnes sorties sans autorisation médicale, lorsqu'un risque spécifique est identifié.

Face à la fréquente suroccupation de l'hôpital, différents professionnels critiquent notamment les placements ordonnés par l'autorité de protection des adultes, qui tendraient à durer plus longtemps et feraient porter sur l'hôpital des enjeux qui dépassent le soin et relèvent plus de la gestion de troubles à l'ordre public ou des situations de désocialisation.

¹⁵ Les dernières statistiques publiées datent de 2009 [20].

Il faut souligner le coût qu'ont représenté l'ensemble de ces réorganisations pour les professionnels, dans l'appropriation de nouveaux rythmes et formes du travail, de nouvelles manières de réguler les tensions au sein des unités et des équilibres au sein des équipes elles-mêmes.

On voit ainsi dans cet exemple que l'interdiction légale a été précédée et accompagnée par une mobilisation associative et une réforme institutionnelle. Le changement des pratiques professionnelles de contrainte a lui-même été facilité dans un contexte de changements institutionnels plus larges qui ont fait bouger les hiérarchies antérieures et les habitudes, les acteurs réformateurs « de l'intérieur » trouvant eux-mêmes un appui dans la mobilisation associative. Ces changements réels ont conservé différents niveaux de fermetures et le recours éventuel à une « contrainte mobile » par la police.

Conclusion

L'objectif affiché de politique publique de « réduction de la contrainte en psychiatrie » n'est pas dépourvu d'ambivalence. Il coexiste en effet avec d'autres attentes sociales portées envers la psychiatrie : accueillir des personnes non seulement en raison de pathologies qu'il s'agirait de soigner, mais pour des menaces qu'elles représenteraient en raison de ces troubles. La psychiatrie est ainsi face à des attentes potentiellement contradictoires qui perdurent dans le temps : protéger, par la contrainte s'il le faut, *et* diminuer les contraintes. L'enjeu même de protéger entretient d'ailleurs fréquemment une ambiguïté quant à ceux qu'il s'agit de protéger : les personnes hospitalisées ou des tiers ?

De plus, si l'on observe un accord dans les discours sur les normes et les objectifs (il s'agit de réduire la contrainte, de privilégier le volontaire, de faire des soins humains), on ne peut qu'observer l'hétérogénéité de ce qui est considéré comme étant, en pratique, une contrainte « acceptable », selon les lieux : sangles, chambres fermées, tenue d'hôpital, traitement contraint, restriction des circulations. Par « acceptable » il faut rendre attentif à la différence entre « acceptable » (jugé souhaitable ou légitime) et « accepté » (toléré, devenu ordinaire ou banal). Or tout l'enjeu est que ce qui est accepté puisse faire l'objet d'une remise en question. S'il existe une forte réflexivité de l'ensemble des professionnels travaillant en psychiatrie sur ces questions, il est frappant comme d'un établissement à un autre ou d'un service à un autre, les pratiques et les réflexions engagées sur les pratiques peuvent être méconnues. Les dispositifs d'anticipation des moments de crise (directives anticipées, plans de crise conjoints) sont à ce titre une piste intéressante. Là encore, les modalités de mise en œuvre effectives sont cruciales.

S'il s'agit de « réduire la contrainte » voire de « supprimer » telle ou telle forme de contrainte, l'observation des pratiques invite à une vigilance à l'égard des possibilités de déplacements de contrainte : des portes fermées aux trai-

tements sédatifs ou à la délégation à d'autres acteurs ou institutions.

L'hypothèse de ceux qui s'engagent dans la réduction des contraintes face à ceux qui mettent en avant des enjeux de sécurité, est que la réduction des contraintes, par-delà un plus grand respect des personnes et de leurs droits, réduit les tensions, et donc les occurrences de violence et de casse. Pour autant, on sait que des événements graves ou problématiques peuvent survenir (comme plus largement au sein de la société). « Réduire les contraintes » si tel est l'objectif, conduit à un sentiment d'exposition accrue à différents risques, de la part des professionnels, mais aussi de la part de la société : exposition à ceux associés aux troubles psychiques, mais aussi une exposition pour les professionnels à celui de voir sa propre responsabilité mise en cause. Les risques doivent ainsi faire l'objet d'une prise de responsabilité collective – au niveau de la hiérarchie médicale et administrative des institutions de soin, mais aussi au niveau social. Cela repose sur le fait d'assumer que tous les dangers ne peuvent être supprimés et que certaines prises de risque sont nécessaires pour avancer. Cela exige également d'engager une réflexion collective sur les modalités acceptables de prévention des risques en se souciant de ceux sur lesquels pèsent les mesures de « sécurisation ». Cela va à l'encontre de nombre de discours politiques contemporains qui font miroiter la possibilité d'une société sans risque.

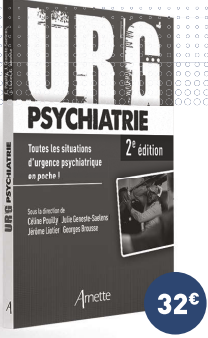
Liens d'intérêts L'auteure déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. CGLPL. *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*. Rapport thématique. Paris : Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Juin 2016.
2. CPT. *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre au 10 décembre 2010*. Strasbourg : Conseil de l'Europe, 2012.
3. Klein G, König D. Mesures de contrainte à l'hôpital psychiatrique, perspectives cliniques. *Forum médical suisse* 2016 ; 16 : 137-41.
4. Morandi S. « Soins psychiatriques : état des lieux, enjeux et conséquences pour les patients et les soignants ». In : Pascal J-C, Hanon C, eds. *Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie*. Paris : Doin, 2014.
5. Monnat M, Morandi S, Masson A, et al. Groupe de travail Population PLFA. Aspects épidémiologiques et statistiques. Rapport final. Canton de Vaud, janvier 2016.
6. Niveau G. Intérêts et inconvénients des soins ambulatoires forcés. *Revue Médicale Suisse* 2012 ; 353 : 1739-42.
7. Morandi S, Bonsack C, Monnat M, Boubaker K. Introduction des mesures ambulatoires (traitements psychiatriques contraints) dans le canton de Vaud. *Revue Médicale Suisse* 2014 ; 10 : 1693-6.
8. Morandi S, Burns T. Involuntary outpatient treatment for mental health problems in Switzerland : a literature review. *Int J Soc Psychiatry* 2014 ; 60 : 695-702.
9. Coldefy M, Fernandes S. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *Questions d'économie de la santé* 2017 ; 222.
10. Hatam S. L'obligation de soins en psychiatrie. *Pro mente sana* (Lettre trimestrielle) 2014 ; 64.
11. ASSM. *Directives médico-éthiques : mesures de contrainte*. Berne : Académie Suisse des Sciences Médicales, 2015.

12. Needham I, Abderhalden C, Dassen T, Haug HJ, Fischer JE. Coercive procedures and facilities in Swiss psychiatry. *Swiss Med Wkly* 2002 ; 132 : 253-8.
13. Fussinger C. Éléments pour une histoire de la communauté thérapeutique dans la psychiatrie occidentale de la seconde moitié du 20^e siècle. *Gesnerus, Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences* 2010 ; 67 : 217-40.
14. Bueltzingsloewen (von) I. *L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques sous l'Occupation*. Paris : Aubier, 2007.
15. Fussinger C. « Une psychiatrie « novatrice » et « progressiste » dans un canton périphérique et conservateur : un réel paradoxe ? ». In : Honegger C, Liebig B, Wecker R, eds. *Wissen-Gender Professionalisierung Historisch-soziologische Studien*. Zürich : Chronos, 2003.
16. Moreau D. *Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile*. [Thèse de doctorat : sociologie] Paris : École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2015.

17. Bonsack C, Borgeat F, Dubois A. Impact de la spécialisation des services psychiatriques par filières diagnostiques à Lausanne. I. Étude qualitative. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2001 ; 159 : 645-51.
18. Kingdon JW. *Agendas, alternatives and public policies*. New York : Harper Collins, 1984.
19. Pahud C. Vaud, loi sur la santé publique : Psychiatrie et droit des patients. *Domaine Public* 1998 ; 1330 : 1998.
20. Bovet P. *Mesures de contention dans les hôpitaux psychiatriques du canton de Vaud*. Rapport adressé à M. le Secrétaire général du DSAS, à la demande de M. le Conseiller d'État P-Y. Maillard. Lausanne, 2009.
21. Linder A, Meyer M, Skuza K (eds). *Police et psychiatrie : polyphonie des postures professionnelles face à la crise psychique*. Chêne-Bourg (Suisse) : Éditions Georg, 2016.



TOUTES LES SITUATIONS D'URGENCE PSYCHIATRIQUE EN POCHE !

Cette deuxième édition enrichie et actualisée répond au besoin d'uniformiser la prise en charge de situations d'urgence psychiatrique souvent complexes en tenant compte des évolutions réglementaires et des recommandations officielles.

URG'psychiatrie aborde toutes les situations d'urgence rencontrées (aiguës, selon le terrain et liées aux pathologies addictives). Il propose une **appréciation immédiate par situation clinique** et délivre les justes **conduites à tenir, diagnostiques et thérapeutiques**.

COORDONNATEURS

- Céline Pouilly
- Julie Geneste-Saelens
- Jérôme Liotier
- Georges Brousse

Collection URG'

- Mars 2017
- 13 x 18 cm / 200 pages
- ISBN : 978-2-7184-1441-6

Arnette

John Libbey EUROTEXT

f **t**

EN SAVOIR +

Tous les ouvrages de la collection sont disponibles sur www.jle.com

