



PLAID-Care



Psychiatrie et libertés individuelles : étude
d'établissements caractérisés par un moindre recours à
la coercition



✚ L'histoire de PLAID-Care

- Antériorité de préoccupation commune pour le moindre recours à la coercition et plus particulièrement isolement / contention
- L'histoire d'une rencontre entre chercheurs-euses en soins infirmiers et sociologues
- La constitution d'une équipe de recherche et d'un comité de suivi
- L'opportunité d'un AAP IReSP « Recherche en santé publique. Interventions, services et politiques favorables à la santé » en 2020
- L'obtention d'un financement de deux ans Nov. 2021 – Nov. 2023



✚ L'équipe pluridisciplinaire

- **Sébastien SAETTA**, *sociologue, coordinateur de la recherche, CHU Saint-Etienne*
- **Magali COLDEFY**, *géographe, chercheuse indépendante associée IRDES*
- **Jean-Paul LANQUETIN**, *infirmier de secteur psychiatrique, CHU Saint-Etienne*
- **Delphine MOREAU**, *sociologue, EHESP*
- **Frédéric MOUGEOT**, *sociologue, ENSEIS*
- **Loïc ROHR**, *infirmier, CH Saint-Jean de Dieu et CHU Saint-Etienne*
- **Yvonne QUENUM**, *infirmière, CHU Saint-Etienne*
- **Daria ROSTIROLLA**, *psychologue-anthropologue, ENSEIS*
- **Livia VELPRY**, *sociologue, Université de Paris*
- 3 étudiants stagiaires : **Julien DEGRY** (Université Jean Monnet), **Anaïs McCARDELL** (Université Paris 8), **Perrine ROPERS** (EHESP)

✚ Le comité de suivi

Brigitte Alban, Chargée de mission, coordination médico-sociale (CPA)

Nadine Angénieux, Directrice des Soins (CH Saint-Marie Puy-en-Velay)

Olivier Chamoret, Cadre de Santé (CH Saint-Marie Puy-en-Velay)

Cécile Charmont, Cadre Supérieur de Santé (CPA)

Éric Fakra, Psychiatre (CHU de Saint-Étienne)

Emmanuelle Fillion, Sociologue (EHESP)

Claude Finkelstein, Présidente de la FNAPSY

Dominique Friard, Infirmier de Secteur Psychiatrique

Radoine Haoui, Psychiatre (CH Marchant)

Florian Magny, Infirmier (École Santé Social Sud Est)

Aurélie Tinland, Psychiatre (APHM)

Fanny Vincent, Sociologue (Université Jean-Monnet)

Bérénice Staedel, Chargée de mission (CCOMS)

Luc Chouchkaieff et Estelle Royer, Contrôleur·e au CGLPL

Sébastien André et Véronique Joguet-Coste, Documentalistes (Ascodocpsy)

Nicolas Rameau (Membre du Collectif « Toutes et tous concerné.e.s »)

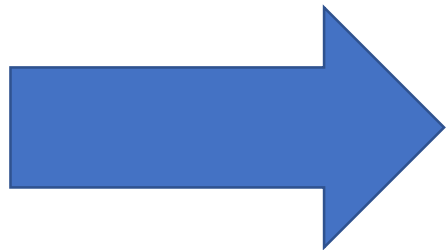
Et des personnes concernées du PTSM 69

⚡ Contexte

- En psychiatrie : **importantes disparités en matière de coercition** (notamment isolement, contention, fermeture des services), avec des établissements qui y recourent fréquemment et d'autres, exceptionnellement (Coldefy, 2016)
- *Disparités qui placent la France en porte à faux vis-à-vis du droit international, induisent une **perte de chances pour les patients et pèsent sur le système de santé** :*
 - Traumatismes physiques et psychologiques chez les patient·e·s (Carré, 2017 ; Chieze et al., 2019 ; Friard, 2002, 2003 ; Mougeot, 2020) et vécu majoritairement négatif pour les soignant·e·s (Guivarch, 2015) ;
 - Rupture de l'alliance thérapeutique, ruptures de parcours, et augmentation des coûts pour le système de soins (Baratta et Morali, 2010) ;
 - Mise en difficultés des établissements, en particulier depuis la Loi du 22 janvier qui modifie le régime de l'isolement et de la contention.

≠ Objectifs

- Recherche visant à **étudier des établissements moins coercitifs, peu visibles et peu investigués aujourd'hui en France**



Dégager les leviers d'une psychiatrie moins coercitive, plus respectueuse des libertés individuelles et davantage en phase avec les évolutions du droit (*Loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé ; Loi du 22 janvier 2022*)

≠ Objectifs

L'objectif général

- Mieux comprendre les établissements moins coercitifs, leur fonctionnement et leur impact sur les parcours de soins et le vécu des patient·e·s et des professionnel·le·s

Les objectifs spécifiques

- Identifier les acteurs·trices et événements ayant favorisé le recours à moins de coercition
- Identifier et caractériser les savoirs, compétences et pratiques des professionnel·le·s et usagers·ères à différents niveaux de la prise en soin et leurs soubassements théoriques, épistémologiques, cliniques et expérientiels
- Identifier et caractériser les formes d'organisation, de coordination et de coopération mises en place à différents niveaux du parcours de soins des patients (hospitalisation, ambulatoire)
- Spécifier le rôle des associations d'usagers, CGLPL, des tutelles (ARS)
- Identifier et analyser les effets du moindre recours à la coercition sur le parcours de soins des patient·e·s ainsi qu'en matière de satisfaction des professionnel·le·s et des usagers·ères

≠ 3 Tâches

- **Tâche 1** : Inventaire/catalogue, en France et à l'international, d'établissements/expériences de moindre recours
- **Tâche 2** : L'étude intensive (monographies) de quatre établissements, pôles ou secteurs moins coercitifs et bénéficiant d'une antériorité certaine
- **Tâche 3** : L'étude de trois établissements de la région Auvergne-Rhône-Alpes et un établissement en Centre-Val de Loire engagés dans un processus significatif de transformation et de limitation du recours à la coercition.

≠ Méthodologie

- Etude multicentrique (EPSM, ESPIC, psychiatrie sur site CHU, CHG)
- Articulation approches **quantitative** (données RIM-P et SAE principalement + recueil de données des DIM) et **qualitative**
- **Observation directe** comme socle de connaissance (au niveau des unités)
- **Regard bi-disciplinaire** (Sciences infirmières / Socio-anthropologie)
- **Entretiens semi-directifs** (collectifs et individuels) : équipes soignantes (cœur de la pratique, biographie, ...), personnels administratifs (dynamique institutionnelle, organisation,), usagers·ères (vécu de l'hospitalisation, place dans l'établissement, ...), personnes qualifiées
- **Méthode documentaire** : Recueil des projets d'établissement, médicaux et de soin / Littérature interne sur l'histoire / Magasines des établissements / Journaux locaux des unités / CR de réunions / Publications des professionnels de l'établissement / ...
- **Entretiens de restitution et de validation**

✚ Point d'étape

○ Tâche 1 (en continu) :

- Lecture des synthèses de l'ensemble des établissements visités par le CGLPL
- Premières données du RIM-P et de la SAE en cours de recueil
- Recherche documentaire dans le cadre d'un partenariat par Ascodocpsy

○ Tâche 2 (en voie de finalisation) :

- 4 établissements
 - Entretiens : 61
 - Observations : équivalent 77,5 jours

○ Tâche 3 (en cours) :

- 4 établissements :
 - Observations : équivalent 14 jours
 - Entretiens : 9

⌘ Premiers éléments de repérage

○ Les organisations

- Dynamique institutionnelle
 - Proximité collective
 - Volonté affirmée et exprimée de moindre recours
- Place de l'ambulatoire
 - Ambulatoire développé
 - Lien constant et physique ambulatoire / hospitalisation complète (quotidien)
 - Bipolarité d'exercice des soignants
- Sur le site hospitalier
 - Services ouverts
 - Lieux de rencontres, de partages ouverts à tous (usagers, proches, professionnels)
 - Importance et diversité des activités
 - Importance de l'accès direct à l'environnement naturel immédiat
 - Gestion des soustractions aux soins, appréciation partagée de la prise de risque

⌘ Premiers éléments de repérage

○ Les pratiques

- Importance du temps soignant auprès du patient
- Volume de l'offre de disponibilité (importance temps soins directs / indirects). Impact préventif de cette offre de présence.
- Volonté d'horizontalisation des relations entre professionnels, entre professionnels / usagers.
- Prévalence des activités à médiation (formelles, informelles)
- Investissement du rôle propre soignant par tous: initiative soignante, créativité... Faire avec comme modalité relationnelle principale
- Une préoccupation soutenue et constante du patient
- Soigner l'ambiance

⌘ Premiers éléments de repérage

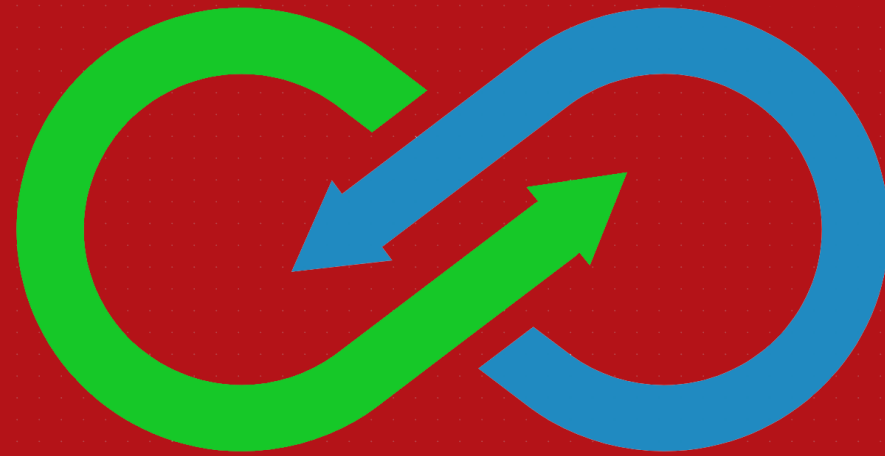
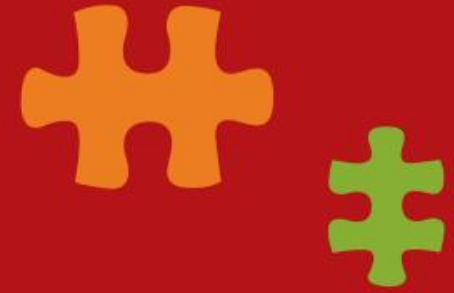
○ L'utilisateur

- Impliqué dans la vie institutionnelle : participation à la CDU, mais pas uniquement (réunions communautaires, implication dans des groupes de réflexion, notamment sur l'un des sites d'un groupe visant à réduire l'isolement, ...)
- Offre de disponibilité centrée sur l'utilisateur
- Permanence des continuités relationnelles (hospitalisation et post-hospitalisation)

⌘ Premiers constats

- Les enseignements d'une psychiatrie moins coercitive
 - Absence de contention (pas de matériel)
 - Absence d'isolement ou faible recours
 - Respect des droits fondamentaux (liberté d'aller et venir, de communiquer, à la dignité...)
 - Dialectique sécuritaire / sécurisant est un travail à mobiliser au quotidien
 - Cela nécessite une exigence forte et donc un niveau d'implication élevée de tous les acteurs (usager /soin / direction / acteurs du territoire)
 - L'ensemble de ces organisations est fragile (à tous niveaux). Rien n'est acquis, pas d'effet cliquet.

**Merci pour votre
attention**



PLAID-Care

