

RECUEIL
BONNES PRATIQUES DU CONSEIL DE L'EUROPE POUR
PROMOUVOIR LES MESURES VOLONTAIRES DANS
LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE



Rapport publié par le
Comité de bioéthique (DH-BIO)
du Conseil de l'Europe
Auteur : Piers Gooding

REMERCIEMENTS

Ce document a été rédigé par le Dr Piers Gooding, chargé de recherches à la Faculté de droit de Melbourne (Australie) et professeur associé au Social Equity Institute de l'Université de Melbourne, avec le soutien du Secrétariat du Comité de Bioéthique (DH-BIO), notamment de Laurence Lwoff, Katrin Uerpmann et Natalia Zaytseva. Nous tenons à remercier les délégués et les représentants de la société civile qui ont apporté leurs contributions à ce recueil.

Table des matières

RESUME	4
Table des matières	7
I. CONTEXTE.....	13
Introduction	13
Terminologie	14
Contexte : Importance croissante des recherches et de la sensibilisation à la coercition	16
Champ d'application	19
Conception du recueil	19
Limites	20
II. Bonnes pratiques pour prévenir et réduire la coercition dans les établissements de santé mentale des États membres du Conseil de l'Europe	21
Classement des bonnes pratiques.....	21
A. Initiatives hospitalières.....	21
B. Initiatives communautaires	47
C. Approches « hybrides » dans le domaine de l'action publique et de la programmation.....	62
D. Autres initiatives en faveur de la réduction de la coercition	81
III. Discussion	91
A. Variation démographique.....	91
B. Facteurs de réussite	94
Thèmes généraux.....	94
Politique et pratiques	94
Réussite hospitalière.....	96
C. Conclusion.....	97

RESUME

Le présent rapport est une compilation de bonnes pratiques destinées à promouvoir les mesures volontaires dans les soins et le soutien en santé mentale. Il reprend les pratiques communiquées au Secrétariat du DH-BIO par les délégations représentant les 47 États membres du Conseil de l'Europe (CdE) et par des parties prenantes de la société civile. Ce recueil poursuit l'objectif fixé par le *Plan d'action stratégique sur les droits de l'Homme et les technologies en biomédecine (2020-2025)* consistant à :

aider les États membres [en élaborant] un recueil des bonnes pratiques pour promouvoir les mesures volontaires dans les soins de santé mentale, à la fois au niveau préventif et dans les situations de crise, en se concentrant sur des exemples dans les États membres.

Certaines pratiques visent *directement* à prévenir, limiter ou éliminer les mesures coercitives dans les établissements de santé mentale et d'autres produisent *indirectement* les mêmes effets en progressant vers un objectif général de promotion des mesures volontaires dans les soins et le soutien en santé mentale.

Ce recueil ne prétend pas dresser une liste exhaustive des pratiques exemplaires émanant des États membres du CdE. Il constitue plutôt une première étape dans la compilation des pratiques destinées à promouvoir les soins et le soutien volontaires en santé mentale et à éliminer les pratiques coercitives dans les établissements psychiatriques. De manière générale, les documents communiqués prônent le respect de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), nonobstant les débats sur la coercition en matière de santé mentale dont il est question à la Partie 1(B) de ce rapport.

La **Partie I** du rapport définit la terminologie, le champ d'application, le contexte et les limites de cette étude.

La **Partie II** recense les bonnes pratiques, en les classant par catégorie, à savoir :

- ▶ Les initiatives hospitalières ;
- ▶ Les initiatives communautaires ;
- ▶ Les « Modèles hybrides » associant des pratiques hospitalières et communautaires et
- ▶ Les autres initiatives en faveur de méthodes de substitution à la coercition, notamment la planification anticipée, la formation professionnelle et les programmes d'éducation.

D'autres méthodes de classement sont possibles. Mais pour les besoins de ce recueil, ces vastes catégories offrent un cadre conceptuel utile pour regrouper les différentes initiatives des États membres du CdE.

La **Partie III** conclut par une brève discussion. Elle aborde les questions démographiques (notamment, l'expérience des femmes par rapport à celle des

hommes, et des personnes âgées par rapport aux autres adultes) et contient une liste succincte de facteurs qui semblent favoriser les pratiques exemplaires.

Enfin, les annexes contiennent des documents de référence supplémentaires.

► **L'Annexe A** contient le questionnaire distribué par le Secrétariat du DH-BIO aux États membres du CdE qui demandaient des précisions sur les exemples de bonnes pratiques. Ce questionnaire indique comment le Secrétariat du DH-BIO a structuré son interprétation d'une « bonne pratique ».

► **L'Annexe B** contient un tableau des documents d'études empiriques du CdE susceptibles d'intéresser l'objectif de ce recueil, qui récapitule le pays, l'objectif, les méthodes et conclusions de chaque étude. Ces documents complémentaires peuvent aider le lecteur à mettre en contexte les pratiques exemplaires communiquées par les États membres du CdE et les parties prenantes de la société civile en permettant de déterminer si une bonne pratique s'inscrit dans une évolution internationale plus générale des politiques et pratiques ou si elle s'appuie (ou non) sur des données probantes.

Ce recueil est conçu de telle sorte que le lecteur puisse consulter directement les parties qui l'intéressent. La partie suivante contient un tableau récapitulatif des différentes pratiques, et indique le numéro de page renvoyant à chacune d'entre elles.

Ce recueil a été également rédigé de manière à pouvoir modifier et actualiser son contenu à mesure que les définitions des pratiques « exemplaires » et « bonnes » évoluent. Il serait envisageable de créer une base de données facilement accessible et pouvant être mise à jour régulièrement afin d'aider les décideurs et les parties prenantes du CdE.

Les études de plus en plus nombreuses sur le succès relatif des mesures destinées à prévenir et limiter la coercition montrent, sur la base de solides éléments probants, qu'il est possible d'apporter une réponse aux personnes en situation de détresse sans recourir à la contrainte. Les pratiques rassemblées dans ce recueil donnent à penser qu'il est nécessaire de reconsidérer les hypothèses de bon nombre de pouvoirs publics, professionnels et communautés sur la pertinence et la nécessité de la coercition.

Du point de vue de l'action publique, les bonnes pratiques de ce Recueil montrent que les services qui n'utilisent pas de mesures coercitives ou les limitent fortement sont à l'avant-garde à trois niveaux interdépendants : le contrôle des autorités nationales, le changement de la culture organisationnelle et une action de plaidoyer générale indépendante. Les autres facteurs de réussite des pratiques présentées dans ce recueil sont notamment les suivants :

- ► Déclaration explicite des pouvoirs publics et services sur les effets préjudiciables de la coercition et engagement à prendre des mesures efficaces pour la prévenir, la limiter et l'éliminer ;
- ► Leadership local, partant de la base, pour instaurer et conserver un changement de culture favorisant la prise en charge des crises sans recours à la contrainte, au niveau d'une initiative ou d'un service précis ou dans l'ensemble du système ;
- ► Participation de personnes ayant une expérience vécue des services et interventions en matière de santé mentale, de personnes ayant des troubles psychosociaux, etc. à tous les niveaux du processus décisionnel, des services fournis

et gérés au niveau local à l'élaboration des programmes de recherche ainsi que des lois et politiques nationales.

Sur le terrain, dans les hôpitaux et les établissements de santé mentale, les conclusions concordent avec les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2021, p.8), qui soulignent que la mise en place de services exempts de coercition nécessite des actions sur plusieurs fronts, notamment les suivantes :

- ▶ Former le personnel des services aux différences de pouvoir et rapports hiérarchiques et à leur incidence sur l'intimidation, la peur et la perte de confiance ;
- ▶ Aider le personnel à comprendre ce qui est considéré comme une pratique coercitive ainsi que les conséquences préjudiciables de son usage ;
- ▶ Former systématiquement l'ensemble du personnel aux réponses non coercitives à des situations de crise, notamment les stratégies de désescalade et les bonnes pratiques en matière de communication ;
- ▶ Établir un plan individuel avec les usagers des services, notamment des plans de gestion des crises et des directives anticipées ;
- ▶ Changer l'environnement physique et social pour créer une atmosphère chaleureuse, notamment par des « chambres de catégorie confort » et des « équipes d'intervention » pour éviter les situations conflictuelles ou par ailleurs difficiles ou bien y faire face et les résoudre ;
- ▶ Mobiliser des moyens efficaces pour entendre les plaintes, y répondre et en tirer des enseignements ;
- ▶ Organiser un « débriefing » systématique après chaque recours à une mesure coercitive ainsi qu'à des dispositifs de contention, afin d'éviter que de tels incidents ne se reproduisent ; et
- ▶ Amorcer une réflexion et un changement concernant le rôle de l'ensemble des parties prenantes y compris l'appareil judiciaire, la police, les agents de soins de santé générale.

Ce recueil montre qu'en investissant dans d'autres pratiques et en s'engageant explicitement dans des initiatives de prévention et de limitation, bon nombre de mesures coercitives actuelles ne sont pas nécessaires — et il serait possible d'en éliminer totalement au moins une partie. Il est impérieux, sur le plan moral et juridique, d'imposer l'adoption de ces pratiques et de prévoir des mécanismes de reddition de compte afin de garantir une transition plus générale vers des réponses aux situations de détresse et aux crises de santé mentale qui soient axées sur les droits et orientées vers le rétablissement.

Table des matières

Initiatives hospitalières			
Pratique	Pays	Description	Page
Thérapie d'exposition basale avec régulation externe complémentaire	Norvège	La thérapie d'exposition basale (TEB) est une pratique dispensée dans un service fermé, à visée principalement psychothérapeutique, qui permet aux patients de rester dans l'unité pendant une durée allant jusqu'à trois mois. La médication est secondaire et subordonnée au processus de traitement. Une « régulation externe complémentaire » est mise en place simultanément et vise explicitement à éliminer les mesures coercitives du processus de traitement.	233
Lignes directrices sur la prévention de la coercition et la thérapie des comportements agressifs	Allemagne	Ces lignes directrices ont été élaborées à l'intention des services de psychiatrie pour adultes en Allemagne afin de prévenir et de limiter les mesures coercitives appliquées à des usagers de services de santé mentale dont les actes sont jugés agressifs. Elles ont donné lieu à la formulation de 12 recommandations consensuelles fondées sur des éléments probants, qui sont appliquées dans 52 unités psychiatriques.	266
Unités de soins intensifs	Pays-Bas	Les unités de soins intensifs (« High and intensive care ») ont été mises en place dans le cadre de la politique nationale des Pays-Bas pour limiter le recours à l'isolement. Il s'agit de services d'admission d'urgence axés sur le rétablissement, le maintien du contact de l'intéressé avec son réseau social et la prévention des crises.	30
Politiques « No Force First »	Royaume-Uni	L'initiative « No Force First » vise à faire évoluer les mentalités dans les unités pour passer de « l'isolement à une culture du rétablissement ». L'objectif est de créer des environnements exempts de mesures coercitives. Cette démarche qui a vu le jour aux États-Unis est progressivement adoptée par certaines fiducies de santé mentale au Royaume-Uni.	31
Politique de portes ouvertes	Allemagne	La « politique de portes ouvertes » désigne une action destinée à laisser les portes ouvertes plutôt que fermées dans les établissements de santé mentale afin de protéger les patients/usagers du service au lieu de les priver de liberté.	33

<p>Dialogue ouvert dans une unité psychiatrique de haute sécurité</p>	<p>Norvège</p>	<p>L'unité de psychiatrie spécialisée de l'hôpital universitaire d'Akershus, un service psychiatrique de haute sécurité à Oslo (Norvège), a mis en place un programme reposant sur la pratique des « dialogues ouverts ». Les premières études ont montré l'efficacité de ce programme pour mettre fin à l'utilisation des mesures coercitives chez des individus qui y avaient été largement exposés dans d'autres établissements psychiatriques fermés.</p>	<p>35</p>
<p>Limiter la contention mécanique dans les unités d'hospitalisation de patients atteints de troubles de santé mentale aigus (plusieurs initiatives)</p>	<p>Niveau international</p>	<p>De nombreux programmes, pratiques et actions publiques visent à limiter et éliminer le recours à la contention dans les établissements de santé mentale. Ces démarches comprennent notamment les améliorations de l'environnement physique des unités, des possibilités accrues de soutien et de contacts et un meilleur accès aux travailleurs pairs, membres de la famille et autres soutiens informels. Les initiatives de la Norvège et de l'Espagne, notamment l'approche des Six stratégies fondamentales, sont décrites.</p>	<p>37</p>
<p>Modèle « Safewards »</p>	<p>Royaume-Uni et niveau international</p>	<p>Le modèle « Safewards » vise à limiter la contention et l'isolement des patients dans les unités psychiatriques, et à réduire les conflits entre les usagers/patients et le personnel. Il permet au personnel d'acquérir des pratiques et concepts pour améliorer la culture des établissements hospitaliers et les caractéristiques physiques des unités, une attention particulière étant accordée aux interactions du personnel avec les usagers du service et les familles/amis.</p>	<p>42</p>
<p>Modèle Weddinger</p>	<p>Allemagne</p>	<p>Le modèle Weddinger est un concept destiné aux établissements de soins psychiatriques aigus. Il promeut les droits et responsabilités des patients et est axé sur le développement des compétences d'équipes multidisciplinaires. Les pratiques hospitalières traditionnelles telles que la planification du traitement sont rendues plus transparentes afin de privilégier la participation active de l'intéressé et de ses proches.</p>	<p>45</p>
<p>Guide pour les hôpitaux et unités afin de réduire la coercition et de renforcer la sécurité du personnel et des patients</p>	<p>Finlande</p>	<p>Ce guide a pour objet d'aider les hôpitaux et unités qui ont recours à des soins psychiatriques sous contraintes à en limiter l'usage et à améliorer la sécurité du personnel et des patients.</p>	<p>46</p>

Initiatives communautaires ou non hospitalières			
Pratique	Pays	Description	Page
Initiative communautaire en matière de santé mentale, Novara	Italie	Ce programme de soutien mobile aide les personnes en crise et celles qui ont quitté une unité psychiatrique à leur retour chez elles. Malgré ses ressources limitées dans l'ensemble, cette initiative a contribué à faire baisser les taux d'admissions involontaires par rapport aux autres services italiens.	48
Conférences familiales	Pays-Bas	Les conférences familiales sont une stratégie de réponse aux patients en situation de crise mentale qui passe par un dialogue ou une « conférence » avec la famille de la personne et son réseau social afin de prendre des décisions sur sa prise en charge.	49
Hugarafll	Islande	Hugarafll (qui se traduit approximativement par « force de l'esprit ») est une organisation non gouvernementale administrée par des pairs qui est active à Reykjavik. Hugarafll organise diverses activités, notamment des groupes d'entraide par des pairs, le soutien de pairs, des services de conseil, un engagement citoyen, des conseils en matière politique et la promotion de la santé mentale dans l'éducation.	50
Unités de santé mentale mobiles	Grèce	Les unités mobiles sont utilisées pour apporter un soutien aux personnes situées dans des régions rurales et éloignées. L'objectif est de faire en sorte que la personne ne soit pas isolée de sa communauté par une hospitalisation. Ces unités fonctionnent avec les communautés locales, les autres services de santé ainsi que des interlocuteurs clés (autorités locales, services de police, procureurs) afin de garantir le droit de la personne à demeurer un membre actif de la communauté.	52
Modèle des Dialogues ouverts	Niveau international	L'approche du « Dialogue ouvert dans les cas de psychose aiguë » est une pratique finlandaise désormais appliquée dans des pays aussi divers que la Norvège, le Danemark, le Royaume-Uni, l'Italie, le Portugal, l'Allemagne, la Pologne, les Pays-Bas, les États-Unis et l'Australie. Les décisions de traitement sont prises en présence de l'intéressé et de son réseau élargi. Une démarche psychothérapeutique est adoptée afin de promouvoir le dialogue entre la personne et son réseau de soutien.	53

Programme du médiateur personnel (« Personligt Ombud Skåne » ou « PO »)	Suède	Le programme du MP prévoit une assistance personnelle et la défense individuelle des personnes qui vivent l'expérience d'une crise et/ou d'un handicap psychosocial. Des « assistants » ou « défenseurs » sont désignés légalement pour aider une personne à prendre des décisions juridiques dans une optique de facilitation et non de contrainte.	56
Maisons de répit	Niveau international	Il existe différents modèles de maisons de répit, notamment les trois suivants : Bochum Crisis Rooms (Allemagne) ; Soteria House (Suède et niveau international) et Weglaufhaus (Allemagne). Elles sont toutes orientées sur l'absence de coercition et ont pour mission d'offrir un soutien, une sécurité et un abri aux personnes qui ont besoin d'une aide psychosociale.	57
TANDEMplus – Soutien mobile de crise	Belgique	« TANDEMplus » est un service mobile de crise mettant en jeu des équipes interdisciplinaires qui apportent un soutien aux personnes pendant et juste après une crise de santé mentale. Les équipes de crise aident l'intéressé à (ré)activer son réseau de soutien local, y compris par la mise en relation avec les sources de soutien formelles et informelles. L'accent est mis sur l'intéressé qui définit le type de soutien dont il souhaite bénéficier.	60
Programmes « hybrides »			
Pratique	Pays	Description	Page
« Projet d'activité sur la qualité des soins - désinstitutionnalisation de la prise en charge des malades mentaux »	République tchèque	La République tchèque réduit la coercition dans les établissements de santé mentale dans le cadre d'un vaste programme de « désinstitutionnalisation ». Ce programme s'appuie sur le Fonds européen d'investissement et les Fonds structurels et applique le Programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et le respect des droits. Il prévoit de nombreuses mesures pour renoncer progressivement aux établissements psychiatriques de grande taille tout en préservant la qualité des services de santé mentale, notamment par la prévention des interventions psychiatriques involontaires et des autres mesures coercitives.	63

<p>« Psychiatrie citoyenne » - Pôle psychiatrique de Lille-Est</p>	<p>France</p>	<p>Au cours des trois dernières décennies, la ville de Lille a progressivement mis sur pied un programme de « psychiatrie citoyenne » dans le cadre duquel les services de santé mentale évitent de recourir à l'hospitalisation traditionnelle et « intègrent plutôt l'ensemble du système de santé » dans la cité, via un réseau mobilisant toutes les parties intéressées : usagers des services, soignants, familles et élus. Dans le contexte de cette approche élargie des services de santé mentale, le présent recueil décrit plusieurs pratiques spécifiques.</p>	<p>66</p>
<p>« Plan d'action dirigé par le patient » pour exercer un recours contre des ordonnances de traitement involontaire</p>	<p>Pays-Bas</p>	<p>Cette pratique revêt la forme d'un recours que peuvent exercer des individus soumis à une mesure psychiatrique involontaire, mais dans laquelle le directeur médical qui l'impose a toute discrétion pour poursuivre ou retirer l'ordonnance d'intervention. Il est demandé à l'intéressé de proposer un accord de prise en charge ou « plan d'action ». Le directeur médical qui a pris l'ordonnance d'intervention initiale est libre d'accepter ou non le plan d'action.</p>	<p>76</p>
<p>Réduire les admissions involontaires dans une clinique d'urgences psychiatriques en mode ambulatoire</p>	<p>Norvège</p>	<p>Une clinique d'urgences psychiatriques en mode ambulatoire située à Oslo tente de limiter les admissions involontaires en proposant des « interventions ciblées » aux personnes souffrant de crises aiguës de santé mentale et « en améliorant le processus décisionnel du personnel qui impose les admissions involontaires ». Sur une période de 12 ans, les données du service indiquent une baisse de 70 pour cent du nombre d'admissions en soins hospitaliers aigus et un recul des admissions involontaires par rapport aux admissions volontaires de 79 à 40 %.</p>	<p>78</p>
<p>Modèle de Trieste</p>	<p>Italie</p>	<p>Ce modèle est décrit comme une initiative « portes ouvertes - pas de contention » qui vise à « déshospitaliser » les réponses aux problèmes de santé mentale dans la ville de Trieste. Au cœur du programme se trouve un réseau de « centres de santé mentale communautaires » comprenant assez peu de lits, une unité psychiatrique dans un hôpital général, un réseau de logements subventionnés et plusieurs entreprises sociales/coopératives.</p>	<p>79</p>

Autres initiatives			
Pratique	Pays	Description	Page
Initiatives de planification anticipée	Niveau international	La planification anticipée recoupe des pratiques sous des intitulés divers comme « déclarations anticipées », « directives anticipées », « plan de crise conjoint », etc. Ces mesures peuvent aider une personne à exprimer à l'avance ses préférences sur la manière de la gérer en situation de crise et éviter ainsi de l'exposer à des mesures coercitives. Les exemples de l'Espagne et de la France sont présentés dans ce Recueil.	82
Soutien par les pairs et travailleurs pairs	Niveau international	<p>Plusieurs initiatives de soutien par les pairs sont recensées dans ce recueil.</p> <p>Les groupes du Réseau sur l'entente de voix reposent sur l'idée que les membres - ceux qui entendent, voient ou ressentent des choses que les autres ne perçoivent pas - peuvent échanger mutuellement des stratégies efficaces dans un espace sûr et où ils bénéficient d'un soutien.</p> <p>Le soutien intentionnel par les pairs est une forme de soutien informel. Des personnes sont formées pour assumer un rôle de soutien des personnes en situation de crise en ayant recours à des pratiques et concepts pour mieux comprendre les crises et les réponses à apporter.</p> <p>« Médiateur de santé pair » est un programme français qui permet de former concrètement d'anciens ou d'actuels usagers des services de santé mentale dans le cadre d'établissements d'enseignement supérieur afin qu'ils exercent au sein d'équipes de soins de santé mentale.</p>	85
BE RIGHT – Initiative multinationale pour la formation des professionnels de la santé et des services sociaux dans les établissements de santé mentale	Niveau multinational	« BE RIGHT » est un programme de formation consacré aux droits humains dans les établissements de santé mentale. Les contenus et méthodes de formation sont conçus pour mettre en évidence l'exposition des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial aux violations des droits, notamment dans les services sanitaires et sociaux qui sont précisément destinés à les aider.	89

I. CONTEXTE

Introduction

En 2019, le Comité de Bioéthique (DH-BIO) du Conseil de l'Europe s'est engagé à élaborer un « Recueil de bonnes pratiques pour promouvoir les mesures volontaires dans les soins de santé mentale ». Le *Plan d'action stratégique sur les droits de l'Homme et les technologies en biomédecine 2020-2025 du DH-BIO* (p.15) précise que :

Dans le domaine des soins de santé mentale des personnes ayant des handicaps psychosociaux, l'accent est maintenant mis sur le fait d'éviter le recours aux mesures involontaires. Pour aider les États membres dans ce changement, le Comité de bioéthique élaborera un recueil de bonnes pratiques pour promouvoir les mesures volontaires dans les soins de santé mentale, à la fois au niveau préventif et dans les situations de crise, en se concentrant sur des exemples dans les États membres.

Ce recueil fait l'objet du présent rapport. Il reprend les pratiques communiquées au Secrétariat du DH-BIO par les délégations représentant les 47 États membres du Conseil de l'Europe (CdE) et par des parties prenantes de la société civile. La contribution principale des parties prenantes de la société civile est celle de Mental Health Europe qui a communiqué plusieurs pratiques.

Le présent rapport s'adresse à un large public de décideurs, de personnes ayant une expérience vécue des services de santé mentale et des organisations qui les représentent, de professionnels de la santé mentale, de proches aidants, d'organisations de personnes handicapées, d'autres organisations de la société civile et du grand public. Il ne prétend pas dresser une liste exhaustive des pratiques exemplaires émanant des États membres du CdE, mais constitue plutôt une première étape dans la compilation des pratiques visant à promouvoir les mesures volontaires dans les soins et la prise en charge de la santé mentale et à éliminer les pratiques coercitives dans les établissements psychiatriques.

La **Partie I** décrit la terminologie, le champ d'application, le contexte et les limites de ce recueil et la **Partie II** recense les différentes pratiques.

Terminologie

Termes et expressions définis dans cette partie :

- ▶ « Personnes ayant des troubles de santé mentale ou un handicap psychosocial »
- ▶ « Bonnes pratiques »
- ▶ « Mesures involontaires », « coercition » et « pratiques coercitives »

Le présent recueil emploie l'expression « **personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial** » pour désigner de façon générale les individus ayant vécu des crises de santé mentale ou des déficiences durables, notamment ceux qui ont recours à des services de santé mentale ou qui ont été exposés à des mesures involontaires dans des établissements de santé mentale. Cette terminologie est extraite du *Plan d'action stratégique 2020-2025* (Conseil de l'Europe, 2019, p.15), qui emploie les expressions « personnes ayant des problèmes de santé mentale » et « personnes ayant des handicaps psychosociaux »¹. L'expression « personnes présentant des troubles mentaux et un handicap psychosocial » est également employée par le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies dans sa *Résolution Santé mentale et droits de l'homme* et les expressions apparaissent également dans l'avis publié en 2020 par l'Association mondiale de psychiatrie (AMP) : *Position Statement on Implementing Alternatives to Coercion : A Key Component of Improving Mental Health Care* (Rodrigues et al., 2020).

L'expression « **handicap psychosocial** » est employée ici pour faire référence à des troubles mentaux. Cette expression est plus répandue depuis l'entrée en vigueur de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) en 2008. Le handicap psychosocial est distinct du handicap *intellectuel* (également appelé déficience du développement ou trouble d'apprentissage) et des troubles *cognitifs* (personnes atteintes de démence et de lésions cérébrales). Le présent rapport *ne traite pas* des services qui sont spécialement conçus pour les personnes ayant un handicap *intellectuel* et/ou une déficience *cognitive*. Il est toutefois admis que ces groupes de personnes peuvent avoir des problèmes de santé mentale et être en relation avec des services de santé mentale, notamment dans le cadre de mesures coercitives. Par ailleurs, certains pays ne séparent pas clairement les unités destinées aux personnes ayant des handicaps intellectuels, cognitifs et psychosociaux².

¹ Une légère modification est adoptée dans ce rapport qui remplace les « *problèmes* de santé mentale », expression employée dans la Plan d'action stratégique du CdE par « troubles mentaux » qui est utilisée par le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies et l'Association mondiale de psychiatrie.

² Il est également démontré que les personnes ayant un handicap intellectuel et cognitif enregistrent des taux plus élevés de troubles mentaux (voir, par exemple, Hughes-McCormack et al., 2017) et de mesures coercitives que les autres personnes (Agence européenne des droits fondamentaux, 2012). Les unités destinées *spécifiquement* aux personnes ayant des handicaps intellectuels et cognitifs ne rentrent cependant pas dans le champ d'application de ce rapport.

Le présent rapport emploie l'expression « **bonnes pratiques en matière de santé mentale** » pour décrire les pratiques communiquées par les délégations du CdE qui satisfont à l'objectif général visant à « promouvoir les mesures volontaires dans les soins de santé mentale, à la fois au niveau préventif et dans les situations de crise » (conformément au *Plan d'action stratégique sur les droits de l'Homme et les technologies en biomédecine (2020-2025) du DH-BIO* [p.15]). L'emploi de cette expression ne signifie pas que ces pratiques sont des modèles parfaits ou qu'elles respectent totalement la CDPH. Elles sont plutôt présentées comme des exemples de mesures en faveur du changement — il s'agit généralement de « bonnes pratiques pour promouvoir les mesures volontaires dans les soins de santé mentale » qui visent, par conséquent, à limiter le recours aux mesures involontaires conformément aux objectifs de la Stratégie du Conseil de l'Europe sur le Handicap. Certaines d'entre elles en sont encore aux tout premiers stades de leur développement. D'autres sont déjà plus établies. Certaines comportent des éléments considérés par les organismes de défense des droits humains et les membres de la société civile comme positifs, mais aussi d'autres aspects jugés négatifs. Enfin, si certaines bonnes pratiques fonctionnent de manière satisfaisante dans un pays, leur reproduction dans un autre implique toujours de tenir compte d'un nouveau contexte et suppose généralement la participation de toutes les parties prenantes, notamment les usagers des services de santé mentale et les autres personnes ayant des handicaps psychosociaux (Flynn and Gómez-Carrillo, 2019).

L'expression « **mesures involontaires** », telle que définie par le DH-BIO, désigne « le placement et/ou le traitement d'une personne sans son consentement libre et éclairé ou contre sa volonté ». Elle est utilisée de manière interchangeable avec les expressions « **coercition** » et « **pratiques coercitives** ». Ces expressions seront employées pour faire référence à diverses interventions involontaires.

Tous les États membres du CdE ont des dispositions juridiques sur l'évaluation, l'admission et le traitement des personnes faisant l'objet de mesures involontaires. Une intervention revêt généralement la forme d'un placement et d'un traitement involontaire en milieu hospitalier ou bien d'un traitement forcé au sein de la communauté. Les méthodes coercitives comprennent également le recours à l'isolement (le patient est confiné seul dans une chambre ou une pièce dont il ne peut pas sortir librement) et à différentes formes de contention (la liberté de mouvement d'une personne est entravée par des moyens physiques, mécaniques ou chimiques) dans les unités de santé mentale spécialisées.

Des mesures involontaires peuvent également être prises « officieusement » (Molodynski et al., 2016) ; c'est le cas lorsque les médecins menacent une personne de l'exposer à une intervention involontaire formelle si elle n'accepte pas une prise en charge « volontaire ». Lorsqu'il y a lieu, le présent rapport s'écarte des expressions générales telles que « mesures involontaires », « contrainte » et « pratiques coercitives » pour décrire certaines interventions spécifiques, comme le traitement involontaire par électrochocs, l'isolement et la contention mécanique et physique.

Contexte : Importance croissante des recherches et de la sensibilisation à la coercition

Le présent recueil complète les politiques, recherches et pratiques récentes visant à promouvoir des formes volontaires et sans coercition de soutien, de soins et de traitement (voir p. ex., Barbui et al., 2020 ; Flynn & Gómez-Carrillo, 2019 ; Gooding et al., 2020 ; Hirsch & Steinert, 2019 ; C. Huber & Schneeberger, 2021 ; Sashidharan et al., 2019). Plus récemment, le programme COST (coopération européenne dans le domaine de la recherche scientifique et technique) a financé la création du réseau de recherche « FOSTREN » : Favoriser et renforcer les approches visant à limiter le recours à la coercition dans les unités de santé mentale en Europe » (voir <www.fostren.eu> [consulté le 30/09/2021]).

Le lecteur trouvera ci-après la liste succincte des principales ressources sur cette question, qui sont considérées comme complémentaires à ce recueil.

Organisations non gouvernementales et institutions nationales des droits de l'homme

En 2019, Mental Health Europe (MHE) a publié un rapport intitulé *Promising practices in prevention, reduction and elimination of coercion across Europe*. L'année suivante, le Réseau européen des Institutions nationales des droits de l'homme (REINDH) s'est associé avec MHE pour publier un rapport intitulé *Implementing Supported Decision-Making : Developments Across Europe and the Role of National Human Rights Institutions*. Ces deux rapports présentent plusieurs pratiques prometteuses qui cadrent avec l'objectif de ce recueil et sont présentées à la Partie II.

Les rapports de MHE et du REINDH s'appuient sur les arguments des personnes ayant une expérience vécue des troubles mentaux et des handicaps psychosociaux et des organisations qui les représentent, qui soulignent systématiquement les conséquences des interventions psychiatriques involontaires sur les droits humains et préconisent des solutions de remplacement. (Pour une compilation de ces pratiques, voir Gooding et al. 2018, p.201 ; voir également MIA, n.d.; CHRUSP, n.d ; Russo & Wallcraft, 2011).

Organisation mondiale de la santé – Programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits

L'initiative *QualityRights* de l'Organisation mondiale de la santé (2020) propose un ensemble complet de ressources afin d'améliorer la qualité des soins et de limiter les pratiques coercitives. Elle comprend des listes de référence des politiques et programmes et des ressources de formation qui ont été organisées et mises en place dans les pays à revenu faible, moyen et élevé. Ces ressources sont destinées à être utilisées par divers acteurs (prestataires de services, praticiens de soins de santé individuels, instances nationales, etc.). Des études sur la mise en œuvre de ces pratiques ont été menées dans le Gujarat (Inde) en partenariat avec le World Psychiatric Association (2020), notamment une « Étude de cas des solutions de substitution à la coercition dans les soins de santé mentale » et la République tchèque met actuellement en œuvre un dispositif de ce type (voir ci-après p.63).

En outre, l'OMS a publié en 2021 un document important intitulé *Guide de l'OMS sur les services communautaires de santé mentale : promouvoir des approches centrées*

sur la personne et fondées sur les droits ». Cette ressource fait partie de la série de publications *Orientations et dossiers techniques relatifs aux services de santé mentale* (World Health Organization, 2021). Ces orientations contiennent une liste de services exemplaires dans le monde qui sont centrés sur des pratiques non coercitives. Elles présentent des mesures et recommandations spécifiques pour développer des services de santé mentale communautaires respectueux des droits humains et axés sur le rétablissement. Ce document complet est accompagné de sept dossiers techniques consacrés à certaines catégories de services de santé mentale et des orientations pour la mise en place des nouveaux services. Pour de plus amples informations, veuillez consulter :

► **Programme de l’OMS pour l’évaluation de la qualité et du respect des droits**

<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-tool-kit>

► **Orientations sur la transformation des services dans le cadre du Programme QualityRights de l’OMS**

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241516815>

► **Modules de formation et orientations du programme QualityRights**

<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

► **Guide de l’OMS sur les services de santé mentale communautaires**

<https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>

Association mondiale de psychiatrie – Mettre en œuvre des solutions de substitution à la coercition

En 2020, l’Association mondiale de psychiatrie (AMP) a publié un avis intitulé « Implementing Alternatives to Coercion: A Key Component of Improving Mental Health Care (Rodrigues et al., 2020). Cet avis contient la déclaration suivante :

...la mise en œuvre de solutions de substitution à la coercition est essentielle pour faire évoluer le secteur de la santé mentale vers des systèmes de soins axés sur le rétablissement. Les soins et le traitement orientés vers le rétablissement exigent non seulement le respect des droits humains et la participation des usagers des services, mais aussi la mise en œuvre de ces droits à travers des parcours efficaces de soins non coercitifs. Cette démarche suppose de se concentrer sur toutes les étapes importantes du parcours, à savoir la prévention, l’intervention précoce et la poursuite du suivi après l’hospitalisation, afin de dispenser des soins intégrés et personnalisés, d’optimiser les résultats thérapeutiques et de promouvoir les droits et le rétablissement des personnes ayant des troubles mentaux et des handicaps psychosociaux. (Rodrigues et al., 2020) (en italique dans l’original)

La déclaration a été élaborée au niveau international, en concertation avec les associations nationales de psychiatrie et comprend une liste succincte des ressources disponibles (voir World Psychiatric Association, 2020). Cette déclaration recommande « une action et un protocole facultatif conçu pour aider [les associations] à s'engager...selon des modalités adaptées au contexte local » (Herrman, 2020, p.256).

Stratégie du Conseil de l'Europe sur le Handicap (2017-2023)

Comme indiqué, le mouvement en faveur de la limitation, la prévention et l'élimination des mesures coercitives dans les établissements de santé mentale s'inscrit dans le cadre de la Stratégie du Conseil de l'Europe sur le Handicap (2017-2023) (partie 3.4) qui souligne l'importance de remplacer la prise de décision *substitutive* par la prise de décision *assistée*. La partie « Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité » contient les dispositions suivantes :

La CDPH impose aux États de remplacer dans la mesure du possible, le système de prise de décision substitutive par un système de prise de décision assistée. [...]

Les organes du Conseil de l'Europe, les États membres, et les autres parties prenantes devraient tendre à :

- a) Soutenir les États membres dans leurs efforts pour améliorer leur législation, leurs politiques et leurs pratiques relatives à la capacité juridique des personnes handicapées.
- b) Recenser, recueillir et diffuser les bonnes pratiques existantes concernant les systèmes et les pratiques en matière de prise de décision assistée auxquelles les personnes handicapées peuvent recourir pour exercer leur capacité juridique et accéder à leur liberté de choix et à leurs droits.

Dans l'ensemble, ces documents d'orientation et de sensibilisation témoignent d'un degré élevé de convergence sur les aspects essentiels d'une politique internationale satisfaisante en matière de santé mentale, tant au niveau de la promotion qu'à celui de la prévention, du traitement et du rétablissement.

La question de l'élimination

Il subsiste des divergences de vues concernant la possibilité et l'opportunité d'éliminer complètement les interventions involontaires en matière de santé mentale (voir W. Martin & Gurbai, 2019 ; Pūras & Gooding, 2019 ; Russo & Wooley, 2020). Le présent recueil n'aborde pas ces débats qui ont été largement traités par ailleurs (voir notamment Gill, 2019 ; Gooding, 2017 ; Martin & Gurbai, 2019 ; Russo & Wooley, 2020 ; Sugiura et al., 2020 ; Szmukler, 2019). En revanche, il défend l'idée que le recours accru à des solutions de traitement volontaires et l'intensification des efforts pour prévenir et limiter la coercition permet de surmonter les désaccords sur la possibilité d'éliminer les interventions psychiatriques involontaires (McSherry, 2014 ; Ruck Keene, 2019). En se concentrant sur des exemples pratiques de réduction ou d'élimination de la coercition, il est possible d'encourager des actions concrètes en faveur d'un soutien de qualité aux personnes en crise de santé mentale ou ayant un handicap psychosocial.

Champ d'application

Le présent recueil est principalement consacré aux pratiques en vigueur dans les services de santé mentale des États membres du CdE (unités psychiatriques ou équipes mobiles de santé mentale). Des pratiques volontaires positives peuvent cependant s'observer à l'extérieur des services de santé mentale (comme les maisons de répit gérées par des pairs, qui peuvent être subventionnées ou non par des organismes de santé publics). Par ailleurs, certains exemples associent à la fois des initiatives dans des services de santé formels et une transformation sociale, économique et politique plus profonde. C'est ainsi que les pratiques de « psychiatrie citoyenne » de la ville de Lille visent à faire participer les associations communautaires et les entreprises locales aux efforts pour répondre à l'exclusion sociale et l'isolement des personnes ayant des troubles de santé mentale et des handicaps psychosociaux (voir ci-après p. 66). Ce recueil a pour objet de présenter une diversité d'exemples tirés de contextes formels et informels dans le domaine des soins de santé et autres.

Conception du recueil

En juillet 2020, le Secrétariat du DH-BIO a distribué un questionnaire aux pays membres et représentants des parties prenantes pour recueillir des exemples de « bonnes pratiques en matière de soins de santé mentale ». Le questionnaire portait sur divers aspects des initiatives et comprenait les questions suivantes :

- ▶ Dans quels domaines la pratique est-elle mise en œuvre (soins de santé, emploi, logement, formation/éducation, politiques sociales...) ?
- ▶ Si la pratique est liée aux soins de santé, à quel stade du parcours de soins de santé est-elle mise en œuvre (soins de santé généraux, admission, suivi...) ?
- ▶ Quel est le but de cette pratique ?
- ▶ La pratique répond-elle à une situation particulière (situation de crise, suivi de l'hospitalisation, sans-abri...) ?

Autres questions relatives au champ de la pratique (national, régional ou local), aux personnes concernées et au degré de participation des usagers.

Pour consulter l'intégralité du questionnaire, voir la **page** Error! Bookmark not defined.

à l'Annexe A.

Les réponses aux questionnaires ont été communiquées à un consultant (Dr Piers Gooding). Les documents étaient accompagnés de références à la littérature grise et savante sur la question³ et sont recensés dans la liste figurant à la Partie II de ce rapport. Le consultant a mené quelques enquêtes de suivi auprès de personnes clés désignées comme points de contact par certaines contributions. Les contributions ont été enregistrées et numérotées (1 à 29) et le rapport les cite parfois (par ex.,

³ La « littérature grise » désigne tous les documents produits par différentes instances gouvernementales, non gouvernementales, de l'enseignement supérieur, de l'industrie et d'autres secteurs de la société civile, sous un format papier ou numérique, dont l'édition commerciale n'est pas l'activité principale de l'organe concerné.

contribution n° 17). Certains délégués ont soumis plusieurs pratiques concernant le même pays. Elles ont alors été classées de A à D (p. ex. « contribution n° 17A »).

Limites

Une fois encore, ce recueil n'entend pas être exhaustif. Il s'agit d'une première étape pour mettre en évidence les bonnes pratiques en vigueur dans les États membres du CdE, notamment celles qui sont encouragées par les organisations de la société civile. Dans la mesure du possible, la collecte sera itérative et pourra être affinée et élargie au fil du temps.

L'expression « bonnes pratiques » telle qu'elle est employée au sens large dans ce recueil, présente des avantages et des inconvénients. Le risque est que, dans cette définition générale, soient incluses des pratiques qui, en définitive, ne protègent et ne promeuvent pas les droits humains. Il se peut également que des programmes qui limitent modérément la coercition (par exemple, en cas de faible diminution des taux d'isolement d'une unité) donnent à penser à tort que des mesures suffisantes sont prises de manière générale. Pour une analyse détaillée des services de santé mentale communautaires qui emploient des critères fondés sur les droits et évaluent le respect des règles, voir le rapport de l'OMS intitulé Guide de l'OMS sur les services de santé mentale communautaires (Organisation mondiale de la santé, 2021).

Le vaste champ d'application de ce rapport présente toutefois également des avantages ; il permet aux délégués et aux parties prenantes de la société civile de soumettre un grand nombre de pratiques qui, à leurs yeux, contribuent à promouvoir les droits et à instaurer un soutien et des soins non coercitifs. Les décideurs et autres responsables disposent ainsi d'un plus grand nombre de solutions adaptées à leur contexte, et ces pratiques peuvent être analysées de plus près en fonction de critères fondés sur les droits et autres. Cette approche élargie permet également de prendre en considération des pratiques innovantes qui n'ont pas fait l'objet de recherches formelles spécialisées - c'est un aspect particulièrement important pour les pratiques appliquées à petite échelle et élaborées et conduites par des groupes d'utilisateurs des services de santé mentale et des organisations de personnes handicapées, qui pourraient être exclues d'une étude méthodique comprenant des critères de sélection stricts.

II. Bonnes pratiques pour prévenir et réduire la coercition dans les établissements de santé mentale des États membres du Conseil de l'Europe

Classement des bonnes pratiques

Les pays suivants ont fourni des exemples de pratiques : Allemagne, Belgique, Espagne, Finlande, France, Grèce, Italie, Islande, Norvège, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni, Pays-Bas, Suède, Suisse, etc. Mental Health Europe a apporté une contribution contenant plusieurs pratiques (contribution n° 27).

Les pratiques ont été classées par **contexte** et **objectif**. Les domaines concernés par les bonnes pratiques sont les suivants :

- ▶ **Pratiques hospitalières** (11 pratiques)
- ▶ **Pratiques communautaires ou non hospitalières** (8 pratiques) ; et
- ▶ **Pratiques hybrides** dans lesquelles des efforts ont été entrepris pour mieux intégrer des initiatives hospitalières et non hospitalières, des services de soins aigus et non aigus (6 pratiques).
- ▶ **Autres initiatives** destinées à limiter la coercition et à promouvoir les pratiques volontaires, notamment les dispositifs de planification anticipée, de soutien par les pairs et de travailleurs-pairs et la formation des professionnels de la santé mentale et autres spécialistes (6 pratiques)

Au sein de chaque catégorie, les pratiques sont classées par ordre alphabétique.

A. Initiatives hospitalières

Les initiatives hospitalières suivantes ont été communiquées :

- ▶ Thérapie d'exposition basale (TEB) avec régulation externe complémentaire (REC) - Norvège 23
- ▶ Lignes directrices sur la prévention de la coercition et la thérapie des comportements agressifs - Allemagne 26
- ▶ Unités de soins intensifs – Pays-Bas..... 30
- ▶ Initiative « No Force First » - Royaume-Uni 31
- ▶ « Politique des portes ouvertes » – Niveau international..... 33

▶ Dialogue ouvert dans une unité psychiatrique de haute sécurité « Conversations réflexives dans les soins aux personnes atteintes de graves troubles mentaux » – Norvège.....	35
▶ Réduire la contention mécanique et l’isolement dans les unités psychiatriques d’hospitalisation en soins aigus – Niveau international	37
▶ Safewards – Niveau international	42
▶ Modèle Weddinger - Allemagne.....	45
▶ Guide pour les hôpitaux et unités afin de réduire la coercition et de renforcer la sécurité du personnel et des patients. Associer les six stratégies fondamentales et le modèle Safewards - Finlande.....	46

Thérapie d'exposition basale (TEB) avec régulation externe complémentaire (REC) - Norvège

La thérapie d'exposition basale (TEB) et la régulation externe complémentaire (REC) sont des pratiques norvégiennes à visée principalement psychothérapeutique qui sont destinées aux personnes résistantes aux traitements conventionnels. La TEB est dispensée dans un service hospitalier dans lequel les personnes ont « la possibilité de s'exposer elles-mêmes à leurs peurs les plus profondes dans un environnement sûr, sécurisé, plutôt que d'entretenir et de renforcer l'état de phobie par le maintien du recours excessif à des stratégies d'évitement » (contribution n° 17C). Cette pratique repose sur le postulat que les symptômes des troubles complexes et graves de santé mentale peuvent trouver leur origine dans une réaction d'anxiété imminente ou généralisée à laquelle la personne est incapable de faire face. Les études indiquent que cet état « se manifeste par une peur de la désintégration ou de tomber en morceaux, d'être absorbé par le vide total ou bloqué dans la douleur éternelle » dans ce qui est décrit comme une « anxiété de catastrophe existentielle » (contribution n° 17C) (voir Heggdal, 2012).

Les patients ne sont jamais traités sans leur consentement. Certains d'entre eux sont toutefois retenus dans un service hospitalier en raison de la loi sur l'hospitalisation d'office. Dans ce cas, « l'objectif de la TEB » est d'établir une alliance de travail avec l'utilisateur du service et, sur cette base, de mettre un terme aux mesures involontaires et de poursuivre la thérapie avec le consentement éclairé de l'intéressé » (contribution n° 17 C). Parallèlement à la TEB, la pratique de la REC, examinée ci-après, vise explicitement à « éliminer les mesures coercitives du processus de traitement » (contribution n° 17C).

Une personne peut être admise dans un service hospitalier de TEB si elle a suivi de lourds traitements antérieurs qui n'ont pas produit d'effet notable durable et si elle souffre d'un dysfonctionnement psychosocial sévère. Le service comporte six lits et tous les patients ont une chambre individuelle. La prise en charge hospitalière dans un service de TEB dure en moyenne 3 mois, avec une fourchette variant de 1 à 4 mois. La durée de la prise en charge en interne est toutefois modulable et s'adapte aux besoins des différents usagers et aux circonstances concrètes. Le traitement est généralement réparti sur deux séjours. Premièrement, un court séjour d'environ quatre semaines ciblé sur l'alliance de travail et la psychoéducation, puis un séjour plus long de 2 à 3 mois pour appliquer la procédure d'exposition à la TEB.

Selon les informations communiquées, « aucune mesure de contention n'est utilisée dans la pratique » (contribution n° 17C). Le « Shielding », au sens du confinement d'un patient dans une seule pièce ou dans une unité/un espace réservé du service, accompagné par un membre du personnel, a été utilisé à deux reprises entre mars 2018 et décembre 2020 « pour protéger la vie et la santé ».

Dans la TEB, l'intervention principale est psychosociale et « la médication est secondaire ou subordonnée au processus de traitement » (contribution 17C). Les usagers ont la possibilité de diminuer progressivement leurs médicaments. Cela s'explique par le fait que les médicaments peuvent « empêcher les personnes d'avoir accès à leurs expériences internes et, par conséquent, faire obstacle à leur possibilité d'utiliser la thérapie d'exposition » (contribution 7C) (voir Hammer, Heggdal, Lillelien, Lilleby, & Fosse, 2018). Durant les semaines ou les mois qui précèdent l'admission, l'équipe de TEB instaure généralement un dialogue sur la diminution des médicaments

avec le consentement éclairé du patient (Hammer et al., 2018). La réduction ou l'interruption se font généralement très progressivement, à raison d'un médicament à la fois. Le calendrier et la chronologie sont généralement décidés dans le cadre d'un dialogue visant à promouvoir l'autonomie et la participation de l'intéressé. Certains patients du service ne souhaitent pas diminuer leur traitement médicamenteux.

La REC est une approche mise en place dès qu'un patient séjourne dans le service de TEB 24 h/24 et 7 j/7. La REC vise à faciliter et renforcer les choix et actions fonctionnels positifs et à éliminer les mesures coercitives du processus de traitement (Heggdal, 2012). La stratégie principale de la REC est la « sous-régulation » : les thérapeutes interagissent avec les usagers du service de manière non hiérarchisée, en les traitant sur un pied d'égalité comme des individus pleinement responsables de leurs choix et actions (Heggdal, 2012). C'est ainsi que les personnes admises dans une unité de TEB sont libres de quitter le service (sauf à de rares occasions, lorsqu'une personne est hospitalisée sous contrainte, comme indiqué ci-dessus). En contrepartie, on attend d'elles qu'elles honorent leurs rendez-vous à l'heure (Heggdal et al., 2016). L'équipe de TEB ne rappelle jamais aux patients de prendre leurs médicaments ou leurs repas. À tout moment, il est établi et reconnu que les usagers du service sont capables de prendre des décisions par eux-mêmes. Ils sont toutefois invités à informer les membres du personnel lorsqu'ils quittent l'unité et à faire preuve de transparence dans leurs projets de sortie.

Si un usager s'automutile pendant son séjour dans le service, l'équipe de TEB ne lui imposera pas de mesures restrictives. Au contraire, le suivi se concentrera exclusivement sur la prise en charge médicale de la personne après cette automutilation (par ex., des points de suture en cas de plaie). Après avoir répondu aux besoins médicaux du patient, la démarche de sous-régulation sera poursuivie.

Durant ces deux dernières années, la sécurité et le bien-être des autres patients ou thérapeutes du service n'ont été menacés qu'à deux reprises au sein de l'unité de TEB. Une communication satisfaisante et la désescalade verbale sont utilisées pour résoudre les conflits et il peut être demandé à l'intéressé de quitter l'unité ou d'envisager un transfert vers un autre service. Dans l'unité de TEB, les usagers du service sont invités à « prendre en main leurs problèmes pour servir de point de départ au dialogue avec les thérapeutes de la TEB visant afin de régler leurs problèmes » (contribution n° 17C).

Dans les circonstances où les actes d'un patient du service menacent gravement sa vie et/ou sa santé, et où aucun effort n'est entrepris pour entamer ou maintenir le dialogue, l'équipe du service peut décider, en accord avec le patient, d'adopter une phase de « sur-régulation ». La sur-régulation est une démarche coordonnée dans laquelle l'utilisateur du service est sous-stimulé, c'est-à-dire que tout est ralenti (Heggdal, 2012). Les thérapeutes s'expriment lentement et marquent des pauses plus longues qu'auparavant avant de répondre et l'entretien avec le patient s'effectue d'une manière qui « ne favorise pas et ne maintient pas un comportement dysfonctionnel et des interactions marginalisantes » (contribution n° 17C). En créant un environnement de faible stimulation, l'objectif de la « sur-régulation » est de « permettre au patient de faire l'expérience d'une situation sans aucune dépendance liée à la "régulation" d'une équipe de soignants » et on s'assure que des thérapeutes sont disponibles lorsqu'une personne souhaite engager le dialogue afin d'entendre ce qu'elle pense et propose (Hammer, Fosse, Lyngstad, Møller, & Heggdal, 2016 ; Heggdal, 2012 ; Heggdal et al., 2016).

En principe, le personnel alterne la sous-régulation et la sur-régulation pour soutenir les usagers du service et faciliter leurs progrès et améliorations. La sous-régulation est toutefois rarement utilisée par le service (contribution n° 17C). Depuis le début de son élaboration en 2006, il n'a été nécessaire de déployer cet « élément de régulation » que constitue la stratégie de REC qu'à « quatre ou cinq reprises ». À chaque fois, la vie et la santé du patient étaient en jeu dans des circonstances graves et l'équipe de TEB a été contrainte de reprendre le contrôle pour « empêcher la personne d'attenter à sa propre vie ou de s'infliger des préjudices corporels graves et irréversibles ». Toutefois, la « sous-régulation bien coordonnée est le moyen principal utilisé par le service pour faire face aux actes suicidaires et d'automutilation » (contribution n° 17C).

Selon les données fournies, une application satisfaisante de la stratégie de REC permet de « garantir et de renforcer l'autonomie de la personne, en veillant à ce que le séjour en milieu hospitalier puisse être utilisé pour résoudre les problèmes de santé mentale plutôt que pour gérer les crises aiguës » (contribution n° 17C) (voir aussi Heggdal et al., 2016).

Lignes directrices sur la prévention de la coercition et la thérapie des comportements agressifs - Allemagne

En 2018, un groupe d'experts de l'Association allemande de psychiatrie, psychothérapie et psychosomatique (DGPPN) a publié des lignes directrices sur la manière d'aborder la « coercition et la violence » dans les services psychiatriques pour adultes en Allemagne. La DGPPN est la plus importante association médicale consacrée à la santé mentale en Allemagne. Les lignes directrices sont intitulées : *Prévention de la coercition : Prévention et traitement des comportements agressifs chez l'adulte [S3 Leitlinie : Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsene]*⁴ (ci-après « Les lignes directrices »).

Les lignes directrices visent notamment à prévenir et réduire les mesures coercitives prises *en réponse au comportement agressif chez l'adulte*. (Elles ne traitent pas des mesures coercitives à l'égard de personnes qui s'infligent des mutilations et/ou qui ne commettent pas d'actes de violence). Ces Lignes directrices reposent sur le postulat que, dans certaines circonstances, certaines formes de coercition sont inévitables au sein des établissements de santé mentale, ce qui implique « le respect des droits humains et de la dignité et la stricte application des règles de droit » conformément aux principes de référence en faveur d'interventions les moins restrictives possibles et dans l'intérêt du patient » (contribution n° 3C).

Ces lignes directrices concernent le contexte des soins de santé, en particulier les unités psychiatriques et les « services de santé mentale communautaires ». Elles abordent la formation et l'éducation du personnel ainsi que les informations destinées aux usagers et aux personnes soumises à des mesures involontaires, à leurs proches et aux décideurs.

Ces Lignes directrices ont été élaborées par un groupe d'experts pluridisciplinaire, comprenant des usagers, des membres des familles, des professionnels de santé, notamment des médecins, des psychologues, des infirmières et des soignants ainsi que des chercheurs et des experts juridiques. Tilman Steinert et ses collègues (2020) résument le contenu de ces Lignes directrices de la manière suivante :

Les mesures qui se sont révélées efficaces dans les essais cliniques étaient les programmes d'éducation du personnel et la formation régulière des employés, l'amélioration de l'environnement des unités, l'évaluation structurée du risque et les interventions précoces [par ex., l'échelle Brøset Violence Checklist], la planification individualisée du traitement, notamment la planification préalable des soins pour les patients qui ont déjà vécu des expériences de violence et de coercition, ainsi que les techniques de débriefing. Ces actions se sont révélées particulièrement utiles lorsqu'elles étaient combinées, intégraient des modifications organisationnelles et étaient approuvées par la direction de la clinique. Plusieurs méthodes complexes englobant différentes mesures ont été élaborées ces dernières années, notamment les Six stratégies fondamentales, Safewards et le Modèle Weddinger en Allemagne. Alors que les Six stratégies fondamentales prévoient une approche descendante des aspects organisationnels d'une unité ou

⁴ Les lignes directrices en allemand sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf> [consultée le 20 janvier 2021].

clinique psychiatrique, la méthode Safewards met l'accent sur la communication entre les patients et le personnel d'une unité en particulier. Le modèle Weddinger, élaboré en 2012 à Berlin (Allemagne) est un modèle de soins psychiatriques innovant axé sur le rétablissement, la participation, la prise de décision assistée et la prévention des mesures coercitives dans les unités de psychiatrie [il est examiné à la page 45 de ce recueil].

À la suite de la publication des Lignes directrices, un groupe d'experts s'est réuni et a formulé 12 recommandations en découlant. Ces recommandations ont été élaborées selon une méthode d'évaluation consensuelle à laquelle ont participé 23 groupes d'experts externes constitués d'usagers, de membres de leurs familles et de professionnels. Elles ont été adoptées par la DGPPN en novembre 2018 et sont énumérées ci-dessous.

12 recommandations pour la mise en œuvre des lignes directrices de la DGPPN :

1. Mettre en œuvre un dispositif d'enregistrement normalisé des mesures coercitives et des comportements agressifs permettant une évaluation régulière au niveau de l'unité.
2. Mettre en œuvre des normes internes adaptées aux lignes directrices, régissant l'indication, l'application, l'examen, la documentation et le débriefing des mesures coercitives ou réviser les normes existantes, s'il y a lieu.
3. Tenir une réunion mensuelle de l'équipe, présidée par le directeur du service ou de l'unité, afin d'analyser les données relatives aux mesures coercitives et aux incidents liés à un comportement agressif et d'examiner le contexte.
4. Mettre en œuvre, à l'intention de tous les salariés en contact avec des patients, un plan de formation aux techniques de désescalade/de gestion des comportements agressifs et s'assurer que tous les employés suivent cette formation au moins une fois tous les deux ans.
5. Faire en sorte que toute mesure coercitive visant à empêcher ou restreindre la liberté de mouvement (contention, isolement) s'accompagne d'une observation continue du patient et de soins personnels.
6. Après l'application de mesures coercitives, veiller à mettre en place un débriefing avec le patient concerné et à en garder une trace écrite.
7. Employer des pairs dans l'unité ou les faire participer.
8. Élaborer un plan d'action pour créer un environnement spatial diminuant l'agressivité dans le service et le revoir chaque année.

9. Introduire un outil d'évaluation du risque tel que l'échelle Brøset Violence Checklist (BVC) ou un autre dispositif pour tous les patients à risque selon l'évaluation clinique et s'assurer qu'il est appliqué cliniquement. Si le score BVC est supérieur à 2, le patient sera convoqué dans la demi-heure qui suit pour un protocole de désescalade mené par au moins deux personnes.
10. Lors du débriefing consécutif à une mesure coercitive, il est recommandé d'élaborer un plan de crise avec le patient pour prévenir toute mesure de contrainte à venir.
11. Introduire des mesures visant à garantir une pharmacothérapie conforme aux lignes directrices [tenant compte des lignes directrices relatives aux comportements agressifs, mais aussi des autres orientations sur des troubles particuliers (« lignes directrices pour le traitement de l'affection sous-jacente »)] et effectuer, par exemple, une vérification mensuelle aléatoire ou organiser des entretiens réguliers pendant les visites.
12. Introduire des interventions complexes visant à limiter la coercition dans le cadre de différents modèles (p. ex., Safewards, modèle Weddinger, Six stratégies fondamentales).

Ces recommandations ne sont pas, à strictement parler, fondées sur des données probantes ; des études sont nécessaires pour vérifier leur faisabilité et leur efficacité pour ce qui est de réduire la coercition.

Dans un premier temps, Steinert et al. ont testé la faisabilité de ces recommandations dans le cadre d'une étude pilote. Après avoir établi la faisabilité, ils ont entrepris un essai randomisé contrôlé intitulé « Mise en œuvre des lignes directrices sur la prévention de la coercition et de la violence en psychiatrie » (étude PreVCo) incluant 52 services de psychiatrie et, à l'heure où ce rapport est rédigé, cet essai est encore en cours (Steinert et al., 2020). La direction de chaque service psychiatrique sera invitée à sélectionner trois des actions recommandées, qu'elle estime les plus appropriées et souhaitables dans son service. Un essai randomisé contrôlé sera mené et « stratifié par nombre de mesures coercitives et aspects des lignes directrices mis en œuvre » (Steinert et al., 2020, p.3).

Steinert et al. (2020, p.3) font observer que « [d]e solides éléments probants appuient ces 12 recommandations et un large consensus se dégage des 23 groupes d'experts constitués des professionnels, des patients et de leurs proches qui ont participé à l'élaboration de ces lignes directrices ». Les groupes n'ont établi une recommandation que lorsqu'il était possible d'en *évaluer* le degré de mise en œuvre. Selon les sources, il semble que tous les hôpitaux psychiatriques d'Allemagne aient mis en œuvre une partie au moins de ces mesures ou stratégies pour limiter la coercition, mais selon Steinert et al. « aucun établissement n'applique pleinement l'ensemble des recommandations suggérées dans les lignes directrices » (Steinert et al., 2020 p.2).

Les lignes directrices et les recommandations ont été diffusées de plusieurs manières, notamment via :

- ▶ un accès en ligne gratuit aux lignes directrices ;

- ▶ l'élaboration d'une version abrégée et axée sur la pratique des lignes directrices et la distribution d'exemplaires gratuits à tous les psychiatres allemands ;
- ▶ la publication des lignes directrices dans les revues scientifiques ;
- ▶ la formation de consultants en matière de mise en œuvre ;
- ▶ le financement de la recherche scientifique par la DGPPN et par les organismes de financement nationaux/publics.

Les recommandations comprennent le « modèle **Weddinger** », faisant référence à « un concept de soins axé sur le rétablissement » pour l'amélioration des soins psychiatriques aigus, qui a visiblement un effet concret dans les essais à petite échelle sur la diminution du risque d'exposition d'une personne à des mesures de contention mécanique et d'isolement (Czernin et al., 2020 p.242). (Le modèle Weddinger est examiné dans ce rapport à la p. 45).

Enfin, il s'agit de « lignes directrices S3 », ce qui signifie qu'elles sont élaborées selon « la qualité méthodologique la plus élevée en Allemagne » et qu'elles « sont fondées sur des données probantes et un consensus en tenant compte de toute la documentation scientifique disponible et de l'avis de spécialistes reconnus dans ce domaine » (Steinert et al., 2020 p.2). Ce processus comprenait 4 examens systématiques et un processus formalisé pour l'établissement d'un consensus, avec le concours d'un groupe de travail composé de membres de sociétés savantes médicales (« AWMF »). En l'espèce, 22 sociétés médicales ont approuvé les lignes directrices et une seule les a rejetées. Un rapport complet sur la méthodologie employée pour élaborer ces lignes directrices est disponible (en allemand) (voir Bechdorf et al, 2019).

Unités de soins intensifs – Pays-Bas

Les unités de soins intensifs (USI) ont été mises en place dans le cadre de la politique nationale des Pays-Bas pour limiter le recours à l'isolement. Ces USI sont des services destinés à des prises en charge aiguës axés sur « le rétablissement, le maintien du contact et la prévention des crises » (contribution n° 27). Elles nécessitent une équipe pluridisciplinaire suffisante (psychiatres, infirmiers, psychologues, usagers) spécialement formée à la gestion des crises, de l'agression et des comportements suicidaires. L'un des objectifs des USI est de limiter l'isolement et de réduire le nombre de lits réservés aux soins de santé mentale (contribution n° 27). Ces unités ont été créées en 2013 par un groupe multidisciplinaire d'experts néerlandais, comprenant des usagers et des représentants des familles (contribution n° 27).

Sur le plan architectural, un agencement propice est mis en place avec des chambres individuelles, des séjours spacieux et bien éclairés et un accès à des espaces extérieurs. Ces unités sont conçues pour offrir un environnement accueillant et propice à la guérison (contribution n° 27).

Les méthodes employées comprennent une évaluation minutieuse du risque d'escalade et l'élaboration d'un plan de crise individuel, en concertation avec l'intéressé et ses proches. Ce plan décrit comment éviter l'escalade. En cas de détresse et d'anxiété, une personne n'est jamais laissée seule. La collaboration entre les membres du personnel, les équipes externes, les usagers et les proches est essentielle. En outre, de fréquentes évaluations des risques permettent aux membres du personnel de réagir en amont et de prévenir l'escalade (contribution n° 27). Selon les sources, cette initiative a permis une diminution globale du recours à l'isolement, qui reste cependant utilisé.

Selon Mental Health Europe (Mental Health Europe, 2019, pp.3-4) :

Ces unités [USI] permettent d'obtenir des résultats prometteurs du point de vue du recours à l'isolement dans les unités pour patients hospitalisés. En outre, la diminution du recours aux mesures d'isolement n'entraîne pas de hausse de la médication forcée. Enfin, toute contrainte employée doit être documentée, les membres du personnel discutent régulièrement de ces données afin de déterminer comment diminuer encore le recours à la contrainte dans le but d'éliminer cette pratique.

(Pour de plus amples informations, voir : Mental Health Europe, 2019 pp.3-4 ; van Melle et al., 2019)

Initiative « No Force First » - Royaume-Uni

L'initiative « No Force First » vise à faire évoluer la culture dans les unités psychiatriques pour passer d'une optique d'isolement à une démarche axée sur le rétablissement. L'objectif ultime est de créer des environnements exempts de mesures coercitives. Cette démarche qui a vu le jour aux États-Unis est progressivement adoptée par certaines fiducies de santé mentale au Royaume-Uni (contribution n° 27). L'idée sous-jacente est « qu'il ne peut y avoir de rétablissement forcé ».

La démarche « No Force First » vise à créer des environnements sans coercition à travers les initiatives suivantes :

- ▶ Encourager la collaboration entre les usagers et les membres du personnel pour que les unités soient davantage axées sur le rétablissement ;
- ▶ Élaborer des programmes de formation en collaboration avec les usagers et encourager la formation aux méthodes de désescalade ;
- ▶ Instaurer une culture coopérative plutôt que restrictive afin de limiter les comportements agressifs, l'automutilation et les interventions physiques ;
- ▶ Acquérir une meilleure compréhension des usagers afin d'observer leurs expériences avec empathie et en tenant compte de leurs traumatismes et travailler ensemble pour renforcer leur résilience :
- ▶ Tenir compte des expériences des usagers et s'engager dans une démarche de coproduction des soins ;
- ▶ Sensibiliser les usagers et leurs proches ;
- ▶ Enregistrer les données sur le recours à la coercition et effectuer une analyse immédiate après l'incident (contribution n° 27).

La fiducie de santé mentale UK Mersey Care NHS Foundation Trust a appliqué la politique « No Force First » ainsi que d'autres initiatives et a constaté une diminution de près de 60 % de ses interventions physiques durant les deux premières années d'application de cette mesure (contribution n° 27). Cette approche a été mise en œuvre par la suite dans toutes les unités de l'établissement et cela s'est traduit, entre avril 2016 et août 2017, par un recul de 37 % de la contention et moins de congés de maladie du personnel (entraînant des économies en raison du nombre moins élevé d'absences). La fiducie a désormais adopté une solide culture de la réappropriation du pouvoir de décider (« empowerment ») par la collaboration du personnel et des usagers afin de limiter les conflits et de promouvoir la sécurité et le rétablissement. À l'avenir, les membres du personnel sont invités à partager ouvertement les enseignements tirés des événements qui ne se sont pas déroulés comme prévu et à mettre au point des solutions créatives. L'objectif n'est pas de blâmer les intéressés, mais plutôt d'examiner le dispositif et de déterminer de quelle manière il a contribué à l'incident et comment l'améliorer (contribution n° 27).

Selon le site internet de Mersey Care Trust, la promotion de l'approche « No force First » dans les soins nécessite une évolution à trois niveaux :

Organisationnel – la direction doit avoir la ferme ambition de changer les choses et de traduire les idées en actes malgré l'opposition ou les divergences de vues des pairs.

Professionnel – les professionnels de santé hospitaliers et libéraux doivent remettre en question leurs propres pratiques et celles des autres, un véritable

défi à relever pour changer les méthodes quotidiennes et faire évoluer le système en douceur.

Experts ayant une expérience vécue – ils ont largement contribué à la pratique de la coproduction des soins, ont eu le courage de raconter leur histoire et, parfois, de prendre position et de s’adresser à un grand nombre de personnes pour les convaincre (Voir <https://www.merseycare.nhs.uk/about-us/striving-for-perfect-care/no-force-first/> [consulté le 12.04.2021]).

Le site internet indique que « [l]e personnel et les patients ont fait preuve d’un grand courage en acceptant l’initiative “No Force first” et en faisant de l’établissement Mersey Care un meilleur environnement de soins ». (Voir <https://www.merseycare.nhs.uk/about-us/striving-for-perfect-care/no-force-first/> [consulté le 12.04.2021]).

« Politique des portes ouvertes » – Niveau international

La « politique des portes ouvertes » consiste à maintenir les portes ouvertes dans les établissements de santé mentale, notamment dans les structures hospitalières qui seraient autrement « fermées » ou « verrouillées ». L'Allemagne semble être le pays à revenu élevé le plus avancé en matière d'application et d'évaluation de la politique des portes ouvertes dans les établissements de soins psychiatriques aigus (Gooding et al., 2020, p.33). Un essai a été également mené en Suisse, au sein des Cliniques universitaires psychiatriques de Bâle (UPK) et des efforts ont été déployés au Royaume-Uni afin de recueillir les points de vue des parties prenantes sur les politiques de portes ouvertes (Bowers et al., 2010).

Les autres services décrits dans ce rapport peuvent appliquer une « politique des portes ouvertes », sous une forme ou une autre, même s'ils ne la décrivent pas de cette manière (voir, par exemple, l'initiative de TEB de la Norvège, décrite ci-dessus). En **Italie**, par exemple, Roberto Mezzina (2014, p.440) rend compte des résultats du dispositif « *portes ouvertes... système de soins sans restrictions axé sur le rétablissement et la citoyenneté* » dans la ville de Trieste en Italie. Le modèle de Trieste est décrit plus loin dans la partie consacrée aux approches hybrides. D'autres unités de prise en charge des crises qui ne sont pas décrites dans ce rapport adoptent aussi parfois une forme d'approche de portes ouvertes.

Une compilation des recherches sur l'application de la « politique des portes ouvertes » ou de la « psychiatrie aiguë en unité ouverte » dans le contexte des soins de santé mentale allemands a été communiquée au DH-BIO. Elle comprenait des documents de deux établissements appliquant cette approche (l'UPK à Bâle et l'hôpital universitaire de la Charité à Berlin) ainsi que des documents complémentaires relatifs à son application dans 21 hôpitaux allemands (Huber et al., 2016a ; voir aussi Cibis et al., 2017 ; Huber et al., 2016b ; Lang et al., 2016 ; Lang & Heinz, 2010 ; Schneeberger et al., 2017).

Christian Huber et al. (2016a, 2016b) ainsi qu'Andres Schneeberger et al. (2017) ont réalisé deux études à grande échelle des données de services portant sur 349 574 admissions dans 21 hôpitaux psychiatriques allemands entre 1998 et 2012. Huber et al. (2016a) ont comparé des hôpitaux *avec* et *sans* « unités fermées ». Ils rapportent que le traitement dans les « unités ouvertes » était associé à un risque *moins élevé* de :

- ▶ tentative de suicide,
- ▶ évasion avec retour, et
- ▶ évasion sans retour.

Le traitement dans une unité ouverte n'était pas associé à un risque plus faible de décès par suicide (Huber et al, 2016a). Dans une seconde étude utilisant le même ensemble de données, Schneeberger et al. ont mesuré les effets des politiques de portes ouvertes et de portes fermées sur les taux « d'incidents liés à des comportements agressifs » et de contention/d'isolement et ont constaté que les comportements agressifs et « [l]a contention ou l'isolement durant le traitement [étaient] moins fréquents dans les hôpitaux appliquant une politique de portes ouvertes » (Schneeberger et al., 2017).

Certaines objections ont été formulées à propos du classement arbitraire de la « politique des portes ouvertes » dans l'ensemble de données (Pollmächer and Steinert, 2016). Huber et al. (2016b, p.1103) réfutent cet argument et concluent ainsi :

S'agissant de la sécurité du patient et des mesures coercitives, les résultats des études précédentes ont montré que l'ouverture d'unités qui étaient auparavant fermées réduit la violence et la coercition. Cette diminution ne se fait pas au détriment du placement des patients agressifs dans d'autres unités restées fermées et n'est pas compensée par une hausse des mesures coercitives ailleurs. Selon notre expérience, un changement d'attitude des professionnels à l'égard des patients, favorisant le contact personnel et la désescalade, est un élément clé des politiques de portes ouvertes. (Huber et al., 2016b, p.1104) (citations de l'original supprimées).

Les débats sur la politique des portes ouvertes en Allemagne n'entrent pas dans le champ d'étude du présent recueil, mais les parties prenantes qui veulent reproduire cette pratique devraient s'y intéresser.

Une autre étude allemande réalisée par Mara-Lena Cibis et al., publiée en 2017, a comparé les effets des phases de « fermeture » et « d'ouverture pendant 90 % de la journée » sur une unité psychiatrique de prise en charge aiguë. Les auteurs notent que durant les phases d'ouverture des portes, on a observé « une diminution significative des comportements agressifs ($p < 0,001$) et de la médication forcée ($p = 0,006$) par rapport aux unités fermées, avec un taux d'évasions inchangé ($p = 0,20$) » (Cibis et al., 2017, p.141). Ils font observer qu'en raison des limites de « l'étude rétrospective non expérimentale », « une interprétation causale est impossible », mais concluent que les résultats appuient la thèse selon laquelle la politique des portes ouvertes est « associée à une diminution des comportements agressifs et de la médication forcée sans augmenter les taux d'évasions » (Cibis et al., 2017).

Les études sur les politiques de portes ouvertes montrent que les facteurs propices à sa mise en œuvre sont notamment de solides compétences psychothérapeutiques du personnel, la forte motivation et les effectifs suffisants du personnel infirmier et l'engagement de l'unité et de la direction de l'hôpital qui doivent assumer la responsabilité de l'initiative.

Les usagers des services se disent très satisfaits de cette pratique. Selon les sources, cette initiative s'est traduite par une diminution des refus de traitement, des sorties contre l'avis médical, des mesures coercitives et par l'amélioration de l'ambiance du service et une diminution des transferts de patients.

Dialogue ouvert dans une unité psychiatrique de haute sécurité « Conversations réflexives dans les soins aux personnes atteintes de graves troubles mentaux » – Norvège

L'unité de psychiatrie spécialisée de l'hôpital universitaire d'Akershus, une unité psychiatrique de haute sécurité située à Oslo (Norvège), a mis en place un programme reposant sur la pratique des « Dialogues ouverts ». (Les Dialogues ouverts sont abordés plus en détail dans la partie de ce recueil consacrée aux « Initiatives communautaires », à la p. 49).

Les Dialogues ouverts sont généralement entrepris au sein du foyer de l'intéressé sous la forme d'un suivi psychothérapeutique communautaire. Ils s'appuient sur le principe que toutes les parties intervenant dans les soins et le traitement d'une personne, à commencer par l'intéressé lui-même, ont la possibilité d'exprimer leur opinion sur ce qu'ils estiment être le traitement et les soins les mieux adaptés dans ce contexte. Le dialogue est instauré avant toute décision relative au soutien et au traitement.

Contrairement aux habitudes, l'hôpital universitaire d'Akershus applique les techniques du Dialogue ouvert au sein d'une unité spéciale sécurisée d'un hôpital psychiatrique, ce qui en fait l'une des premières initiatives de ce genre.

La démarche est la suivante : « les processus réflexifs » ou « conversations » se déroulent sous la forme d'entretiens planifiés entre l'intéressé et le personnel, au cours desquels un membre de l'équipe discute avec l'intéressé d'une question relative à son traitement ou ses soins. Cette question peut être proposée par le patient ou par le personnel. Les autres membres du personnel présents (ou d'autres personnes concernées par les soins de l'intéressé) se contentent d'écouter. À certains moments, le dialogue entre le membre du personnel et le patient s'arrête et les autres personnes présentes sont invitées à faire part de leurs réflexions et avis sur la question et le thème abordé alors qu'elles écoutaient. Cette étape invite à élargir la discussion sur les besoins apparents de la personne et les actions requises pour adapter le soutien aux préférences de l'intéressé.

Les entretiens durent aussi longtemps que l'intéressé le souhaite et les décisions relatives à son traitement et ses soins sont prises en présence de toutes les personnes qui y ont participé. Par conséquent, les membres de l'équipe soignante ne discutent ni ne décident d'un traitement en l'absence de l'intéressé. La fréquence et le calendrier des rencontres sont également décidés en présence de toute l'équipe.

Le Dialogue ouvert et les conversations réflexives sont un moyen de favoriser la participation des usagers et de leurs réseaux et leur inclusion dans le soutien et la planification du traitement. Même lorsqu'il s'agit d'une unité psychiatrique de haute sécurité fermée et de patients soumis aux restrictions de ce dispositif, l'approche du dialogue ouvert et des conversations réflexives permet d'atténuer, d'une certaine manière, le caractère coercitif d'une unité de haute sécurité (contribution n° 17 D).

Selon les sources, ce programme a permis de mettre fin à l'utilisation de mesures coercitives chez des personnes qui y avaient été largement exposées auparavant

dans d'autres établissements psychiatriques avant d'être transférées vers l'hôpital universitaire d'Akershus (contribution n° 17D).

Les études de cas qui mettent en évidence les effets de cette pratique sont les suivantes :

Cas d'une personne qui avait vécu un traumatisme dans son enfance, avait des antécédents d'automutilations extrêmes et d'hospitalisation psychiatrique, avait été exposée à une contention mécanique et un suivi constant pendant deux ans avant d'être transférée à Akershus. Cette personne a ensuite entrepris une thérapie par le Dialogue ouvert et les conversations réflexives, n'a jamais été soumise à une contention mécanique durant son séjour hospitalier et a repris la vie au sein de la collectivité au bout d'un an environ. L'intéressé vit dans son propre appartement et bénéficie du soutien des services sanitaires et sociaux en fonction de ses préférences.

Une personne ayant de lourds antécédents de violence et d'agression depuis dix ans fait l'objet de mesures d'isolement, de contention et d'autres mesures restrictives. À la suite de son transfert dans une unité de haute sécurité de l'hôpital d'Akershus, une démarche de Dialogue ouvert et de conversation réflexive a été mise en place. Selon les sources, « [p]endant le séjour hospitalier d'un an et demi du patient, des mesures de contention mécanique ont été employées à 4 ou 5 reprises sur de courtes périodes, ce qui représente une diminution considérable par rapport à l'hôpital précédent ». L'intéressé a ensuite regagné son propre appartement communautaire et a participé aux entretiens réflexifs en consultation externe.

Ces deux cas donnent à penser « qu'il est possible de réadapter des individus considérés comme des cas chroniques, ayant un long passé de violence et d'automutilations extrêmes... Il s'agissait dans les deux cas de patients qui avaient séjourné longtemps dans des unités psychiatriques fermées et avaient été exposés à des mesures coercitives pendant des durées prolongées » (contribution n° 17D).

La collecte systématique des données afin d'évaluer les taux de réadmissions et leurs circonstances est actuellement en cours (voir également Jacobsen, 2018 ; von Peter et al., 2019).

Réduire la contention mécanique et l'isolement dans les unités psychiatriques d'hospitalisation en soins aigus – Niveau international

En Europe, il est légal d'isoler des personnes et/ou de les soumettre à des mesures restrictives dans des services de santé mentale ou d'autres établissements afin de contrôler ou de gérer leur comportement. Les autorités publiques, les services de santé mentale et d'autres instances ont entrepris de réduire et même d'éliminer le recours à la contention et à l'isolement (voir par ex., Gooding et al., 2020 ; Hirsch & Steinert, 2019). Deux pratiques ont été soumises à ce propos pour figurer dans ce recueil.

Lovisenberg diaconal hospital, clinique de santé mentale – Norvège

Des efforts concertés ont été entrepris dans un grand hôpital d'Oslo (Norvège) pour limiter le recours à la contention mécanique dans une unité psychiatrique ; cette initiative a permis de réduire l'usage des contentions mécaniques de 85 % sur la durée de cinq ans de l'étude (2012-17) (contribution n° 17A). Le Lovisenberg diaconal hospital, une clinique de santé mentale, est situé dans une région confrontée à d'importantes difficultés socio-économiques.

Le projet était axé sur le perfectionnement professionnel des équipes de travail, et impliquait des interventions ciblées sur les professionnels de santé du service. L'objectif était d'améliorer les compétences du personnel dans la prise en charge des épisodes d'agression au moyen de formations et d'orientations. L'objectif clair et ambitieux de cette intervention était de réduire le recours à la contention mécanique. Cette initiative comprenait les mesures suivantes :

- ▶ Supprimer des unités les lits équipés de sangles apparentes pour la contention mécanique ;
- ▶ Enregistrer quotidiennement les jours sans recours à la contention mécanique dans un calendrier pour le personnel ;
- ▶ Mettre en œuvre une évaluation systématique de l'utilisation de la violence chez l'ensemble des patients (plusieurs outils sont disponibles à cet effet) en insistant sur la recherche des causes de l'agression ;
- ▶ Mettre en œuvre une procédure de routine pour informer les nouveaux patients des méthodes du service en cas d'agression et de conflit.
- ▶ Modifier l'environnement physique et l'attitude du personnel pour montrer que l'usager peut échapper à des situations tendues et ne pas avoir le sentiment d'être pris au piège, en se voyant proposer, par exemple, une couverture sur le canapé plutôt que d'être contraint de regagner sa chambre lorsqu'il a sommeil ;
- ▶ Faciliter et encourager des principes qui favorisent une « organisation axée sur l'apprentissage ». La nouvelle pratique mise en place est conforme aux théories psychologiques actuelles sur l'agressivité ;
- ▶ Les règles du service ont été revues et réduites autant que possible. Certaines règles du service étaient considérées comme une provocation par certains patients, etc.

Le projet portait sur les admissions en soins aigus et les 40 premières heures au sein d'unités d'hospitalisation en soins aigus. Les expériences antérieures montrent que la

plupart des épisodes de contention mécanique surviennent durant les six premières heures suivant l'admission dans le service, d'où l'importance de planifier une intervention dans les premières heures qui suivent une admission afin de prévenir le recours à la contention mécanique.

Une fois encore, au cours des cinq années qui ont suivi le début de cette initiative, les taux de contention mécanique ont baissé de 85 % (contribution n° 17A). Durant cette période, les cas de blessures ou les congés de maladie du personnel n'ont pas augmenté. La durée moyenne de la contrainte physique était de huit minutes pour les femmes et de 13 minutes pour les hommes. L'intervention ciblée est désormais appliquée dans le cadre de la prise en charge régulière et les résultats sont visiblement stables dans la durée. Les autorités de santé de la région de Norvège (HelseSørØst) où cet essai a eu lieu ont décidé de transposer les principes de ce projet dans la pratique régulière de tous les hôpitaux psychiatriques de cette région. Elles ont désormais rendu cette pratique obligatoire et des contrôles sont effectués.

Selon les données communiquées, cette initiative n'a pas eu d'incidence sur les coûts, car elle n'a pas nécessité de ressources en personnel ni de coûts supplémentaires. Il est mentionné que les usagers ont participé à la mise au point de l'outil d'évaluation de l'agressivité et les organisations d'usagers ont soutenu ce projet (contribution n° 17A).

Les facteurs qui ont facilité la mise en œuvre de cette pratique sont les suivants : adhésion de la direction au projet ; participation de tous les membres du personnel au projet ; développement local ; simplicité des initiatives ; personnel responsable des interactions avec les patients avant l'émergence de conflits, etc. Les obstacles rencontrés ont été les suivants : taille et complexité des hôpitaux (rendant difficile l'adoption de nouvelles pratiques) ; difficulté à maintenir de nouvelles habitudes ; réticence initiale de certains membres du personnel, critiques à l'égard du projet au motif qu'il n'était pas défendable ni professionnel et qu'il risquait d'engendrer des situations dangereuses ; maintien de bonnes pratiques en période d'insuffisance de temps et de ressources, etc. (Pour de plus amples informations, voir : Halvorsen, 2016 ; Vel et al., 2016)

Six stratégies fondamentales pour réduire les pratiques d'isolement et de contention – Espagne et niveau international

En 2017, l'Andalousie (Espagne) a adopté une initiative s'inspirant des « Six stratégies fondamentales pour réduire l'isolement et le recours à la contention » dans les services psychiatriques pour adultes. Selon les sources, elle a eu pour effet une diminution de 15 % de la durée totale d'exposition des usagers à des mesures de contention mécanique en Andalousie (contribution n° 9). L'Andalousie est une vaste région de l'Espagne (8,4 millions d'habitants) qui comporte 20 unités psychiatriques d'hospitalisation en soins aigus. En 2011, un groupe de travail sur les droits humains et la santé mentale a été créé au sein du Bureau régional de santé mentale du Service de santé andalou. Ce groupe a élaboré un « Plan de santé mentale complet pour l'Andalousie » destiné à appliquer la CDPH dans les pratiques quotidiennes des services de santé mentale. (Les autres pratiques faisant partie de ce plan sont abordées à la p.82).

Le programme des « six stratégies fondamentales » sur lequel les autorités de santé andalouses se sont appuyées, a été appliqué par plusieurs pays dans le cadre d'initiatives visant à prévenir et réduire la contention. À l'origine, ces stratégies ont été établies en 2005 par le Centre national d'assistance technique des États-Unis (2005) et elles sont décrites ci-après.

Six stratégies fondamentales pour réduire l'utilisation de l'isolement et de la contention (Centre national d'assistance technique des États-Unis 2005)

1. « Leadership favorable au changement organisationnel » - définir une philosophie des soins qui prévoit de réduire l'isolement et de la contention ;
2. « Utiliser les données pour éclairer la pratique » — utiliser les données de façon empirique, « non punitive » pour examiner et contrôler les modes d'utilisation de l'isolement et la contention ;
3. « Effectifs » — mettre au point des procédures, pratiques et formations basées sur les compétences et principes du rétablissement en matière de santé mentale ;
4. « Utiliser des outils pour réduire l'isolement et la contention » — utiliser des évaluations et des ressources pour une prévention individualisée des agressions ;
5. « Rôle des usagers dans le contexte de l'hospitalisation — notamment les patients, soignants et représentants des usagers dans les initiatives de réduction de l'isolement et de la contention ; et
6. « Techniques de débriefing » — analyser les raisons qui ont entraîné l'isolement et la contention et évaluer les conséquences de ces pratiques sur les personnes ayant une expérience vécue.

Ces stratégies ont été appliquées dans des services aux États-Unis, au Canada, en Espagne, en Australie et en Nouvelle-Zélande et elles font l'objet d'un nombre croissant d'études (pour de plus amples informations, voir Melbourne Social Equity Institute, 2014).

En Andalousie, cette initiative s'est déroulée selon les phases suivantes :

1. **Leadership et création d'un groupe principal** : Un groupe principal a été créé en mai 2015 et des réunions périodiques en face à face ont été organisées avec les cadres infirmiers et médecins coordinateurs de 20 unités psychiatriques d'hospitalisation en soins aigus.
2. **Analyse de la situation, coordination et retour d'expérience** : Une plateforme virtuelle a été créée pour faciliter la communication entre le groupe principal et les responsables des unités. Le groupe a échangé des informations sur les stratégies

ainsi que les expériences des unités elles-mêmes afin de tenir compte des progrès enregistrés localement en matière de réduction de la contention mécanique.

3. **Formation de sensibilisation des chefs de service** : Les cadres infirmiers et médecins coordinateurs de 20 unités psychiatriques d'hospitalisation en soins aigus ont suivi une formation de sensibilisation d'une journée en 2016.
4. **Système unifié d'enregistrement de la contention mécanique en Andalousie** : À des fins de suivi, le groupe principal a mis au point un système d'enregistrement unifié de tous les épisodes de contention mécanique dans l'ensemble des unités d'hospitalisation andalouses. Ce dispositif reposait sur les registres de contention mécanique des 20 unités. Le groupe a défini des indicateurs clés pour une évaluation en continu. Une base de données a été créée en juillet 2016 et depuis cette date, le Bureau régional de santé mentale du Service de santé andalou, avec le concours des chefs de clinique régionaux, procède à une évaluation régulière des données.
5. **Élaboration de deux cours de formation à l'échelon local dans chaque unité.** Les supports de formation ont été mis à la disposition des chefs de service via la plateforme virtuelle.
 - ▶ Une formation d'une durée de 7 heures a été mise au point en 2017 dans le but de limiter le recours à la contention mécanique. Le cours a commencé en avril 2018.
 - ▶ En 2018, une formation de 7 heures a été consacrée à l'examen des épisodes de contention mécanique et aux moyens pour les éviter. Cette formation consistait à revenir sur les épisodes survenus dans l'unité à une période précise, à apprendre à examiner en détail certains épisodes de contention mécanique entre professionnels et à les analyser avec la participation des usagers du service. Le cours a démarré en 2019.

Le Groupe de travail a surveillé le pourcentage d'épisodes de contention mécanique, le pourcentage de personnes différentes exposées à une contention mécanique, le nombre total d'heures, la durée moyenne, l'occupation des lits de l'unité au moment de l'épisode de contention mécanique, les diagnostics cliniques, le motif de recours à la contention et l'état de la personne, le sexe et l'origine de la personne (p. ex., Espagne, Europe). Il a également recueilli des données relatives à l'impact des formations sur les connaissances de l'équipe.

Dans l'ensemble de l'Andalousie, les données montrent une réduction du nombre total d'heures de contention mécanique de 15 % sur la période 2017-2019, mais il subsiste des écarts importants entre les unités.

Les indicateurs de réduction englobaient le nombre d'épisodes, le nombre de personnes différentes et la durée moyenne de la contention, les résultats étant tous analysés au niveau hospitalier.

Vingt-huit formations ont été organisées dans l'ensemble des unités en 2018 et 15 formations en 2019. Au total, 615 professionnels de toutes catégories y ont participé, en particulier dans le domaine des soins infirmiers et de la psychiatrie. Le niveau de satisfaction global à l'égard de cette formation a été élevé (sur une échelle de 1 à 10, la note moyenne était 8, en 2018 et 9 en 2019).

Selon les sources, la participation de l'école andalouse de santé publique (« Andalusian School of Public Health ») a été déterminante pour cette initiative en raison de son expérience dans le domaine des droits humains, de la CDPH, des méthodologies de mise en œuvre et de ses travaux antérieurs avec les services de santé mentale du Service de santé andalou. Bien qu'elle fasse partie du système de santé publique andalou, l'école andalouse de santé publique conserve une certaine autonomie et n'est pas fortement centrée sur les études cliniques, ce qui, selon les sources, était « important pour une remise en question de la contention mécanique sous l'angle des droits humains » (contribution n° 9). Les autres facteurs utiles ont été les suivants : implication des responsables cliniques locaux ; intégration de l'objectif de réduction de la contention dans la politique au sens large ou dans le Plan de l'Andalousie en matière de santé mentale ; capacité à recueillir des données de bonne qualité pour faire ressortir les écarts importants entre des unités similaires, mettant ainsi en évidence « l'impact considérable de la culture d'une unité sur les taux de contention mécanique » ; et « l'opinion publique critique à l'égard de la contention mécanique, et la nécessité [d']éliminer cette pratique, en favorisant notamment la liberté de mouvement des usagers » (contribution n° 9).

Parmi les obstacles signalés, citons la culture négative des unités et les compétences (connaissances, aptitudes et attitudes) des professionnels. Des écarts considérables ont été observés entre les 20 unités, y compris des différences « initiales » entre les taux de contention appliqués. Il est toutefois signalé que l'échange de pratiques positives entre les unités a été un précieux atout. Selon les sources, l'Espagne n'a pas une législation claire en matière de contention mécanique et la CDPH doit être mieux intégrée dans la législation.

La contribution fait part de certaines inquiétudes relatives à l'absence d'autres initiatives importantes pour limiter les pratiques coercitives en Andalousie, comme la planification anticipée, le « traitement communautaire volontaire, l'hospitalisation à domicile et d'autres solutions qui permettraient de prévenir les hospitalisations, et par conséquent le risque d'exposition à des mesures coercitives comme la contention mécanique ». Selon cette contribution, le groupe de travail cherche à mobiliser davantage de ressources pour ces autres initiatives.

Safewards – Niveau international

Le modèle « Safewards » vise à limiter la contention et l'isolement des patients au sein des unités psychiatriques et à réduire les conflits entre les usagers/patients et le personnel (contribution n° 25). Ce modèle fournit au personnel des pratiques et concepts pour contribuer à améliorer la culture du milieu hospitalier, en accordant une attention particulière aux interactions du personnel avec les usagers et la famille/les proches et aux caractéristiques physiques des unités.

Selon un département de la santé qui applique le programme Safewards, ses objectifs sont les suivants :

- ▶ Améliorer les relations entre le personnel et les patients ;
- ▶ Renforcer la sécurité, réduire la coercition ;
- ▶ Consacrer moins de temps aux procédures de contention, en investir davantage dans l'engagement :
- ▶ Diminuer les agressions et les blessures ;
- ▶ Créer un environnement paisible et propice à l'accompagnement des personnes sur la voie du rétablissement (voir <https://www.mersecare.nhs.uk/about-us/striving-for-perfect-care/no-force-first/> [consulté le 08.04.2021]).

Il ajoute :

Selon le modèle Safewards, un conflit peut survenir au sein d'une unité lorsqu'un usager est confronté à des situations qui amplifient sa détresse émotionnelle ou « points de déclenchement ». L'approche Safewards est axée sur ce que le personnel peut faire avant que l'usager n'atteigne le « point de déclenchement » en repérant les signes précurseurs potentiels et en déterminant la meilleure méthode pour en limiter les conséquences ou la méthode de contention la mieux adaptée à la situation (voir <https://www.mersecare.nhs.uk/about-us/striving-for-perfect-care/no-force-first/> [consulté le 08.04.2021]).

Ce modèle nous aide à collaborer avec les usagers afin de limiter autant que possible les conflits et la contention et de faire des unités d'hospitalisation des lieux plus paisibles et thérapeutiques.

Le modèle contient 10 « interventions Safewards », à savoir :

1. **Messages de désamorçage** – avant de désamorcer la situation, les patients sont invités à rédiger un message positif et utile qui est ensuite placé sur un tableau de messages/arbre de désamorçage. Les visiteurs peuvent consulter ces messages pour être rassurés et pour avoir plus d'espoir.
2. **Réunions d'aide mutuelle** – pour démarrer la journée de manière collaborative, lors de réunions animées par le personnel, les patients sont invités à définir comment ils peuvent s'aider et se soutenir mutuellement durant la journée.
3. **Établir des attentes mutuelles claires** – nos attentes mutuelles pendant le séjour du patient dans l'unité (patients et personnel).

4. **Méthodes d'apaisement** – créer un espace et une possibilité de pause dans une ambiance sereine et faiblement stimulante. Une boîte à outils est proposée avant de passer à la médication PRN.
5. **Désescalade** – recenser ensemble les techniques de désescalade et les afficher dans les espaces réservés au personnel. Le personnel bénéficie d'une formation continue régulière sur ces techniques.
6. **Explications rassurantes** – à la suite d'un incident anxiogène dans une unité pour patients hospitalisés, les patients sont suivis soit en petits groupes, soit seuls afin de les rassurer et de comprendre ce qui s'est passé. L'équipe reste plus visible après l'incident afin que les patients se sentent plus en sécurité.
7. **Employer un discours positif** – lors de chaque transmission, l'équipe s'efforce de dire quelque chose de positif sur chaque patient et/ou de cerner les facteurs qui ont contribué aux comportements difficiles.
8. **Atténuation des mauvaises nouvelles** – sensibiliser l'équipe, lors des transmissions et des visites, aux « mauvaises nouvelles » éventuelles qui peuvent toucher les patients. L'équipe assure ensuite un suivi en annonçant la « mauvaise nouvelle » au patient et en lui proposant son aide.
9. **Utiliser des mots « doux »** – des énoncés d'une ou deux phrases sont remis au personnel sur la manière de s'adresser aux patients à l'un des trois points de déclenchement : dire non ; demander de mettre fin à un comportement et demander aux patients de faire quelque chose qu'ils ne veulent pas faire.
10. **Se connaître** – chaque membre de l'équipe fournit des informations courantes à son propos, qu'il est heureux de communiquer aux patients. Les patients sont également invités à partager des informations similaires les concernant (voir <https://www.mersecare.nhs.uk/about-us/striving-for-perfect-care/no-force-first/> [consulté le 08.04.2021]).

Les facteurs qui ont facilité la mise en œuvre de cette pratique comprennent le soutien de la direction et des responsables locaux, ainsi que des personnes ayant une expérience vécue des troubles de santé mentale ou des handicaps psychosociaux, qui sont les mieux placées pour promouvoir sa mise en œuvre (contribution n° 25). Les obstacles comprennent le manque de soutien de la part des responsables et autorités locales, l'insuffisance des ressources, la nécessité de traduire la documentation Safewards dans les langues locales, le soutien des responsables dans le secteur de la santé mentale (des directeurs aux chefs de service), les difficultés à adapter les interventions Safewards à un contexte particulier et à appliquer ces pratiques dans les établissements de soins pour personnes âgées (contribution n° 25).

Len Bowers et al. ont entrepris une étude randomisée contrôlée par grappes de cette pratique dans 31 unités sélectionnées de manière aléatoire au sein de 15 hôpitaux choisis au hasard au Royaume-Uni, et ont constaté que des interventions simples visant à améliorer les relations du personnel avec les patients permettent de réduire la fréquence des conflits et de la coercition (Bowers et al., 2015). L'étude montre

également que l'initiative présente des avantages financiers, car elle récupère les ressources consacrées aux conflits et à la coercition (Bowers, n.d.).

Pour de plus amples informations, le site internet de Safewards donne des conseils sur la mise en œuvre, présente des éléments probants et propose des documents traduits d'anglais en espagnol, allemand, danois, polonais, finnois et tchèque (voir www.safewards.net [consulté le 8.04.2021]).

Modèle Weddinger - Allemagne

Le modèle Weddinger, élaboré en 2012 à Berlin (Allemagne) est un modèle de soins psychiatriques innovant axé sur le rétablissement, la participation, la prise de décision assistée et la prévention des mesures coercitives dans les unités de psychiatrie (contribution n° 29). Il est démontré que ce modèle réduit le risque d'exposition d'un individu à des mesures coercitives et la durée moyenne de l'hospitalisation ; il est également rapporté qu'il améliore l'atmosphère de l'unité. Le modèle Weddinger est une initiative sans incidence sur les coûts qui réoriente les soins en renonçant aux structures hiérarchiques traditionnelles dans lesquelles le traitement est « administré » à l'intéressé. Au contraire, les décisions de traitement sont prises dans le cadre d'une discussion ouverte avec l'intéressé et les soutiens informels qu'il souhaite faire participer. L'un des principaux objectifs est de renforcer la transparence et les explications à l'intéressé des services qu'il reçoit. Ce modèle vise à soutenir la personne en lui proposant une assistance adaptée à sa situation.

Une étude de Czernin et al. (2020) a comparé deux groupes d'usagers, dont le premier avait été traité selon le modèle Weddinger (groupe d'intervention ; n = 122) et l'autre de manière traditionnelle (groupe témoin ; n = 235). Les résultats ont montré une diminution significative de la fréquence maximale des événements donnant lieu à des mesures de contrainte et de la durée des incidents d'isolement dans le groupe de patients traités selon le modèle Weddinger. Les auteurs ont conclu que la mise en œuvre du modèle Weddinger et de concepts de traitement similaires en milieu psychiatrique hospitalier peut contribuer à réduire la coercition (Czernin et al., 2020).

De plus amples informations sur le modèle Weddinger sont également disponibles dans un rapport de Mahler et al (2014).

Guide pour les hôpitaux et unités afin de réduire la coercition et de renforcer la sécurité du personnel et des patients. Associer les six stratégies fondamentales et le modèle Safewards - Finlande

En 2016, l'Institut national de la santé publique finlandais a publié un document de travail pour aider « les hôpitaux et unités qui ont recours à des soins psychiatriques sous contrainte à en limiter l'usage et à améliorer la sécurité du personnel et des patients » (Makkonen et al., 2016, p.6). Ce guide en finnois décrit comment garantir « le respect de la souveraineté du patient dans toute la mesure du possible » aux termes de la loi et comprend des « modèles opérationnels pour prévenir les mesures coercitives, qui sont fondés sur les résultats des recherches et une solide expérience pratique » (Makkonen et al., 2016, p. 6). Ces pratiques sont les suivantes : les six stratégies fondamentales (décrites ci-dessus), la « prise en compte de la volonté du patient en psychiatrie et les méthodes d'évaluation du risque de violence », les méthodes pour prévenir l'isolement et la contention et le modèle Safewards.

Selon les auteurs, « [t]ous les niveaux de soins psychiatriques et dispositifs de traitement jouent un rôle important dans la réduction des mesures coercitives » (Makkonen et al., 2016, p.6). Par ailleurs :

Le document décrit l'importance d'un large éventail de soins ambulatoires pour réduire les mesures coercitives. Outre la culture du soin et les solutions d'aménagement spatial, l'expérience et les attitudes de l'équipe hospitalière jouent un rôle majeur pour limiter les mesures coercitives et renforcer la sécurité. Ce guide présente des solutions concrètes pour améliorer les compétences du personnel et promouvoir une culture des soins qui limite le recours à la coercition. Des photos montrent qu'il est possible, sans dépenses excessives, d'humaniser l'espace minimaliste d'une chambre d'isolement. Les récits de personnes soumises à des mesures coercitives permettent aux lecteurs de se faire une idée de ce que ressentent les patients. La contrainte ne doit pas être réduite au détriment de la sécurité du personnel et des patients. Ces deux aspects sont décrits dans le dernier chapitre du guide. La réduction des mesures coercitives s'inscrit dans la durée et il serait souhaitable que ce guide ait une suite, se présentant sous la forme d'un livre de « recettes » en la matière.

Aucun document relatif à l'efficacité de cette initiative ou aux taux de coercition avant et après la publication du guide n'a pu être identifié.

B. Initiatives communautaires

Le terme « communautaire » fait ici référence à des initiatives non hospitalières ou à des initiatives qui ne sont pas déployées dans de grandes structures institutionnelles. Les États membres ont fait part des initiatives communautaires suivantes :

▶ Initiative communautaire en matière de santé mentale – Novare, Italie.....	48
▶ Conférences familiales – Pays-Bas	49
▶ Hugarafll – Islande.....	50
▶ Unités mobiles de santé mentale – Grèce	52
▶ L’approche du Dialogue ouvert – Finlande et niveau international	53
▶ Programme du médiateur personnel – Suède	56
▶ Maisons de répit – Niveau international.....	57
▶ TANDEMplus : Soutien mobile de crise et développement du réseau social – Belgique	60

Initiative communautaire en matière de santé mentale – Novare, Italie

Dans la ville italienne de Novare, au nord de l'Italie, un programme de soutien mobile a été mis en place par le Secteur sud pour apporter une aide à domicile aux personnes en crise de santé mentale, y compris à celles qui viennent de quitter un service psychiatrique. Selon les données communiquées, le programme a enregistré des taux relativement faibles d'admissions involontaires par rapport à d'autres services italiens, bien que les ressources allouées aux services de santé mentale dans le cadre de ce programme soient inférieures à celles des autres régions italiennes (contribution n° 12).

L'Unité couvre un territoire d'environ 168 000 habitants. Elle fonctionne de la manière suivante (contribution n° 12) :

- Un psychiatre et deux infirmiers(ères) disponibles pour les interventions d'urgence aux heures d'ouverture (8 h à 20 h les jours de semaine).
- « Prise orale quotidienne du traitement dans les Centres de santé mentale communautaires Sud afin d'améliorer l'observance et le suivi thérapeutiques ».
- 100 % des visites extérieures ont lieu dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital (après 72 heures).

En 2017, les données ont été comparées à celles recueillies par les services de santé mentale au niveau régional, national et municipal en utilisant le système national italien d'information sur la santé mentale (année 2017). Le Secteur sud enregistre la même prévalence moyenne de troubles mentaux traités malgré des ressources inférieures (consacrées au personnel, aux structures d'accueil et aux centres de réadaptation) que dans le reste de l'Italie, mais le nombre d'admissions involontaires est inférieur.

Conférences familiales – Pays-Bas

La conférence familiale est un modèle décisionnel et une stratégie de travail en réseau « axés sur la famille » (Schout, Meijer, et al., 2017). Aux Pays-Bas, où il a été mis au point dans le contexte de la santé mentale, une conférence familiale est appelée conférence « *Eigen Kracht* ». Sa traduction fait ressortir l'essence même de cette pratique : utiliser les points forts et les ressources des individus pour établir un plan, prendre des décisions pour l'avenir et devenir ainsi acteur de sa propre vie. Selon Mental Health Europe :

L'idée sous-jacente est très simple. Si vous rencontrez dans la vie des problèmes difficiles à résoudre, vous demandez à votre réseau de relations sociales de vous aider à réfléchir. Tout le monde a un réseau de connaissances - petit ou grand, proche ou éloigné - quels que soient les événements passés. La plupart des personnes trouvent une solution à leurs problèmes ou préoccupations de cette manière. Mais lorsque des individus sont isolés et pensent que personne ne s'intéresse à eux, ou lorsqu'ils éprouvent trop de honte pour se tourner vers leurs propres connaissances, une conférence « *Eigen Kracht* » peut apporter une solution. Un coordinateur indépendant les aide à l'organiser (contribution n° 28).

La conférence familiale est un processus de consultation volontaire, s'inspirant du processus appliqué par les Maoris pour résoudre des litiges familiaux dans les tribunaux, dans lequel un coordinateur indépendant anime une série d'échanges entre une personne et ses principales relations sociales. L'intéressé choisit des amis et/ou membres de la famille ou des professionnels pour aborder les sujets de préoccupation, rechercher des solutions et notamment élaborer un plan qui définit les mesures à prendre.

Le rôle du coordinateur consiste à réfléchir « avec » le groupe, à contribuer à lever les obstacles à la participation et à rechercher un consensus. Les médecins peuvent apporter un soutien de base ou jouer un rôle en facilitant les résultats de décisions qui supposent des soins cliniques. Meijer et al. (2017) ont réalisé une étude portant sur 41 conférences familiales dans trois régions des Pays-Bas. À partir de données d'enquête et d'observations pour déterminer les effets de cette pratique sur le traitement coercitif en psychiatrie adulte, les auteurs ont conclu que la conférence familiale « semble être un outil prometteur pour réduire la coercition en psychiatrie » en contribuant à « se réapproprier sa vie et à restaurer [...] un sentiment d'appartenance » (Meijer et al, 2017, p.1862). Pour de plus amples informations, veuillez consulter : <https://www.eigen-kracht.nl/> [consulté le 09.04.2021]; voir également De Jong & Schout, 2010 ; Schout, Meijer, et al., 2017 ; Schout, van Dijk, et al., 2017)).

Hugarafll – Islande

Hugarafll (qui se traduit approximativement par « force de l'esprit ») est une organisation non gouvernementale administrée par des pairs, qui est active à Reykjavik depuis 2003 (contribution n° 22). Selon le site web :

Hugarafll [traduction : force de l'esprit] est une ONG islandaise créée en 2003 par des personnes ayant une connaissance personnelle et professionnelle approfondie du système de santé mentale. Leur objectif commun est de changer le système de santé mentale en Islande et de l'améliorer. Tout ce que l'organisation entreprend a été décidé et adopté par des personnes ayant une expérience vécue de la détresse émotionnelle et/ou une expérience professionnelle d'égal à égal. La participation aux travaux de l'organisation Hugarafll concerne toute personne qui fait un travail sur sa santé mentale selon son propre parcours de soins (<https://hugarafll.is/about-hugarafll/> [consulté le 08.04.2021]).

Hugarafll peut être décrite comme une « organisation de plaidoyer et de renforcement des capacités ». Elle organise diverses activités, notamment des groupes d'entraide dirigés par des pairs, le soutien de pairs, des services de conseil, un engagement citoyen et la promotion de la santé mentale dans l'éducation. Hugarafll joue un rôle actif dans la conduite et l'évaluation des réformes politiques dans le domaine de la santé mentale, du logement, des soins de santé, des services sociaux, de l'éducation et de l'emploi. Elle est donc orientée sur le renforcement des capacités des usagers, des professionnels et même des services et dispositifs publics. Dans le contexte de la pandémie, le ministère de la Santé a demandé à rencontrer régulièrement Hugarafll pour examiner de quelle manière il pourrait venir en aide à la population et prévenir la détresse psychologique (contribution n° 22).

Hugarafll poursuit son soutien individuel, notamment en faveur de la « réadaptation professionnelle soutenue des personnes qui participent à leur rétablissement personnel après une crise de santé mentale », qui est également supervisé par un psychologue et un ergothérapeute (contribution n° 22). Selon les représentants de l'organisation Hugarafll :

En raison de sa flexibilité (absence de durée fixe, absence de référent, gratuité pour les membres, absence de diagnostic), cette pratique permet de récupérer ceux qui passent habituellement entre les mailles du filet. Elle joue donc un rôle essentiel pour établir un lien et un suivi avec les personnes qui ont épuisé les solutions des prestataires de services habituels ou en sont sorties (contribution n° 22).

Le groupe se fixe plusieurs objectifs :

- ▶ Éradiquer les préjugés relatifs aux difficultés psychologiques et émotionnelles au sein de la société islandaise.
- ▶ Sauvegarder les droits fondamentaux des individus qui ont une expérience vécue de la détresse émotionnelle.
- ▶ Renforcer le rôle et la participation active et complète des personnes ayant une expérience vécue de la détresse émotionnelle au sein de la société islandaise.
- ▶ Avoir des effets positifs sur le système de santé mentale islandais.

- ▶ Promouvoir et travailler selon l'ouvrage « Empowerment » (de Judi Chamberlin) et « Empowerment Paradigm of Recovery Healing, and Development » (de Daniel Fisher et Laurie Ahern). (contribution n° 22)

Le personnel compte parmi ses membres des ergothérapeutes, un psychologue, une personne ayant une formation et une éducation en psychologie, un coach en programmation neurolinguistique, un praticien en Gestalt-thérapie, un conseiller spécialisé dans les traumatismes, un professeur de yoga et des personnes ayant une expérience vécue de la détresse émotionnelle. L'équipe travaille de concert avec des bénévoles qui assurent les tâches quotidiennes de l'organisation Hugarafli. La participation à l'organisation Hugarafli est gratuite et ouverte à toutes les personnes âgées de plus de 18 ans. Il n'est pas nécessaire d'être un résident du pays ni de se présenter sur recommandation ou avec un diagnostic pour participer (pour de plus amples informations, voir <https://hugarafli.is/about-hugarafli/>; Hermannsdóttir, 2017 ; Hrannarsdóttir, 2017).

Unités mobiles de santé mentale – Grèce

En Grèce, les unités mobiles de santé mentale ont pour mission de réduire le nombre d'admissions involontaires dans les hôpitaux en s'efforçant de maintenir les patients dans la communauté, en particulier dans les régions rurales ou isolées, et de préserver les liens familiaux et communautaires (contribution 27). Selon Mental Health Europe (Mental Health Europe, 2019, p.7) :

Entre la création de la première unité en 1981 et son inscription dans la législation grecque, plus de 25 unités ont vu le jour et sont encore en activité en Grèce. Ces unités mobiles servent désormais de référence dans la prestation des services de santé mentale et la protection des droits des usagers, notamment dans les districts de petite taille et isolés.

Selon les sources, les collectivités locales et les autres services de santé ainsi que des acteurs clés (autorités locales, services de police et procureurs) ne se contentent pas de soutenir, mais collaborent activement avec ces unités mobiles afin de garantir le droit de la personne à demeurer un membre actif de la communauté. En permettant le maintien des personnes dans leurs communautés et en proposant des services aussi près que possible du domicile des patients, les unités mobiles contribuent à la stabilité et à la continuité des soins. Les facteurs de réussite sont la prévention, l'information des habitants de la région, la rapidité des interventions, le traitement thérapeutique et le maintien du contact avec la famille de l'utilisateur, mais aussi avec la communauté. Les unités mobiles adoptent une approche biopsychosociale globale dans la prise en charge des personnes, ce qui implique qu'elles règlent les questions sociales ou professionnelles tout en prenant les mesures nécessaires pour que les usagers aient accès à un traitement approprié s'ils le souhaitent. Les données montrent que le pourcentage d'hospitalisations involontaires est nettement inférieur à celui des districts dans lesquels ces unités mobiles sont absentes (contribution n° 27).

Selon une étude de cette pratique portant sur dix ans :

L'unité mobile des districts de Ioannina et Thesprotia et d'autres unités similaires en Grèce illustrent parfaitement la réussite d'un service à faible coût qui promeut la santé mentale dans des régions rurales, éloignées et défavorisées. Ce modèle de soins peut être riche d'enseignements pour la pratique clinique et la politique de santé compte tenu de la récession actuelle et des compressions dans le budget de la santé. Il montre qu'il est possible de dispenser avec efficacité des soins de santé mentale dans les régions rurales en intégrant des équipes mobiles de santé mentale communautaires dans le système de soins primaires (Peritogiannis et al., 2017, p.556).

Une autre étude a révélé une nette diminution des hospitalisations chez les usagers de ce service : « durant les 2 premières années d'activité de cette [unité mobile], les hospitalisations de patients engagés dans un traitement ont enregistré une diminution significative de 30,4 % » (Peritogiannis et al., 2011).

L'approche du Dialogue ouvert – Finlande et niveau international

L'approche du « Dialogue ouvert dans les cas de psychose aiguë » a été élaborée initialement en Finlande ; elle consiste à prendre les décisions en concertation avec l'intéressé et un réseau plus étendu de son choix. Cette pratique est présentée comme une solution de substitution à l'hôpital, notamment lorsqu'elle est appliquée à domicile ou dans la communauté (dans le contexte hospitalier, voir plus haut, p.35) et met particulièrement l'accent sur un soutien respectueux des souhaits et préférences de l'intéressé, notamment dans le cadre de son expérience de la détresse. Dans la littérature, le Dialogue ouvert est donc généralement présenté comme une solution pouvant se substituer aux mesures involontaires et en réduire la probabilité.

Des approches psychothérapeutiques sont utilisées afin d'instaurer le dialogue entre l'intéressé et son dispositif de soutien dans le cadre de l'intervention thérapeutique. Les prestataires de services s'efforcent d'organiser des rencontres régulières entre l'intéressé et son réseau immédiat d'amis, de soignants ou de membres de sa famille, auquel s'ajoutent plusieurs membres de l'équipe soignante qui sont systématiquement présents. Un fort accent est mis sur l'écoute de tous les points de vue et perspectives, à titre de moyen, mais aussi d'objectif du traitement.

L'approche du Dialogue ouvert est décrite par le Réseau européen des institutions nationales des droits de l'homme et par Mental Health Europe (2002, p. 17) de la manière suivante :

Les prestataires de services s'efforcent d'organiser des rencontres régulières entre l'intéressé et un réseau proche de son choix réunissant son cercle d'amis, de soignants, ou de membres de sa famille, auquel s'ajoutent des membres de l'équipe soignante. Une attention particulière est accordée à la transparence dans la planification du traitement et les processus décisionnels visent à respecter la volonté et les préférences de l'intéressé, sans exercer une influence indue. Ce soutien permet à la personne de conserver sa capacité juridique et de prendre la décision finale relative à son traitement après avoir échangé et réfléchi avec le groupe.

Un nombre toujours plus important d'éléments probants plaident en faveur de l'efficacité de l'approche du Dialogue ouvert. Une récente étude finlandaise a examiné des données probantes sur les améliorations cliniques et fonctionnelles portant sur une période de 19 ans, notamment la diminution des traitements hospitaliers, des allocations d'invalidité et de l'administration de neuroleptiques (Bergström et al., 2018).

12 critères clés de la « pratique dialogique » dans le Dialogue ouvert

Selon Mary Olsen et ses collègues (2014), les 12 critères clés de la « pratique dialogique » issue du Dialogue ouvert sont les suivants :

1. Deux thérapeutes (ou plus) dans la réunion d'équipe
2. Participation de la famille et du réseau social
3. Utiliser des questions ouvertes

4. Répondre aux énoncés de la personne
5. Mettre en valeur le moment présent
6. Susciter des points de vue multiples
7. Privilégier le relationnel dans le dialogue
8. Répondre aux discours et aux comportements dits problématiques, en étant attentif aux significations
9. Mettre en valeur les propos et les histoires des usagers, pas les symptômes
10. Conversation entre professionnels (processus réflexif) dans les réunions thérapeutiques
11. Être transparent
12. Tolérer l'incertitude

Les résultats positifs du Dialogue ouvert dans la pratique ont donné lieu à la diffusion de cette pratique dans d'autres pays, à commencer par les pays scandinaves (Norvège, Danemark), puis d'autres pays (Royaume-Uni, Italie, Portugal [voir ci-après], Allemagne, Pologne, Pays-Bas, États-Unis, Australie) (contribution n° 10). Un réseau international a ainsi vu le jour, avec des conférences et séminaires annuels durant lesquels les médecins et usagers tiennent des réunions périodiques pour échanger leurs expériences et discuter des progrès (contribution n° 10).

L'introduction du Dialogue ouvert dans les systèmes de soins de tous ces pays s'est faite à deux niveaux : premièrement, une culture de la communication dialogique a été instaurée parmi le personnel, les usagers du service, les membres de la famille et les autres membres du réseau social de l'intéressé (contribution n° 23). Deuxièmement, des équipes de traitement pluridisciplinaires communautaires ont été créées afin de dispenser principalement des services ambulatoires. Ces évolutions sont pleinement conformes aux recommandations formulées par l'OMS dans son Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 qui promeut l'amélioration de l'accès aux services et de leur fréquence d'utilisation, une coordination efficace des services existants et la mobilisation des ressources communautaires et part du principe que ces évolutions se traduiront par une baisse significative des hospitalisations, une diminution du coût des soins et une amélioration sensible des taux de rétablissement (contribution n° 23).

Portugal

Au Portugal, des efforts sont déployés pour mettre en œuvre l'approche du Dialogue ouvert dans l'ensemble du pays (contribution n° 10). Un groupe d'organisations (ACES Lisboa Norte, CHLN, SPMS, Camara de Lisboa, Hospitalização Domiciliária, Santa Casa da Misericórdia, Centro Nacional de TeleSaúde) s'est réuni en 2019, dans le but de réunir les membres de l'équipe principale en 2020, avant d'entreprendre une étude pilote en 2021. Cette initiative sera perfectionnée en 2022 et une étude sera menée pour comparer les résultats chez les personnes traitées dans les sites pilotes et ceux des personnes qui ont reçu le traitement habituel.

Il est intéressant de noter que les Dialogues ouverts sont nés en Finlande, le pays qui affiche l'un des taux les plus élevés en Europe (et même au monde) de mesures psychiatriques involontaires par habitant ; en revanche, le Portugal est l'un des pays où le taux est le plus bas (Sheridan Rains et al., 2019, voir tableau 1). Il ne va donc pas de soi que cette pratique entraîne nécessairement une diminution des mesures psychiatriques involontaires même si elle peut être prometteuse et axée sur la promotion des droits à d'autres égards. Les indicateurs utilisés pour mesurer les performances de l'approche du Dialogue ouvert incluent les taux d'hospitalisation, la prévalence et l'incidence des états chroniques, l'administration de médicaments neuroleptiques, le degré de rétablissement et les symptômes résiduels ainsi que le coût économique de chaque cas (y compris les coûts liés au handicap) (Bergström et al., 2018 ; contribution N° 23). Hormis l'approche du Dialogue ouvert appliquée dans l'unité psychiatrique sécurisée de l'hôpital universitaire d'Akershus, aucune étude ne semble établir de lien explicite entre le Dialogue ouvert et la réduction de la coercition — ce qui, une fois encore, ne la prive pas de son importance à d'autres titres.

Programme du médiateur personnel – Suède

En 1995, des personnes atteintes de handicaps psychosociaux ont créé le Programme suédois du médiateur personnel (MP) conçu comme un « service d'agents personnels contrôlé par les utilisateurs » (contribution n° 27). Cette forme d'assistance personnelle comprend une aide à la prise de décisions, notamment dans le cadre de démarches auprès des autorités publiques et services sociaux pour connaître le soutien dont l'intéressé peut bénéficier. Des « assistants » ou « représentants » sont désignés officiellement pour aider une personne à prendre des décisions juridiques dans une optique de facilitation et non de contrainte. Le MP est un professionnel hautement qualifié, généralement un juriste ou un travailleur social qui travaille exclusivement pour l'intéressé et ne collabore pas avec les services psychiatriques ou sociaux, avec les autres autorités ni avec les proches ou autres personnes de la connaissance de l'intéressé (contribution n° 27). Le médiateur consacre des efforts et du temps à instaurer la confiance et faire en sorte que les usagers aient accès à l'assistance et aux services qu'ils préfèrent et auxquels ils ont droit. Cette pratique n'est pas destinée à une situation en particulier (comme l'hospitalisation, les sans-abri ou les crises aiguës), mais est plutôt conçue comme un service d'accompagnement d'une personne qui rencontre des difficultés psychosociales.

En 2000, le système du MP a été étendu à l'ensemble du pays (contribution n° 27). Même s'il n'existe pas encore d'études empiriques relatives à l'impact de cette mesure sur la coercition, une évaluation nationale du programme sur cinq ans a révélé que le dispositif est rentable sur le plan socio-économique ; les personnes qui bénéficient du soutien d'un médiateur personnel nécessitent moins de soins et leur situation psychosociale est meilleure. Depuis lors, le Conseil national de la santé et de la protection sociale a encouragé les MP à titre de « nouvelle profession sociale » et en 2013, un nouveau règlement a établi le financement permanent du système des MP (contribution n° 27). Un MP occupe une fonction indépendante au sein des services sociaux d'une municipalité. Les municipalités peuvent gérer les services du médiateur personnel ou les sous-traiter à des organisations non gouvernementales. Le système est né du constat que les dispositifs existants de capacité juridique, comme la tutelle ou le placement d'office, ne permettaient pas de répondre aux besoins de nombreuses personnes ayant un handicap psychosocial.

Selon le commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, Nils Muižnieks, un nouveau règlement a instauré en 2013 le financement permanent du système de MP dans le cadre du système de protection sociale normal (Swedish National Board of Health and Welfare, 2008). Selon Nils Muižnieks, depuis 2014, 310 MP sont intervenus auprès de plus de 6 000 personnes et 245 municipalités (84 % de l'ensemble des municipalités suédoises) ont prévu des MP dans leurs services sociaux. Le HCDH recommande le programme « PO Skåne » - une réplique du programme de MP gérée par des personnes ayant des handicaps psychosociaux - à titre de mécanisme juridique approprié pour la prise de décision assistée. Nils Muižnieks écrit que le « recours à un médiateur personnel pourrait être un moyen de limiter les pratiques coercitives dans les établissements psychiatriques » (Swedish National Board of Health and Welfare, 2008). À ce titre, le dispositif a fait l'objet d'une grande attention au niveau international et a donné lieu à la création de dispositifs similaires dans d'autres pays.

Maisons de répit – Niveau international

Les maisons de crise ou de répit proposent généralement une solution d'hébergement de petite taille aux personnes en crise, en ciblant parfois certains groupes spécifiques, notamment les femmes, les groupes ethniques minoritaires et les sans-abri (see Gooding et al., 2018, pp.67-77). Ces solutions de substitution à l'hospitalisation peuvent employer en majorité ou en totalité du personnel qui a eu recours aux services ou a été confronté à des mesures psychiatriques involontaires, ou bien des professionnels en santé mentale habituels (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) ou bien les deux. Un seul exemple de « maison de répit » a été communiqué aux fins de ce recueil.

Chambres de crise à Bochum - Bochum, Allemagne

Les chambres de crise de Bochum proposent une assistance aux personnes qui traversent « des crises psychosociales et des troubles mentaux et psychiatriques aigus » (contribution n° 27). En 2001, la Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (LPE NRW), une organisation cadre régionale regroupant des personnes ayant une expérience des services de santé mentale, a créé un point de contact pour les personnes en crise. En 2013, des « chambres de crise » y ont été aménagées, et ont ensuite accepté l'accueil de nuit. Un hébergement de nuit improvisé a toujours été possible dans les chambres du centre d'accueil — une solution qui semble rare au sein des organisations de personnes qui défendent leurs propres droits et des services de santé mentale formels (contribution n° 27). Le centre d'accueil et les chambres de crise de Bochum sont situés dans trois appartements répartis à plusieurs étages d'un immeuble élevé : le plus grand appartement du deuxième étage contient une chambre de crise pour une personne en plus du centre d'accueil ; le deuxième appartement offre des capacités d'hébergement de crise supplémentaires et le troisième est réservé aux tâches administratives et aux groupes.

Les personnes qui traversent des crises aiguës peuvent opter pour ces solutions d'hébergement pendant une durée de trois mois au maximum et recevoir le soutien de professionnels de la santé mentale, notamment des psychiatres (contribution n° 27). Tout soutien en cas de crise est individualisé et adapté à l'intéressé ; il n'y a pas de plan précis. En principe, toutes les personnes qui sont accueillies ou hébergées dans le centre d'accueil participent aux travaux de Bochum sur l'accueil de crise. Le personnel change de rôle automatiquement et il existe plusieurs types de rémunération et de travail bénévole. Les chambres de crise ont été financées par diverses compagnies d'assurance-santé entre 2013 et 2017 et, depuis la mi-2017, la Fondation de prévoyance de Rhénanie du Nord - Westphalie a pris le relais du financement.

Maison Soteria - Niveau international

Le modèle Soteria est un type de maison de répit, parfois décrit comme une « résidence thérapeutique communautaire » dont l'un des objectifs est de prévenir l'hospitalisation (contribution n° 27). Les installations Soteria sont généralement des établissements résidentiels de petite taille permettant de répondre aux besoins des personnes atteintes de psychoses et sont, selon les sources, présentes en Suisse, en Allemagne, en Suède, à Budapest et au Danemark (Calton et al., 2008). La démarche est celle d'un environnement de traitement résidentiel communautaire à dimension

humaine, fortement axé sur le recours aux pairs et aux professionnels paramédicaux plutôt qu'au personnel médical. Selon les sources, les maisons Soteria sont axées sur le pouvoir de décider, le soutien par les pairs, le lien social et la responsabilité mutuelle (contribution n° 27). Elles préconisent généralement une administration minimale de médicaments psychotropes en respectant le choix personnel de chaque résident. Aux États-Unis, le Département de la santé mentale du Vermont a déclaré « qu'une analyse plus approfondie pourrait être nécessaire pour évaluer de quelle manière le soutien et la mise en œuvre du modèle Soteria dans le Vermont pourrait limiter à l'avenir le recours à la médication involontaire des personnes en crise psychiatrique » (Vermont Department of Mental Health Services, 2017, p.5).

Weglaufhaus, « Villa Stöckle »– Berlin, Allemagne

L'association « Weglaufhaus » est une maison de répit à but non lucratif pour les personnes sans abri en crise. Elle est ouverte à Berlin (Allemagne) depuis 1989 (contribution n° 21). La moitié des membres du personnel sont des individus qui ont eux-mêmes eu recours à des services psychiatriques ou ont été exposés à des mesures psychiatriques involontaires. La Weglaufhaus a pour fonction principale d'apporter un soutien, une sécurité et un abri aux personnes qui ont besoin d'une assistance psychosociale, en les aidant à construire de solides fondations pour un avenir qu'elles ont elles-mêmes choisi (contribution n° 21). Les résidents doivent être âgés de 18 ans au minimum, être sans abri, avoir besoin d'une assistance 24 h/24 et 7 j/7 et être en droit de percevoir une aide sociale de l'État allemand.

L'association Weglaufhaus fait partie du Réseau mondial des usagers et survivants de la psychiatrie. Les résidents cherchent généralement à éviter une hospitalisation involontaire ou, plus largement, à trouver une solution de remplacement qui n'utilise pas la coercition. Selon la contribution n° 21, cette maison de répit présente diverses caractéristiques :

- ▶ Aucun diagnostic n'est posé. Il n'y a pas de coercition. Les psychiatres ne sont pas autorisés à entrer dans la maison.
- ▶ Les médicaments psychotropes peuvent être interrompus, mais ce n'est pas obligatoire.
- ▶ Le travail effectué par l'équipe est aussi transparent que possible pour les résidents. Les résidents peuvent consulter leur dossier. Ils peuvent également assister aux réunions du personnel.
- ▶ Le travail est fondé sur une « démarche antipsychiatrique », est orienté vers les résidents.
- ▶ Il met l'accent sur le soutien apporté à l'autodétermination des résidents.
- ▶ Un étage est réservé aux personnes transsexuelles, non binaires et intersexes.
- ▶ Mission sociale « traditionnelle » consistant notamment à aider les personnes à récupérer leurs droits à l'aide sociale, l'assurance maladie et à bénéficier d'un statut juridique et de consultations.

Une fois par semaine, la maison ouvre ses portes aux anciens résidents et l'association organise une réunion mensuelle. Le site Weglaufhaus contient des références bibliographiques en allemand (<https://www.weglaufhaus.de/literatur/forschungsarbeiten-zum-berliner-weglaufhaus/> [consulté le 08.04.2021]).

TANDEMplus : Soutien mobile de crise et développement du réseau social – Belgique

« TANDEMplus » est une petite équipe mobile de crise qui prend en charge des personnes pendant et juste après une crise. L'objectif principal de TANDEMplus est d'aider la personne à « (ré)activer son réseau de soutien local » (contribution n° 7). Cela passe par la détermination du type d'accompagnement que la personne souhaiterait recevoir, en fonction des besoins qu'elle exprime et en la mettant en relation avec les intervenants ou services communautaires appropriés. TANDEMplus n'intervient que pour une courte durée, sans aucune coercition, la durée moyenne de l'intervention étant d'environ 29,5 jours. (« L'équipe mobile Tandemplus », <https://www.cbcs.be/L-equipe-mobile-Tandemplus> [consulté le 22/01/2021]). Selon l'organisation Human Rights Watch (Hancock, 2019), qui a fait la promotion du service :

Le seul « traitement » proposé par TANDEMplus est un soutien sous la forme de visites régulières à domicile pour que les personnes expriment leurs émotions et préoccupations. Elles permettent à la personne de trouver des stratégies d'adaptation et de résoudre les problèmes concrets qui ont provoqué cette situation de crise, qu'il s'agisse d'un problème d'endettement, de difficultés à régler les factures du ménage ou de rétablissement des liens avec les membres de la famille. Les personnes peuvent être adressées à des travailleurs sociaux ou à d'autres services. Une assistance n'est fournie qu'avec le plein consentement de la personne, en tenant compte du principe de base de TANDEMplus : la personne maîtrise sa propre vie.

TANDEMplus est un service bilingue (français et hollandais). Il intervient principalement dans des banlieues de Bruxelles caractérisées par la précarité socio-économique et s'adresse à des adultes âgés de plus de 18 ans qui ont vécu l'expérience d'une crise ou éprouvent des difficultés à trouver un soutien psychiatrique répondant à leurs besoins.

Les travailleurs sociaux se déplacent à deux pour rencontrer la personne appelant soit à son domicile, soit dans le lieu de son choix. Si possible, il est demandé à la personne qui a contacté le service d'être présente lors de la première visite. Le consentement de la personne concernée est toujours requis avant que la rencontre n'ait lieu.

À l'heure où cet article est rédigé, le service était composé de 8 travailleurs sociaux. Il n'est pas exigé des membres de l'équipe qu'ils aient une formation professionnelle dans le domaine de la santé mentale pour faire partie du service, même si la plupart en ont une. L'accent est mis principalement sur les aptitudes du personnel à communiquer, collaborer, être à l'écoute, créatif, etc. L'équipe comprend actuellement des psychologues cliniciens, des travailleurs sociaux, des infirmières et des éducateurs. Un psychiatre en fait également partie.

Les personnes qui ont besoin d'aide peuvent appeler une permanence téléphonique joignable de 9 h à 15 h les jours de semaine. Au moins une personne de l'équipe de la permanence téléphonique a une expérience vécue des services de santé mentale. Un peu moins de la moitié des appels aboutit à une visite à domicile, tandis que les autres concernent généralement la communication d'informations, d'orientations et de conseils (contribution n° 7).

À l'issue de la première visite, le service assure des visites à domicile (2 à 3 fois par semaine en moyenne) ainsi que des appels téléphoniques réguliers (entre 9 h et 17 h). TANDEMplus n'assure pas la prescription ou le suivi d'un traitement psychotrope ni le diagnostic des personnes, mais tente plutôt de trouver comment régler les problèmes qui sont à l'origine de la crise vécue par la personne. Un membre de l'équipe décrit ainsi le service : « Notre travail consiste à établir des fondations suffisamment solides autour de la personne pour qu'elle continue de progresser sur le plan psychologique » (contribution n° 7).

L'une des caractéristiques importantes de TANDEMplus tient au fait que le service collabore avec les autres services sanitaires et sociaux, les groupes communautaires, etc. afin de permettre à l'intéressé de bénéficier d'une aide à long terme. TANDEMplus fait partie d'un réseau plus vaste de services sanitaires et sociaux (« Partenaires Archief » Hermesplus, <https://hermesplus.be/fr/notre-operation/partenaires/> [consulté le 30/3/2021]). TANDEMplus vise à collaborer activement avec les autres systèmes de soutien afin d'éviter la fragmentation des services auxquels la personne doit s'adresser seule.

S'il existe un risque de violence, la rencontre initiale avec la personne se déroule dans un lieu public. Si le risque est trop élevé, le soutien est interrompu. En présence d'un risque sérieux (pour la personne ou pour les autres), la famille de l'utilisateur ou ses prestataires de soins sont informés de la manière dont ils peuvent déclencher une intervention involontaire. S'il y a lieu, l'équipe reste mobilisée pendant la période de crise et peut accompagner l'intéressé à l'hôpital s'il le souhaite. L'équipe TANDEMplus ne prend pas l'initiative d'une hospitalisation involontaire. Certaines circonstances nécessitent l'intervention de la police, qui met fin provisoirement à la mobilisation de l'équipe TANDEMplus. La politique de TANDEMplus est que « le soin n'est pas compatible avec l'intervention policière » (contribution n° 7).

Selon une évaluation de 2019, l'intervention de TANDEMplus a permis de mettre en relation 49 % des usagers avec le système de soins ambulatoires de Bruxelles, notamment les dispositifs mobiles de soins structurés et ambulatoires, les centres de santé mentale, les professionnels de santé, les soins à domicile, l'assistance aux sans-abri, les services de consultation et de coordination et les autres organisations communautaires (contribution n° 7). Vingt-deux pour cent des orientations effectuées par TANDEMplus concernaient des soins avec hospitalisation, soit dans un hôpital psychiatrique, soit dans une unité de santé mentale au sein d'un hôpital général. Les autres personnes n'ont pas été orientées vers d'autres services, soit parce qu'elles ne le voulaient pas, soit parce qu'elles ne sont pas restées en contact avec TANDEMplus (contribution n° 7).

Selon Human Rights Watch, l'accès au programme est entièrement gratuit pour les usagers du service (Hancock, 2019). En outre, leur identité n'est pas enregistrée, ils n'ont pas besoin d'une assurance-maladie ni d'une pièce d'identité et leur anonymat peut être totalement préservé s'ils le souhaitent.

Human Rights Watch a également effectué une analyse coûts-bénéfices et a fait savoir que, par rapport à un séjour en hôpital psychiatrique ou général, le type de soutien à domicile assuré par TANDEMplus est plus économique que les soins hospitaliers (Hancock, 2019).

C. Approches « hybrides » dans le domaine de l'action publique et de la programmation

Les pratiques recensées ci-après ne s'inscrivent pas vraiment dans la catégorie des pratiques « hospitalières » ou « communautaires ». En revanche, elles combinent des efforts relevant des deux contextes. Il s'agit notamment d'initiatives pour mettre les compétences hospitalières au service d'individus et de familles en situation de crise dans leurs foyers ou communautés. Sont également concernés les efforts pour garantir que les ressources « communautaires » (associations communautaires, solutions d'hébergement, défense des droits, entreprises proposant des emplois, etc.) ont une incidence sur les services des établissements de santé et les transforment même.

Les approches hybrides suivantes ont été communiquées :

- ▶ « Projet d'activité sur la qualité des soins : Désinstitutionnalisation – République tchèque 63
- ▶ « Psychiatrie citoyenne » - Pôle de santé mentale de Lille-Est - France..... 66
- ▶ « Améliorer la coopération entre la psychiatrie et les soins à domicile - réduire le nombre d'admissions sous contrainte » – Suède 74
- ▶ « Plan d'action dirigé par le patient » pour exercer un recours contre des ordonnances de traitement involontaire - Pays-Bas 76
- ▶ Réduire les admissions involontaires dans une clinique d'urgence psychiatrique en mode ambulatoire - Norvège 78
- ▶ Modèle de Trieste – « Portes ouvertes » — Système de soins sans restrictions en faveur du rétablissement et de la citoyenneté » – Italie..... 79

«Projet d'activité sur la qualité des soins : Désinstitutionnalisation – République tchèque

Plusieurs États membres du Conseil de l'Europe poursuivent la « désinstitutionnalisation », au sens des politiques et pratiques diverses visant à fermer les grands établissements dans lesquels sont placées et retenues des personnes ayant des troubles mentaux et des handicaps psychosociaux ainsi que d'autres handicaps. Il n'est pas possible d'établir une distinction nette entre les efforts entrepris pour réduire la coercition dans les services de santé mentale de ces pays et les objectifs plus larges de la désinstitutionnalisation.

La République tchèque s'est engagée dans un projet de ce type en adoptant, en 2013, une politique de la santé mentale qui a été soutenue en 2017 par le Fonds européen d'investissement et les Fonds structurels (contribution n° 18). Le Plan d'action national en faveur des soins de santé mentale qui en a découlé comprend certaines mesures concernant « entre autres, les droits des personnes atteintes de maladies mentales, le soutien à la qualité des soins et services psychiatriques en santé mentale et la prévention des hospitalisations involontaires » (contribution n° 18).

La stratégie de réforme des soins psychiatriques vise à éviter le simple transfert des personnes des institutions vers les hôpitaux, ou à éjecter les personnes des établissements et hôpitaux psychiatriques sans leur apporter le soutien et les ressources nécessaires au suivi. Elle entend plutôt créer un éventail de services de telle sorte que « les soins hospitaliers ne remplacent pas les autres soins dans le contexte social afin de répondre aux besoins sanitaires et sociaux » (contribution n° 18). Dix-sept hôpitaux psychiatriques participent à ce processus de réforme.

Le ministère de la Santé a exigé des directeurs des différents hôpitaux qu'ils modifient la structure des soins afin que des services soient dispensés au sein de l'environnement social propre de l'utilisateur (en créant, par exemple, des centres de santé mentale communautaires). Des efforts sont également déployés pour aider les personnes qui ont été hospitalisées pendant plus de six mois à se réadapter progressivement à vivre en dehors de l'institution. Du 1er janvier 2019 au 31 mai 2019, 736 patients en hospitalisation de longue durée ont quitté les établissements (contribution n° 18). Quarante-trois pour cent des patients hospitalisés en long séjour n'ont pas d'endroit pour vivre.

La réforme a été également marquée par une enquête à grande échelle auprès des usagers des services de santé mentale et des membres de leur famille, qui incluait plus de 700 répondants dans l'ensemble de la République tchèque (à l'heure où ce document est rédigé, cette enquête est en cours) (contribution n° 18).

La stratégie d'ensemble est étroitement liée au projet QualityRights de l'OMS (voir plus haut, p.16). En 2018, une cartographie de la qualité des soins dispensés dans 17 hôpitaux psychiatriques a été réalisée avec la collaboration de l'OMS. Ses résultats, qui sont fondés sur les normes QualityRights de l'OMS (conformes à la CDPH), ont été rassemblés dans des rapports d'évaluation pour les hôpitaux psychiatriques et dans un rapport d'évaluation de synthèse. L'équipe d'évaluation était composée d'un médecin, d'une personne ayant une expérience vécue d'un problème de santé mentale ou d'un handicap psychosocial, d'un travailleur social et d'un juriste.

Chaque hôpital a bénéficié d'un processus de consultation et d'un programme de formation du personnel (médecins, infirmiers, aides-soignants, travailleurs sociaux et

autres professions paramédicales) sur certaines questions relatives à l'application de la CDPH. Ces programmes sont mis en œuvre par des responsables de la qualité et leur thématique est toujours axée sur la demande ou le besoin réel de l'hôpital psychiatrique. L'organisation d'une formation à temps plein et d'ateliers thématiques dans les hôpitaux psychiatriques a été suspendue en raison de la pandémie de Covid-19 et a eu lieu temporairement par le biais de webinaires.

En ce qui concerne le premier semestre de 2021, des programmes de formation en ligne portant sur les thèmes suivants sont en cours d'élaboration :

- ▶ Droits humains ;
- ▶ Arbitrage et droit de décider pour soi-même ;
- ▶ Rétablissement et droit à la santé ;
- ▶ Droit de ne pas être soumis à la contention, la violence, la maltraitance ;
- ▶ Santé mentale, handicap et droits humains, etc.

Outre ces programmes de formation mis en œuvre dans différents hôpitaux, des séminaires ont été organisés pour les instances de direction des hôpitaux en coopération avec le Bureau du Défenseur public des droits de la République tchèque. Ces séminaires portaient principalement sur la responsabilité civile des professionnels de la santé, les droits humains fondamentaux, la question des mesures d'un dispositif et celle de la prévention du recours aux mesures de contention. Ces séminaires prenaient également en compte la nécessité d'aborder cette question sous l'angle de la gestion et des procédures de certains hôpitaux psychiatriques (contribution n° 18).

Un programme éducatif de formation en ligne axé sur la qualité des soins et les droits humains, intitulé WHO QualityRights, a été publié en novembre 2019, en coopération avec l'OMS ; il comprend un module consacré à la prévention des mesures de contention. Ce programme de formation en ligne, accessible sur le site <https://humanrights-etrain-qualityrights.coorpacademy.com/login> est ouvert à toutes les parties prenantes intéressées, est disponible dans la version en langue tchèque et les hôpitaux psychiatriques bénéficient systématiquement d'une aide pour le mettre en œuvre dans le cadre des formations internes des établissements. Au 1er décembre 2020, 2 395 personnes au total avaient suivi ce programme de formation (contribution n° 18).

En juin 2021, le ministère de la Santé devrait publier ses Recommandations pour la pratique clinique des hôpitaux psychiatriques. Les recommandations de bonnes pratiques à paraître sont les suivantes :

- ▶ Prévention et utilisation des mesures de contention en psychiatrie ;
- ▶ Bonnes pratiques relatives aux plaintes (y compris une version simplifiée) ;
- ▶ Procédure recommandée en matière de responsabilité des professionnels de santé ;
- ▶ Procédure recommandée - évaluation de la qualité des soins et des droits fondamentaux dans les procédures internes d'un hôpital psychiatrique ;
- ▶ Tutelle et autres mesures d'assistance ; et
- ▶ Hospitalisation et traitement sans le consentement du patient, consentement éclairé.

Le Conseil gouvernemental pour la santé mentale a examiné la création éventuelle, en 2022, d'un nouveau département distinct au sein de la structure organisationnelle du ministère de la Santé afin de promouvoir et de protéger les droits des personnes

en matière de soins de santé, en réduisant notamment le nombre de mesures psychiatriques involontaires.

« Psychiatrie citoyenne » - Pôle de santé mentale de Lille-Est - France

Le pôle de santé mentale de Lille-Est (59G21⁵) s'est transformé au cours des trois dernières décennies dans le but principal d'éviter le recours à l'hospitalisation traditionnelle (contribution n° 19A). La coordination de ce changement a été assurée par l'EPSM Lille métropole, un pôle de santé mentale comprenant les villes de Faches Thumesnil, Ronchin, Lesquin, Hellemmes, Mons en Barœul et Lezennes.

Le Guide de l'OMS (2021, p.161) sur les services de santé mentale communautaires décrit ainsi ce service :

Le pôle de santé mentale de Lille-Est promeut le concept de « psychiatrie citoyenne ». Desservant une population de 88 000 habitants du sud-est de la métropole lilloise, il s'est construit sur une période de plus de 40 ans de réorganisation et de réforme du système de santé mentale. Ce pôle de Lille-Est montre qu'il est possible de passer de soins hospitaliers à des interventions communautaires diversifiées destinées aux personnes ayant des troubles mentaux ou des handicaps psychosociaux, avec des investissements comparables à ceux des services de santé mentale traditionnels. Cette approche prône le respect des droits des personnes qui ont recours aux services de santé mentale ainsi que leur autonomisation, même si elle s'inscrit dans un contexte juridique national plus restrictif.

L'établissement public de santé mentale Lille-Métropole joue un rôle central dans la gestion de ce pôle, notamment dans les mécanismes régionaux de contrôle et de planification (Organisation mondiale de la santé, 2021, p.161).

La contribution (19A) aborde plusieurs principes directeurs de ce pôle, notamment : les droits humains et la conviction que des troubles de la santé mentale ne doivent empêcher quiconque d'exercer ces droits ; un engagement à ne pas confondre les soins de santé mentale et la suppression de la violence et des risques ; la nécessité pour la société, et par conséquent les services de santé mentale, de s'adapter aux besoins des individus et non l'inverse ; l'engagement à fermer les lieux d'exclusion médicaux et sociaux qui isolent effectivement les usagers de leurs communautés ; l'engagement à lutter contre la stigmatisation et la discrimination fondées sur les troubles mentaux, y compris les préjugés de dangerosité et d'incapacité.

Les services formels du pôle s'impliquent à titre de partenaire auprès des autres parties prenantes, notamment des usagers des services et de leurs familles, des ONG, des élus des municipalités et des autres acteurs dans le domaine de la santé mentale.

Cette vaste initiative comprend deux composantes clés : la Coordination territoriale du parcours de rétablissement et « la disponibilité, la réactivité, la proximité ».

Coordination territoriale du parcours de rétablissement

Cette composante consiste à « intégrer l'ensemble du système de santé mentale dans la ville, via un réseau impliquant tous les acteurs concernés : usagers, professionnels, familles et élus » (Roelandt et al., 2010).

⁵ En France, le système de santé mentale est territorialisé. En ce qui concerne les services pour adultes, le pays est divisé en 850 secteurs environ de quelque 70 000 habitants chacun. Le secteur de Lille-Est porte le numéro 59G21 et ne concerne que les adultes. Six villes de banlieue font partie de ce secteur : Faches-Thumesnil, Hellemmes-Lille, Lesquin, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin.

Avec près de 70 dispositifs de prise en charge ambulatoire, le pôle offre à la population des services de prévention, de diagnostic, de soins et de suivi ainsi que des installations pour les adultes, les adolescents et les enfants. Les Centres médico-psychologiques (CMP) ou les Centres de santé mentale (CSM) constituent les portes d'entrée du dispositif. Ces centres organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile. Selon les sources, cette initiative met en jeu un dispositif de soins communautaires qui permet le maintien des personnes concernées le plus près possible de leurs domiciles, résidences, familles et communautés (contribution 19A). Les dispositions prévues par cette initiative publique et ce programme mettent en relation les organisations et instances sanitaires, politiques et sociales, notamment : les médecins généralistes et acteurs de la santé, les élus, les associations et les représentants des usages, les acteurs médicaux-sociaux et les bailleurs sociaux. Tous ces rouages s'appuient sur les « conseils locaux de santé mentale » qui rassemblent tous les partenaires (contribution n° 19A).

Ce dispositif multiservice contribue, selon les sources, à offrir un soutien adapté à une personne à toutes les étapes d'une crise de santé mentale, et à éviter les séparations strictes entre les types de prise en charge des services. L'intéressé peut ainsi, à des périodes différentes, effectuer un séjour hospitalier, avoir recours à des soins intensifs au domicile, entreprendre un traitement communautaire volontaire et des consultations en ambulatoire ou faire appel à un « service d'aide dans le domaine des loisirs ». Tous ces services sont assurés par le même groupe de professionnels comprenant des pairs aidants, des psychologues et des psychiatres, qui échangent régulièrement des informations.

Les différentes possibilités offertes sont conçues pour favoriser l'autodétermination et éviter les soins sous contrainte, en particulier lors des arrivées aux urgences ou des mesures coercitives qui sont appliquées dans des services extérieurs au pôle de psychiatrie de l'Établissement public de Lille-Est. Le fait d'élargir l'offre de solutions de soins proposées permet de mieux répondre aux souhaits des personnes et améliore, selon les sources, l'implication des patients par rapport au soutien reçu (contribution n° 19A).

Depuis 2014, l'EPSM a adopté clairement une approche « centrée sur le rétablissement », chaque professionnel ayant reçu une formation afin de respecter une charte d'engagement en faveur de soins axés sur le rétablissement. Selon les sources, cela a permis d'harmoniser la culture du service dans les différents services fournis. Les usagers sont invités à élaborer des directives anticipées (voir les exemples à la p. 82) et des plans de crise pour aider les services à respecter leurs souhaits pendant les crises. Au niveau supérieur, la coordination assurée par le conseil local de santé mentale permet la mobilisation de services partenaires pour défendre les droits des personnes et leur garantir le meilleur soutien sanitaire et social possible. Le conseil propose également des actions de prévention et d'information sur la santé mentale, les crises et les soins post-crise et apporte un soutien aux personnes en difficulté dans la vie quotidienne. Selon les informations communiquées, la proximité et la coordination avec des intervenants de première ligne contribuent à renforcer la confiance et à améliorer l'accès aux soins tout en limitant les pratiques coercitives (contribution n° 19A).

Les unités d'hospitalisation s'emploient activement à limiter le recours à la contention et à développer les alternatives à l'hospitalisation.

Le Centre de crise accueille 15 usagers, pendant une durée de séjour moyenne de 14,6 jours, est disponible 24 h/24 et 7 j/7, avec une présence de 8 h à 10 h et un accueil téléphonique de nuit.

Les consultations ambulatoires et le soutien en cas de crise s'appuient sur les plans de prévention des crises et de rétablissement (selon le modèle des directives anticipées) qui permettent d'adapter le parcours de soins de l'utilisateur en fonction de ses valeurs et souhaits dans toutes les structures qu'il rencontre. Ces plans sont établis avec la personne, ses proches, mais aussi en coordination avec son médecin traitant ou d'autres parties prenantes, selon les souhaits de l'intéressé.

L'intégration de médiateurs de santé pairs (voir ci-après la partie E(b)(iii) Médiateurs de santé pairs p.87) permet de garantir cet accompagnement par les pairs. À tous les échelons de l'organisation, des représentants désignés par les usagers pour participer au développement du service « permettent d'évaluer la démocratie sanitaire » (contribution n° 19A).

Deux fois par jour (9 h et 20 h 45), une coordination téléphonique entre les services est indispensable au fonctionnement du dispositif, une équipe médicale de garde étant toujours disponible. Tous les matins, les services d'urgence sont contactés afin de savoir si une personne en crise s'est présentée dans le secteur et de mieux anticiper ainsi les interventions nécessaires. La disponibilité et la réactivité ont également une importance capitale, notamment pour éviter l'aggravation des situations de crise et les mesures coercitives en résultant. Dans cette optique, le service propose :

- ▶ L'évaluation des nouvelles demandes dans les 48 heures
- ▶ La gestion des urgences dans des structures externes et à domicile.
- ▶ Un suivi renforcé à domicile
- ▶ L'amélioration de la proximité à titre d'atout dans l'offre de soins aux personnes en difficulté
- ▶ Le suivi de longue durée des personnes ayant des handicaps psychosociaux ; et
- ▶ La gestion des hospitalisations psychiatriques. (contribution n° 19A)

La coordination renforcée avec le médecin traitant est assurée dans le cadre d'entretiens et, si nécessaire, d'appels téléphoniques, et une lettre de liaison lui est adressée après chaque consultation avec l'utilisateur.

Enfin, grâce aux partenariats du service, son personnel défend les intérêts et promeut les droits des usagers, notamment dans le cadre de demandes de ressources, de logements, d'accès à la santé, etc.

« Disponibilité, réactivité, proximité »

Le deuxième axe principal de la démarche de l'EPSM est une unité mobile d'urgence, les **Soins Intensifs Intégrés dans la Cité (SIIC)**, qui fonctionne depuis 15 ans et qui est la plus grande équipe de France en termes de nombre de personnes accompagnées. Le SIIC a deux missions distinctes :

- ▶ Accès permanent aux soins (24 h/24 et 7j/7) : astreinte médicale et téléphonique et coordination avec les organisations locales ; et

- ▶ Capacité à assurer la prise en charge intensive à tout moment de 15 cas, qu'il s'agisse d'une crise ou d'un besoin de suivi intensif.

L'activité d'astreinte médicale est assurée grâce à la coordination entre le médecin d'astreinte et l'équipe SIIC. Elle vise à apporter une réponse rapide et adaptée aux situations de crise afin de permettre l'admission d'une personne dans le dispositif de soins. Le service comprend les interventions d'urgence à domicile en cas de crise, qui restent placées sous la responsabilité du SIIC et non des services d'urgence généraux (comme la police ou les ambulanciers).

La décision de prise en charge d'une personne par le service est médicale et les « procédures sont définies de manière concertée par l'utilisateur, ses proches, l'équipe et le médecin » (contribution n° 19B). Le SIIC est un service conçu pour répondre aux situations de crise exceptionnelles. Il devrait également aider les usagers à élaborer des outils autonomes de gestion de crise.

En outre, un **Service Médico-Psychologique de Proximité (SMPP)** gère deux dispositifs de prise en charge ambulatoire de l'EPSM (Organisation mondiale de la santé, 2021, p.161). Les services du SMPP comprennent une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues, psychiatres, médiateurs de santé pairs, secrétaires) qui travaillent en étroite collaboration pour garantir des soins de qualité adaptés aux besoins de la population. L'OMS décrit le SMPP de la manière suivante :

Une personne est orientée vers le SMPP par un médecin généraliste. L'accueil est suivi d'une évaluation, sous 48 heures, des besoins de la personne en matière de santé mentale et physique. Chaque évaluation est alors examinée par une équipe pluridisciplinaire qui détermine les besoins de prise en charge et de soins. Les consultations se déroulent dans différents lieux, notamment un centre d'aide sociale pour les jeunes qui leur donne accès directement au SMPP sans être orientés par un médecin. Il n'y a pas de liste d'attente et le service peut également effectuer des consultations à domicile.

La notion de « parcours de soins » est à la base du partenariat du SMPP avec les autres services locaux. Le parcours doit répondre aux besoins des personnes qui ont des troubles mentaux ou des handicaps psychosociaux et de leurs soignants et familles et, dans ce cadre, tenir compte de leur situation géographique. Pour atteindre cet objectif, un partenariat entre le SMPP et les communes locales est essentiel. Les consultations peuvent se tenir à divers endroits (mission locale, piscine, centre de services sociaux, centre d'accompagnement en addictologie, centre sanitaire communautaire, etc.). Deux réunions multidisciplinaires se tiennent chaque semaine pour orienter les nouvelles demandes en fonction des besoins des usagers et affiner la qualité du diagnostic et de l'offre de soins. L'objectif du SMPP consiste à faire participer l'utilisateur de manière coopérative afin de favoriser son rétablissement.

Les trois autres éléments fondamentaux du pôle de santé mentale de Lille-Est sont les suivants :

- ▶ Approche de « l'autonomisation orientée sur le rétablissement »
- ▶ Élaboration de plans de prévention et de gestion des crises, et
- ▶ « Solutions de substitution à l'isolement et la contrainte ».

Chacune d'entre elles est examinée brièvement ci-après.

« Autonomisation orientée vers le rétablissement »

Les soins orientés vers le rétablissement (SOR), un modèle ou une approche des soins intégrés dans le secteur 59G21 en 2014, visent à aider l'utilisateur à mieux vivre avec son trouble ou son handicap et à conserver la possibilité d'avoir une vie familiale, professionnelle et sociale satisfaisantes (contribution n° 19H). Cette approche repose sur un modèle de partenariat : « Elle respecte les droits de la personne à occuper le siège du conducteur, mais reconnaît également l'intérêt d'avoir un (ou plusieurs) co-pilote(s) professionnels et soutien(s) naturel(s) » (contribution n° 19H). Les SOR sont conçus pour permettre aux usagers d'être maîtres de leur rétablissement et ils visent à surmonter l'aliénation et la marginalisation des personnes ayant des troubles mentaux ou des handicaps psychosociaux. Trois « niveaux d'aliénation » sont décrits :

- ▶ Le niveau 1 a trait à la maladie et aux symptômes ;
- ▶ Le niveau 2 concerne la représentation de soi-même en tant que personne malade, à savoir « la stigmatisation intériorisée » ;
- ▶ Le niveau 3 est celui de l'aliénation créée par l'organisation sociale et sa capacité (ou son incapacité) à intégrer les personnes ayant des troubles mentaux ou des handicaps psychosociaux (contribution n° 19H).

Plus concrètement, les SOR tels que les pratique le pôle Lille Est comprennent les actions suivantes :

- ▶ *Intégration des connaissances acquises par l'expérience* (avec la participation « d'experts d'expérience ») dans la formation des professionnels, ce qui :
 - améliore les connaissances des associations sanitaires et sociales
 - entretient l'espoir d'une évolution des troubles de la personne
 - favorise des relations horizontales avec les aidants/accompagnants (pour atténuer notamment les asymétries de pouvoir entre les aidants et les bénéficiaires).
 - Intégration des médiateurs de santé pairs dans les équipes professionnelles (ils étaient 5 en 2020).
- ▶ *Promotion de la démocratie sanitaire*
 - Création d'espaces et d'outils participatifs
 - Forums trimestriels coanimés par un médiateur de santé pair et des porte-paroles des usagers
 - Rencontres régulières « paroles aux usagers » animées par des médiateurs de santé pairs
 - Fiches « suggestions/réclamations » sur les établissements consultés
 - Un dispositif qui permet aux usagers des services de signaler un événement indésirable à la direction.
 - Évaluation de la qualité et du respect des droits (QualityRights) par l'OMS et intégration des recommandations dans le projet de pôle (voir Organisation mondiale de la santé, 2021, p. 161 à 163).

► *Élection de porte-paroles par les usagers du pôle*

- Élection de trois porte-paroles des usagers du pôle de services :
- Participation des porte-paroles qui sont fortement impliqués dans le comité de direction du pôle, les réunions sur l'organisation et les groupes de travail ;
- Participation d'un porte-parole à la formation QualityRights.

Les autres outils orientés vers le rétablissement employés dans le secteur 59G21 sont les suivants : formation formelle axée sur le rétablissement pour la direction ; création d'une « Charte rétablissement » signée par les membres du personnel qui s'engagent dans ce processus ; engagement des services à employer des médiateurs pairs et adaptation, si nécessaire, du lieu de travail à ces travailleurs, et mise au point d'un plan de gestion et de prévention de crise (décrit dans la partie suivante).

« Plan de prévention et de gestion de crise »

Le plan de prévention et de gestion de crise, ou plus simplement « plan de crise », est un outil efficace de planification anticipée (contribution n° 19G). (Pour une analyse plus complète des méthodes planification anticipée, voir p.82). Un plan de crise est censé servir de méthode de prévention des rechutes, à rédiger pendant ou après qu'une personne a été hospitalisée ou a bénéficié d'un suivi intensif. L'utilisateur, la famille et les amis ou professionnels de santé peuvent alors utiliser le plan dès qu'une situation de crise se présente. Le plan de crise est un outil évolutif « orienté vers le rétablissement » destiné à aider les personnes à prendre conscience de leurs points forts et ressources, à reconnaître les éléments déclencheurs et signaux d'alerte d'une crise ou d'un trouble et enfin à leur permettre de formuler des directives anticipées sur les actions et attitudes à adopter pour éviter ou gérer les crises.

Ces directives permettent également de limiter les difficultés liées aux soins. Lorsqu'ils ont connaissance du plan de crise d'un usager, les professionnels, la famille et les aidants savent comment procéder pour mieux respecter les droits, les besoins et les souhaits de l'utilisateur s'il traverse une période de crise. Le premier intéressé est l'utilisateur lui-même qui élabore son plan de crise, mais aussi toutes les personnes qu'il estime impliquées dans son processus de rétablissement et qui peuvent l'aider à établir ce plan s'il le souhaite. Selon les sources, cette pratique est très courante au sein du secteur 59G21 et dans d'autres services de l'EPSM Lille-Métropole. En France, d'autres services adoptant une approche axée sur le rétablissement ont élaboré des outils similaires. Voir à ce propos le programme « GPS » utilisé en Île-de-France, qui est décrit à la p.83 de ce rapport.

« Solutions de substitution à l'isolement et à la contrainte »

Comme indiqué plus haut, l'ensemble du parcours de soins de l'EPSM est censé promouvoir l'accès aux soins en préservant l'autonomie et par conséquent en évitant les restrictions de liberté. Il est « exceptionnel » qu'un usager soit placé sous contention dans la clinique centrale qui fait partie du pôle 59G21 (Clinique Jérôme Bosch {JB}).

La clinique JB a une capacité d'accueil de 10 lits d'hospitalisation et 2 chambres ont un lit pour accompagnant pour les usagers qui souhaitent la compagnie d'une personne de confiance ou un accompagnement durant leur séjour à la clinique. Le

service mobilise le réseau de soutien de la personne pour contribuer aux négociations, à la sécurité et éviter les conflits.

En 2019, la durée moyenne de l'hospitalisation est de 6,5 jours. Lors de l'admission, selon l'examen du service effectué par l'OMS (2021, p. 162), « des informations écrites et verbales sur les droits et obligations de l'individu sont fournies ».

La contention est considérée comme un dysfonctionnement qui fait l'objet d'un rapport d'événement indésirable et est généralement perçue comme un acte de maltraitance (document n° 19I). Selon les sources, un seul cas de contention (d'une durée de 3 h) a été recensé en 2019 ; en 2020, il n'y en a eu aucun. La clinique JB n'a pas de chambres d'isolement.

La notion de liberté est particulièrement importante dans le secteur 39G21. L'objectif de ce programme est « zéro isolement, zéro contention » (contribution n° 19). Ces pratiques visent à désamorcer les situations de violence avant pendant et après une crise. Selon les informations communiquées, les « situations de violence sont moins fréquentes dans la mesure où les droits sont respectés et les restrictions minimales, exposées et justifiées (contribution n° 19I). La décision de laisser les portes ouvertes contribue à lutter contre l'impression d'enfermement.

Les caractéristiques du dispositif de l'EPSM et du service 59G21 décrits plus haut sont considérées comme des conditions préalables requises pour limiter et éviter l'hospitalisation. Les solutions pour remplacer l'isolement et la contention sont notamment les suivantes :

- ▶ Les professionnels suivent une formation spécifique « OMEGA » qui leur permet de repérer les risques de crise « en amont » et de la désamorcer le cas échéant (98 % du personnel a suivi la formation en 2020).
- ▶ Un plan de prévention et de gestion de la violence est établi avec l'utilisateur dès son admission et pendant toute la durée de son séjour ;
- ▶ Présence permanente, et si nécessaire individuelle, d'un soignant ;
- ▶ Tous les membres du personnel bénéficient de l'aide de pairs membres du personnel, qui ont une expérience des situations complexes. L'accès au soutien par les pairs est considéré comme essentiel dans une approche axée sur le rétablissement, pour susciter l'espoir chez les usagers et soignants et faire évoluer les mentalités des professionnels (contribution n° 19I) ;
- ▶ Les effectifs sont adaptés au niveau de risque potentiel, avec une possibilité de présence constante et de surveillance d'une personne, si nécessaire ;
- ▶ Des « agents de prévention » sont sollicités à l'occasion pour apporter une aide dans certaines situations. La présence de ces agents est bénéfique et rassurante tant pour les autres usagers que pour les professionnels. Il s'agit de professionnels de la sécurité qui interviennent au cas par cas pour accompagner une personne en continu, 24 h/24 aussi longtemps que la situation le nécessite. En 2019, le nombre d'utilisateurs ayant eu besoin d'un agent de prévention était de 20, soit 138 journées.

Si une personne est mise sous contention (ce qui est très rare, comme indiqué plus haut), un protocole de contrainte est respecté et l'événement est analysé a posteriori avec l'utilisateur et l'équipe. Une fiche sur l'événement indésirable est établie afin de

mieux comprendre ce qui s'est passé. Une réunion interdisciplinaire de retour sur la situation donne lieu à la formulation de recommandations.

Les chambres sont individuelles et respectent l'intimité et la vie privée. Elles sont équipées de téléviseurs. L'espace et les équipements favorisent le bien-être (« salle de psychomotricité, hydrothérapie, espace réservé aux activités, salle de repos, salle d'ordinateurs »). L'architecture de la clinique favorise la circulation ; elle comprend des espaces ouverts avec un libre accès au jardin. Le contrôle de ces espaces est essentiel pour respecter les besoins de sécurité de toutes les personnes. La clinique offre des espaces de promenade et d'accompagnement personnel, une source d'apaisement sans privation de liberté. Elle dispose d'un système d'aromathérapie dans l'ensemble de sa structure pour diffuser des essences apaisantes jour et nuit.

La présence constante de psychiatres pour adapter les soins est essentielle, car elle permet de veiller à ce que les équipes ne restent pas en circuit fermé. En ce qui concerne le soutien par les pairs, des mesures sont prévues pour que les personnes de soutien défendent les droits des usagers, y compris en cas de contention associée à l'hospitalisation.

Résumé de l'impact et des réalisations du pôle de santé mentale de Lille-Est

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2021, p. 163), la réalisation majeure de ce réseau peut se résumer en soulignant « la baisse continue du taux des admissions hospitalières qui sont passées de 497 admissions en 2002 à 341 admissions en 2018, malgré l'augmentation considérable du nombre de personnes ayant reçu des soins dans le réseau sur la même période, qui est passé de 1677 personnes en 2002 à 3518 personnes par an en 2018 ». Par ailleurs :

La durée moyenne d'un séjour hospitalier a également baissé, passant de 26 jours à 7 jours sur la même période. En septembre 2018, une équipe d'évaluation indépendante a effectué une évaluation QualityRights portant sur l'ensemble des services de santé mentale de Lille Est. Dans trois des cinq objectifs fixés, les résultats ont été pleinement atteints :

- i) Droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible
- ii) Droit de ne pas être soumis à la contention, la violence, la maltraitance, et
- iii) Droit à l'autonomie de la vie dans la société.

Les deux objectifs restants : (iv) le droit à un niveau de vie adéquat et v) la reconnaissance de la personnalité juridique et le droit à la liberté et à la sûreté de la personne ont été partiellement atteints. Le cadre juridique actuel de la France a été considéré comme un obstacle important à la pleine réalisation de ces deux derniers objectifs.

Selon l'OMS (2021, p. 164), les autres signes de réussite comprennent les faibles taux de dépenses d'hospitalisation par rapport aux autres services de santé mentale (28,5 %) contre 61 % en France, ainsi que le faible coût de la prise en charge dans les services de santé mentale de Lille-Est par rapport aux zones métropolitaines voisines - des coûts en recul constant entre 2013 et 2017, passant de 3131 euros à 2015 euros par an (en juin 2021).

«Améliorer la coopération entre la psychiatrie et les soins à domicile - réduire le nombre d'admissions sous contrainte» – Suède

Cette initiative à petite échelle de la municipalité d'Eksjö en Suède a permis de réduire les taux d'interventions psychiatriques involontaires dans le cadre d'un programme ciblé sur l'amélioration des interactions entre les personnes en crise de santé mentale, les infirmiers qui dispensent des soins à domicile et les psychiatres hospitaliers et en consultation externe (contribution n° 30). Cet essai s'est traduit par une réduction de 66 % des admissions involontaires sur une période de six mois. La cohorte de patients était limitée, 170 patients ayant été inclus dans cet essai sur les soins à domicile durant cette période.

Selon cette contribution :

Pour réduire le nombre d'admissions [sur ordonnance d'intervention psychiatrique sous contrainte, qui, en vertu de la loi suédoise, n'intervient qu'après délivrance d'un « certificat médical »], les infirmiers qui font évoluer les choses ont dû établir une relation plus étroite avec des patients dont la plupart étaient admis sous contrainte. Cette relation peut être une fin en soi, mais aussi un moyen d'atteindre d'autres objectifs. [Les infirmiers] ont donc effectué des visites régulières chez ces patients et ont régulièrement échangé avec eux dans le cadre d'entretiens plus longs et récurrents. Dans les soins centrés sur la personne, le récit du patient est fondamental pour établir un partenariat. Les infirmiers ont également pris contact avec les proches, lorsque l'intéressé y consentait.

Il importait également d'améliorer la communication entre les psychiatres et les infirmiers/prestataires municipaux de soins à domicile. Les recherches effectuées au début du projet ont montré que les interactions entre les infirmiers à domicile et les psychiatres des patients hospitalisés et en consultation externe étaient difficiles et généralement perçues par le personnel comme négatives (contribution n° 30).

Selon les sources, cette pratique comprenait trois éléments fondamentaux :

- ▶ Premièrement, le service s'est appuyé sur un processus antérieur de développement visant une « amélioration continue » en quatre étapes : « planifier », « faire », « étudier » et « apprendre » (dont l'acronyme suédois est PDSA).
- ▶ Deuxièmement, l'objectif des professionnels de santé mentale était de dispenser des « soins axés sur la personne », qui sont amplement décrits dans la littérature internationale. La contribution décrit ce modèle comme évitant de réduire la personne à son état de santé mentale, et « impliqu[ant] le passage d'un modèle dans lequel le patient est [considéré comme] passif à un modèle dans lequel il planifie ou met en œuvre activement son propre plan de santé » (contribution n° 30).
- ▶ Troisièmement, le travail en équipe était une priorité pour les professionnels de santé, car des études antérieures avaient mis en évidence des tensions et des mécontentements lors des rencontres entre les prestataires de soins à domicile municipaux et les psychiatres hospitaliers et externes. Cette situation a été source de difficultés pour les personnes en crise de santé mentale lors de leur transition entre les soins d'urgence, les soins hospitaliers et les soins ambulatoires.

Les mesures pratiques prises à la suite de ce processus comprenaient des ajustements pour améliorer les soins à domicile (en prolongeant notamment la période de soins psychiatriques en consultation externe pour les personnes ayant besoin d'un soutien renforcé) et une formation complémentaire (notamment sur les handicaps psychosociaux et cognitifs liés à la vieillesse).

Au cours des six mois précédant l'essai, six placements involontaires ont été prononcés par le service de santé à domicile. Durant la période de six mois de l'essai, seuls deux placements de ce type ont eu lieu, soit une réduction de 66 %.

« Plan d'action dirigé par le patient » pour exercer un recours contre des ordonnances de traitement involontaire - Pays-Bas

Cette pratique est en quelque sorte un processus de recours dont dispose une personne qui fait l'objet d'une mesure psychiatrique involontaire (contribution n° 30). Toutefois, dans ce processus, il incombe à l'intéressé lui-même de proposer une autre solution de soins et il a toute latitude pour approuver ou rejeter le plan de substitution conclu avec le « directeur médical » qui a pris la décision initiale d'intervention involontaire. Aux Pays-Bas, les directeurs médicaux peuvent autoriser les interventions psychiatriques involontaires.

Dans le cadre de ce processus de recours, les personnes considérées par un directeur médical comme devant être exposées à une mesure psychiatrique involontaire en sont avisées par une lettre stipulant qu'une ordonnance de placement forcé est en cours de préparation. La lettre précise que l'intéressé peut établir un plan d'action, en indiquant notamment de quelle manière il souhaite éviter les soins médicaux obligatoires. L'intéressé doit présenter ce plan par écrit dans les trois jours qui suivent la réception de la lettre du directeur médical. Le directeur médical dispose de deux jours pour décider si un délai sera accordé au patient pour le faire. Si tel est le cas, un délai de deux semaines sera accordé à l'intéressé pour établir son plan d'action. Dans ces circonstances, le directeur médical reportera temporairement la préparation de l'autorisation de soins. Les personnes qui souhaitent établir ce type de plan d'action disposent d'un modèle qui recense les différentes mesures qu'elles peuvent prendre dans ce cadre. Le patient peut télécharger le document sur le site internet ou en faire la demande au directeur médical.

Il peut élaborer son plan d'action avec des professionnels de santé, des amis ou des membres de sa famille (contribution n° 30). Il peut également demander conseil à un défenseur des droits des patients ou à un juriste. Dans son plan d'action, l'intéressé peut décrire ses intentions et les soins qu'il souhaite recevoir pour éviter le traitement médical obligatoire. Cette description peut couvrir différents types de soins, notamment les soins cliniques, familiaux ou sociaux. La personne peut également solliciter d'autres soutiens ou services, notamment une aide-ménagère, des services municipaux, un accompagnement pastoral et un accueil de jour.

Le directeur médical évalue le plan d'action de la personne et demande un certificat médical à un psychiatre indépendant. Les procureurs publics peuvent stopper la préparation d'une autorisation de soins si le certificat médical mentionne que le plan d'action permet de prévenir les soins médicaux forcés. Si le plan d'action ne suffit pas à éviter l'obligation de soins, le directeur médical poursuivra la préparation de l'autorisation de soins.

Le directeur médical peut également décider à un stade antérieur, c'est-à-dire avant l'expiration du délai de deux semaines prévu pour l'élaboration du plan, de poursuivre la préparation de l'autorisation de soins. Il peut prendre cette décision si l'élaboration du plan d'action ne se déroule pas assez rapidement ou s'il n'est plus possible de repousser la préparation de l'autorisation de soins en raison de la gravité ou du risque apparent de la situation. Le directeur médical en discutera préalablement avec le patient et son représentant. Le patient sera également informé de la décision par écrit. À l'heure où ce rapport est rédigé, il n'existait aucune donnée empirique concernant l'impact de ce processus de recours sur les taux d'intervention involontaire.

Réduire les admissions involontaires dans une clinique d'urgence psychiatrique en mode ambulatoire - Norvège

Une clinique d'urgence psychiatrique en mode ambulatoire située à Storgata (Oslo) a cherché à réduire les admissions involontaires en proposant des « interventions ciblées » aux personnes en crise de santé mentale aiguë (contribution n° 17B) et « en améliorant le processus décisionnel du personnel qui impose les admissions involontaires ». L'objectif était donc de réduire (et non d'éliminer) les admissions involontaires. Cette initiative a été expérimentée entre 2001 et 2013, puis a été intégrée à la pratique régulière de la clinique.

Les données du service ont montré un recul du nombre d'admissions en soins aigus de 70 % entre 2005 et 2013. La proportion des admissions sous contrainte par rapport aux admissions volontaires est passée de 79 % (soit 21 % d'admissions volontaires) à 40 % (soit 60 % d'admissions volontaires) sur la période 2000-2008. Ce résultat s'est maintenu jusqu'en 2013. De 2013 à la date de rédaction du présent rapport, le pourcentage d'admissions involontaires a varié de 43 à 53 %.

Les principes élaborés dans le cadre de cette initiative servent toujours de lignes directrices pour les admissions. Les interventions comprennent une « liste de référence, un compte rendu personnel, un contrôle des registres et la suppression des formulaires imprimés » (Ness et al., 2016)

Le projet a été élaboré en quatre étapes.

L'étape 1 (lancée en 2001) consistait à réduire la proportion d'admissions involontaires de 80 % à 50 %. Diverses méthodes ont été employées, notamment : inciter les médecins responsables des admissions à ne pas hospitaliser sous contrainte des patients qui acceptaient une admission de leur plein gré ; élaborer un « guide » des meilleures pratiques en matière d'orientation ; dissuader les médecins d'admettre sous contrainte des patients souffrant de troubles de la personnalité et des patients pour lesquels la principale indication d'admission était le suicide, etc. (Pour de plus amples informations, voir).

L'étape 2 (lancée en 2006) a consisté à supprimer les modèles des admissions obligatoires afin de favoriser l'examen individuel de chaque cas, de sensibiliser et responsabiliser les responsables quant à leurs décisions et d'exiger que la décision d'imposer un traitement relève d'une équipe pluridisciplinaire.

L'étape 3 (lancée en 2007) exigeait un compte rendu individuel des membres du personnel sur leur propre pratique, notamment sur les taux d'admissions obligatoires. Ils étaient en outre invités à discuter avec un collègue du motif d'une admission involontaire avant chaque admission.

L'étape 4 (adoptée en 2009) prévoyait que trois chefs de service de psychiatrie de trois unités de soins aigus examinent les registres d'admission en mettant l'accent sur le rôle du *personnel* dans le processus d'admission. Le dossier de chaque membre du personnel était examiné de façon anonyme afin d'évaluer les décisions qu'il avait prises en matière d'admission. La même procédure a été reproduite un an plus tard par un chef de service de psychiatrie qui a fait un compte rendu individuel aux membres du personnel. (L'idée était que si un membre du personnel enregistrait un taux d'admissions involontaires plus élevé

que ses collègues, ces derniers en seraient informés et cette tendance serait examinée et corrigée le cas échéant).

La plupart des psychiatres qui autorisaient une proportion d'admissions involontaires plus élevée que les autres membres du personnel ne s'en étaient pas rendu compte. Lorsque ces faits ont été établis, certains psychiatres ont fait part de leur mécontentement et ont critiqué le projet. Certains craignaient une hausse du taux de suicide des patients. Aucun élément de preuve corroborant cette affirmation n'a été fourni (contribution n° 17B).

Cette initiative n'a pas eu d'incidence sur les coûts.

Les usagers des services n'ont pas été impliqués dans le développement, la mise en œuvre ou le suivi de l'initiative, mais, selon les sources, les responsables de cette initiative se sont inspirés des « organisations d'usagers qui ont fait campagne en faveur d'une diminution des admissions obligatoires » (contribution n° 17B). Pendant la période du projet, l'objectif politique clair de la Norvège était de réduire les traitements psychiatriques involontaires. (Pour en savoir plus sur ce projet, voir Ness et al., 2016).

Modèle de Trieste – « Portes ouvertes » — Système de soins sans restrictions en faveur du rétablissement et de la citoyenneté » – Italie

Le modèle de Trieste est décrit comme un « système de portes ouvertes, sans restrictions, pour le rétablissement et la citoyenneté » dans la ville de Trieste (Italie) (Mezzina, 2014, p.440). Trieste est une ville de 236 000 habitants située au nord-est de l'Italie dans la région du Frioul-Vénétie Julienne. Dans la deuxième moitié du XXe siècle, les autorités de la ville ont cherché à transformer les services de santé mentale pour passer d'un modèle clinique basé sur le traitement de la maladie (notamment la diminution des symptômes cliniques) à une approche plus large qui privilégie des aspects du contexte social qu'il est possible de modifier pour favoriser l'appartenance, la sécurité et l'inclusion sociale.

Selon Roberto Mezzina, « [a]u cœur de l'organisation se trouve un réseau de centres de santé mentale communautaires ouverts 24 h/24 et 7j/7... et ne comprenant qu'un petit nombre de lits. Le système coordonné par le [Département de la santé mentale] comprend également une unité psychiatrique au sein de l'hôpital général, un réseau de logements subventionnés et plusieurs entreprises sociales ». (Mezzina, 2014, p.440) Le modèle de Trieste a fait l'objet d'un très grand nombre de recherches (Portacolone et al., 2015). L'OMS décrit cette approche de la psychiatrie publique comme l'une des plus progressistes au monde, et Trieste est le lieu d'un Centre collaborateur de l'OMS depuis plus de quatre décennies (voir <<https://apps.who.int/whocc/Default.aspx>>), dont la mission est de diffuser ses pratiques dans le monde entier.

Selon R. Mezzina, si l'appréciation du caractère probant de pratiques particulières employées dans le modèle de Trieste est délicate, c'est parce « qu'il n'est pas possible d'évaluer l'efficacité des différentes interventions (psychoéducatives, réadaptatives, psychothérapeutiques), car elles sont imbriquées dans une approche « globale » (Mezzina, 2014, p.440). Selon R. Mezzina, Il existe cependant plusieurs « études sur des cohortes de patients atteints de psychose, des études sur la charge familiale, des recherches sur les interventions de crise, la satisfaction des usagers et des membres de la famille et les réactions à l'égard des soins communautaires » (2014, p.440). Il se trouve que la plupart d'entre elles sont rédigées en italien.

R. Mezzina rapporte que « [m]oins de 10 habitants sur 100 000 sont exposés à une [ordonnance de traitement psychiatrique involontaire], généralement pour une durée d'environ 7 à 10 jours », soit « environ 1 % de tous les épisodes pris en charge dans des établissements de soins » (Mezzina, 2014, p.442). En outre, « la plupart d'entre eux sont traités par des [centres de santé mentale communautaires], qui prennent désormais en charge la plupart des admissions dans les [unités psychiatriques des hôpitaux généraux] ». En 2014, R. Mezzina résumait ainsi la base de données probantes, le plus souvent en italien :

La gestion des crises dans les [centres de santé mentale communautaires] s'est également révélée efficace pour prévenir les rechutes et les évolutions chroniques. Une enquête nationale menée dans 13 centres a montré que les soins de crise dispensés par les [centres de santé mentale communautaires] 24 h/24 et 7 J/7 ont une efficacité supérieure pour la résolution des crises et le suivi sur 2 ans, en particulier dans le cadre de relations thérapeutiques de confiance, du suivi et de la flexibilité des soins, et de l'exhaustivité des services. Depuis 20 ans, on a observé une diminution de 50 % environ du nombre de

personnes se présentant aux urgences de l'hôpital général. Les recherches qualitatives ont souligné en particulier certains facteurs sociaux essentiels influençant les services et le lien entre le rétablissement, l'inclusion sociale et la citoyenneté participative. Des données récentes indiquent une observance de 75 % de la médication antipsychotique (n = 587), un résultat qui s'explique par la qualité de la relation thérapeutique et le renforcement du réseau social. La satisfaction des usagers à l'égard des services a été élevée dès les premières années et a atteint, plus récemment, 83 % dans deux [centres de santé mentale communautaires].

Selon les sources, certains services de psychiatrie forensique « sont gérés de facto selon une politique de la porte ouverte » (Mezzina, 2018, p.340), mais les données probantes en langue anglaise sur les résultats et la nature précise de ces interventions semblent limitées.

Il y a lieu de formuler plusieurs réserves. Portacolone et al. ont étudié la mise en œuvre du modèle de Trieste dans la ville américaine de San Francisco et ont conclu que, pour être efficace, ce modèle semble devoir être appliqué à une population comprenant peu de jeunes, avec un faible taux de consommation de drogue, ayant des conditions de logement satisfaisantes et une inclusion sociale élevée. Selon Portacolone et al., si ces conditions ne sont pas réunies, les systèmes sans hospitalisation, axés sur la communauté, risquent de se heurter à des difficultés. Selon certains psychiatres, il serait trompeur de citer Trieste en exemple, alors que le contexte culturel, social, économique et politique pourrait exiger d'autres dispositifs (Allison et al., 2020). Selon Carta et al.(2020), même en Italie, les principes et les idées qui sous-tendent le modèle de Trieste ont été appliqués à des degrés divers dans différentes régions, et avec des niveaux de réussite extrêmement variables. Il n'en reste pas moins que Trieste demeure le lieu de référence des efforts globaux déployés pour réduire et à prévenir les pratiques coercitives en matière de santé mentale.

D. Autres initiatives en faveur de la réduction de la coercition

Plusieurs autres initiatives communiquées ne rentrent dans aucune catégorie précise. Les pratiques décrites ci-après sont regroupées dans les sous-catégories suivantes :

▶ Planification anticipée	82
▶ Soutien par les pairs et travailleurs pairs, Niveau international	85
▶ Formation	89

Planification anticipée

Il existe de nombreux travaux de recherche sur l'utilisation par les personnes ayant des troubles mentaux et des handicaps psychosociaux de la planification anticipée sous diverses formes (Weller, 2013). La planification anticipée recoupe des pratiques décrites sous divers vocables comme « déclarations anticipées », « directives anticipées », « plan de crise conjoint », etc. Ces mesures peuvent contribuer à éviter le type de situations de crise dans lesquelles des personnes sont soumises à des mesures coercitives. Certains travaux de recherche ont étudié les effets des différentes méthodes de planification anticipée sur la réduction du recours aux pratiques coercitives (see Barbui et al., 2020, p.5), qui sont généralement positifs, notamment dans les dernières méta-analyses (see de Jong et al., 2016). Les tendances en matière de politique de santé mentale montrent un consensus général sur le fait que la planification anticipée est un élément important parmi plusieurs pratiques souhaitables, notamment comme moyen pour réduire le recours à la coercition et promouvoir les droits humains (Weller, 2013). Selon Chris Maylea et al. (2018) :

Les directives anticipées en psychiatrie ou des documents similaires ont été inscrits dans la loi, mis en œuvre ou testés dans un certain nombre de juridictions. C'est notamment le cas de certains États des États-Unis, de la Belgique, de l'Irlande, de l'Écosse, de l'Inde et de l'Angleterre, du Pays de Galles et du Canada. La forme législative est très variable. Ces documents n'ont parfois aucune valeur juridique, les responsables peuvent être tenus « d'en tenir compte, ils peuvent être invalidés par un tribunal ou une instance supérieure, ou peuvent, dans certaines circonstances, revêtir un caractère obligatoire. Ils peuvent être utilisés pour consentir préalablement à un traitement, ce qui a pour effet de « lier » leur auteur, dispositions parfois décrites comme une clause Ulysse, ou bien pour sélectionner, restreindre ou refuser certains traitements, ce qui a pour effet de « lier » l'équipe soignante ou un autre décideur. Malgré cette diversité, tous les modèles visent à redonner des moyens à une personne et à l'aider à affirmer sa volonté et ses préférences.

Plusieurs États membres du CdE ont mis en place la planification anticipée dans les services de santé mentale sous une forme ou une autre. Les exemples de l'Espagne et de la France sont présentés ci-après.

PPS-Santé mentale – Espagne

En 2016, en Andalousie (Espagne), l'École andalouse de santé publique a publié un guide sur la planification préalable des soins en santé mentale (contributions n° 9, n° 28). Le programme est dénommé PPS-SM en abrégé. Le Réseau européen des institutions nationales des droits de l'homme et Mental Health Europe (2020, p.18) décrivent le programme de la manière suivante :

L'objectif est de promouvoir l'autonomie des personnes ayant des handicaps psychosociaux et de les soutenir dans leur prise de décision. Les usagers peuvent remplir un document expliquant les symptômes qu'ils ressentent habituellement lorsqu'une crise démarre, ce qui leur fait du bien ou du mal lorsqu'ils ressentent de la détresse, indiquant le nom de leur personne de confiance, les personnes autorisées à leur rendre visite, le type de soins qu'ils préfèrent en cas de crise, les personnes qui peuvent prendre des décisions à

leur place, des informations sur leur santé générale, leur régime alimentaire, etc. Ces informations sont ensuite ajoutées à leur dossier médical et mises à la disposition des professionnels de santé lorsqu'ils ne peuvent plus exprimer pleinement leurs volontés et leurs décisions.

Cette possibilité de planification préalable offerte aux personnes ayant des troubles mentaux et des handicaps psychosociaux en Andalousie faisait partie intégrante d'un ensemble de pratiques visant à promouvoir les droits humains dans les services conçus pour aider les personnes en situation de détresse ou de maladie mentale. Parallèlement à ce programme de planification préalable des soins, une initiative en faveur de la réduction de la contention mécanique a été lancée dans le cadre du Plan global en matière de santé mentale de l'Andalousie (2016-2020) (voir plus haut, p.38).

Actuellement, le PPS-SM est peu utilisé, ce qui correspond aux tendances observées dans le monde en matière de recours à la planification anticipée (voir Weller, 2013). Selon une enquête réalisée par l'équipe, les procédures de PPS-SM andalouses varient selon les services et les professionnels de la santé mentale. La plupart des participants, usagers comme professionnels, estiment que PPS-SM est un outil utile pour respecter les préférences des usagers. Parmi les avantages indiqués, on citera l'amélioration des relations et de la communication entre les professionnels et les usagers, la participation accrue des usagers à la prise en charge de leur maladie, le sentiment de respect des usagers, une meilleure connaissance de soi et une autonomie accrue dans la gestion de leurs problèmes de santé mentale. Les points faibles cités comprennent l'absence de garantie que les préférences de l'utilisateur seront respectées, ou même consultées par les professionnels qui s'occuperont des patients au moment de la prise de décisions. La disponibilité et la viabilité des choix effectués par les usagers peuvent être également limitées. La plupart des professionnels ont signalé le manque de travail en équipe et ont déclaré que certains collègues ne croient pas à la PPS-SM, car ils sont « aux prises avec un ancien modèle dans lequel seuls les professionnels savaient ce qui était le mieux pour leurs patients » (contribution n° 28). Pour certains, il faudrait changer l'ensemble du système afin d'accepter et d'adopter la PPS-SM comme un droit supplémentaire qui doit être respecté. L'enquête conclut que les services de santé mentale andalous ont besoin d'informations supplémentaires, d'un travail en équipe et d'une formation sur l'ACP-SM. Cela implique que les services évoluent vers un modèle de « relation professionnel-usager fondé sur la communication et l'acceptation que les usagers ont des droits, notamment celui d'expliquer et de choisir leurs préférences en matière de santé mentale pour l'avenir » « (contribution n° 28). L'information, la formation et la coordination des services de santé mentale doivent être renforcées s'ils veulent respecter les droits des usagers en matière d'autonomie et de prise de décision dans le domaine de la santé mentale.

« Mon GPS » - France

« Mon GPS - Guide prévention et soins » (« mon GPS » en abrégé) est un livret créé pour et avec des personnes ayant des troubles mentaux ou des handicaps psychosociaux. Ce livret permet à toute personne d'exprimer ses souhaits par avance. Les informations peuvent être regroupées dans des rubriques comme : « Ce qui m'aide quand je ne vais pas bien ? » ou « Ce que je veux que l'on respecte si je suis hospitalisé ». Le kit mon GPS a été conçu en priorité pour les situations de crise. Mais

un grand nombre des informations contenues dans le livret sont destinées à éviter la crise, ainsi que l'hospitalisation. À travers les questions posées dans le livret, la personne apprend à réfléchir à la nature des crises précédentes dans sa vie, à ses préférences, à identifier ce qui l'aide et ce qui ne l'aide pas pendant les périodes de crise. Une personne peut se référer à son guide « Mon GPS » lorsqu'elle commence à se sentir mal, et son entourage peut l'utiliser pour la soutenir plus efficacement.

De manière plus générale, « mon GPS » vise à :

- ▶ Favoriser l'autonomie, et le soutien volontaire qui tient compte des choix de la personne
- ▶ Promouvoir la concertation entre usagers, professionnels et/ou proches autour d'un projet individuel de soins et d'accompagnement
- ▶ Promouvoir la participation active de l'intéressé à son rétablissement
- ▶ Favoriser la prise de décision partagée

Si une personne est hospitalisée ou retenue sous contrainte, les professionnels de santé mentale peuvent se référer au guide Mon GPS pour définir et respecter, dans la mesure du possible, les souhaits et les besoins de l'intéressé (contribution n° 26B). Mais les informations contenues dans le livret sont destinées à éviter la crise, ainsi que l'hospitalisation.

Le kit pédagogique « mon GPS » a été élaboré par Marie Condemine et Ofelia Lopez Hernandez (psychologues, Association PRISM-Prévention), en partenariat avec Psycom. Il a été construit selon une « démarche participative, avec des personnes vivant avec un trouble psychique, des proches, des professionnels de la santé et du social » (contribution n° 26B). Cette initiative a reçu le prix du Jury au Concours Droits des usagers de la santé - Édition 2020 du Ministère des Solidarités et de la Santé, ainsi que le Label Droits des usagers de la santé 2020, décerné par l'Agence régionale de santé Île-de-France (contribution n° 26B).

Soutien par les pairs et travailleurs pairs, Niveau international

Le soutien par les pairs formel, dans le cadre duquel des usagers actuels ou d'anciens usagers jouent un rôle professionnel dans le service, est associé à de multiples améliorations dans plusieurs domaines qui ont un effet sur la vie des personnes ayant des troubles mentaux et des handicaps psychosociaux (Repper & Carter, 2011). Il semble qu'aucune recherche n'ait été menée dans le but d'établir un lien de causalité explicite entre le nombre de personnes ayant une expérience vécue d'activité professionnelle au sein d'un service donné et la réduction de la coercition. Il ressort toutefois de la plupart des écrits que le recours à un plus grand nombre de travailleurs pairs améliore les services fournis, ce qui réduit indirectement la coercition.

La participation active des personnes ayant une expérience vécue des services de santé mentale ou ayant fait l'objet d'une intervention psychiatrique involontaire dans les politiques et pratiques qui les concernent est également inscrite dans une directive de la CDPH (article 4(3)). La participation active des personnes qui ont une expérience vécue ne se limite en aucun cas à l'offre de services. Des exemples pris dans le monde entier mettent en évidence la diversité des fonctions que les personnes ayant des troubles psychosociaux peuvent assumer en matière de santé mentale, notamment dans la recherche, l'élaboration des politiques, la défense des droits, etc. Cette sous-partie est toutefois consacrée au soutien direct par les pairs dans les services de santé mentale (dont les hôpitaux et les services communautaires).

Selon une méta-analyse de Julie Repper et Tim Carter (2011, p.392) consacrée au soutien par des pairs travaillant dans les services de santé mentale, ces travailleurs « peuvent entraîner une diminution des admissions dans leur environnement de travail » et il est probable qu'ils contribuent indirectement à réduire l'utilisation des pratiques coercitives. Selon Repper et Carter, avec une formation, une supervision et une gestion satisfaisantes, cette cohorte a le « potentiel d'induire des changements axés sur le rétablissement dans les services » (Repper et Carter, 2011, p.392).

Réseau sur l'entente de voix – International

Les groupes du **Réseau sur l'entente de voix** reposent sur l'idée que les membres - ceux qui entendent, voient ou ressentent des choses que les autres ne perçoivent pas - peuvent échanger mutuellement des stratégies efficaces dans un espace sûr et où ils bénéficient d'un soutien. Les groupes du Réseau sur l'entente de voix sont présents dans le monde entier, dans des pays aussi divers que la Grèce, le Danemark, le Royaume-Uni, l'Ouganda, le Japon, l'Australie et les États-Unis (contribution n° 27). Le Royaume-Uni, à lui seul, comprendrait plus de 180 groupes, y compris des groupes pour les jeunes, les détenus, les femmes et les personnes issues des communautés « noires et des minorités ethniques » (contribution n° 27).

Dans le cadre d'une évaluation systématique de l'impact et de l'efficacité des groupes d'entraide du Réseau sur l'entente de voix, portant sur 62 groupes rattachés au réseau anglais, les chercheurs ont conclu que la participation à ces groupes « permettait d'obtenir divers résultats positifs sur le plan émotionnel, social et clinique » (Longden et al., 2018, p.184). Les aspects particulièrement appréciés étaient les suivants : possibilités de rencontrer d'autres entendeurs de voix, apport d'un soutien inexistant ailleurs et rôle du groupe en tant qu'espace protégé et confidentiel pour aborder des questions difficiles (Longden et al., 2018, p.184). Les participants considèrent que les

groupes du Réseau sur l'entente de voix facilitent « les processus de rétablissement et sont une ressource importante pour les aider à surmonter leurs expériences ». Des groupes efficaces offrent aux participants un contexte sûr pour partager leurs expériences et permettent de communiquer des stratégies pour s'adapter aux voix et envisager d'autres approches des voix. Ils visent à offrir accueil en toute sécurité où des personnes ayant des expériences communes se sentent acceptées, valorisées et comprises.

Les groupes du Réseau sur l'entente de voix présentent plusieurs différences même s'ils partagent les mêmes valeurs fondamentales. Les différences incluent, sans s'y limiter :

Les membres

La plupart des groupes sont composés uniquement de personnes ayant une expérience vécue des voix, visions et autres perceptions sensorielles inhabituelles. Certains groupes organisent des sessions ouvertes qui accueillent également des membres de la famille et/ou des personnes de soutien. D'autres se concentrent sur un groupe particulier (personnes issues de groupes culturels, de sexe ou d'âge spécifiques, par exemple). D'autres encore sont ouverts à tous.

Contexte

Le réseau sur l'entente de voix comprend des groupes actifs dans différents contextes, notamment : des groupes communautaires indépendants ; des organisations bénévoles ; des équipes de santé mentale ; des unités de patients hospitalisés ; des unités psychiatriques sécurisées ; des prisons. Il vise également à proposer des groupes de soutien disponibles en ligne.

Facilitation

Certains groupes sont dirigés exclusivement par des usagers, les animateurs ayant tous une expérience personnelle de l'entente de voix. D'autres sont animés par des personnes ayant à la fois une expérience personnelle et professionnelle. Dans certains contextes, les groupes peuvent être entièrement animés par des personnes qui ont une expérience professionnelle, et non personnelle. Bien que ces groupes ne soient pas moins utiles que les autres, le réseau dans son ensemble les encourage à trouver des moyens pour impliquer plus activement des personnes ayant une expérience personnelle dans leur gestion et leur animation.

Pour de plus amples informations, voir : <https://www.intervoiceline.org/>; <https://www.hearing-voices.org> [consulté le 12.04.2021]

Soutien intentionnel par les pairs – Royaume-Uni et niveau international

Le « soutien intentionnel par les pairs » (SIP) est une pratique destinée à améliorer les liens informels pour soutenir les personnes en détresse (contribution n° 27). Darby Penney et al. (2021) décrivent le SIP comme une « approche élaborée par les pairs, fondée sur la théorie et décrite dans un manuel, qui est employée dans de nombreux pays ». Même si cette méthode peut être également employée par des salariés

rémunérés (Stone et al., 2010), elle est conçue pour aider les personnes chargées du soutien informel à soutenir une personne d'une façon qui lui permette de se concentrer sur la relation et à déterminer conjointement comment réagir efficacement à la crise.

Le soutien intentionnel par les pairs implique souvent d'aborder très ouvertement la question du pouvoir - qui le détient, qui n'en a pas et comment le partager par la négociation ? L'objectif est de remettre en question certains rapports traditionnels qui s'instaurent dans les soins informels et le soutien apporté aux personnes en crise, et de créer ainsi des relations mutuelles où le pouvoir est partagé et non réservé à ceux qui dispensent les soins. Il n'existe actuellement aucune recherche empirique évaluée par des pairs sur le soutien intentionnel par les pairs. Penney et al. (2021) ont cependant élaboré et évalué une mesure qui peut être appliquée aux usagers d'un service afin de disposer de données quantitatives pour évaluer les « compétences de base en SIP » dans la recherche sur les résultats ; cela peut servir de base à de futures recherches sur le SIP orientées sur le processus pour documenter et évaluer systématiquement les expériences des participants. Aujourd'hui, le SIP IPS peut être utile pour mettre en œuvre des éléments du soutien centré sur les droits pour les personnes en détresse psychologique et en crise de santé mentale et ainsi contribuer à prévenir les interventions coercitives (voir Gooding, 2018, p.202). Pour de plus amples informations, voir : <https://www.intentionalpeersupport.org/what-is-ips/> [consulté le 12/04/2021].

Médiateurs de santé-pairs – France

Le programme des médiateurs de santé-pairs mis en place en France par le Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale est un exemple de création et de développement d'un dispositif professionnel de soutien par les pairs.

Ce programme s'inspire d'expériences internationales, notamment dans les pays à hauts revenus, pour intégrer d'anciens et d'actuels usagers de la psychiatrie dans des équipes de soins en santé mentale et s'engage à cet effet à faire acquérir aux intéressés une formation universitaire. Le programme a débuté en 2012, dans 3 régions pilotes, avec 30 médiateurs de santé-pairs qui alternaient formation à un diplôme universitaire et activité professionnelle dans un service de psychiatrie. En décembre 2017, une expérimentation plus formelle a été initiée. Une mention médiateurs de santé-pairs a ainsi été créée dans une Licence existante en Sciences Sanitaires et Sociales par l'Université Bobigny Paris 13 et le CCOMS. Trente-cinq postes de médiateurs de santé-pairs ont été pourvus dans 6 régions au sein de « secteurs de psychiatrie, d'hôpitaux et de structures médico-sociales » (contribution n° 15). La formation alternait théorie et pratique. Le volet théorique a été organisé en partenariat avec l'Université Paris 8 et les sessions de formation ont eu lieu dans les 3 régions. La formation pratique a fait intervenir 15 établissements de psychiatrie adulte (5 sites par région).

L'inscription à la formation étant subordonnée au recrutement dans l'un des 15 sites, les participants à ce programme ont été embauchés sous contrat professionnel. Ce contrat couvrait l'année de formation et de stage ainsi que l'année de mise en situation. Le programme a été soumis à une évaluation qualitative, qui a abouti à des résultats positifs et à une étude quantitative qui est toujours en cours à l'heure où ce

rapport est rédigé. (Pour de plus amples informations, voir <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/> [consulté le 03.04.2021]).

Formation

Il existe différents types de formation axée sur les droits humains (voir, par exemple, partie I ; section B, « Organisation mondiale de la santé - Programme de l’OMS pour l’évaluation de la qualité et du respect des droits » p.16). Les médiateurs de santé pairs, par exemple, pourraient être décrits comme un programme de formation en plus d’une stratégie de développement de la main-d’œuvre. Une seule initiative de formation explicite - BE RIGHT - a été soumise pour figurer dans ce recueil.

BE RIGHT – Initiative multinationale pour la formation des professionnels de la santé et des services sociaux dans les établissements de santé mentale

« BE RIGHT » est un programme de formation sur les droits humains dans les établissements de soins en santé mentale. Les contenus et méthodes de formation sont conçus pour mettre en évidence l’exposition des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un handicap psychosocial aux violations des droits, notamment dans les services sanitaires et sociaux qui sont précisément destinés à les aider. La formation fait appel à des pratiques réflexives pour aider les professionnels à « s’interroger sur des attitudes largement répandues à l’égard de la santé mentale ».

Selon les sources, cette formation est « très pratique, interactive, convaincante et tournée vers l’action » (<http://www.beright-mh.eu/> [consulté le 01.04.2021]). Elle a été dispensée dans le cadre d’un essai pilote mené avec 5 organisations partenaires (dont l’École andalouse de santé publique en Espagne, citée plus haut dans ce rapport) auprès de 75 professionnels et est désormais accessible au public via la plateforme d’apprentissage en ligne « Be Right ». Cette plateforme est disponible dans les six langues de l’UE (voir <https://training.beright-mh.eu/?lang=en> [consulté le 01.04.2021]).

Le programme met l’accent sur la parole des personnes ayant une expérience personnelle des troubles de la santé mentale et des handicaps psychosociaux, qui, selon les sources, ont participé directement à l’élaboration du matériel de formation et à sa présentation. Selon le site internet « Be Right » :

Le projet BE RIGHT vise à permettre aux personnes ayant une expérience personnelle de la maladie mentale de s’exprimer sur la manière dont elles souhaitent être traitées. Cet objectif sera atteint en impliquant directement les personnes ayant des troubles mentaux dans l’élaboration du matériel de formation et dans la présentation de la formation (coproduction). Un jeu de société éducatif sur les droits humains destiné aux utilisateurs de services sera créé afin que les personnes atteintes de maladies mentales disposent d’un outil pour connaître leurs droits et les défendre.

Grâce à l’implication de différentes parties prenantes - comme des spécialistes des droits humains, des professionnels des services sociaux et de santé travaillant directement avec des personnes atteintes de maladies mentales et des usagers eux-mêmes - les résultats obtenus auront une valeur particulière, fondée sur une diversité d’expériences, de points de vue et de compétences (<http://www.beright-mh.eu/index.php/be-right-the-project/> [consulté le 01.04.2021]).

Il n'est pas indiqué clairement si le matériel de formation BE RIGHT traite explicitement de la réduction ou de la prévention des mesures psychiatriques involontaires.

III. Discussion

Cette dernière partie du rapport examine brièvement les éléments démographiques en jeu dans les pratiques recensées dans la partie II, puis suggère des facteurs qui semblent communs à l'ensemble des bonnes pratiques.

A. Variation démographique

Dans un même pays, des groupes économiques et sociaux différents peuvent avoir une expérience différente des services de santé mentale (et de tous les services). Les personnes issues de groupes à faibles revenus, les femmes, les hommes, les enfants et les jeunes, les personnes âgées, les LGTBI+, les migrants, les réfugiés et les demandeurs d'asile, les minorités ethniques, etc. sont tous susceptibles d'avoir une expérience différente des mesures coercitives.

Dans les contributions à ce rapport, les questions démographiques n'ont été généralement mentionnées que par rapport la population générale concernée par un service précis. Ainsi, le programme belge TANDEMplus est déployé dans une zone de Bruxelles où vivent de nombreux migrants, des personnes habitant dans des maisons modestes et/ou des logements publics et des populations caractérisées par des taux de chômage et de consommation de drogues plus élevés. D'autres études ont mis en évidence des difficultés socio-économiques similaires dans des régions où les services étaient en place (comme le programme norvégien en faveur de la réduction de la contention de Lovisenberg diaconal hospital, Clinique de santé mentale).

Cependant, aucune de ces pratiques ne semble avoir été spécialement conçue pour des sous-populations spécifiques.

Genre

Aucun de ces programmes, pratiques ou initiatives ne semble inclure une référence explicite au rôle du genre et aux expériences et besoins différents des femmes et des hommes.

Certains programmes ont signalé des différences de résultats fondées sur le genre. Ainsi, le programme Six stratégies fondamentales appliqué en Andalousie (Espagne) a permis de constater que les personnes exposées à la contention mécanique étaient à 65 % des hommes et à 35 % des femmes. Cette tendance s'est maintenue pendant les trois années de mise en œuvre du programme, même si celui-ci a permis une réduction globale de la contention de 15 %. Néanmoins, les ressources actuellement disponibles ne semblent pas analyser plus en détail ces facteurs propres à chaque sexe et ne contiennent guère d'informations sur l'importance du genre dans les solutions de remplacement de la coercition dans leur ensemble.

Il semble que seules quelques études empiriques de la littérature plus vaste consacrée à la prévention et à la réduction de la coercition s'intéressent explicitement aux différences liées au genre (voir par exemple Long et al., 2015). Selon les études de Clive Long et al. (2015), le genre a un impact significatif sur l'expérience de la coercition. Cet impact est susceptible d'être associé à d'autres caractéristiques socio-économiques. Ainsi, au Royaume-Uni, les hommes noirs britanniques sont

surreprésentés dans les interventions psychiatriques involontaires (Gajwani et al., 2016). Selon une autre étude réalisée au Royaume-Uni, il existe des « inégalités ethniques marquées » entre les femmes britanniques blanches et les femmes britanniques noires, mais aussi entre les femmes britanniques blanches et les « autres femmes blanches » dans leurs expériences d'admission en soins aigus, notamment dans la manière dont la coercition est appliquée (Lawlor et al., 2012). Des recherches supplémentaires seraient nécessaires pour examiner plus en détail l'importance de la dimension de genre dans les efforts destinés à réduire et prévenir la coercition.

Minorités ethniques et raciales

Aucune initiative de ce recueil ne comporte de référence explicite à l'expérience des minorités raciales et ethniques, même si, comme pour les facteurs liés au genre, il peut s'agir d'une réalité au niveau des services ou de l'organisation communautaire elle-même. Une des contributions a relevé un nombre plus élevé de groupes de migrants dans une région où une pratique était mise en œuvre (TANDEMplus), mais cette observation ne constituait pas l'essentiel de la pratique elle-même.

Comme cela a été dit, la littérature plus vaste sur le sujet signale que les minorités ethniques ou les groupes de migrants ont généralement une expérience des services de santé mentale, et, de fait, des pratiques coercitives, qui est différente de celle des autres personnes (voir P ; ex., Lawlor et al., 2012 ; Norredam et al., 2010). La révision de 2019 de la *Loi britannique sur la santé mentale de 1983* (Angleterre et Pays de Galles) a ainsi abouti au constat qu'entre 2017 et 2018, « 289 séjours en hôpital psychiatrique pour 100 000 habitants ont concerné le groupe noir ou noir britannique, contre 72 dans le groupe blanc » et que « les taux [d'ordonnances de traitement dans la communauté] dans le groupe noir ou noir britannique étaient plus de huit fois supérieurs à ceux du groupe blanc » (Legraien, 2018).

Des facteurs économiques peuvent expliquer certaines différences ethniques décrites dans la littérature. Selon Phoebe Barnett et al. (Barnett et al., 2019, p.314), il est toutefois difficile, du moins au Royaume-Uni, de déterminer les modérateurs socio-économiques et cliniques par groupe ethnique et par mesure involontaire, car ces informations sont « rarement déclarées, ce qui empêche toute étude significative » ; il est possible que des problèmes similaires liés à la mauvaise qualité des données se posent en Europe. Certains groupes ethniques ou culturels ont créé ou fait pression pour obtenir leurs propres services, comme Sharing Voices Bradford au Royaume-Uni, un programme de soutien destiné en particulier aux Britanniques noirs et aux migrants en crise de santé mentale, notamment à ceux qui sont confrontés à l'exclusion sociale, à l'isolement et à la discrimination (Gooding et al., 2018, p.206).

Personnes âgées

On dispose d'éléments qui donnent à penser que les taux d'interventions involontaires dans le contexte de la santé mentale sont plus élevés chez les personnes âgées que chez les autres personnes (Gooding, 2018 p.112). Aucune des pratiques de ce recueil ne semble s'intéresser à ce groupe en particulier, tout au moins dans les documents communiqués, même si le modèle de psychiatrie citoyenne de Lille-Est semble inclure des programmes de proximité spécifiques pour les personnes âgées. En outre, certaines recherches complémentaires ont permis de repérer un service - les unités mobiles de santé mentale grecques - qui est destiné explicitement aux personnes âgées situées dans les régions rurales et éloignées du pays (Peritogiannis et al., 2017).

Autres problèmes démographiques

Plusieurs études d'autres sources de la littérature s'intéressent à des groupes particuliers, comme les détenus ou les personnes admises dans des établissements psychiatriques pénitentiaires (voir p. ex., Maguire et al., 2012; Olsson & Schön, 2016), les enfants et les adolescents (voir p. ex., Martin et al., 2008) et les adultes plus âgés (voir p. ex. Gjerberg et al., 2013; Mann-Poll et al., 2018), mais les documents communiqués n'y font pas référence. Il existe aussi probablement des différences significatives entre les personnes à faible revenu et à revenu élevé, les jeunes et les personnes âgées, les personnes ayant des handicaps intellectuels et cognitifs, les zones rurales et urbaines, etc.

Les unités mobiles de santé mentale grecques et l'approche finlandaise des Dialogues ouverts semblent être des solutions adaptées aux difficultés rencontrées par les habitants des zones rurales et éloignées,

Des appels ont été lancés en faveur d'une étude transnationale plus approfondie sur les caractéristiques démographiques des personnes faisant l'objet d'interventions psychiatriques involontaires (Curley et al., 2016, p.53).

B. Facteurs de réussite

Les facteurs de réussite des pratiques rassemblées dans ce recueil peuvent être répartis par catégorie thématique.

Thèmes généraux

► **Recherche sans ambiguïté de la prévention et la réduction de la coercition**

De manière générale, affirmer clairement que la coercition n'est pas du tout souhaitable (même si certains la considèrent comme nécessaire dans certaines circonstances précises) et s'engager à prendre des mesures efficaces pour réduire, prévenir et même éliminer la coercition est une condition préalable nécessaire à la réussite dans ce domaine. De telles déclarations d'intention ne suffisent évidemment pas et des mécanismes de reddition de comptes sont nécessaires (voir plus loin, Politique et pratique). Néanmoins, le fait de partir de ce principe explicite favorise le recentrage d'une loi, d'une politique publique ou d'une pratique en faveur de la prévention des pratiques coercitives, de la réduction et, si cela est effectivement possible, de l'élimination de la coercition.

► **Un leadership de haut en bas et au niveau local est nécessaire**

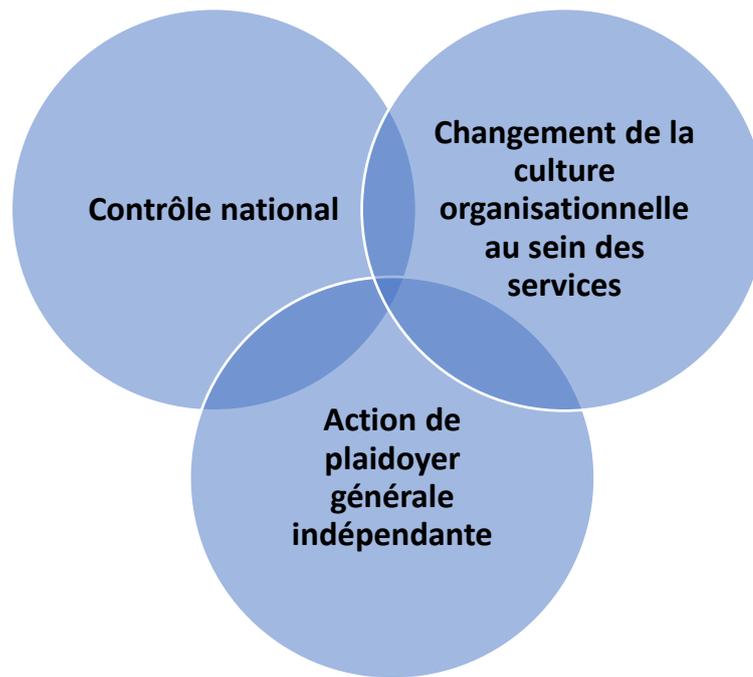
Le thème fondamental qui ressort de toutes les pratiques est qu'un leadership de haut en bas et au niveau local semble important. Sans ces deux éléments, il semble difficile d'instaurer et maintenir un changement de culture en faveur de la prévention, la réduction et la suppression des pratiques coercitives, qu'il s'agisse d'un service ou d'une initiative en particulier ou bien de l'ensemble du système.

► **Usager, survivant, leadership et participation des pairs**

Le leadership devrait comprendre la participation des pairs, tant au niveau supérieur que local, en tant qu'impératif pour le respect des droits humains (voir l'article 4(3) de la CDPH), mais aussi parce qu'il existe des preuves irréfutables que la participation des usagers des services et des personnes ayant des handicaps psychosociaux améliore l'efficacité des stratégies de réduction et de prévention de la contrainte (Gooding et al., 2018). Dans cette optique, les autorités publiques pourraient promouvoir l'attribution de ressources aux personnes ayant une expérience vécue des crises et des interventions en santé mentale, notamment de crédits pour la formation de travailleurs pairs officiels et pour la promotion et le soutien du leadership par les pairs dans l'élaboration des politiques. En outre, l'existence d'organisations indépendantes dirigées par des pairs, qui fonctionnent parallèlement aux services publics de santé mentale et mènent des actions de sensibilisation générales, semble également jouer un rôle positif dans bon nombre des initiatives de ce recueil destinées à prévenir et réduire la coercition.

Politique et pratiques

Du point de vue de **l'action publique**, les bonnes pratiques rassemblées dans ce Recueil montrent que les services qui n'ont pas recours à des mesures coercitives ou les limitent fortement peuvent progresser à trois niveaux interdépendants.



Graphique 1 : Changements politiques

1. Le **contrôle national** pourrait inclure des politiques nationales visant à réduire, prévenir et éliminer l'isolement et la contention, des restrictions législatives, l'obligation pour les autorités publiques de collecter des données et notamment de rendre compte des « progrès enregistrés dans les autres traitements possibles ».
2. Le **changement de la culture organisationnelle** viserait à faire évoluer les services vers des soins fondés sur les droits, le rétablissement et tenant compte des traumatismes, ainsi que vers des soutiens individuels et familiaux ; et
3. **Une action de plaidoyer générale indépendante** serait orientée vers l'opinion publique, les milieux politiques, les décideurs et prestataires de service afin qu'ils fassent valoir l'importance d'une prise en charge volontaire et sans coercition (Gooding et al, 2018, p.117).

Certains dispositifs de réforme parmi les plus complets, comme ceux de Lille-Est et de Trieste, ont été déployés au niveau municipal ou local. Il conviendrait de veiller à tirer les enseignements de ces initiatives pour les transposer aux niveaux national et régional.

Le *Guide de l'OMS sur les services communautaires de santé mentale : promouvoir des approches centrées sur droits humains et le rétablissement* (2021, p.8) contient des éléments utiles à cette démarche. Il rend compte des propositions politiques générales décrites plus haut et souligne que « la mise en place de services exempts de coercition nécessite des actions sur plusieurs fronts, notamment les suivantes » :

1. **Former le personnel des services** aux différences de pouvoir, à la hiérarchie et à la manière dont elles peuvent induire l'intimidation, la peur et la perte de confiance ;

2. **Aider le personnel** à comprendre ce qu'est une pratique coercitive ainsi que les conséquences préjudiciables de son usage ;
3. **Former systématiquement l'ensemble du personnel** aux réponses non coercitives à des situations de crise, notamment aux stratégies de désescalade et aux bonnes pratiques en matière de communication ;
4. **Établir un plan individuel** avec les usagers des services, notamment des plans de gestion des crises et des directives anticipées ;
5. **Changer l'environnement physique et social** pour créer une atmosphère chaleureuse avec l'accès à des « chambres de catégorie Confort » et des « équipes d'intervention » pour éviter les situations conflictuelles ou par ailleurs difficiles ou bien y faire face et les résoudre ;
6. **Mobiliser des moyens efficaces pour entendre les plaintes, y répondre** et en tirer des enseignements ;
7. **Effectuer un débriefing systématique** après chaque recours à une mesure coercitive afin d'éviter de tels incidents à l'avenir ; et
8. **Amorcer une réflexion et un changement** concernant le rôle de l'ensemble des parties prenantes y compris l'appareil judiciaire, la police, les agents de soins de santé générale (voir également World Health Organization, 2019).

Réussite hospitalière

De la même manière, la réussite des **initiatives hospitalières** citées dans ce recueil était généralement fondée sur les éléments suivants :

- ▶ Engagement et détermination des chefs de service ;
- ▶ Participation active du personnel de base de première ligne, afin qu'il se sente impliqué dans la pratique ;
- ▶ Engagement et exigences des autorités sanitaires ;
- ▶ Suivi des autorités sanitaires et révision de la pratique visée ;
- ▶ Structure de direction claire du service ;
- ▶ Disponibilité des données (statistiques) sur la pratique visée et nombre d'admissions/admissions involontaires pour un retour d'informations personnelles ;
- ▶ Culture ouverte à l'apprentissage et à l'essai de nouvelles approches ; et
- ▶ Stabilité de l'équipe.

Enfin, les pouvoirs publics, les groupes professionnels et les défenseurs des usagers pourraient être tentés de concentrer toute l'attention sur les initiatives en milieu hospitalier, car c'est dans ce contexte que sont prises la plupart des mesures coercitives formelles. Cependant, les bonnes pratiques présentées dans les parties « **Initiatives communautaires** », « **Initiatives hybrides** » et « **Autres initiatives** » mettent en évidence les nombreuses initiatives en dehors du contexte hospitalier qui sont nécessaires et peuvent tendre vers l'objectif général d'une prise en charge non coercitive.

En effet, la dichotomie traditionnelle entre les soins hospitaliers d'une part, et les soins « communautaires » d'autre part est parfois moins utile qu'une distinction entre le « soutien de crise » (qui peut être apporté ou non à l'hôpital) et le « soutien général » (Gooding et al, 2018, p.116). Élargir la perception que les autorités et le public ont du « soutien de crise » au-delà du simple contexte hospitalier pour y inclure des solutions offertes dans divers contextes, notamment à domicile, dans les centres de répit, les centres d'accueil administrés par les pairs, les unités de soutien mobiles, les dispositifs de conférences familiales, la défense des droits personnels, permettrait de sortir du cadre des environnements institutionnels où sont habituellement appliquées les pratiques coercitives.

C. Conclusion

Les données probantes sur l'efficacité des mesures visant à prévenir et à réduire la coercition dans les établissements de santé mentale et les services de soutien de crise sont de plus en plus nombreuses. Au vu de ces exemples concluants, il semble nécessaire de reconsidérer les hypothèses de nombreux gouvernements, professionnels et communautés sur la pertinence et la nécessité des mesures de contrainte.

Peu d'États, voire aucun, ont cherché à prévenir et à réduire systématiquement les pratiques coercitives, et aucun pays membre du Conseil de l'Europe ne s'est explicitement engagé à parvenir à une prise en charge non coercitive. Que se passerait-il si une seule ville, un seul pays ou une seule région mettait en œuvre le large éventail de mesures décrites dans ce rapport ainsi que dans d'autres recueils similaires ? À ce jour, il n'est pas possible d'apporter une réponse claire à cette question, car les solutions de substitution mises en œuvre sont le plus souvent ponctuelles, limitées aux niveaux provincial ou municipal ou axées uniquement sur certains types de coercition et non sur une approche systémique. Les pratiques présentées dans ce recueil laissent entrevoir ce qui est possible.

Ce recueil montre que bon nombre de mesures coercitives actuelles ne sont pas « nécessaires » si l'on investit dans d'autres pratiques et si l'on s'engage explicitement dans des initiatives en faveur de la prévention, la réduction et l'élimination de la contrainte. Il est impérieux, sur le plan moral et juridique, d'imposer l'adoption de ces pratiques et de prévoir des mécanismes de reddition de compte afin de garantir une transition plus générale vers des systèmes fondés sur les droits et axés sur le rétablissement.

Il faut espérer que ce recueil servira de cadre politique aux États membres du Conseil de l'Europe et à la société civile pour leur montrer la voie à suivre.