

L'isolement et la contention mécanique en psychiatrie en France de 1838 à 2017

Mise à jour du 21 juin 2018
Texte élaboré par Neptune
et le Groupe Information Asiles (GIA)

Résumé

A travers l'analyse historique de la contention mécanique par attachement en psychiatrie et de l'isolement forcé (1a), soulignant le manque d'effet des différentes mesures prises au cours des trente dernières années, les associations signataires demandent l'abolition de la contention mécanique par attachement et de l'isolement forcé en psychiatrie.

Table des matières

Résumé	1
1838 à 1990 - Les pleins pouvoirs.....	2
1990 - La loi tente de donner des droits aux psychiatisés.....	4
1998 - L'audit et les recommandations de l'ANAES sur l'isolement et la contention (4).....	8
2005 - Un rapport accablant de l'IGAS	13
2011 - La loi sécuritaire du 5 juillet 2011.....	13
2013 - La loi du 27 septembre 2013 entrée en vigueur au 1er septembre 2014.....	15
2008 à 2016 - Les vaines agitations.....	15
2016 - La loi du 26 janvier 2016 et le scandale de Bourg-en-Bresse	18
2017 - La Haute Autorité de Santé (HAS) produit de nouvelles recommandations (20).....	20
2017 - Deux députés découvrent avec horreur les conditions d'internement à Amiens	25
Conclusion	27

(1a) Par "contention mécanique par attachement", nous désignons le fait d'attacher une personne à un point fixe (généralement, le lit) et ainsi de la priver en partie ou en totalité de sa liberté de mouvement et de circulation. Par "isolement forcé" nous désignons le fait de priver une personne de la possibilité d'entrer en contact avec autrui.

1838 à 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.

Le législateur de 1838 choisit le pouvoir médical ou préfectoral et le secret au lieu de l'autorité judiciaire et de l'audience publique pour décider et imposer le «soin» psychiatrique. En effet, la loi du 30 juin 1838 prévoit deux cas : le placement d'office, à la demande du préfet, et le placement volontaire – à savoir non pas selon la volonté du malade mais selon celle d'une tierce personne, car dans l'esprit du législateur, l'aliéné présumé est censé ne point avoir de volonté. Un certificat médical doit alors confirmer la nécessité de l'enfermement en asile d'aliénés. Les médecins aliénistes disposeront de tous les pouvoirs de gestion des biens et des personnes enfermées dans leur établissement.

C'est ainsi que l'arbitraire des décisions médicales sur la liberté des individus fait son entrée en force. Ceci a été obtenu par le corps médical suite à un long débat de 18 mois, au cours duquel les médecins, sauf un (l'aliéniste 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 les étayer.

En résumé, la société se débarrasse de ses fous, prétextant des intentions charitables et, tirant profit d'une situation asilaire catastrophique, 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 limite, comme celles de sinistre réputation que sont la lobotomie, l'insulinothérapie, les électrochocs (sans anesthésie), la stérilisation forcée, 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'en 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. C'est justement pour cela que le candidat François Mitterrand avait promis, en 1981, de dissoudre cette instance. Cette promesse ne sera pas tenue.

1990 - La loi tente de donner 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. Le Groupe Information Asiles avait œuvré dès la fin des années 1970 pour que ces droits soient reconnus, mais sa proposition de loi n'avait alors été soutenue que par le groupe communiste à l'Assemblée nationale.

C'est par cette loi de 1990 que la notion ambiguë de "placement volontaire" est remplacée par celle d'"hospitalisation à la demande d'un tiers" (HDT), plus conforme à la réalité, et que le "placement d'office" est renommé "hospitalisation d'office" (HO).

Lors de la demande d'un tiers, « *à titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement pourra prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil* ». Sinon, c'est-à-dire dans la plupart des cas, deux certificats médicaux sont nécessaires. Préfet et procureur de la République sont informés de toute HDT. Celle-ci est revue chaque mois avec un seul certificat médical nécessaire pour sa prolongation ou sa levée. En outre, un tiers (pas forcément le demandeur d'HDT) proche du malade peut faire lever l'HDT.

Toujours selon cette loi, le préfet prend un arrêté d' HO au vu d'un seul certificat médical envers un individu atteint de troubles mentaux compromettant l'ordre public ou la sûreté des personnes. En outre, « *en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique* », le maire prend un arrêté provisoire d'HO qui doit être confirmé dans les 24 heures par un arrêté préfectoral.

On le voit : dans la pratique, les médecins restent de fait décisionnaires, les certificats médicaux étant pratiquement toujours suivis par l'autorité préfectorale.

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 une commission départementale de contrôle, la "Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques" (CDHP), mais les usagers et les associations d'usagers sont absents de ces commissions (voir encadré ci-dessous).

Au total, 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'enfonce 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 associations d'usagers sont totalement absentes des textes de 1990 : pour le législateur, elles n'existent pas. Les « commissions départementales des hospitalisations psychiatriques » (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 « Commission Départementale des Soins Psychiatriques » (CDSP) en 2011, ces commissions restent largement fantoches, même si elles permettent désormais la présence d'un représentant d'association d'usagers « agréé ». Il faut, pour siéger dans ces CDSP aux pouvoirs très limités, être d'abord mandaté par une association « agréée » par les autorités sanitaires et ensuite être désigné par le préfet. De 2015 à 2016, il fallut une longue bataille juridique pour qu'une association indépendante d'usagers, le Cercle de Réflexion et de Propositions sur la Psychiatrie (CRPA), soit simplement « agréée » pour la région Ile de France. En 2017, aucune 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 nombreuses CDSP ne fonctionnent pas du tout et la plupart sont des chambres d'enregistrement. Les psychiatres reçoivent finalement des CDSP une « caution morale » à leurs actes. Ils ne se privent pas d'évoquer leur existence et leur caution pour s'éviter de devoir répondre aux questions de fond. (2)

En Alsace par exemple, l'un des départements où les hospitalisations sans consentement représenteraient presque 50 % des hospitalisations psychiatriques (3), le psychiatre siégeant en CDSP est également chef de service d'une unité fermée pratiquant l'isolement et la contention. Il n'y siège aucune d'association d'usagers.

Les CDSP sont devenues une émanation de l'institution psychiatrique et, comme elle, ne sont pas transparentes : elles 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, de toute responsabilité quant aux abus de plus en plus manifestes de la psychiatrie.

(1) *Rapport Laforcade, 2016, page 26*

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

(2) Voir sur le site Neptune *"Interview d'un chef de service de psychiatrie de Strasbourg, sur la contention et les pratiques observées"*

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

(3) Voir *Les chiffres affolants des soins psy sans consentement, Libération, février 2017*

http://www.liberation.fr/france/2017/02/15/les-chiffres-affolants-des-soins-psy-sans-consentement_1548756

1998 - L'audit et les recommandations de l'ANAES sur l'isolement et la contention (4)

C'est le premier texte de recommandations médicales 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 (ANAES) qui deviendra en 2005 la Haute Autorité de Santé (HAS), réalise avec le concours de 27 hôpitaux une étude spécifique sur le thème de l'isolement et indirectement de la contention « *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'enseignement en médecine et en formation des infirmiers, elle émet des recommandations qui, sans être une loi, font office de directives de santé à l'intention 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 avons vécu l'isolement et la contention mécanique, que l'ANAES ne fasse aucune distinction dans son analyse et ses recommandations entre ces deux modalités. 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 considérations 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).

(4) [Les recommandations officielles de l'ANAES sur la contention et l'isolement, 1998](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf)
<https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>

Indications de l'ANAES	Notre appréciation
<p>1. <i>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.</i></p>	<p>N'est pas évoqué ce que seraient les « <i>autres moyens de contrôle</i> ». 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.</p> <p>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 « <i>autres moyens de contrôle</i> », et a banni totalement l'isolement et la contention.</p>
<p>2. <i>Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins.</i></p>	<p>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 ?</p> <p>L'ANAES est plus explicite en introduction, précisant que « <i>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.</i> »</p>
<p>3. <i>Isolement intégré dans un programme thérapeutique.</i></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 « <i>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.</i> »</p>

<p><i>4. Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.</i></p>	<p>Si l'on pense que la diminution des stimulations est souhaitable, il suffit de réserver des chambres individuelles aux personnes concernées et de leur proposer des activités comportant peu de stimulations interpersonnelles. Là encore, le recueil du ressenti et de l'avis du « patient » nous semble indispensable pour favoriser l'adhésion à cette mesure. Chaque chambre individuelle devrait en outre avoir une possibilité de fermeture à clé et d'ouverture par le « patient » (et pas seulement par le personnel habilité), ce qui permettrait de respecter sa sécurité et son intimité.</p>
<p><i>5. Utilisation à la demande du patient</i></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. L'association Neptune, en 5 années d'existence et des dizaines de situations de contention observées ou rapportées, n'a rencontré qu'un "cas" : il s'agissait d'un adolescent en demande extrême et continue d'attention et non violent. 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. <i>Utilisation de la CI à titre de punition.</i></p>	<p>Ce critère démontre le constat fait en introduction par l'ANAES : « <i>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.</i> »</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 chambre d'isolement à titre d'exemple pour les autres patients ».</p> <p>Le Groupe Information Asiles (GIA) et Neptune ont en outre observé une pratique d'« isolement systématique pour observation » lors d'une arrivée ou d'un transfert dans un nouvel hôpital ou service. Ceci devrait être explicitement contre-indiqué.</p>
<p>7. <i>État clinique ne nécessitant pas un isolement.</i></p>	<p>Aussi vague que l'indication « <i>Isolement intégré dans un programme thérapeutique</i> ».</p> <p>Autrement dit, « l'isolement et la contention sont indiqués si vous pensez qu'ils sont nécessaires et contre-indiqués si vous pensez qu'ils ne le sont pas ».</p>
<p>8. <i>Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe de soins ou pour son confort.</i></p> <p>9. <i>Utilisation uniquement liée au manque de personnel.</i></p>	<p>Ces contre-indications sont évidentes, mais révèlent surtout le début du délabrement de la psychiatrie hospitalière, tant dans ses effectifs (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. Elles donnent en réalité carte blanche et une certaine légitimité aux personnels sanitaires pour continuer ces pratiques indéfiniment. Ce sera malheureusement le cas 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 de l'ANAES est encore aggravée par le fait que les auteurs avaient pris connaissance des normes américaines (USA) 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* ».

(5) [Voir sur le site Neptune "Islande: la contention mécanique abolie en psychiatrie"](http://www.forumpsy.net/t1093-islande-la-contention-mecanique-abolie-en-psychiatrie)
<http://www.forumpsy.net/t1093-islande-la-contention-mecanique-abolie-en-psychiatrie>

(6) ["Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients"](http://thesesante.ups-tlse.fr/632/1/2014TOU31565.pdf)
<http://thesesante.ups-tlse.fr/632/1/2014TOU31565.pdf>

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). Elle 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 effacées* » etc.

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)

2011 - La loi sécuritaire du 5 juillet 2011

Le président Sarkozy mène depuis son élection en 2007 une politique interventionniste du « tout-État », sur tous les sujets. Suite à un fait divers, il prononce le « discours d'Antony » du 2 décembre 2008 (8) qui 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 services psychiatriques de dispositifs permettant de géolocaliser les patients.

De fait, ces propos se traduiront par la loi du 5 juillet 2011 qui facilite l'entrée en hospitalisation sans consentement (HSC) et durcit les conditions de sortie de celle-ci. Comme depuis 1990, « *en cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade* », n'importe qui peut faire interner un proche avec un certificat médical unique d'un médecin exerçant dans l'établissement. Mais en plus, à travers les admissions pour « *péril imminent* », la loi de 2011 favorise l'internement arbitraire par l'autorisation accordée à un médecin extérieur à l'établissement de décider seul d'une HSC, sans même la demande d'un tiers. Toutefois, un juge des libertés et de la détention (JLD) devra statuer avant l'expiration du quinzième jour sur le maintien ou la mainlevée de toute HSC. Les autres aménagements visent à masquer les dispositions sécuritaires en modifiant l'intonation du vocabulaire. La notion de « *soins ambulatoires sans consentement* » qui jusque-là existait dans l'ambiguïté juridique (permissions de « *sorties d'essai* » plus ou moins durables), est mise en avant, mais rien ne change sur le fond.

L'augmentation des mesures de contrainte s'aggraverait encore à cause de cette loi, sans aucun bénéfice ni pour la sécurité des citoyens, ni pour 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 soins pour péril imminent (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 atteint, en 2016, la seconde position des dépenses de santé en France (10). Son coût social et global est préoccupant et... paradoxal ! En effet, le cercle vicieux est simple à mettre en évidence : pour réduire les coûts et augmenter la « sécurité » à court terme, on impose des « traitements » répressifs et on met en place des soins sans consentement à domicile (« *programme de soins* »), 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, contraire à l'effet recherché.

(7) ["Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation", IGAS, 2005](http://reseauoprosante.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)
<http://reseauoprosante.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>

(8) ["Le président de la république engage l'hôpital psychiatrique dans un tournant sécuritaire", Le Monde, mars 2008](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) La synthèse du rapport de l'IRDES de 2017 : [Les soins sans consentement en psychiatrie : l'IRDES dresse le bilan depuis 2011](http://www.caducee.net/actualite-medicale/13416/les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie-l-irdes-dresse-le-bilan-depuis-2011.html)
<http://www.caducee.net/actualite-medicale/13416/les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie-l-irdes-dresse-le-bilan-depuis-2011.html>

Le rapport : ["Les soins sans consentement en psychiatrie"](http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf)
<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>

(10) ["Les dépenses de santé en hausse, marquées par le coût des maladies mentales", les Echos, 31 mai 2017](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) Voir sur Neptune ["Pourquoi les étudiants français ne choisissent pas la psychiatrie ?", Neptune, 2014, à partir d'une enquête du Ministère de la Santé](http://www.forumpsy.net/t754-pourquoi-les-etudiants-francais-ne-choisissent-pas-la-psychiatrie)
<http://www.forumpsy.net/t754-pourquoi-les-etudiants-francais-ne-choisissent-pas-la-psychiatrie>

2013 - La loi du 27 septembre 2013 entrée en vigueur au 1er septembre 2014

Sans en changer le fond, elle atténue certains traits de la loi de 2011. Le juge des libertés et de la détention (JLD) devra statuer avant l'expiration du douzième jour et non plus du quinzième. L'assistance par un avocat devient obligatoire et gratuite. Aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme d'un programme de soins, c'est-à-dire en ambulatoire. Les parlementaires auront le droit de visiter à tout moment un service psychiatrique fermé.

Les audiences foraines (c'est-à-dire hors tribunal) à l'hôpital où réside le malade en HSC deviennent la règle en première instance et seront désormais des audiences délocalisées. Cela a des relents de mise au secret, d'autant que le JLD peut décider à loisir de tenir l'audience à huis clos.

2008 à 2016 - Les vaines agitations

Les lourds rapports se multiplient, ainsi que les prises de position, émissions radio-télévisées, initiatives. Mais rien ne change sur le fond. Cette période est faite d'agitation au gré des événements et de travaux parfois importants si on les mesure au nombre de pages écrites. Un trait commun à cette agitation est d'être franco-française, d'être souvent déformée par des intérêts corporatifs, de ne jamais 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 sont aussi lourds que dépourvus de conséquences car ils ne remettent pas en cause la pertinence médicale des actes d'isolement et de contention. La séparation des pouvoirs judiciaire, administratif, législatif et exécutif d'une part et médicaux de l'autre, rendent vaine toute initiative de ce type.
- **Des émissions et reportages TV** deviennent nettement plus critiques sur les conditions d'internement. On citera « Sainte-Anne, hôpital psychiatrique, 2010 » (12), « Hôpitaux psychiatriques, les abandonnés, 2010 », ou encore « Zone interdite, de 2014 » (13). Deux de ces films seront par la suite censurés pour divers motifs.
- **La création du « Collectif des 39 » (C39)** 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 (13b). 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, et en s'opposant de manière caricaturale aux TCC, s'avère être en réalité un lobby conservateur qui bataille avant tout pour le maintien de la psychanalyse (14) dans son dernier bastion, la France.

- **Les associations d'usagers** restent divisées, nombre d'entre elles étant dépendantes de financements des pouvoirs publics, certaines même de laboratoires pharmaceutiques en quête d'image. Certaines qui ne représentent que les familles sont néanmoins omniprésentes dans la "représentation des usagers". Les véritables 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'Union Nationale des Familles et Amis de Malades Psychiques (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.
- **L'Eglise de scientologie**, exploitant la détresse des personnes en difficulté, sème la confusion avec sa Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme (CCDH) qui inonde Internet de sites redondants – un par département - et dénonce la psychiatrie sans rien proposer. Certains représentants d'institutions psychiatriques 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 l'Eglise de scientologie sont co-responsables de ce détournement de la parole des usagers qui n'est excusable ni de la part des uns, ni de la part des autres.
- **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 soignants 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'Observatoire National des Violences en Santé (ONVS)** est créé en 2005 (15). 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 récurrentes 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.

(12) Voir sur Neptune ["Saint-Anne, Hôpital Psychiatrique, 4 ans après le film"](#)

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

(13) Voir sur Neptune ["Les cliniques psychiatriques maltraitantes - Château du Tremblay à Chaulgnes près de Nevers"](#)

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

(13b) La pétition du Collectif des 39 contre la contention mécanique, 16 septembre 2015 :

<http://www.hospitalite-collectif39.org/?NON-A-LA-CONTENTION>

(14) Voir les nombreux articles et appels du Collectif des 39, dont ["Aux candidats à la présidence de la république : Pour la Psychanalyse"](#)

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

(15) Site de l'ONVS : ["Observatoire National des Violences en milieu de Santé - ONVS"](#)

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

2016 - La loi du 26 janvier 2016 et le scandale de Bourg-en-Bresse

- **La « loi sur la modernisation du système de santé »** est adoptée le 26 janvier 2016 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 (USA) 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 (16).
- **Le registre des isolements et contentions.** En 2016 est enfin inscrit dans la même 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 Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (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, aux différentes institutions ou à 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 (17). A l'argument du secret médical, nous répondons par la demande d'un dossier uniquement statistique et anonyme, ce que ce responsable refuse encore, en nous suggérant de nous adresser à la CDSP déjà évoquée. Or, cette dernière ne publie pas non plus ce registre. Le rapport d'activité de la CGLPL (17b) révélera en 2017 que nombre d'hôpitaux ne tiennent pas ce registre, dont le plus grand hôpital psychiatrique de France, l'Hôpital Sainte-Anne de Paris.
- **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 (18). Choquée, elle 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** : comme elle l'avait déjà fait 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 (19). Cette injonction fait suite à l'intervention d'Adeline HAZAN et à la contribution de Neptune et de deux associations de parents d'autistes.

(16) Voir sur Neptune *"Obtenir la levée d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement pour non respect de la loi L3222-5-1 de 2016 sur la contention et l'isolement"*
<http://www.forumpsy.net/t1550-obtenir-la-leeve-dune-mesure-de-soins-psychiatriques-sans-consentement-pour-non-respect-de-la-loi-l3222-5-1-de-2016-sur-la-contention-et-lisolement>

(17) Voir sur Neptune *"Interview d'un chef de service de psychiatrie de Strasbourg, sur la contention et les pratiques observées"*
[/t1531-interview-d-un-chef-de-service-de-psychiatrie-de-strasbourg-sur-la-contention-et-les-pratiques-observees](http://www.forumpsy.net/t1531-interview-d-un-chef-de-service-de-psychiatrie-de-strasbourg-sur-la-contention-et-les-pratiques-observees)

(17b) Le Contrôleur général
des lieux de privation de liberté ; Rapport d'activité 2016, 22 mars 2017
http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2017/04/Rapport-2016-3es_web.pdf

(18) *"Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapeutique de l'Ain"*, 16 mars 2016, journal officiel
http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/joe_20160316_0064_0102.pdf

(19) Voir sur Neptune *"Le Comité Contre la Torture de l'ONU dénonce la psychiatrie française"*, Neptune, 2016
<http://www.forumpsy.net/t1277-le-comite-contre-la-torture-de-l-onu-denonce-la-psychiatrie-francaise>

2017 - La Haute Autorité de Santé (HAS) produit de nouvelles recommandations (20)

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 qui 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 événements de 2016 et face à une pression croissante de l'opinion, de fournir une nouvelle « réponse » quant 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.

Pour commencer, la HAS persiste à traiter sur un même plan isolement et contention mécanique, comme si ces mesures étaient équivalentes, or toutes les personnes concernées savent bien qu'on ne peut pas les considérer comme une seule et même mesure.

(20) *["Isolement et contention en psychiatrie générale : recommandations"](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 donnons et commentons les passages essentiels :

Indications de la HAS	Notre appréciation
<p><i>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.</i></p>	<p>Ce sont mot pour mot les mêmes termes qu'en 1998.</p>
<p><i>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.</i></p>	<p>Avec des termes à peine plus appuyés, cette indication laisse encore libre cours à toutes les interprétations et pratiques.</p>
<p><i>La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement. 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.</i></p>	<p>La contention "uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement" est nouvelle par rapport à 1998. Ceci montre bien l'existence, en 2017, de la contention en chambre partagée, en pièce commune ou dans les couloirs.</p> <p>Le Groupe Information Asiles (GIA) et Neptune ont en outre observé une pratique d'« isolement systématique pour observation » lors d'une arrivée ou d'un transfert dans un nouvel hôpital ou service. Ceci devrait être explicitement contre-indiqué. Des hôpitaux ont par ailleurs été condamnés, depuis l'entrée en vigueur de la loi de 2016, pour ce type de mise à l'isolement. (16)</p>

Contre-indications	
<p><i>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.</i></p>	<p>Encore un aveu décrivant les pratiques existantes de manière encore plus précise qu'en 1998 et que nombre de nos articles relatent.</p>
<p><i>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.</i></p>	<p>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 inexacte émanant des hôpitaux. Aucun patient ne demande réellement l'isolement ni la contention, mais il arrive qu'un(e) patient(e) demande à être protégé(e) ou tout simplement tranquille. Ces patient(e)s devraient avoir le droit et la possibilité de s'isoler volontairement (chambre individuelle pouvant être fermée et ouverte par le patient et par le personnel habilité). Concernant la "demande de contention", l'association Neptune, en 5 années d'existence et des dizaines de situations d'isolement ou de contention observées ou rapportées, n'a rencontré qu'un "cas" : il s'agissait d'un adolescent en demande extrême et continuelle d'attention, difficile mais non violent, et qui pour obtenir un peu d'attention, demandait la contention de manière provocatrice. L'équipe, excédée, cédait parfois à sa demande, ou utilisait la contention pour le punir de son comportement envahissant. Il n'y a pas non plus de personnes "ayant demandé la contention" dans la thèse de Raphaël Carré qui a pourtant interrogé des dizaines de patient(e)s ayant subi la contention (6).</p>

Messages clé	
<i>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.</i>	La plupart des points reprennent les recommandations de 1998, peu précises, et qui n'ont pas été suivies d'effets.
<i>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.</i>	Il n'y a toujours aucune limite précise à la durée de l'isolement ou de la contention et ceux-ci peuvent toujours être appliqués « pour prévenir », donc sans passage à l'acte.
<i>2. L'isolement et la mise sous contention mécanique sont réalisés sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement.</i>	La formulation est ambiguë : le terme « secondairement » laisse la porte ouverte, dans les faits, à des ordonnances rétroactives, contraires à l'esprit du texte.
<i>3. Ces mesures ne peuvent avoir lieu que dans un espace dédié avec des équipements spécifiques.</i>	Les points 3. et 5. montrent que la HAS juge nécessaire de prévenir des cas où le patient est attaché à la vue de tous et confirme qu'il existe encore, en 2017, des contentions en chambre partagée, en pièce commune ou dans les couloirs.
<i>4. Seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés.</i>	Ce point est un nouveau rappel - manifestement utile - de la loi de 1990, et de la circulaire qu'a été obligée d'émettre la 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 ».
<i>5. La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement.</i>	
<i>6. Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient.</i>	

<p>7. Ces mesures nécessitent une prise en compte systématique de l'état clinique somatique.</p>	
<p>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.</p>	
<p>9. L'isolement et la contention mécanique doivent être levés, sur décision médicale, dès que leur maintien n'est plus cliniquement justifié.</p>	
<p>10. Il est souhaitable d'aménager des espaces d'apaisement comme alternative à l'isolement.</p>	<p>Les "espaces d'apaisement" sont une nouveauté dans le texte de 2017 ; on notera le caractère peu contraignant du terme « souhaitable ».</p> <p>Par contre, il a été observé à l'occasion de procédures judiciaires que le terme d'« espace d'apaisement » a été employé pour faire croire qu'il ne s'agissait pas d'une mesure d'isolement. Le juge a estimé que, quel que soit l'équipement ou la fréquence des visites thérapeutiques, son usage était bien un isolement du point de vue de la loi, et non une alternative, dès lors que le patient est privé de sa liberté d'aller et venir (16).</p>
<p>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.</p>	<p>L'expression « mener une réflexion » a été employée <u>11 fois</u> dans des passages importants du document.</p>
<p>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.</p>	<p>Il n'y a aucun délai ni aucune obligation donnés aux établissements pour "mener une réflexion". La HAS s'exonère donc de cette réflexion pour laisser une nouvelle fois les établissements libres de réfléchir - ou pas - à leur pratique.</p>

<p>13. <i>Aucune mesure d'isolement ou de contention ne peut être décidée par anticipation ou « si besoin ».</i></p>	<p>Cette précision n'est pas une nouveauté, mais rappelle que, contrairement à une pratique que nos associations ont couramment observée, la prescription doit être faite à chaque fois par le psychiatre et <i>après</i> l'examen de la personne, et non pas à titre préventif "<i>si-besoin</i>".</p>
<p>14. <i>Ces mesures sont assujetties à une surveillance régulière et intensive suivant la prescription médicale.</i></p>	

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.

2017 - Deux députés découvrent avec horreur les conditions d'internement à Amiens

Les élections présidentielles de mai 2017 provoquent une recomposition majeure de l'échiquier politique en France : marginalisation historique du Parti Socialiste (PS) précédemment au pouvoir, raz de marée socio-libéral du nouveau parti La République en Marche (LaREM) d'Emmanuel Macron, affaiblissement de la droite traditionnelle, émergence d'une nouvelle opposition de gauche, notamment dans le parti La France Insoumise (FI), échec relatif de l'extrême droite.

La psychiatrie est encore une fois absente du débat électoral, mais elle est par contre très rapidement invoquée par le nouveau président comme moyen de remédier au problème de la radicalisation et du terrorisme, sans convaincre vraiment ni les personnels, ni le public.

Deux députés, François RUFFIN (La France Insoumise) et Barbara POMPILI (LaREM) 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. Le premier interpelle la ministre de la Santé à l'Assemblée Nationale, tandis que la seconde lui écrit et en "parle" au Premier ministre qui lui avoue, selon le journal Libération, qu'il "*connaît le dossier*" et que "*c'est la même situation chez lui au Havre*" (21).

La ministre de la Santé, la Dr Agnès BUZYN, répond à François RUFFIN en brandissant les inspections régulières que font les ARS (Agences Régionales 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 (13).

(21) Voir sur Neptune [Maltraitance à l'hôpital psychiatrique Philippe PINEL d'Amiens : témoignage de deux députés - 2017](http://www.forumpsy.net/t1548-maltraitance-a-l-hopital-psychiatrique-philippe-pinel-d-amiens-temoignage-de-deux-deputes-2017)
<http://www.forumpsy.net/t1548-maltraitance-a-l-hopital-psychiatrique-philippe-pinel-d-amiens-temoignage-de-deux-deputes-2017>

Conclusion

La Haute Autorité de Santé (HAS) avec ses dernières recommandations écrites en urgence et sous la pression des événements 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. Il n'est donc pas étonnant qu'éclate une nouvelle affaire de « *traitement inhumain ou dégradant* » particulièrement grave révélée par la publication au Journal Officiel du 1er mars 2018 des recommandations en urgence de la CGLPL, Adeline Hazan. Elle y décrit des pratiques massives de contention et d'isolement au CHU de Saint-Etienne qui rappellent les époques les plus sinistres de la psychiatrie française... et ce, malgré toutes les belles recommandations et publications que nous avons énumérées plus haut !

Malgré l'évidence qui crève les yeux (Bourg-en-Bresse, Amiens, Saint-Etienne... et combien d'autres lieux moins sous le feu des projecteurs !?), la 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 Agences Régionales de Santé (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 : **les 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. 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 21ème siècle, **la contention mécanique par attachement et l'isolement forcé doivent être abolis par la loi**.

Cette double 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'empêchement 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 (23). *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.

L'association Neptune
Le Groupe Information Asiles (GIA)

(23) Voir sur Neptune ["2017 : La Norvège lance des services psychiatriques publics sans médicaments"](http://www.forumpsy.net/t1509-2017-la-norvege-lance-des-services-psychiatriques-publics-sans-medicaments)
<http://www.forumpsy.net/t1509-2017-la-norvege-lance-des-services-psychiatriques-publics-sans-medicaments>