



HAL
open science

Isolement et contention, mesures de dernier recours en psychiatrie : quelles sont les bonnes pratiques ?

Pauline Mader

► **To cite this version:**

Pauline Mader. Isolement et contention, mesures de dernier recours en psychiatrie : quelles sont les bonnes pratiques ?. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01418099

HAL Id: dumas-01418099

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01418099>

Submitted on 16 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2016

Thèse n° 3184

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 1 décembre 2016 par

Pauline MADER

Née le 14 mai 1988 à Périgueux (24)

**ISOLEMENT ET CONTENTION,
MESURES DE DERNIER RECOURS EN PSYCHIATRIE : QUELLES
SONT LES BONNES PRATIQUES ?**

Directeur de thèse

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Jury

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, Président
Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Juge
Madame le Professeur Marie TOURNIER, Juge
Madame le Docteur Oriane HOSTACHE, Juge
Monsieur le Docteur Kevin ROSSINI, Rapporteur

REMERCIEMENTS

À Hugo, mon roc. Pour ton soutien de chaque instant, ton positivisme et cette force inébranlable. À ta curiosité, ton amour pour les mots et la bocca. A nos éclats de rire. Je te dédie ce travail.

À notre « nous », tellement hâte de te rencontrer.

À mes parents, pour l'amour dont vous m'entourez depuis toujours. Pour votre soutien de chaque instant et votre si grande compréhension. Pour vos talents de cuisiniers et la chaleur de notre maison.

À Spok et Pedro, toujours avec nous.

À ma mère, pour ta générosité incommensurable, ta douceur, ta patience sans faille, ta tolérance et ton imagination en surnom. Pour être la meilleure des mamans.

À mon père, à ton savoir, ton humour bien à toi, ta sensibilité et ton humanité. Pour m'avoir fait avancer chaque jour un peu plus.

À Victor, mon frère. Pour ton courage, ton indépendance et ta maturité. Continu de grandir si bien.

À ta douce Marie, pour sa tendre générosité et sa fraîcheur du sud.

À toute ma famille. Pour avoir la chance d'être aussi unis et pour votre soutien sans condition.

À Laurence, pour ta sensibilité et pour m'avoir accueilli avec autant de tendresse et de générosité. À Michel, pour ton amour du cinéma et ton humour sans pareil.

À Thierry, pour ta bonne humeur et tes rires si communicatifs. À ta douce Fabienne.

À Elsa, mon cursoeur. À ton authenticité, ton caractère bien trempé, tes mots justes et si profonds. À ta si jolie pudeur.

À Jules, l'artiste. Pour ta douceur et ta sérénité. À ta jolie Ninon.

À François, une étoile dans le ciel. À tes sardines un soir d'été et à Courgette. À ta tendre famille.

À Aurélie, à ses liens indicibles. Pour ta générosité et ta détermination. Pour elle, qui veille si bien sur toi.

À Julie, « une de mes meilleures amies », à nos débuts difficiles, à nos fous rires, notre complicité. Pour ta force, ta sincérité, tes larmes si généreuses et ton amour pour les grands espaces. À Martine et Daniel, pour votre soutien et votre chaleur. « Et caetera » pour vous servir.

À Clémence, coup de cœur. À nos soirées périgourdines, nos longues discussions et nos goûts en commun. À Christian et vos belles années à venir.

À Marie, à ta joie de vivre, ton dévouement, tes talents de danseuses et tes mots bien à toi. À F.X, ton pilote.

À Claire et Pauline, à notre trio inséparable. Claire, pour ta tendresse, ton français délicieux, et ta finesse. À J-C, ta moitié. Pauline « la dame au Spitz », pour ton franc-parler, ta générosité et ta fidélité.

À Lulu, pour ta gourmandise, ton âme de sportive et tes yeux pétillants.

À Damien, à ta folie douce, ton courage, ton ambition et tes excès. À nos « ressemblances » et notre amitié. « Mexiiiiicooooo ».

À Dimitri, pour ton élégance, ton choix en parfum, ta vivacité, et tes imitations en tout genre, « j'adore, j'adore ».

À Margaux, Camille et Elsa, à toutes ces belles années passées ensemble. Loin des yeux mais toujours près du cœur. La Rochelle, Toulouse, Hossegor, Bordeaux, Lille, Marseille : on continu!

À Valérie et Marie, à nos escapades entre filles, à votre gourmandise.

À Laura et Ninon. À nos étés piscine et Pontailac, à tous ces jolis souvenirs et ceux à venir.

À Jeanne, merci pour toutes ces folles soirées au Pyla. A tes danses andalouses, tes goûts colorés. À notre future complicité de maman.

À Léa, collette de choc. Pour ta bonne humeur et nos supers concours de « cacaaastel ».

À Charline, à nos échanges précieux. À ton petit prince.

Aux périgourdins, les copains d'antan, Kiki, Madison, Jean-Marc, Pierre.

À mes co-internes : Elodie, pour ton authenticité et tes snapchats bien à toi, Ana, pour ton côté Eva Green, Audrey pour ta poésie et ta musique, et Julien pour ta générosité.

À toutes les belles rencontres de l'internat, Agathe, Magalie, Marina, Kelly, Louise, Gabriel, Marie, Marine, Pascale, Justine, Laura, Lucie.

À toutes les équipes, médicales et paramédicales, qui m'ont beaucoup apporté et m'ont permis d'apprécier encore plus cette spécialité. Avec une mention toute particulière pour mon équipe coup de cœur, Hélène, Alexiane, Sophie, Catherine, Claire, Jocelyne, Charlène, Gaëlle, Eva, Martine. Merci pour votre chaleur, vos attentions et votre écoute.

Merci à tous les médecins avec qui j'ai eu la chance de travailler et qui m'ont fait partager leur passion. Docteur Michel GAUTRON, pour sa gentillesse, Fabien AUBAT, pour son élégante rhétorique, Vincent BISQUEY, pour sa pédagogie, Isaac LEBESQ, pour son investissement permanent et ses judicieux conseils, Oriane HOSTACHE, pour sa force, Emmanuel REBER, pour sa sympathie, Jean-Philippe RENERIC, pour son calme inspirant, Anne GAÏFFAS, pour sa rigueur bienveillante, Nathalia PIAT, pour son investissement, Amélie JUTANT, pour son accueil chaleureux et Alain DESAGE pour son art et ses racines.

« Primum non nocere »

Hippocrate, 460-370 avant JC

AU RAPPORTEUR

Monsieur le Docteur Kevin ROSSINI

Docteur en Médecine, Psychiatre,

Praticien Hospitalier,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail, j'en suis très honorée. Je n'ai pas eu la chance de travailler à vos côtés mais j'ai pu découvrir et apprécier cette année toute la bienveillance et l'humanité qui vous accompagnent. Merci de votre soutien. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

AUX MEMBRES DU JURY

Madame le Docteur Oriane HOSTACHE

Docteur en Médecine, Psychiatre,

Praticien Hospitalier,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je suis très touchée de vous compter parmi les membres de ce jury. J'ai eu la chance de travailler au sein de votre service et d'apprécier vos qualités professionnelles, votre bienveillance et votre sens humain lors des consultations durant lesquelles je vous ai accompagnée. Vos qualités humaines et votre sens clinique sont restés un exemple.

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Epidémiologie,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Je n'ai pas eu la chance de travailler avec vous ni de bénéficier de vos enseignements de psychiatrie mais je connais vos qualités humaines et la précision de votre exercice médical. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Neurosciences,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

C'est pour moi un réel honneur que vous ayez bien voulu juger ce travail de thèse. Je n'ai malheureusement pas encore eu la chance de travailler avec vous et de bénéficier de toute l'étendue de vos connaissances. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

AU DIRECTEUR DE THESE

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur de Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Epidémiologie,

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte,

Coordonnatrice du D.E.S de Psychiatrie,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

J'ai eu la chance de bénéficier de la richesse de votre enseignement au cours de mon externat puis de mon internat. Je vous remercie de m'avoir soutenu et accompagné dans les différents travaux que j'ai eu à réaliser cette année et pour l'intérêt que vous avez porté à cette thèse. Je tiens aussi tout particulièrement à vous remercier pour la bienveillance dont vous avez fait preuve à mon égard tout au long de mon cursus. Votre rigueur, vos conseils ainsi que votre disponibilité ont été d'une aide précieuse. Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

AU PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Neurosciences

Chef de Pôle Universitaire de Pédopsychiatrie,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. En votre qualité de tuteur, vous m'avez conseillé avec bienveillance et humanité à différents moments de mon cursus. Lors du stage effectué au sein de votre pôle, j'ai pu constater vos qualités humaines et l'étendue de vos connaissances scientifiques. Je tiens tout particulièrement à vous remercier pour la gentillesse dont vous avez fait preuve à mon égard durant tout mon internat. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 10 |
| REVUE DE LA LITTÉRATURE..... | 12 |
| 1. DEFINITIONS..... | 12 |
| 1.1. L'isolement | 12 |
| 1.2. La contention | 13 |
| 2. ASPECTS LEGISLATIFS ET RECOMMANDATIONS ACTUELLES EN FRANCE..... | 13 |
| 2.1. Recommandations de la Haute Autorité de Santé | 14 |
| 2.2. Recommandations du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté..... | 15 |
| 2.3. Aspects juridiques..... | 19 |
| 3. RAPPORTS CONCERNANT LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION..... | 28 |
| 3.1. Rapport du Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des Peines ou Traitements Inhumains ou Dégadants..... | 28 |
| 3.2. Rapports du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté | 29 |
| 4. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION EN FRANCE..... | 33 |
| 4.1. Données épidémiologiques | 34 |
| 4.2. Une hétérogénéité des pratiques mise en évidence par le CPT | 37 |
| 4.3. Etat des lieux de ces pratiques par le CGLPL | 38 |
| 4.4. Vers une utilisation restreinte et adaptée de ces mesures | 44 |
| 5. ASPECTS CLINIQUES..... | 44 |
| 5.1. Méthodologie des recherches bibliographiques | 44 |
| 5.2. Indications | 45 |
| 5.3. Contre-indications | 48 |
| 5.4. Efficacité thérapeutique de l'isolement et de la contention | 48 |
| 5.5. Effets indésirables de la contention..... | 49 |
| 5.6. Effets indésirables de l'isolement | 54 |
| 5.7. Lutter contre les effets indésirables : cas particulier des complications thrombo-emboliques | 54 |
| 6. PROTOCOLES DE REALISATION DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION | 58 |
| 6.1. Critères de qualité selon le référentiel de la HAS | 58 |
| 6.2. Protocole relatif à l'usage de la contention réalisé par la SFMU | 60 |
| 6.3. Protocole réalisé par la Conférence nationale des Présidents de Commissions Médicales d'Établissement | 61 |
| CONCLUSION..... | 64 |
| BIBLIOGRAPHIE | 66 |
| ANNEXE 1..... | 70 |
| ANNEXE 2..... | 76 |

INTRODUCTION

L'isolement et la contention en psychiatrie sont des mesures qui existent depuis plusieurs siècles, et qui ont vu leurs modalités d'utilisation évoluer en parallèle de l'évolution des prises en charge des personnes souffrant de troubles mentaux. Au cours de l'histoire de la psychiatrie, ces pratiques ont vu plusieurs fois leur usage se modifier. Tout d'abord avec Pinel qui, au XVIII^{ème} siècle libère les aliénés de leurs chaînes, et codifie leur utilisation dans une démarche d'humanisation des soins. Mais c'est surtout au XX^{ème} siècle que l'isolement et la contention physique voient leurs pratiques diminuer avec l'apparition des antipsychotiques qui permettront de stabiliser les troubles mentaux par la correction de perturbations neurobiologiques. Alors que ces méthodes sont souvent considérées par l'opinion publique comme étant des mesures ancestrales et punitives, leur usage serait pourtant en augmentation depuis plusieurs années. Même si l'utilisation de ces mesures ne doit survenir qu'en dernière phase de l'escalade thérapeutique face aux états d'agitation aiguë, il arrive qu'elles soient nécessaires lors de situations particulières afin de préserver la sécurité des patients et des soignants. Malgré le recours fréquent à l'isolement et à la contention, aucune étude n'a démontré leur efficacité thérapeutique alors même que l'utilisation de ces mesures suscite de nombreux débats à la fois juridiques et éthiques, tant elles constituent une atteinte aux libertés individuelles des patients hospitalisés.

Même si aucune donnée statistique fiable permettant de quantifier le recours à l'isolement et à la contention en France n'est disponible, plusieurs constats émanant de la visite de professionnels dans les établissements de santé seraient en faveur d'une augmentation de l'usage de ces mesures. C'est notamment ce que suggère le Rapport de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, publié en 2013, en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Porté par le député Denys Robiliard, celui-ci s'appuie notamment sur les constats alarmants dénoncés par le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL). Afin d'empêcher un mésusage de ces pratiques tout en limitant leur recours, la création récente de l'article 72 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé vient instaurer un cadre légal pour l'isolement et la contention.

Cette revue de la littérature a pour objectifs de préciser le nouveau cadre législatif encadrant désormais ces mesures et de passer en revue les rapports et recommandations existantes. La première partie sera consacrée à la définition des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie. Nous décrirons dans un second temps les aspects législatifs français codifiant les droits des patients hospitalisés en psychiatrie, ainsi que les pratiques de l'isolement et de la contention. Ensuite, nous synthétiserons dans un troisième chapitre les différents rapports existants concernant les pratiques de l'isolement et de la contention. Le quatrième chapitre sera consacré à l'état des lieux

de ces pratiques en France. Seront abordés les données épidémiologiques dans la littérature française, ainsi que les constats réalisés par le CGLPL. Une cinquième partie traitera de l'utilisation de ces mesures dans la pratique clinique à travers l'analyse des données de la littérature à la fois française et internationale concernant les indications et contre-indications, les caractéristiques cliniques associées à la mise en place de ces mesures, et les données sur l'évaluation des bénéfices et risques. Enfin, dans un sixième et dernier chapitre, seront décrits des protocoles existants concernant la réalisation des mesures d'isolement et de contention.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. DEFINITIONS

1.1. L'isolement

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES créée en 1996, qui deviendra l'HAS en 2004) publie en 1998 un audit clinique concernant l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie (1) dans lequel une définition de cette pratique est pour la première fois donnée : « tout patient dans une chambre dont la porte est verrouillée est séparé de l'équipe de soins et des autres patients et se trouve de ce fait en isolement ; cet isolement ne peut être qu'à but thérapeutique conformément à la mission de soin des établissements de santé ». De plus le CGLPL souligne que les chambres d'isolement peuvent avoir des dénominations différentes selon les établissements : « chambre d'isolement, de soins intensifs, sécurisée, d'apaisement, de contention » (2). Le point commun entre ces différents lieux et qui signe l'isolement est le fait pour le patient de ne pouvoir en sortir librement quelle que soit la qualité de confort ou de soins qui les constituent.

L'ANAES précise que l'usage de l'isolement thérapeutique doit être considéré « comme un processus de soin complexe » qui doit avant tout être justifié par une situation clinique initiale, et qui ne peut être prolongé que dans la perspective de l'obtention d'un résultat clinique. Concernant la structure architecturale de la chambre d'isolement, il s'agit d'« une pièce sécuritaire définie par un plafond haut, vide de tout objet, tant sur les murs qu'au sol, avec possibilité d'observation à travers une vitre incassable. Elle est faite de matériaux ignifuges, avec des murs lisses ou capitonnés. Elle doit avoir une bonne ventilation et un système d'éclairage non accessible au patient. La porte y donnant accès ne se verrouille que de l'extérieur » (3). Cette pratique clinique, qui comme la contention, constitue dans son principe une atteinte aux libertés individuelles a dû faire l'objet de recommandations concernant son utilisation afin que celle-ci soit la plus acceptable possible pour les patients. La circulaire Veil de 1993 (4) rappelle certains des principes énoncés par l'ANAES concernant la mise en conformité du mode d'hospitalisation pour tout patient hospitalisé et placé en chambre d'isolement. Elle précise que « des patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clef, ni a fortiori dans des chambres verrouillées ». C'est ainsi que même si une situation urgente justifie la mise en chambre d'isolement d'un patient, le placement sous un régime de soins sans consentement s'impose pour tout isolement de plus de 24 heures. D'autres recommandations et encadrement légaux que nous verrons par la suite existent concernant l'utilisation de cette pratique.

Par ailleurs, les auteurs des études existantes sur ce sujet s'accordent sur le caractère thérapeutique de la chambre d'isolement, à savoir la prise en charge d'états d'agitations aiguës et ce

afin de préserver la sécurité du patient et celle du service dans lequel il se trouve. Dans une étude française de 1999 (5) portant sur l'utilisation de l'isolement thérapeutique et les contentions en psychiatrie, l'utilisation de ces pratiques relève selon les auteurs « d'une décision thérapeutique guidée par un souci de protection du patient et de mise en place de soins adaptés à un état pathologique aigu, et en aucun cas à une mesure coercitive ».

1.2. La contention

De la même manière que pour l'isolement, l'ANAES apporte une définition concernant la contention dans son audit de 1998 (1) : « Celle-ci consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif, soit fixé sur un lit ou un siège, soit mobile, comme une camisole de force ». L'ANAES considère que cette pratique ne peut exister qu'en association avec l'isolement qui elle est considérée comme une « modalité de soins » à part entière ».

Dans le rapport du Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française de l'année 2000 (6) Palazzolo et ses co-auteurs proposent de définir la contention physique comme suit : il s'agit d'un ensemble « de méthodes qui permettent, par une opposition physique à la mobilité du patient, de restreindre son périmètre d'action. La contention physique inclut la contention manuelle par des soignants et la contention mécanique réalisée grâce à des sangles de cuir ou de tissu ».

2. ASPECTS LEGISLATIFS ET RECOMMANDATIONS ACTUELLES EN FRANCE

La Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen, ayant valeur constitutionnelle, indique à l'article 7 que « Nul homme ne peut être accusé, arrêté ni détenu que dans les cas déterminés par la Loi, et selon les formes qu'elle a prescrites » (7). Par ailleurs des textes législatifs encadrent les soins sans consentement en rapport avec les conditions de privation des libertés individuelles, notamment par la loi du 5 juillet 2011. Cependant, jusqu'en 2016 aucune disposition législative ou réglementaire n'encadrerait spécifiquement les mesures de contention et d'isolement en France.

Depuis une dizaine d'années plusieurs alertes ont été émises par diverses autorités, notamment par le CGLPL ainsi que par plusieurs organismes relatifs à la protection des personnes, comme le Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des Peines ou Traitements Inhumains ou Déggradants (CPT) concernant le recours problématique à l'isolement et à la contention dans certains établissements de soins psychiatriques. Ceci amène donc le législateur à encadrer ces pratiques sur le plan légal, qui n'étaient jusque là codifiées que par des recommandations et l'audit clinique de l'ANAES de 1998.

De nouveaux textes vont donc venir codifier ces pratiques tant au niveau législatif que médical. C'est ainsi qu'en janvier 2016, l'article 72 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de

notre système de santé, dans sa version définitive, vient instaurer un cadre légal et afin de limiter le recours au placement en chambre d'isolement et à la contention en psychiatrie(8). De son côté La Haute Autorité de Santé (HAS) travaille actuellement à l'élaboration de nouvelles recommandations professionnelles de bonnes pratiques pour l'utilisation de ces méthodes, jugées alors au regard de la loi, comme devant être des mesures de dernier recours.

2.1. Recommandations de la Haute Autorité de Santé

En juin 1998, l'ANAES propose une grille d'audit clinique appliquée à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie (1) basée sur les critères d'évaluation de l'isolement élaborés par l'American Psychiatric Association. Pour la première fois l'ANAES codifie l'usage de l'isolement à travers un référentiel de vingt-trois critères de qualité. Ils ont été construits à partir de l'expérience de professionnels complétée d'une analyse de la littérature et de recommandations d'experts. Concernant l'isolement et la contention, le texte publié par l'ANAES précise que « L'isolement fut défini comme une modalité de soin par opposition à la contention avec laquelle il ne doit pas être confondu » et que «Le présent document porte spécifiquement sur l'isolement des patients adultes, la contention étant envisagée seulement comme une modalité éventuellement associée ».

En ce qui concerne l'usage de la contention, l'ANAES participe à la publication en novembre 2004 de la conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et les obligations de soins et de sécurité (9). Celle ci précise « que la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux est un droit inaliénable et que cette liberté peut être exceptionnellement limitée dans des conditions strictement définies pour des raisons médicales ». L'ANAES explique par ailleurs la nécessité « de réussir à concilier deux principes apparemment opposés, la liberté et la sécurité, ceci au cas par cas, en prenant en compte d'abord la situation de la personne et non ses pathologies et en s'attachant à apporter une réponse adaptée à sa vulnérabilité éventuelle. Il est de rigueur de rappeler que le confinement et l'absence de formation des personnels sont deux des principales causes de la maltraitance dans les établissements ». La contention est considérée par le jury comme une atteinte à la liberté inaliénable d'aller et venir, ce qui justifie que son usage systématique doit être interdit.

Plus de dix ans après la parution de ces recommandations, la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ont saisi la HAS pour la réalisation d'un travail relatif aux « recours à des thérapeutiques exceptionnelles en psychiatrie : contention et chambres d'isolement », afin de promouvoir des pratiques qui soient adaptées, quand nécessaires, chez des patients pouvant faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement. Ainsi en juillet 2015, la HAS publie une note de cadrage en vue de la réalisation de fiches mémo sur la place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie, avec pour objectif de généraliser et codifier

au mieux ces pratiques (10).

Dans leur saisine adressée à la HAS, la DGS et la DGOS ont souligné que « si ces pratiques thérapeutiques peuvent être considérées comme indispensables dans certaines situations, la contrainte particulière qu'elles représentent pour les personnes concernées justifie qu'elles soient particulièrement encadrées et envisagées dans des conditions très précises ».

Enfin la HAS devrait établir très prochainement des règles de bonnes pratiques en matière de recours à la contention et aux chambres d'isolement dans le cadre du plan « Psychiatrie et Santé mentale ».

2.2. Recommandations du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

A travers un rapport rédigé en mai 2016 (2) portant sur l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale, le CGLPL Mme Adeline Hazan formule des recommandations à la suite de plusieurs constats alarmants et préoccupants (sous-cités dans le chapitre correspondant) effectués dans les hôpitaux psychiatriques depuis la création de ce poste en 2008. Nous exposerons donc dans ce chapitre quelques unes de ses recommandations qui viennent s'inscrire dans la lignée des recommandations, rapports et protocoles déjà établis par la HAS, le CGLPL lui-même et le CPT. Celles-ci viennent préciser le cadre légal instauré récemment par l'article L.3222-5-1 du Code de Santé Publique (CSP) créé par l'article 72 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016. Elles portent avant tout sur une logique d'uniformisation de la mise en œuvre de ces pratiques tout en respectant la dignité et les droits fondamentaux des patients. Mais elles sont également de nature à limiter le recours aux mesures de contrainte physique et veillent à garantir une meilleure qualité de la prise en charge des personnes concernées par ces pratiques.

Concernant les principes généraux préalables à l'utilisation de ces pratiques :

- « Toute privation de liberté est attentatoire aux droits fondamentaux ; aussi tout doit être mis en œuvre pour apaiser la personne en situation de crise avec des approches alternatives à une mesure de contrainte physique. Si en dernier recours, la décision d'un placement en chambre d'isolement ou sous contention doit être prise, les modalités de sa mise en œuvre doivent garantir au mieux le respect des droits des patients.
- L'isolement et la contention dans la chambre du patient doivent être proscrits notamment au regard du risque de banalisation ainsi que celui d'une insuffisante traçabilité.
- Le port du pyjama et le retrait des effets personnels, en chambre d'isolement, ne doivent pas être systématiques mais être justifiés cliniquement.
- Il doit être mis fin au caractère systématique de pratiques d'isolement, qu'il s'applique aux personnes détenues, à l'entrée dans une unité de soins ou à toute autre situation ».

Mme Adeline Hazan rappelle également la nécessité de mettre en place un registre comme en

dispose l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique (CSP) afin d'assurer une traçabilité pour toutes les mesures d'isolement ou de contention mises en œuvre. En plus de documenter toute décision d'isolement ou de contention dans le dossier du patient, elle précise que l'établissement doit pouvoir apporter la preuve du caractère de dernier recours de la mesure. De plus, ce registre est différent du dossier médical établi pour chaque patient et est mis à disposition de personnes non tenues au secret médical. L'exigence d'une traçabilité de ces mesures permettra une meilleure collecte des informations et mènera donc à une veille régionale et nationale.

Concernant les droits des patients, le CGLPL formule des recommandations suivant celles déjà établies par la HAS en y apportant des précisions et en émettant un encadrement plus strict en raison de constats répétés d'atteintes aux droits fondamentaux des patients hospitalisés par l'utilisation de ces pratiques :

- « L'information de la personne concernée doit être assurée au moment de la prise de décision d'isolement ou de contention avec la remise d'un support écrit précisant ses droits et les modalités de prise en charge et d'accompagnement induites par cette mesure. Ces informations doivent également être affichées dans la chambre d'isolement.
- Le patient doit, de façon systématique, être invité à préciser le nom de la personne à prévenir de la mesure prise (personne de confiance ou parents pour un mineur) ou à ne pas prévenir le cas échéant.
- Les modalités de recours contre la décision d'isolement ou de contention doivent être précisées au sein de chaque établissement (médecin médiateur de l'établissement par exemple et juge administratif). Elles doivent être affichées dans toutes les chambres d'isolement et sur le support écrit de notification des droits remis à la personne. Elles doivent être communiquées à la personne de confiance, aux parents d'un mineur ou à tout proche informé à la demande du patient concerné ».

Mme Hazan propose également des lignes de conduites médicales à respecter concernant leur utilisation, en particulier sur la forme de la décision médicale ainsi que sur le suivi et la surveillance.

- « La décision médicale d'une mesure d'isolement ou de contention ne peut être prise qu'après un examen médical psychiatrique effectif de la personne, et en tenant compte, autant que faire se peut, de l'avis des membres de l'équipe soignante.
- La décision doit être motivée afin de justifier du caractère « adapté, nécessaire et proportionné » de la mesure ; les informations sur l'état clinique du patient lors de la décision doivent être explicitées.
- La décision doit préciser ce qui a été vainement mis en œuvre préalablement afin de justifier qu'elle est prise en dernier recours.
- Dès la prise de la mesure, les professionnels de santé concourant à la prise en charge du

patient concerné doivent rechercher, dans un cadre pluridisciplinaire, les moyens de la lever dans les plus brefs délais.

- Aucune décision de contrainte physique ne peut être prise par anticipation ou avec l'indication « si besoin ».
- Les termes de l'évaluation des bénéfices au regard des risques doivent être explicités dans le dossier du patient.
- La durée d'une mesure de contrainte physique doit être la plus courte possible et ne saurait dépasser la situation de crise ; en toute hypothèse il ne saurait être possible de prolonger, sans une nouvelle décision également motivée, l'isolement au-delà de vingt-quatre heures et la contention au-delà de douze heures.
- La surveillance et la prise en charge somatique doivent être assurées avec notamment un examen somatique obligatoire dans la première heure, pour évaluer les contre-indications.
- Au-delà de la surveillance des paramètres vitaux et de l'assistance pour la satisfaction des besoins élémentaires, la présence soignante doit garantir la réponse thérapeutique adaptée à la situation clinique du patient et à ses besoins.
- Le séjour en chambre d'isolement ou la contention doivent être régulièrement interrompus par des sorties de courte durée à l'air libre ; seules des circonstances exceptionnelles peuvent justifier l'impossibilité des sorties et doivent être explicitées.
- Un entretien doit être réalisé avec la personne concernée à la fin de toute mesure de contrainte physique en vue d'évoquer le contexte clinique de sa souffrance, son vécu de cette mesure et les modalités susceptibles d'en prévenir une nouvelle ».

Le CGLPL consacre une partie de ses recommandations aux conditions matérielles des chambres d'isolement qui n'étaient jusqu'alors pas codifiées :

- « L'architecture des chambres d'isolement doit garantir des conditions de séjour correctes en terme de superficie, luminosité, accès à l'eau et aux sanitaires, etc. L'aménagement de ces chambres doit être favorable à l'apaisement et permettre de disposer d'une literie de qualité avec la position allongée tête relevée possible ; il doit permettre de s'asseoir et de manger dans des conditions dignes et offrir la possibilité de visualiser une horloge. Un équipement télévisuel et musical doit pouvoir y être utilisé en toute sécurité.
- Les dispositifs de vidéosurveillance en chambre d'isolement doivent être proscrits car ils portent atteinte à la dignité et à l'intimité. Ils ne sont, de plus, pas nécessaires si la présence soignante est adaptée à la clinique de la personne.
- Toute personne placée en chambre d'isolement ou sous contention doit toujours avoir accès à un dispositif d'appel auquel il doit être répondu immédiatement.
- Les personnes placées en chambre d'isolement doivent pouvoir recevoir leurs visiteurs dans

des conditions respectueuses.

- Toute personne placée en chambre d'isolement doit conserver son lit dans une chambre ordinaire pendant toute la période de l'isolement.
- Les services de sécurité-incendie des établissements doivent être informés en temps réel de toute entrée et sortie d'une chambre d'isolement ou d'une mise sous contention. Le personnel de ces services ne doit pas intervenir comme auxiliaire dans la gestion des soins donnés au patient ».

Le CGLPL rappelle également les conduites d'évaluation à tenir tant au niveau régional que national, l'objectif étant la limitation du recours aux mesures de contrainte physique dans les lieux de soins. En plus des stratégies déjà existantes, de nouvelles sont proposées :

- « Au plan régional, le recours aux mesures d'isolement et de contention doit être un critère systématiquement pris en compte dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'agence régionale de santé (ARS) et l'établissement de santé autorisé en psychiatrie.
- Au plan national, le recensement des informations, le suivi et l'évaluation de celles-ci doivent être confiés à une instance qui garantisse une approche pluridisciplinaire et une analyse plurifactorielle.
- Les ARS sont destinataires des rapports annuels des établissements prévus par l'article L. 3222-5-1 (11) du CSP et font une analyse critique comparative des modalités de recours à l'isolement ou à la contention dans les établissements de leur région ; ce document doit être diffusé annuellement aux commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP) et aux autorités judiciaires compétentes de la région.
- Au niveau de l'établissement, ce même article L.3222-5-1 impose des obligations précises en matière de tenue de registre, d'élaboration d'une politique pour limiter le recours aux pratiques d'isolement et de contention et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ainsi la commission médicale d'établissement (CME) doit suivre et discuter les situations en rapport avec ces pratiques à chacune de ses réunions. De plus toute contention doit être déclarée comme un évènement indésirable et faire l'objet d'une revue systématique ». Le CGLPL recommande également qu'un travail institutionnel puisse être mené avec des professionnels tiers sur les mises en chambre d'isolement, dans une logique de supervision, afin de permettre notamment une analyse des enjeux de la relation entre patient et soignants.

Toujours dans un souci de recueil d'informations précises et généralisées à ces pratiques, le CGLPL estime que des organes judiciaires tels que le président et le procureur du tribunal de grande instance doivent être destinataires d'une liste mensuelle statistique des décisions d'isolement ou de

contention prises dans les établissements de santé mentale de leur ressort. Ces mêmes informations doivent également être portées à la connaissance des membres de la CDSP et aux membres de la commission des usagers d'établissement.

Enfin, Mme Hazan consacre en dernier lieu de ces recommandations un chapitre sur les actions de prévention à mener afin d'éviter au maximum le recours à ces pratiques. La formation ajustée du personnel est pour elle une priorité :

- « Le développement de la recherche médicale et soignante sur les pratiques professionnelles préventives doit être suscité dans le but de réduire le recours à des mesures d'isolement et de contention.
- La formation des médecins, des soignants et des équipes notamment sur la violence et sur les droits fondamentaux des patients doit être renforcée.
- Un troisième cycle en soins doit être organisé afin de permettre aux soignants infirmiers de développer une expertise clinique reconnue ».

En dehors de cette formation spécifique du personnel soignant, la prévention peut s'exercer au sein même du service avec la mise en place de plusieurs stratégies comme le propose le CGLPL :

- « Les activités thérapeutiques et occupationnelles doivent être développées au sein des services de psychiatrie pour réduire l'ennui et les tensions.
- Les règles de vie au sein des unités doivent être diffusées aux patients pour éviter les situations d'arbitraire propices à l'émergence de situations à risque (susceptibles d'entraîner en réaction des mesures de contraintes physiques ou chimiques).
- Une présence soignante adaptée aux spécificités des unités de soins et des patients qui y sont hospitalisés doit être garantie ».

A travers ces recommandations, le CGLPL codifie de manière stricte l'ensemble de ces mesures, à la fois dans leur mise en pratique en matière de décisions médicales, mais aussi dans la prévention de leur utilisation. Comme principales mesures, citons la nécessité d'une formation adaptée du personnel soignant ainsi que d'une traçabilité de ces mesures. Ceci afin de préserver le respect des patients, leur intégrité physique et psychique.

2.3. Aspects juridiques

2.3.1. L'évolution du cadre juridique

Plusieurs lois ont défini successivement les modalités d'encadrement des soins sous contrainte pour les patients souffrant de troubles mentaux : la loi du 30 juin 1838, celle du 27 juin 1990 et enfin celle du 5 juillet 2011 modifiée en 2013.

La loi du 30 juin 1838 fonde pour plus d'un siècle l'organisation de la psychiatrie en France et

dispose que chaque département doit se doter d'un « asile » pour l'accueil et le traitement des aliénés. Celle-ci rappelle la spécificité du malade et la qualité de l'attention qui doit lui être portée : « Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les prévenus, ni déposés dans une prison » (12). Le législateur, en plus de sa volonté de protéger la société, se préoccupe désormais des conditions de prise en charge et des soins destinés aux malades mentaux. Cette loi prévoit également les conditions d'internements selon deux modalités : le placement d'office et le placement dit « volontaire ». A cette époque l'isolement ne se réfère pas à la notion actuelle de chambre d'isolement mais désigne le placement dans l'asile. Esquirol, dans la continuité des travaux de Pinel, conceptualisera la dimension thérapeutique de l'isolement. (13). Il convient cependant de rappeler que cette loi, même si elle revendique la protection des malades en prévoyant leurs conditions d'hospitalisation et en empêchant les internements abusifs, ne se soucie en rien des modalités de traitement auxquels seront soumis les patients, ni du respect de leurs droits par l'établissement (2).

La loi du 27 juin 1990 actualise le cadre juridique des hospitalisations en psychiatrie. L'hospitalisation en service libre devient la règle et les hospitalisations sans consentement (HSC) doivent relever de l'exception. Cette loi « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation », modifiée par la loi du 4 mars 2002, définit deux modalités d'HSC : hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et hospitalisation d'office (HO). Elle stipule également que « lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement (...) les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée, et sa réinsertion recherchée. Elle doit être informée dès l'admission et, par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits ». Malgré un renforcement de l'encadrement du respect des droits des patients hospitalisés en psychiatrie, la question de l'isolement et de la contention n'est pas abordée à travers cette loi.

Enfin la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013, relative « aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge », est la dernière réforme importante des modalités de soins sans consentement. Cette loi est codifiée par les articles L. 3211 et suivants du (CSP). La loi s'attache à définir les conditions dans lesquelles un patient souffrant de troubles mentaux peut recevoir des soins sans son consentement. Elle impose un contrôle systématique des décisions d'HSC par l'autorité judiciaire, garante aux termes de l'article 66 de la Constitution de la liberté individuelle. Auparavant les décisions de placement en hospitalisation d'office (HO) ou à la demande d'un tiers (en HDT) pouvaient être soumises au juge mais seulement à l'initiative du patient ou de ses proches. La loi

reconnait l'atteinte à la liberté individuelle que constitue l'HSC mais ne prévoit toujours pas les modalités de mise en œuvre de mesures d'isolement et de contention, alors même que ces pratiques constituent des mesures privatives de liberté. Cependant l'article L.3211-3 (14) du CSP dispose, en son premier alinéa : « Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée. » De plus l'article L.3211-4 (15) précise quant à lui : « Un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur. »

Nous noterons que le Code civil souligne le nécessaire respect de l'intégrité du corps humain, en son article 16-3 (16) qui dispose : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. » Et même si l'état mental du patient ne lui permet pas de consentir aux soins proposés, « la législation et la déontologie médicale exigent une information préalable, au nom du respect du principe d'intégrité du corps humain ». L'information médicale est codifiée par les articles L. 1111-2 et R.4127-35 du CSP (17).

A travers ces différents textes de loi, force est de constater que l'encadrement au niveau légal de la contention et de la chambre d'isolement reste très pauvre voire inexistant, ces pratiques étant exclues de tout contrôle judiciaire. Il convient alors de nous intéresser aux différents textes rédigés par plusieurs autorités mondiales et françaises, qui font alors office de références en matière de régulation de ces pratiques afin de palier à ce vide juridique majeur. Tout d'abord une résolution de l'Organisation des Nations Unies (ONU) adopte en séance plénière du 17 décembre 1991 la résolution 46/119 « Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale » (18). Elle prévoit que « La contrainte physique ou l'isolement d'office du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui. Le recours à ces mesures ne doit durer que le temps strictement nécessaire à cet effet ». Notons que le caractère de « dernier recours » que revêt l'usage de ces mesures sera repris sans le rapport de 2010 du CPT, que nous détaillerons dans le chapitre 3.1. L'ONU précise également que : « Toutes les mesures de contrainte physique ou d'isolement, les raisons qui les motivent, leur nature et leur étendue, doivent être inscrites dans le dossier du

patient », et que « Tout patient soumis à la contrainte physique ou à l'isolement d'office doit bénéficier de conditions humaines et être soigné et régulièrement et étroitement surveillé par un personnel qualifié ». L'Organisation mondiale de la santé quant à elle recommande de « s'abstenir de recourir à l'isolement et à la contention ». Ces préconisations et recommandations, bien qu'é émises par des institutions internationales, n'ont pas empêché l'augmentation du recours à ces pratiques et leurs mésusages, d'autant plus qu'elles ne sont pas contraignantes.

Une référence relative à l'isolement est relevée dans la circulaire Veil du 19 juillet 1993 (4) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux. Cette circulaire avait fait suite à la mort tragique par incendie de deux patients enfermés dans leur chambre, l'un dans une clinique psychiatrique, l'autre dans un hôpital militaire. Simone Veil, alors ministre de la santé, énonce plusieurs conditions de réalisation de l'isolement. Elle stipule notamment que l'isolement d'un patient hospitalisé sous contrainte ne peut se faire qu'en cas de nécessité, du fait de son état de santé ou de la mise en œuvre de son traitement tout en respectant sa dignité, les règles de sécurité et de surveillance. Elle précise « qu'en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte ». Cette circulaire ressaisit l'isolement comme « restriction aux libertés individuelles des personnes hospitalisées » et fait dépendre sa régulation du cadre des HSC. Si une mesure privative de la liberté fondamentale d'aller et de venir d'un patient est envisagée, elle ne doit être que très ponctuelle. Cette liberté étant le principe même du droit de chaque personne à disposer de soi, comme en dispose l'article 7 de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen « Nul homme ne peut être accusé, arrêté, ni détenu que dans les cas déterminés par la loi et selon les formes qu'elle a prescrites » (7) et l'article 5 de la Convention Européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales « Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales... », « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants » (19).

En 1994, un avis du Conseil de l'Europe édicte une recommandation concernant l'usage des contentions, précisant qu'« aucun moyen de contention mécanique ne doit être utilisé. Les moyens de contention chimique doivent être proportionnés au but recherché » (20). Le comité des ministres du Conseil de l'Europe nuance toutefois ces propos en 2004 (21) : « Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement disponible le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement disponible le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui (Article 8 relatif au principe de la restriction minimale). » Il ajoute que « Le recours à l'isolement ou à

la contention ne devrait intervenir que dans des établissements appropriés, dans le respect du principe de restriction minimale, afin de prévenir tout dommage imminent pour la personne concernée ou pour autrui, et rester toujours proportionné aux risques éventuels ; le recours à de telles mesures ne devrait intervenir que sous contrôle médical, et devrait être consigné par écrit de façon appropriée ; la personne faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention devrait bénéficier d'un suivi régulier ; les raisons du recours à ces mesures, et la durée de leur application, devraient être consignées dans le dossier médical de la personne et dans un registre. Cet article ne s'applique pas à la contention momentanée (Article 27 relatif à l'isolement et la contention) ».

Enfin, en 1998 paraissent les premières recommandations de l'ANAES (énoncées ci-dessus, chapitre 2.1) concernant l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie (1).

Pour Jean-Marc Panfili, cadre de santé et doctorant en sciences juridiques, « le législateur aurait dû définir les circonstances exceptionnelles dans lesquelles les procédures d'isolement et de contention sont autorisées dans le champ sanitaire et veiller à ce que la contrainte physique et l'internement d'office ne soient utilisés que comme des procédures de dernier recours. En particulier la législation devrait explicitement interdire l'usage de contrainte physique et d'isolement comme forme de punition » (22).

Dans son rapport de 2013 (23), le député socialiste Denys Robiliard constate que les statistiques relatives aux mesures d'isolement/contention sont rares et qu'aucun registre de suivi n'existe au niveau national. Son attention a notamment été attirée, lors des déplacements et auditions de la mission d'information de l'Assemblée nationale, sur la recrudescence d'un recours problématique à la contention et à l'isolement thérapeutique et sur l'inégalité des situations d'une région à l'autre, alors que la nature des maladies soignées n'est pas sensiblement différente. Celui-ci se réfère essentiellement aux constats établis par M. Jean-Marie Delarue, CGLPL de 2008 à 2014, ainsi qu'aux propos recueillis auprès de Mme Danièle Hagen, cadre de santé référente du collectif psychiatrie de la Coordination nationale des infirmiers (Audition du 4 juillet 2013), et M. Le docteur Jean-Claude Pénochet, président du Syndicat des psychiatres des hôpitaux (Audition du 27 juin 2013), qui se rejoignent pour dire que « Lorsque ces pratiques sont utilisées, les raisons invoquées sont la diminution du nombre de soignants dans les équipes, la féminisation de ces équipes et le manque de formation des infirmiers et des jeunes médecins ». Le député évoque également « des moyens humains limités » en pointant notamment « la disparition progressive des infirmiers psychiatriques » depuis la création d'un diplôme unique d'infirmier en 1992.

Ainsi à la suite de ces nombreuses alertes émises par plusieurs autorités, et de la judiciarisation croissante autour de l'utilisation des pratiques d'isolement et de la contention en France, il est indispensable que le législateur élabore des « recommandations de manière à déterminer la place de la chambre d'isolement et de la contention en psychiatrie, permettant aux professionnels de santé

amenés à recourir éventuellement à ces mesures, d'améliorer et harmoniser leurs pratiques tout en répondant aux exigences légale, éthique, clinique et organisationnelle évoquées ci-dessus ».

2.3.2. Cadre légal de l'isolement et de la contention: article L.3222-5-1 du CSP créé par l'article 72 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

En mars 2015 l'assemblée nationale adopte lors d'un débat en Commission des affaires sociales un amendement au projet de loi de modernisation de notre système de santé, relatif à la mise en chambre d'isolement et sous contention. Cet amendement est à l'initiative de députés sensibilisés à la question du système de prise en charge psychiatrique dans le cadre d'une mission parlementaire d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, dirigée par le député Denys Robiliard, mission qui a suivi la loi sur les soins sans consentement votée le 5 juillet 2011. C'est ainsi que la l'article 72 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dans sa version définitive, vient instaurer un cadre légal pour l'isolement et la contention en insérant un nouvel article au sein du CSP, l'article L 3222-5-1 (8), qui dispose :

« L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

« Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

« L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1 ».

Le législateur a pris le soin de rappeler le caractère d'exception des mesures privatives de liberté, précisant que ce sont des « pratiques de dernier recours » qui interviennent dans une situation de « dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui ».

L'acte d'isoler ou de contenir découle d'une décision du psychiatre. Il convient de relever que le

législateur a privilégié le terme de « décision » à celui de « prescription ». Le fait de réserver aux médecins la décision de placer un patient en chambre d'isolement n'implique ainsi pas nécessairement la qualité thérapeutique de cette mesure et fait désormais plutôt référence à une mesure de protection afin de prévenir un dommage immédiat ou imminent. Le CGLPL explique à ce sujet que ce nouveau qualificatif est intervenu après de nombreux débats tant au sein de la communauté scientifique qu'au sein du Parlement. Jusqu'alors la jurisprudence administrative n'a eu l'occasion de statuer que sur la question de la réparation due à un patient du fait des conditions de placement en chambre d'isolement. Désormais il est possible de penser que toute décision d'isolement ou de contention sera susceptible d'un recours devant le juge administratif. Par ailleurs, « La tenue d'un registre traçant la mise en œuvre de la contention au-delà de l'inscription du soin dans le dossier médical du patient, permettra un contrôle de cette pratique plus fiable par sa mise à disposition au CGLPL, à la Commission Départementale des Soins psychiatriques (CDSP), ainsi qu'aux parlementaires » (24). De plus cette traçabilité constituera un premier pas vers le fait que de telles pratiques puissent être contestées par les intéressés eux-mêmes. Nous noterons que malgré la publication de ce texte de loi, certaines questions subsistent et seront laissées à l'appréciation du juge, notamment concernant la « durée limitée » de la mesure d'isolement ou de contention qui n'est pas précisée. De même le législateur n'a pas proposé de définition pour « une surveillance stricte »?

2.3.3. *Jurisprudence et sanctions*

La jurisprudence désigne l'ensemble des décisions de justice rendues par les cours et les tribunaux français de l'ordre administratif ou judiciaire concernant une situation juridique soumise à leur appréciation. Comme l'indique J-M Panfili (22) « le juge administratif exerce un contrôle de proportionnalité du recours à la contention », c'est à dire que celui ci est tenu de vérifier le caractère proportionné de la mesure adoptée, en l'occurrence le recours à la contention, par rapport à la gravité de la faute ou de l'agissement commis. Ce contrôle doit notamment permettre d'éviter les excès de précaution au détriment de la liberté individuelle d'un individu. A l'analyse de la jurisprudence, et notamment des différents arrêts des Cours administratives d'appel (CAA) rendus antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi du 26 janvier 2016 et concernant l'utilisation de la contention, il est intéressant de constater que les décisions pouvaient prendre des axes tout à fait différents voire opposés, entraînant de fait une insécurité juridique pour les personnes subissant les mesures de contention ne relevant pas d'un cadre juridique strictement défini. C'est le cas par exemple de la décision de la CAA de Nantes en 1995, qui estime que le non-recours à la contention peut engager la responsabilité de l'établissement public de santé si ce traitement est seul à même d'assurer la protection du patient et des tiers (25).

A contrario, dans une situation similaire, la CAA de Douai en 2006 (26) s'est montrée plus restrictive en procédant au contrôle de proportionnalité puisqu'elle a considéré que le recours à la contention n'était pas nécessaire dans le cas d'espèce qui lui était soumis. Elle a en effet donné raison au centre hospitalier qui avait considéré que le recours à la contention devait être réservé « aux personnes présentant un risque majeur d'atteinte à leur personne ou à celle des autres ; l'expert indique clairement sur ce point que la patiente, sans antécédents suicidaires, a été placée en observation clinique simple selon l'usage face à un comportement non agressif en partie apaisé par les traitements reçus ». La CAA de Marseille a adopté la même interprétation que la CAA de Douai concernant une affaire datée de 2007 (27). Ainsi, elle a eu l'occasion à ce titre de préciser que la mesure de contention « est réservée aux cas extrêmes et en dernier recours après échec de la parole, de la pharmacopée et enfin de la chambre d'isolement ».

Une autre jurisprudence récente (arrêt de la CAA de Marseille en date du 21 mai 2015) peut être citée en exemple (28). Elle concernait la mise en chambre d'isolement d'un patient hospitalisé qui demandait des dommages et intérêts en raison des divers préjudices qu'il estimait avoir subis lors de ses nombreux placements en chambre d'isolement. La Cour d'appel a estimé que « l'invocation de l'état d'agitation et du comportement du patient ne saurait, à elle seule, démontrer la justification médicale de la mesure, qui ne saurait se justifier qu'après qu'une réponse graduée, médicamenteuse, humaine, matérielle adaptée a été apportée à l'état du patient et ne saurait présenter un caractère punitif ou avoir seulement vocation à faciliter le travail de l'équipe soignante. Celui-ci a obtenu 1500 euros de dommages et intérêts. Il revient désormais à l'hôpital d'apporter la charge de la preuve que l'équipe avait bien raison de décider de l'isolement et contention.

Plus récemment, l'établissement public de santé (EPS) de Ville-Évrard à Neuilly-sur-Marne (Seine-Saint-Denis) a été condamné à verser près de 40 000 euros à la famille d'un patient, en indemnisation du préjudice moral subi après le suicide de ce dernier, alors qu'il se trouvait en chambre d'isolement. Dans une décision rendue en janvier 2016, le tribunal administratif de Montreuil a reconnu la responsabilité de l'EPS dans le décès du patient avec pour principal argument le non respect des recommandations de l'ANAES de juin 1998 sur l'usage des chambres d'isolement prescrivant une surveillance stricte et fréquente des patients placés en isolement.

Force est de constater que l'absence de cadre légal strictement défini engendrait jusqu'alors une insécurité juridique indéniable pour les patients, dans la mesure où deux patients placés dans une même situation pouvaient se voir imposer des solutions radicalement différentes en application de l'appréciation souveraine des juges du fond quant au caractère nécessaire et proportionné de la mesure qui leur avait été soumise. Si les juges du fond devront toujours trancher les litiges en opportunité, c'est à dire en opérant un contrôle de nécessité et de proportionnalité de la mesure, le cadre légal que vient de poser le législateur concernant l'isolement et la contention va pouvoir

engendrer une jurisprudence nouvelle en interprétation de la loi et apporter un cadre plus restrictif à l'utilisation de ces moyens portant indéniablement atteinte à la liberté individuelle des patients.

Par ailleurs, et toujours dans un souci d'illustration, une toute autre affaire nous montre à quel point le recours à ces pratiques d'isolement et de contention peut soulever des questions très complexes. C'est ce qu'illustre un arrêt rendu par la Cour de cassation en novembre 2014 (29) jugeant une infirmière et une aide soignante condamnées pour homicide involontaire après avoir mal appréhendé la prise en charge d'un patient violent et agité qui était déjà en chambre d'isolement. Les faits ont eu lieu au centre hospitalier spécialisé de Colson en Martinique (30). Un patient placé en chambre d'isolement était entré en phase d'agitation ce qui avait alors obligé l'équipe de soins à intervenir afin de protéger le patient de son agressivité. La cour d'appel avait motivé sa décision en exposant que « L'infirmière et l'aide soignante ont répondu à leurs obligations professionnelles d'intervention auprès d'un patient en situation de souffrance et très agité, il n'en demeure pas moins qu'elles ont décidé de lui apporter un médicament dans la chambre d'isolement malgré le désaccord manifesté par la troisième infirmière qui souhaitait plutôt faire appel au renfort ». Le patient a alors porté de nombreux coups violents à l'infirmière ce qui les a obligé à « procéder à une mesure de contention pour mettre un terme aux gestes dangereux tant pour la victime que pour le personnel soignant ». Le drap faisant alors office de contention s'est enroulé autour du poignet du patient, puis est passé autour de son cou ce qui a entraîné une incapacité ventilatoire puis un décès par asphyxie aiguë. « Après instruction judiciaire, l'infirmière et l'aide soignante ont été renvoyées devant le tribunal correctionnel, sous la prévention d'homicide involontaire, défini par l'article 221-6 du Code pénal. Le ministère public et la famille du patient ont formé appel à la suite de la décision initiale prise par le tribunal correctionnel qui relaxait les deux intéressées. Puis la Cour de cassation a conclu : « Les prévenues n'ont pas accompli les diligences normales, compte tenu de la nature de leurs fonctions ainsi que du pouvoir et des moyens dont elles disposaient, et d'où il résulte que la faute commise par elles a directement causé le dommage. » Concernant la sanction pénale la Cour d'appel s'est montrée indulgente et s'est adaptée à la complexité de cette situation « En raison des circonstances particulières de la cause, notamment de l'extrême violence subie du patient à laquelle elles ont été confrontées, de leur personnalité, notamment de leur dévouement constant pour une activité exigeante pour laquelle elles n'ont reçu aucune formation particulière, il convient de faire une application adaptée de la loi pénale en limitant l'emprisonnement à un mois assorti du sursis simple ». Sur le plan civil, la responsabilité civile personnelle des deux soignants n'était pas engagée car la faute n'était pas détachable du service. Ce cas illustre bien la question de la prise en charge des états d'agitation, et le problème de l'absence de formation spécifique des soignants à la gestion de ces états. En effet l'agitation est l'une des raisons les plus constamment évoquées concernant le recours à l'isolement et/ou à la

contention, ce qui importe donc qu'une formation spécifique soit dispensée aux professionnels de santé afin d'éviter des situations aussi dramatiques que celle ci.

A la lumière des conclusions portées par ces différentes CAA, il est avéré que le recours à ce type de mesure doit être limité et réservé aux situations les plus graves dans la mesure où : d'une part, il s'agit d'une atteinte à une liberté fondamentale de tout individu d'être libre de ses faits et gestes et d'autre part, l'effectif au sein du personnel soignant destiné à gérer les cas d'isolement et de contention peut être insuffisant, de sorte que cette mesure extrême peut de surcroît aboutir à des situations extrêmes.

3. RAPPORTS CONCERNANT LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

3.1. Rapport du Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des Peines ou Traitements Inhumains ou Dégradants

Le CPT a été établi par la « Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants » du Conseil de l'Europe, qui est entrée en vigueur en 1989 (31). C'est la rédaction de l'article 3 de la Convention Européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, qui dispose que « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants » (32), qui a inspiré la rédaction de la Convention instituant le CPT. Par cet organisme se met en place une procédure non judiciaire, à caractère préventif, destinée à protéger les personnes privées de liberté, de la torture et de toutes autres formes de mauvais traitement. En effet le CPT visite des lieux de détention afin d'évaluer la manière dont les personnes privées de liberté sont traitées. La dernière visite effectuée en France s'est déroulée du 15 au 27 novembre 2015. Il s'agissait de la douzième visite du Comité dans notre pays.

Le dernier rapport au Gouvernement de la République française établi par le CPT (33), correspond à la visite qu'il a effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010. Il y indique notamment que « les pratiques relatives à la mise en chambre d'isolement et la contention mécanique variaient considérablement d'un établissement visité à l'autre, voire d'un service de psychiatrie générale à l'autre ». Il rappelle que « la mise en chambre d'isolement (ou toute mesure similaire) et la mise sous contention sont des mesures extrêmes qui peuvent être prises afin de faire face à un risque imminent de blessures ou un état de violence aiguë ». Le comité insiste également sur l'importance et la nécessité que la prescription de ces mesures coercitives soit de nature médicale et qu'elle se fasse au moment précis où la situation l'exige et non pas en « si besoin » comme cela peut se voir dans de nombreux établissements. Il est important de noter que le caractère de dernier recours que revêt l'usage de ces mesures est déjà énoncé dans ce rapport en

2010 car le CPT rappelle qu'il est impératif d'avoir tenté auparavant tous les autres moyens appropriés. De plus si l'utilisation de la contention n'est pas évitable alors celle-ci doit être la plus brève possible : « si exceptionnellement, des moyens de contention physique sont appliqués, ceux-ci doivent être ôtés dès que possible ; ils ne doivent jamais être appliqués, ni leur application être prolongée, à titre de sanction ». Concernant la mise sous contention, le CPT estime d'ailleurs qu'un membre du personnel soignant devrait être présent en permanence auprès du patient afin de maintenir un lien thérapeutique avec celui-ci et l'assister dans ses demandes personnelles. Il précise également que la vidéosurveillance ne saurait remplacer une telle présence continue du personnel. Cependant cette exigence paraît peu compatible à ce jour avec les effectifs paramédicaux disponibles au sein des établissements. A l'instar des autres organismes ayant statué sur ce sujet, il considère comme essentiel d'effectuer un entretien de fin de mise en isolement avec le patient concerné.

De plus « Le CPT recommande aux autorités françaises de veiller à ce que les protocoles de mise en chambre d'isolement et mise sous contention soient revus dans les établissements psychiatriques visités, ainsi que dans tout autre établissement/service de psychiatrie ayant recours à la mise en chambre d'isolement et à la contention mécanique » et qu'ils soient conformes aux recommandations édictées par l'HAS (1). De même, le Comité « appelle également les autorités françaises à mettre en œuvre sa recommandation de longue date visant à ce que tout recours à l'isolement (allant au-delà de quelques minutes) et à la contention mécanique soit consigné dans un registre spécifiquement établi à cet effet dans chaque service (outre les dossiers des patients). Les éléments à consigner dans ce registre doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel. Ce registre doit être accessible aux organismes de contrôle en visite dans les établissements/services de psychiatrie ».

Certaines de ces recommandations ont donc bien été prises en compte plus de 5 ans après dans le récent article L 3222-5-1 qui énonce ces mêmes principes. D'autres rapports ont également servi à constituer les fondements de cet article, comme ceux établis par le CGLPL.

3.2. Rapports du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

3.2.1. Fonctions du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

Aux termes du Protocole facultatif se rapportant à la Convention de l'ONU contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, « chaque État Partie met en place, désigne ou administre, à l'échelon national, un ou plusieurs organes de visite chargés de prévenir la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants » (34). Ainsi le législateur

français institue, par la loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007 (35), un CGLPL et lui confère une autorité administrative indépendante. Le CGLPL est nommé pour un mandat de six ans non renouvelable. Selon les termes de la loi, « il peut visiter, à tout moment, tout lieu du territoire français où les personnes sont enfermées pour vérifier les conditions de vie des personnes privées de liberté et enquêter sur l'état, l'organisation et le fonctionnement de l'établissement » (35). Dans le cadre de sa mission il formule des recommandations aux autorités publiques, notamment à travers des rapports publiés à l'issue de chaque visite d'établissement. Cette autorité indépendante peut être saisie par toute personne physique. Enfin si le CGLPL a connaissance de faits laissant présumer l'existence d'une infraction pénale, il les porte sans délai à la connaissance du Procureur de la République, conformément à l'article 40 du code de procédure pénale (36).

Le CGLPL, dans la continuité du CPT, a pour mission essentielle de veiller au respect des droits fondamentaux concernant les personnes placées au sein des lieux de privation de libertés et que celles-ci soient traitées avec humanité et dans le respect de leur dignité. Même si l'hôpital psychiatrique est avant tout un lieu de soins, et non un lieu de privation de liberté, certains patients voient leur liberté d'aller et venir restreinte en raison d'un mode d'hospitalisation particulier que constitue HSC, ainsi que par l'utilisation de mesures coercitives (chambre d'isolement et contention). Il n'appartient pas au CGLPL d'apprécier la pertinence thérapeutique du recours à ces mesures mais il lui revient de s'assurer du respect des droits fondamentaux des personnes hospitalisées et soignées sans leur consentement. Nous étudierons plus en détail les rapports annuels de 2013, 2014 et 2015 du CGLPL qui traitent notamment des mesures d'isolement et de contention.

3.2.2. Rapport de 2013 du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

En 2013 le premier CGLPL, M. Jean-Marie Delarue, s'est notamment penché sur les pratiques pouvant s'apparenter à « une gestion disciplinaire des patients » (37). Il a relevé à ce sujet que la notion de « contrat de soins », qu'il définit comme « l'ensemble des dispositions à visée thérapeutique censées répondre aux besoins du patient et évoluer selon son état », servait parfois à des fins d'organisation du service ou à des fins disciplinaires mais n'avait pas une visée strictement thérapeutique, comme cela pouvait être le cas concernant les pratiques restrictives de mise en isolement ou contention. Même si celui-ci reconnaissait la nécessité de l'utilisation des mesures de chambre d'isolement et de contention dans certaines situations, alors même qu'elles pouvaient être considérées comme « attentatoires aux libertés », il insistait déjà sur la nécessité de l'encadrement de ces pratiques. « Il n'est pas question de discuter ici le fait que certains patients particulièrement agités, dangereux pour eux-mêmes et pour les autres, puissent nécessiter le recours à l'isolement voire à la contention. Il n'en reste pas moins qu'une telle décision devrait répondre à des critères précis et des conditions déterminées ». De plus il constate que la plupart des établissements

psychiatriques ne tiennent pas de registre traçant les mesures d'isolement et de contention, comme cela avait pourtant été recommandé par le CPT, et ce qu'il avait déjà déploré dans un rapport antérieur. « La plupart du temps, aucune traçabilité de ces restrictions importantes aux libertés fondamentales n'existe et aucun registre ad hoc n'est instauré ». « Par conséquent, les patients n'ont aucun recours contre l'arbitraire d'une décision qu'ils peuvent estimer à juste titre abusive, dans la mesure où elle est, par définition, non motivée et non écrite », ce qu'illustre un des cas de jurisprudence que nous avons rapporté précédemment (28).

3.2.3. Rapport de 2014 du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

En juillet 2014 Mme Adeline Hazan succède au poste de M. Delarue et fait le choix d'inscrire la psychiatrie comme l'une de ses priorités pour son mandat de six ans (38) constatant au même titre que son prédécesseur que « les questions relatives aux droits des patients hospitalisés sans consentement, ainsi que celles relatives à la prise en charge psychiatrique des personnes privées de liberté, sont trop peu présentes dans le débat public en France, alors qu'elles posent de véritables problèmes quant aux droits fondamentaux ».

3.2.3.1. L'information du patient

Après avoir recueilli plusieurs témoignages de patients attestant « avoir souffert d'un manque d'information et de considération », Mme Hazan rappelle dans son rapport de 2014 (39) que « La personne mise en chambre d'isolement doit faire l'objet d'une information particulière lui permettant de comprendre la mesure qui lui est appliquée et d'en prévenir les effets anxiogènes voire traumatisants ». Cette information qui doit être délivrée au patient doit avoir lieu au moment de sa mise en chambre d'isolement mais également tout au long de sa prise en charge, tant que cette mesure reste en place. Elle constate également que « la visite des infirmiers auprès des patients isolés se limite trop souvent à la satisfaction des besoins élémentaires et à la surveillance des constantes ».

3.2.3.2. Le suivi du patient

Le CGLPL fait état de disparités importantes quant au temps consacré par les médecins aux entretiens avec les patients placés en chambre d'isolement : « le passage de psychiatres dans les chambres d'isolement est très inégal ; deux fois par jour dans tel établissement, toutes les 24 heures pour décider du maintien ou de la levée de la mesure dans tel autre ». Certains patients estiment « avoir été totalement délaissés durant leur séjour en chambre d'isolement » ce qui pouvait les amener à penser que le placement en chambre d'isolement était de nature purement punitive. « Beaucoup font état des restrictions difficiles à accepter sans en comprendre les motifs (sorties de la

chambre limitées, aucun objet autorisé, interdiction de fumer, indignité liée à l'obligation d'utiliser un seau hygiénique, conditions matérielles dégradées...) ». Au regard de ces constats établis dans plusieurs établissements de santé et de l'interrogatoire des patients concernant leur vécu en chambre d'isolement, Mme Hazan « recommande que la mise en chambre d'isolement s'accompagne d'un suivi effectif et d'entretiens systématiques au début, à la fin et tout au long du séjour de la personne ».

3.2.3.3. La chambre d'isolement, un lieu de privation de liberté à l'espace non codifié

Aucune norme spécifique relative aux chambres d'isolement et à leur aménagement structurel n'existe. Et là encore l'hétérogénéité de la mise en application de ces pratiques demeure entre les différents hôpitaux psychiatriques. Le CGLPL signifie à ce sujet qu'« il est inadmissible que toutes les chambres d'isolement ne soient pas équipées de bouton d'appel ou que les boutons d'appel ne soient pas accessibles aux malades alités, plus encore attachés. À défaut d'être immédiatement visibles ou audibles en permanence, les personnes privées de liberté doivent pouvoir signaler leur besoin d'une assistance, par le truchement de dispositifs d'interphonie ou de boutons d'appel fonctionnant également la nuit ». Leur surface peut se réduire à 6,20m² comme atteindre 25m². L'éclairage naturel est également très variable selon les sites, certaines fenêtres ressemblant à des meurtrières d'après les constats du CGLPL sans qu'aucune d'entre elles ne permettent une aération naturelle (39). On peut alors penser qu'une pièce sombre et dépourvue d'aération extérieure contribue à augmenter la tension interne de la personne qui s'y trouve enfermée. Notons que le mobilier peut lui aussi différer d'une chambre à l'autre (lit en métal scellé au sol ou lit en blocs de mousse, présence de fauteuils, etc). Un an plus tôt dans son rapport de 2013, M. Delarue établissait les mêmes constats (37) : « Si les chambres d'isolement sont des espaces impressionnants, c'est surtout parce qu'elles sont dépourvues de toute décoration, de mobilier et parfois de commodités (un seau est alors laissé aux patients) ; ces chambres ne sont pas toujours équipées d'un bouton d'appel, ni d'horloge permettant au patient de se repérer dans le temps. » De même, dans une interview réalisée en 2015, le CGLPL s'indigne d'avoir pu visiter « des chambres d'isolement sans sanitaire dans lesquelles les patients n'ont d'autre choix que d'utiliser un seau hygiénique » (38).

Enfin, citons à nouveau la jurisprudence en rapport avec l'arrêt de la CAA de Marseille en date du 21 mai 2015 (28) où le patient ne contestait pas le fait d'avoir été placé dans une chambre d'isolement mais « les conditions dans lesquelles il était retenu en chambre d'isolement (insalubrité, absence d'aération et de toilettes l'obligeant à faire ses besoins sur le sol) ». Même si le recours à cette mesure peut parfois ne pas être évitable et reste justifié pour une situation clinique donnée, il est essentiel de respecter la dignité des patients, notamment par la mise en place de chambre d'isolement bénéficiant d'un minimum de confort élémentaire ; cela afin de ne pas soumettre ces

personnes déjà fragilisées par des troubles mentaux, à une épreuve qui excède le niveau de souffrance inhérent à toute mesure d'isolement non librement décidée.

3.2.4. Rapport de 2015 du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

Dans son récent rapport (40) le CGLPL revient sur la nouvelle loi de modernisation de notre système de santé et considère celle-ci comme « une avancée juridique essentielle », car ces dispositions vont permettre un « contrôle a posteriori des mesures d'isolement et de contention », et pourront amener les professionnels de santé à s'interroger sur leurs pratiques.

3.2.5. Rapport thématique de 2016 du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté sur l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale

Le CGLPL publie en mai 2016 un rapport spécifique sur l'isolement et la contention mécanique, alerté par la généralisation de ces pratiques « gravement attentatoires aux droits fondamentaux » (2) et leurs modalités d'utilisation au sein des établissements de santé mentale. Ce rapport précise que « le terme générique d'établissement de santé mentale fait référence à plusieurs types de lieux dans lesquels peuvent être pris en charge des personnes atteintes de troubles mentaux : centres hospitaliers spécialisés et services psychiatriques au sein d'hôpitaux généraux, unités pour malades difficiles (UMD) et unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les patients détenus » (41). Pour la première fois depuis sa création par la loi de 2007, le CGLPL établit un rapport thématique de ses 121 visites dans 11 établissements de santé mentale, ce qui représente 41% des sites spécialisés en psychiatrie. Les visites conduites dans ces établissements psychiatriques ont permis au CGLPL de dresser une série de constats et de recommandations concernant l'isolement et la contention et que nous détaillons dans les chapitres prévus à cet effet.

4. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION EN FRANCE

Comme le souligne le CGLPL depuis plusieurs années, il n'existe aucune donnée actualisée correspondant à l'utilisation des pratiques de l'isolement et de la contention dans notre pays. La proposition d'un « observatoire national » des restrictions de liberté dans les établissements de santé permettrait d'objectiver au sein des services de psychiatrie la réalité de ces pratiques. Plusieurs constats émanant de la visite de professionnels dans les établissements de santé font cependant état d'une augmentation de l'usage de ces mesures. C'est ce qu'affirme notamment le député Denis Robiliard rapporteur de la mission d'information de l'Assemblée nationale, qui en 2013, constate un recours problématique à la contention et à l'isolement thérapeutique (23). Les raisons principales évoquées dans plusieurs de ces rapports pouvant expliquer cette augmentation, concernent

notamment la féminisation des équipes, le manque de personnel, surtout la nuit, ce qui contribue alors à la prescription de mise en chambre d'isolement de certains patients en « si besoin », afin de « rassurer » les équipes. Trois années plus tard, la situation est inchangée. Mme Hazan constate dans son rapport dédié aux pratiques de l'isolement et de la contention dans les établissements de santé mentale (2) que même si ces pratiques restent très hétérogènes au sein des divers hôpitaux psychiatriques visités, une généralisation de leur recours s'opère alors que leur efficacité thérapeutique reste encore à prouver. Pour le CGLPL les raisons de cette généralisation restent globalement les mêmes que celles évoquées précédemment : « réduction des effectifs, changement dans la formation des professionnels, évolution de l'approche psychopathologique, présence insuffisante des médecins dans les unités de soin, manque de réflexion d'ensemble sur la liberté de circulation des patient ». L'hétérogénéité des pratiques constatée entre établissements ou au sein même d'un établissement ne serait que très faiblement associée aux différences de diagnostics ou situations cliniques des patients. D'après le CGLPL, elle relèverait plutôt de « cultures de service » (2). Mme Hazan soulève également la question de la dangerosité du malade psychiatrique. En effet, bon nombre de débats politiques traitent de ce sujet en raison d'un impératif de sécurité publique à maintenir. Cette dynamique de prévention de la sécurité d'autrui visant « à rassurer le citoyen d'une crainte plus alimentée par le traitement médiatique d'événements dramatiques, mais exceptionnels, que par la réalité statistique d'un quelconque danger » concourt probablement au recours trop fréquent à ces pratiques. Pour le CGLPL, « le malade mental » reste en marge des autres malades et sa représentation au regard de la société et de la profession médicale est ternie par une image faite d'incompréhension, d'imprévisibilité, de violence et finalement de dangerosité.

En plus de la facilité du recours à ces pratiques, leur utilisation peut parfois en être « abusive » et constituer une violation grave des droits fondamentaux des personnes privées de liberté. C'est ce que nous verrons dans un récent signalement, constituant une procédure d'urgence, effectué par le CGLPL auprès de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé concernant les conditions de prise en charge portant des atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées dans un établissement de l'Ain. Tout d'abord nous porterons un regard sur les différentes données épidémiologiques existant en France concernant le recours aux mesures d'isolement et de contention.

4.1. Données épidémiologiques

En France peu d'études s'intéressant aux pratiques de mise en chambres d'isolement et d'utilisation de la contention ont été publiées, et les quelques travaux existant révèlent des pratiques hétérogènes sur le territoire national, tant sur les motifs de recours à leurs usages, que sur les modalités d'application de ces pratiques (durée, fréquence des visites médicales, surveillance des

patients etc.).

Une des premières études à ce sujet est celle de Palazzolo et collaborateurs publiée en 1999 (5) qui évalue l'utilisation de l'isolement dans un hôpital psychiatrique de Savoie pendant un an. L'auteur retrouve une prévalence du recours à cette pratique « de moins de 5% des hospitalisations de l'ensemble de l'établissement », ce qui correspond au nombre de patients mis en chambre d'isolement (460 patients) multiplié par la durée moyenne de séjour en chambre d'isolement (15 jours) rapportés au nombre de journées d'hospitalisations annuelles de cet hôpital psychiatrique (180000), soit une prévalence de 3,8%. Les patients concernés par l'isolement dans cette étude étaient en majorité de sexe masculin : 2/3 des hommes (soit 308 patients), et l'âge moyen était de 39 ans. Concernant la contention, son utilisation a été nécessaire pour 14% des patients isolés et était justifiée dans la majorité des cas par une agitation psychomotrice trop intense.

Une étude prospective française réalisée par Baratta concerne l'utilisation des chambres d'isolement au sein de l'établissement public de santé Alsace Nord (42). Dans cette étude réalisée sur un mois, l'auteur retrouve également une prévalence de 5% d'utilisation des chambres d'isolement, ce qui correspond à 32 patients sur les 608 inclus. Ces patients ont été recrutés au sein de sept unités de psychiatrie adulte, une unité de géro-psi-chiatrie et une unité spécialisée dans la prise en charge des « psychoses infantiles vieillies », qui comptaient un total de treize chambres d'isolement. La durée minimale de placement en chambre d'isolement était de quatre heures, tandis que la durée maximale s'élevait à 150 heures (soit six jours). La majorité des patients placés en isolement, à savoir 60% d'entre eux, était en hospitalisation « libre », et 15% étaient restés 72 heures ou plus, sans qu'aucune mise en conformité du mode d'hospitalisation n'ait été réalisée, comme cela était pourtant recommandé par la circulaire Veil en 1993 puis par la HAS en 1998. Dans une étude de 2010 de ce même auteur, relative à l'état des lieux en France du recours à l'isolement (43), celui-ci conclut à une diversité des pratiques tant au niveau international que sur notre territoire, et à une utilisation de la chambre d'isolement en France (avec une prévalence de 5%) est plus élevée que dans les études nord-américaines mais restant inférieures aux pratiques en Suisse (17,8%), Grèce (9,6%) ou Allemagne (7,8%).

L'étude française la plus récente, réalisée par Dumont et collaborateurs, date de 2012 et concerne l'évaluation de la pratique de l'isolement à l'unité médicale d'accueil (UMA) du centre hospitalier le Vinatier, à Bron (44). Il s'agit d'une étude prospective d'une durée d'un mois réalisée au sein de l'UMA qui est une unité d'urgence de sept lits d'hospitalisation à temps plein, comportant deux chambres d'isolement. Durant cette période, sur les 193 patients qui ont été hospitalisés dans ce service 50 d'entre eux ont été mis en chambre d'isolement, ce qui correspond à 25,9% des patients hospitalisés. Ce pourcentage est bien au dessus des prévalences citées dans les deux études précédentes et pourrait s'expliquer, du moins en partie, par le lieu de sélection des patients puisqu'il

s'agit d'un service d'urgence. La durée de moyenne de placement en chambre d'isolement était de 3,3 jours par patient. La contention a été utilisée dans 70% des cas, ce qui correspond à 35 patients sur 50 placés en chambre d'isolement.

Concernant des données relatives à l'usage de la contention sans isolement, nous n'avons retrouvé qu'une seule étude rétrospective s'étendant sur six mois (45), réalisée par Guedj et associés dans un service d'urgences psychiatriques de l'hôpital Saint-Anne à Paris. Celle-ci retrouvait un recours à la contention pour 1,4% des patients, ce qui correspond à 76 patients parmi un total de 5428 admissions. La durée moyenne d'utilisation de la contention était de deux heures, allant de cinq minutes à sept heures. Dans cette étude le profil du patient contenu était un homme âgé d'une trentaine d'année atteint d'une schizophrénie ou présentant un trouble de la personnalité avec troubles du comportement associés. La grande majorité des patients contenus, soit 80% d'entre eux, ont été hospitalisés par la suite sans leur consentement.

Plus récemment, la DGS et la DGOS, dans leur saisine adressée à la HAS, renvoient au système d'informations relatif à la psychiatrie géré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (AITH), et indiquent que, d'après ce recueil, le pourcentage de journées à temps plein déclarées en isolement thérapeutique par les établissements de santé est passé de 1,5 % en 2008 à 1,9 % en 2012. Le pourcentage de journées à temps plein en isolement thérapeutique correspond à un rapport ayant pour numérateur : le nombre total de jours en isolement thérapeutique en hospitalisation à temps plein, pour les établissements sélectionnés, par an, et pour dénominateur : le nombre de journées de présence en hospitalisation à temps plein. Cet indice s'élève à 1,76% en 2013 et 2% en 2014 soit près de 25000 patients avec une durée de prise en charge en isolement stable, autour de 15 jours par patient. L'augmentation est considérable en 2015 avec 28 100 patients ayant eu au moins une journée en isolement thérapeutique, soit un peu plus de 8,3 % des patients hospitalisés. Le CGLPL précise cependant que ces données ne reflètent pas tout à fait la réalité car ces informations recueillies peuvent ne pas être correctement saisies et parce que le système d'information de l'AITH ne prévoit pas d'enregistrer les isolements effectués ailleurs que dans les chambres d'isolement prévues à ce strict effet (2). En effet le CGLPL remarque que le taux d'utilisation est rarement relevé avec précision : « Dans les unités où les patients sont enfermés dans une chambre ordinaire, ceux-ci ne sont pas considérés comme étant « à l'isolement » et ne sont pas déclarés comme tels au service de sécurité », qui doit normalement être informé chaque jour de la présence des patients dans les chambres d'isolement. Il convient de préciser qu'il n'existe pas de recueil de données de ce type concernant l'utilisation de la contention ; le recours à cette pratique n'étant pas encore inclus au sein de ce système d'information (10).

4.2. Une hétérogénéité des pratiques mise en évidence par le CPT

Dans son rapport de 2010 (33), la délégation du CPT a observé, après s'être rendue dans un certain nombre d'unités fermées des services de psychiatrie générale du groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif et de l'établissement public de santé mentale (EPSM) Val de Lys-Artois à Saint-Venant, que les pratiques relatives à la mise en chambre d'isolement et la contention mécanique variaient considérablement d'un établissement visité à l'autre, voire d'un service de psychiatrie générale à l'autre. Ainsi, l'examen comparé des dossiers de patients des services visités montrait que les recours à la chambre d'isolement et à la contention mécanique, ainsi que la durée d'utilisation de ces moyens, étaient bien supérieurs dans les services du groupe hospitalier Paul Guiraud, où les patients étaient très souvent placés en chambre d'isolement à l'admission et pouvaient même y passer près de la moitié de leur séjour. D'après ce rapport les diversités des pratiques concernant le recours à l'isolement n'étaient pas expliquées ou très peu par des différences de diagnostics médicaux d'un service à l'autre. Certains services investissaient davantage d'efforts dans la construction et la préservation d'une alliance thérapeutique avec le patient. La délégation avait également constaté en ce sens « que certains services avaient développé des pratiques s'apparentant à des mises en chambre d'isolement, comme la mise en chambre dite d'apaisement ». Une différence apparaissait également au regard de la fréquence de surveillance des patients placés en isolement par le personnel infirmier. En effet plusieurs patients du groupe hospitalier Paul Guiraud relataient « avoir fait l'expérience de situations humiliantes en raison de l'insuffisance de la surveillance du personnel soignant (incontinences urinaires et fécales, difficultés d'alimentation, etc.) ». De plus ils rapportaient également à la délégation « avoir vécu les mises en chambre d'isolement, et en particulier les mises sous contention, comme une punition ». Ces patients ne bénéficiaient en général pas d'entretien avec le personnel lorsque la mesure prenait fin, a contrario des patients de l'EPSM Val de Lys-Artois qui rapportaient avoir mieux vécu cette expérience.

A la lumière de ces différentes données contrastées et peu nombreuses concernant l'usage de ces pratiques sur notre territoire, le CGLPL alerte depuis plusieurs années au cours de ses visites dans les établissements de santé, sur la nécessité de mettre en place une traçabilité de la mise en application de telles mesures. Et ce, à l'aide d'un registre unique et standardisé pour chaque patient d'une part, et grâce à la proposition de mise en place d'un « observatoire national », d'autre part. Le CGLPL insiste sur le fait qu'il est trop souvent confronté à une impossibilité de connaître avec certitude le nombre d'isollements et leurs motifs. Enfin la nécessité de légiférer sur ces pratiques prend tout son sens dans une déclaration récente du CGLPL où celui-ci constate une violation grave des droits fondamentaux des personnes privées de liberté dans un établissement de santé français.

4.3. Etat des lieux de ces pratiques par le CGLPL

Au travers de son récent rapport portant spécifiquement sur l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale (2) le CGLPL dresse une série de constats concernant les pratiques de l'isolement et de la contention dans les établissements de santé mentale. Alors qu'il n'existe que très peu d'études à ce propos, ces données fournissent un aperçu concernant la dérive de l'utilisation de ces pratiques en France. Tout comme le CPT, le CGLPL met en avant l'hétérogénéité de leurs indications et leurs modalités de réalisation et de gestion.

4.3.1. Constats généraux

4.3.1.1. Hypothèses explicatives concernant l'augmentation et le mésusage du recours à ces pratiques

Comme nous l'avons évoqué auparavant le recours à l'isolement et à la contention est en augmentation en France. Ce constat est confirmé par le CGLPL et se fonde essentiellement sur les dires des interlocuteurs institutionnels rencontrés faute d'un recueil de données à l'échelle régionale et nationale objectivant cette augmentation. « De façon générale, les soignants expliquent isoler dans toute situation non gérable par la relation et la parole », voici ce que rapporte Mme Hazan dans son rapport ciblé sur les pratiques de l'isolement et de la contention dans les établissements de santé mentale (2). Ces situations « non gérables » sont le plus souvent en lien avec des états d'agitation aiguë, de débordements comportementaux et donc en rapport avec des états de violence mettant en difficulté les équipes. Comme l'explique le CGLPL, des éléments d'évolution récente peuvent en partie expliquer l'augmentation du recours à ces pratiques dans ces situations où la relation soignant/soigné et la parole ne suffisent plus.

L'abandon de la formation spécialisée des infirmiers en psychiatrie avec la création d'un diplôme unique d'infirmier en 1992 pourrait avoir contribué à cette évolution. Ces soignants anciennement spécialisés dans ce domaine médical bien particulier avaient choisi d'emblée au cours de leurs études de travailler auprès de patients souffrant de maladie mentale et de fait connaissaient les spécificités cliniques des troubles propres à ces malades. « De plus le départ progressif de ces infirmiers plus expérimentés a par ailleurs privé les équipes de la transmission de l'expérience et d'un savoir-faire de soignants plus sereins face à la violence et la crise, plus à l'aise dans la relation au patient agité et exercés à l'anticipation et au désamorçage des situations porteuses de difficultés ».

En second lieu, Mme Hazan constate une diminution des effectifs soignants. Cet argument est d'ailleurs souvent évoqué de la part des équipes pour justifier des placements en isolement « préventif » afin de prévenir un état de violence qui ne pourrait être contenu par ailleurs dans ces conditions. De même le placement en isolement ou sous contention en « si besoin » rassure ces

équipes en sous-effectifs. Une autre raison invoquée par le premier CGLPL, M. Delarue, est la féminisation des équipes qui de ce fait amène une certaine vulnérabilité face à un patient agité, violent et justifie là encore ces décisions de mise en isolement « préventif ».

Enfin, Mme Hazan rapporte un sentiment d'abandon vécu par certains soignants envers leur équipe médicale, sentiment rencontré dans des unités où est objectivée par le CGLPL une présence médicale faible voire anecdotique. « Certains patients expliquent ne voir le psychiatre qu'une fois par mois, et moins souvent encore pour certains malades chroniques ». Les prescriptions de contention et d'isolement « si besoin » sont probablement favorisées par cette absence de présence médicale quotidienne. De plus, le CGLPL précise que le nombre de placements en isolement serait plus important en fin de journée et au cours des week-ends, périodes durant lesquelles la présence des médecins dans les services est moindre. Il ajoute que : « la durée des placements est, en outre, supérieure à ce que nécessiterait la gestion de la crise mais le médecin qui est supposé se déplacer dans les heures qui suivent pour les valider ou les lever n'est pas toujours disponible ». Il revient alors souvent à l'interne de garde d'évaluer la décision de maintien ou de levée de cette contrainte physique. Il est alors rare que celui-ci décide d'y mettre fin, car il est souvent difficilement concevable de modifier la prescription ou décision prise par un médecin senior.

Ainsi « se dessine un cercle vicieux selon lequel les équipes insuffisamment formées, insuffisamment nombreuses, insuffisamment soutenues, font pression auprès des médecins pour recourir à des pratiques d'isolement qui, dans un premier temps les soulagent et les dispensent de faire face autrement à l'agitation et à la violence, mais dont la gestion pèsera finalement sur le fonctionnement de l'unité ». Sans compter que l'utilisation de ces méthodes renvoie également souvent aux soignants un sentiment de culpabilité et d'incapacité à accomplir pleinement leur métier.

4.3.1.2. Des indications non conformes et des modalités de mise en œuvre qui diffèrent

En visitant des établissements de santé le CGLPL constate que de nombreux protocoles concernant les indications de mise en chambre d'isolement et d'utilisation de la contention sont appliqués sans lien avec la symptomatologie présentée par le patient (2). C'est le cas comme nous l'avons vu précédemment des personnes détenues qui sont placées trop souvent de manière systématique en isolement, et ce indépendamment de leur état de santé.

De la même manière dans certains établissements, les règlements intérieurs prévoient un séjour systématique en isolement de certains patients dès leur admission. Les indications peuvent concerner les patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) mais aussi les personnes non connues du service. Ce recours systématique à la chambre d'isolement est également

constaté dans « toutes les unités pour malades difficiles (UMD) à l'admission, pour des durées de quelques heures, plus souvent de quarante-huit heures et pouvant atteindre quinze jours »(2). De plus il est fréquent de constater la mise en isolement systématique de ces patients d'UMD lorsqu'ils réintègrent leurs services d'origine.

Il arrive également que certains patients soient enfermés à clé dans leurs chambres (les sorties autorisées se limitant à la prise des repas et à la toilette), l'indication étant de les protéger des autres patients du service. Il s'agit par exemple des patients mineurs hospitalisés en service de psychiatrie générale, mais aussi des personnes présentant des vulnérabilités ou handicaps psychiques majeurs. Concernant les patients présentant une pathologie chronique déficitaire (déficience intellectuelle), le CGLPL objective un recours fréquent à l'isolement pour des durées qui se comptent parfois en mois, voire en années. S'ajoute à cela une présence médicale souvent amoindrie dans ce type de services (ces unités spécialisées pour les patients « déficitaires ») empêchant une réévaluation quotidienne de ces patients et produisant de fait une reconduction automatique de cette pratique. On remarque donc qu'à travers ces données le fait d'isoler un patient n'est pas en lien avec la sévérité de la pathologie.

Mme Hazan estime que ces indications systématiques de recours à l'isolement que nous venons de citer constituent un traitement inhumain et dégradant et ne respectent pas la loi ainsi que les droits fondamentaux des patients.

Alors que nous venons de voir que les indications de mise en chambre d'isolement peuvent varier considérablement d'un établissement à un autre voire entre deux unités, sans même parfois considérer la symptomatologie présentée par le patient ; cette hétérogénéité des pratiques se rencontre également dans l'organisation des chambres d'isolement qui n'est pas normalisée, ainsi que dans la gestion du temps passé dans ces espaces : « Dans certaines unités, un protocole s'impose et est appliqué sans autre forme de réflexion, dans d'autres, l'accès au tabac ou à la lecture, les périodes de sortie, notamment dans la cour, sont modifiables et révisables au cours de l'isolement ou selon les patients ». De la même manière que pour l'isolement, le recours à la contention est également soumis à une diversité des pratiques entre les différents établissements de santé mentale. Il existe même dans certains établissements un recours privilégié à cette mesure en cas de besoin, et sans mesure d'isolement associée. Au regard de la diversité de ces pratiques le CGLPL s'interroge donc sur la cohérence de leurs indications et de leurs mises en œuvre.

4.3.1.3. Non respects des droits des patients

Mme Hazan met en exergue au travers de ces constats que les conditions dans lesquelles sont mises en œuvre l'isolement et la contention portent souvent atteinte aux droits fondamentaux des patients. Tout d'abord concernant le « droit à la prise en charge médicale et aux soins » (2), le CGLPL

rapporte que le médecin somaticien n'est que très rarement prévenu de la mise en place de ces mesures, alors même qu'elles peuvent avoir des conséquences somatiques graves, en particulier lorsque les contre-indications n'ont pas été soigneusement éliminées. De plus, le recours à ces mesures prive régulièrement les patients d'entretiens infirmiers structurés qui constituent une partie importante de la prise en charge et du soin en psychiatrie. Comme cela avait été souligné dans les rapports des CGLPL de 2013 et 2014, le « droit à la sécurité » se voit lui aussi trop peu respecté dans certains établissements où il arrive que des chambres d'isolement soient dépourvues de sonnette d'appel. Quant aux patients contenus, « ils n'ont d'autre choix que d'attendre le passage infirmier, parfois seulement toutes les deux heures, voire moins la nuit, pour obtenir à boire ou pour demander le bassin, ou plus gravement pour signaler un malaise ou un problème urgent ».

Le CGLPL constate le développement de l'utilisation de caméras dans les services afin de surveiller les chambres d'isolement. Les images sont en général transmises dans le bureau infirmier, ce qui amène certains soignants à se contenter de surveiller les patients sur les écrans. Le CGLPL précise également que le champ de vision de la caméra couvre le plus souvent la totalité de la chambre, ne laissant place à aucune intimité pour le patient. De plus, le bureau infirmier étant souvent vitré, une visibilité depuis les espaces communs est alors possible. Certains services sont également équipés de microphones et caméras thermiques permettant d'entendre et d'observer le patient la nuit. Ces méthodes de surveillance porte atteintes au « droit à l'intimité ». Pour Mme Hazan « ces modes de surveillance sont attentatoires à la dignité des patients ; en outre, ils ne sauraient remplacer une présence régulière et fréquente auprès des patients placés en chambre d'isolement ». Le « droit au respect de la dignité » est également questionné par le CGLPL qui rapporte une part non négligeable de chambres d'isolement dépourvues de sanitaires, les patients étant alors dans l'obligation d'utiliser une chaise percée ou un seau hygiénique.

« Le droit de recevoir des visites » n'est pas respecté dans la plupart des cas et au contraire le placement en isolement est très régulièrement assorti d'une prescription d'interdiction de visite. Ceci a du sens lorsque cette mesure s'applique dans le cadre du derniers recours face à des états d'agitation aiguë mais non chez les patients peu voire asymptomatiques comme sus-cités. Le CGLPL ajoute en ce sens avoir déjà relevé que certains patients placés en isolement pouvaient avoir des visites si leur état psychique était stabilisé, « ce qui laisse perplexe sur la pertinence du maintien d'une mesure de privation de liberté aussi contraignante pour des patients dont l'état serait stabilisé ». Peu d'établissements ont pensé l'architecture de l'espace d'isolement afin de permettre aux personnes de recevoir leurs proches ailleurs que dans leur chambre.

L'ANAES (1) recommande que le patient placé en chambre d'isolement puisse bénéficier de sorties de courte durée durant la journée afin de satisfaire aux besoins physiologiques de se mouvoir. Le CGLPL constate alors que le droit d'avoir accès à une activité physique élémentaire n'est que très

rarement respecté. Ceci est d'autant plus préoccupant que les patients atteints de troubles psychiatriques ont fréquemment des troubles cardio-vasculaires et métaboliques comorbides qui s'aggravent avec l'absence de mobilité physique, et en particulier lorsque ces mesures sont prolongées pendant des mois. De la même manière, le CGLPL souligne que « les modalités de gestion du tabac apparaissent souvent très peu respectueuses des droits des personnes ». Les personnes souffrant de troubles psychiatriques ont une utilisation et une dépendance tabagique plus importante que la population générale. Lorsqu'ils sont isolés, ces patients se voient dans l'obligation d'arrêter de fumer ou de restreindre fortement leur consommation du fait de la contrainte imposée. Comme unique forme d'accompagnement, des substituts nicotiques sont fréquemment prescrits afin de lutter contre les symptômes de sevrage qui pourraient alors aggraver leur trouble. « Les cigarettes, quand il est possible d'en fumer, peuvent l'être soit à heures fixes comme c'est le cas le plus souvent, soit à la demande sous réserve d'attendre que les soignants soient disponibles ». L'approche professionnelle de cette question reste tout de même compliquée du fait de l'interdiction légale de fumer dans l'enceinte des établissements hospitaliers. Mme Hazan conclut à ce sujet que le « tabac représente un enjeu important de la relation soignant-soigné notamment un enjeu de pouvoir et cristallise autour de la rigidité imposée à ces patients, une logique d'arbitraire, ce d'autant que l'ennui et l'inactivité, qui sont favorables au tabagisme, sont particulièrement pénibles pendant ces temps de retraits imposés ».

4.3.2. Utilisation non conforme et illégale : exemple du centre psychothérapeutique de Bourg-en-Bresse dans l'Ain

En mars 2016, alors que les pratiques d'isolement et de la contention viennent d'être encadrées légalement par l'article L.3222-5-1 du CSP (8), le CGLPL met en œuvre une « procédure d'urgence » à la suite de la visite du centre psychothérapeutique de l'Ain, du 11 au 15 janvier 2016. En effet Mme Hazan rapporte au Ministre de la Santé avoir constaté dans cet établissement des « situations individuelles et de conditions de prise en charge portant des atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées ». En effet, le CGLPL, peut, en application de l'article 9 alinéa 2 de la loi du 30 octobre 2007, « saisir les autorités compétentes de ses observations en leur demandant d'y répondre. Postérieurement à la réponse obtenue, il constate s'il a été mis fin à la violation signalée; il peut rendre publiques ses observations et les réponses obtenues ». De plus le CGLPL peut décider de publier au Journal Officiel des recommandations spécifiques à un établissement (46).

Lors de la visite du centre psychothérapeutique de Bourg-en-Bresse dans l'Ain, le CGLPL fait état de plusieurs violations graves des droits fondamentaux des patients hospitalisés. Mme Hazan constate tout d'abord « Une pratique de maîtrise et de contrôle des faits et gestes des patients

d'autant plus singulière qu'elle est appliquée avec une rigueur exceptionnelle ». Un document standardisé regroupant les modalités du « cadre de soin » et présent dans chaque unité précise même dans son intitulé les « prescriptions de restriction de liberté d'aller et venir ». De plus toutes les unités de l'établissement sont fermées (à l'exception de celle pour adolescents), alors même que nombre de ces patients sont hospitalisés en soins libres. Une attention particulière est portée par le CGLPL sur le recours aux chambres d'isolement et à la contention dans ce centre qui d'après ses dires est « utilisé dans des proportions jamais observées jusqu'alors et non conforme aux règles communément appliquées ». Selon les données recueillies, « en moyenne plus de trente-cinq chambres d'isolement sont occupées chaque jour, ce qui représente plus de 13 000 journées passées en chambre d'isolement dans l'année », ce qui correspond à une prévalence de la mise en chambre d'isolement (environ 8%) bien supérieure aux données épidémiologiques précédentes de 5%. Dans l'unité « soins de suite » évoquée précédemment, certains patients sont à demeure dans des chambres d'isolement et les prescriptions d'isolement ne sont pas renouvelées quotidiennement, mais sont faites pour sept jours et sans que le patient soit systématiquement examiné. Concernant l'aménagement structurel de ces chambres, aucune d'entre-elles ne dispose de bouton d'appel. L'établissement compte « une unité pour malades agités et perturbateurs », où la majorité des patients placés en chambre d'isolement y sont enfermés dans le meilleur des cas pour une durée minimale de dix-neuf heures par jour. En ce qui concerne l'usage de la contention, cette pratique est tout aussi généralisée dans l'établissement, et non exceptionnelle, comme cela est pourtant recommandé ; « certains jours, trente-cinq patients sont contenus sur un lit ». Certains patients sont placés sous contention des 4 membres en permanence. Au regard de telles conditions où « les patients sont placés à l'isolement, enfermés, sous contention pour des durées particulièrement longues, pouvant atteindre des mois, voire des années, le CGLPL conclue que ces pratiques constituent, à l'évidence, un traitement inhumain et dégradant. Mme Hazan souligne de plus l'existence d' « une résignation préoccupante tant de la communauté soignante que des patients » face à ces pratiques inhabituelles et alarmantes. A la suite de ces constats extrêmement préoccupants, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé a immédiatement répondu que des mesures seront très rapidement mises en œuvre afin « de restaurer un fonctionnement et des pratiques professionnelles conformes au respect des droits des personnes ».

D'autres établissements en France utilisent l'isolement et la contention dans des proportions non acceptables, et avec des méthodes non conformes aux recommandations existantes. En témoignent les nombreux cas de jurisprudence que nous avons cités précédemment. Avec la parution de ce nouvel article de loi un pas important vient d'être franchi vers plus de transparence et un meilleur contrôle de l'isolement et de la contention, donc vers un plus grand respect des droits des patients. De plus l'apparition d'une législation encadrant ces mesures sur le plan juridique peut entraîner plus

de recours judiciaires de la part des patients et de leurs familles et évitera peut être à certains patients d'éprouver un sentiment d'impuissance et de résignation face à ces mesures d'isolement et de contention.

A l'inverse de cet exemple du centre psychiatrique de Bourg-en-Bresse, certains hôpitaux psychiatriques français tentent de limiter au maximum l'utilisation de ces pratiques, et lorsque cela est nécessaire, de les utiliser dans les conditions les plus favorables pour le patient.

4.4. Vers une utilisation restreinte et adaptée de ces mesures

Devant l'absence d'études disponibles au sujet de ces deux pratiques que sont l'isolement et la contention, la preuve de l'efficacité thérapeutique de ces deux méthodes reste aujourd'hui encore à démontrer. Certains centres hospitaliers tentent donc de chercher des alternatives à leur usage en vue de limiter au maximum leur pratique. Raphaël Carre, dans sa thèse réalisée en 2014 (47) portant spécifiquement sur la contention physique, montre que cette méthode comporte d'importants effets indésirables sans avoir pour autant fait la preuve de son efficacité clinique. De plus celui-ci explore au travers d'une étude qualitative le vécu des patients ayant connu une expérience de contention mécanique et retrouve que les thèmes « d'agressivité et de violence, d'impuissance et de dépendance, de punition et de sanction, de déshumanisation » sont récurrents dans le discours des 29 patients inclus dans cette étude. C'est ainsi qu'à la suite de ce travail de thèse certains hôpitaux, comme le CH Gérard Marchant à Toulouse proposent des améliorations et des alternatives à la mise en place de la contention physique, au travers notamment de formations s'adressant à l'ensemble du personnel soignant, ceci afin de limiter au maximum sa pratique et de la rendre moins insupportable lorsqu'elle est strictement nécessaire.

5. ASPECTS CLINIQUES

5.1. Méthodologie des recherches bibliographiques

Dans ce chapitre 5, nous ferons un état des lieux de la littérature internationale disponible à propos de notre sujet d'étude qui concerne le recours à l'isolement et la contention. Le seul moteur de recherche de données bibliographiques utilisé à cette fin est PUBMED. Les recherches ont toutes été effectuées en anglais.

Les principaux mots clés utilisés de manière constante pour chaque recherche étaient « restraint », « seclusion » et « coercitive ». En ce qui concerne l'efficacité thérapeutique et les effets indésirables de ces mesures, nous avons utilisés les termes suivants : « effectiveness », « efficiency », « adverse effects », « side effects » et « death ». Enfin, pour ce qui est des

complications thrombo-emboliques lors du recours aux mesures d'isolement et contention, ainsi que leur prévention, les mots clés utilisés étaient : « deep thrombosis venous », « pulmonar embolism », « prévention », « heparin » et « heparin prophylaxis ».

5.2. Indications

5.2.1. Indications cliniques disponibles dans les textes

Comme nous l'avons vu précédemment, l'ANAES établie en 1998 un référentiel (1) qui précise des recommandations de bonne pratique sur l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie, concernant notamment les modalités de prescription, la programmation des soins, la surveillance, le respect des indications et contre-indications ou encore le vécu des patients. Parmi les vingt-trois critères que contient ce référentiel, le critère numéro 5 détaille les cas pour lesquels la mise en chambre d'isolement est indiquée et précise qu'il n'existe pas d'utilisation de cette méthode « à titre non thérapeutique ». Nous rappelons les indications ci-dessous :

- La prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui, alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ni appropriés.
- La prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose des soins.
- L'isolement intégré dans un programme thérapeutique.
- L'isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.
- L'utilisation à la demande de la personne malade.

Il n'existe à ce jour aucun autre document faisant office de référence concernant les indications de mise en chambre d'isolement.

Le CGLPL rapporte d'ailleurs avoir constaté que de nombreux établissements se sont saisis de ce référentiel pour formaliser un protocole spécifique à la mise en chambre d'isolement, sous des intitulés divers mais qui reprennent pour l'essentiel des éléments de ces recommandations. Mme Hazan constate que ce sont les deux premières indications qui sont le plus souvent évoquées par les professionnels de santé pour justifier la mise en isolement. Il convient de rappeler que le CGLPL vient de faire part dans ces nouvelles recommandations qu'il est dorénavant demandé au prescripteur de préciser, en plus des indications cliniques de la décision d'isolement pour un patient, les moyens mis en œuvre avant d'y recourir. Ceci étant trop rarement fait d'après ses observations. La première indication fait donc référence aux états de crise, d'agitation, de violence auto ou hétéro-agressive. Or l'agitation et la violence sont souvent limitées dans le temps, ce qui conditionne de manière logique que l'utilisation de l'isolement et de la contention ne se fasse que de manière brève, durant le temps nécessaire à la résolution de cet épisode ou à la mise en œuvre d'un autre moyen permettant d'y

mettre un terme. Concernant la cinquième indication, à savoir l'utilisation à la demande de la personne malade, elle n'a que rarement pu être mise en évidence par le CGLPL : « les contrôleurs ont eu le sentiment que le patient avait fait sien du discours soignant parfois par résignation, parfois pour rendre la mesure plus supportable » (2).

Enfin, concernant les indications plus spécifiques de la contention, aucun texte officiel ne propose d'indication en lien avec l'utilisation de cette mesure. Ceci s'explique très certainement par le fait que l'ANAES ne considère pas cette pratique comme une modalité de soins, mais seulement comme une mesure pouvant être associée à l'isolement.

Notons que la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) statue sur la question de l'utilisation de la contention physique à travers la 9ème conférence de consensus concernant la prise en charge de l'agitation en urgence (petit enfant excepté), publiée en 2002 (48). Les indications qu'elle retient dans le cadre des urgences pour l'utilisation de la contention sont exactement les mêmes que celles établies par l'ANAES pour l'isolement, exceptées celles en rapport avec l'intégration de cette mesure dans un programme thérapeutique et l'utilisation à la demande de la personne malade. De plus, le recours à la contention (physique ou chimique) est utilisé en seconde intention dans les situations de gestion des épisodes d'agitation, après « obligation médicale » d'avoir tenté un désamorçage de la crise par une prise en charge relationnelle, le temps d'obtenir une sédation médicamenteuse efficace. L'agitation est définie par la SFMU comme une « perturbation du comportement moteur, psychique et relationnel ». Ses étiologies peuvent être d'origine organique, toxique ou psychiatrique.

L'ANAES a également établi en 2000 une évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé concernant la limitation des risques de l'usage de la contention physique chez la personne âgée (49), cette pratique étant très répandue dans cette population. Elle y rappelle que l'indication première d'utilisation de la contention pour la personne âgée est la prévention du risque de chute. Le reste des indications étant largement représenté par les troubles du comportement tels que l'agitation et la déambulation, ce qui peut correspondre aux mêmes indications d'utilisation de cette pratique dans les services de psychiatrie. Il convient de noter que pour cette population de patients, âgés de plus de 65 ans, la contention mécanique ne doit pas être systématique pour prévenir le risque de chute car cette méthode serait inefficace pour ce cas précis. L'usage de la contention doit alors être remplacé par une adaptation de l'environnement, la mise en place d'activités occupationnelles, une évaluation médicale, psychologique et infirmière.

Enfin, qu'en est-il d'un patient s'opposant aux soins alors que son pronostic vital est engagé ? En effet, nous pouvons discuter de l'indication du recours aux méthodes d'isolement mais surtout de contention chez un patient refusant de s'hydrater, de s'alimenter par exemple lors d'un épisode dépressif sévère, retirant à plusieurs reprises ses perfusions, ou utilisant le matériel médical à des

fins auto-agressives voire suicidaires. Dans de telles situations extrêmes mais non exceptionnelles, l'usage de la contention pourrait être justifié.

5.2.2. Données de la littérature concernant les indications des mesures d'isolement et de contention en France

Les seules indications sur lesquelles s'accordent les différentes études sont représentées par les états d'agitation psychomotrice et les conduites agressives, dangereuses et violentes envers autrui. Trois études françaises présentent ces résultats. Tout d'abord dans une étude prospective réalisée en 2009 par Baratta concernant l'utilisation des chambres d'isolement au sein de l'établissement public de santé Alsace Nord (42), l'indication de la mise en chambre d'isolement était dans plus de la moitié de cas décidée lors d'un état d'agitation psychomotrice avec ou sans menace de passage à l'acte hétéro-agressif.

En 2012, Dumont et collaborateurs évaluent la pratique de l'isolement dans l'unité médicale d'accueil (UMA) du centre hospitalier le Vinatier à Bron (44). Les indications de mise en chambre d'isolement que les auteurs retrouvaient étaient en premier lieu la prévention d'actes auto ou hétéro-agressifs et d'une dangerosité potentielle (64% des cas). Le recours à cette pratique était utilisé afin de diminuer des stimulations reçues à la suite de comportements inappropriés tels qu'une agitation psychomotrice ou des symptômes de désorganisation (18% des cas), et d'éviter le risque de rupture thérapeutique (18% des cas). Les auteurs soulignent qu'aucune mise en chambre d'isolement n'a été réalisée à la demande du patient.

Enfin l'étude réalisée par Guedj et associés (45) est la seule à notre connaissance concernant les données relatives à l'usage de la contention sans isolement. Il s'agit d'une étude rétrospective s'écoulant sur six mois dans un service d'urgences psychiatriques de l'hôpital Saint-Anne à Paris. Les indications du recours à cette mesure étaient dans 43% des cas le refus des soins immédiats nécessaires, dans 37% des cas le repérage de signes prodromiques de l'agitation et du refus persistant de soins à la pathologie, et enfin dans 20% des cas d'auto ou d'hétéro-agressivité.

5.2.3. En pratique : des indications d'isolement hétérogènes non guidées par la clinique

Malgré la codification de ces pratiques par l'ANAES, celle-ci n'ayant pas de valeur normative ni de conséquence juridique (jusqu'à cette année), une partie des décisions de mise en isolement ne sont pas guidées par l'état clinique du patient. Il arrive en effet que l'isolement soit utilisé à des fins disciplinaires. « Certains services vont jusqu'à établir un barème en jours d'isolement en fonction de la transgression des règles fixées par le règlement intérieur ou par le cadre de soins » (2). D'autres indications de la mise en chambre d'isolement propres à certains services et sans fondement clinique documenté sont mentionnées. Il s'agit par exemple de « l'obligation de placer un patient en

isolement thérapeutique avant une séance de sismothérapie afin de s'assurer qu'il reste à jeun ou juste après une séance lorsqu'il existe un état de confusion mentale ». Cette indication ne paraît en effet pas adaptée lorsqu'on considère l'aspect très anxiogène que peut induire la mise en isolement, pouvant alors entraîner une aggravation de la confusion mentale.

5.3. Contre-indications

De la même manière que pour les indications de la mise en chambre d'isolement, l'ANAES énonce en critère numéro six de son référentiel les contre-indications non somatiques relatives à l'utilisation de cette pratique (1). Il s'agit de :

- L'utilisation de la chambre d'isolement à titre de punition.
- Un état clinique ne nécessitant pas un isolement.
- Une utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe soignante ou pour son confort.
- Une utilisation uniquement liée au manque de personnel.

En ce qui concerne plus précisément l'usage de la contention, la SFMU énonce dans sa conférence de consensus (48) les mêmes contre-indications non somatiques que celles établies par l'ANAES. Elle ajoute cependant des contre-indications somatiques qui « sont représentées par des affections organiques non stabilisées (diagnostic, pronostic incertains ou graves pouvant nécessiter des soins et une surveillance intense) » :

- Insuffisance cardiaque.
- Etat infectieux.
- Trouble de la thermorégulation.
- Trouble métabolique.
- Atteinte orthopédique.
- Atteinte neurologique.

5.4. Efficacité thérapeutique de l'isolement et de la contention

Comme nous le rappelle la locution latine « Primum non nocere », un des principes universellement admis en médecine, il est nécessaire avant d'utiliser une pratique à des fins thérapeutiques, de prouver sinon son efficacité, du moins son innocuité. Mme Hazan précise que « les défenseurs de ces pratiques leur attribuent des vertus reposant sur la restriction de l'environnement, la séparation physique d'avec les autres, la diminution des stimuli sensoriels ou encore la régression du patient, grâce à la relation maternante qu'il entretient avec les soignants durant les soins » (2). Nous pouvons supposer que nombreux sont les médecins à utiliser ces pratiques à des fins thérapeutiques et notamment pour réduire le nombre d'épisodes auto- ou hétéro-agressifs, mais rappelons que les études portant sur l'efficacité thérapeutique des mesures

d'isolement ou de contention sont peu nombreuses et aucune d'entre elles n'a pu démontrer à ce jour leur intérêt thérapeutique. Notons qu'en 2012 le CPT (50) remettait en cause le caractère thérapeutique de l'isolement : « Il n'y a pas de preuve scientifique d'un bénéfice thérapeutique quelconque découlant du recours à la contention ». Ci-après, nous citerons d'une part les revues de la littérature disponibles sur ce sujet et d'autres part quelques articles publiés depuis et qu'il nous apparaissait indispensable de citer.

5.4.1. Revues de la littérature disponibles sur l'efficacité thérapeutique des mesures d'isolement et contention

En 2000 est publiée une revue de la littérature intitulée « Seclusion and Restraint for people with serious mental illness » (51). Cette revue porte sur l'ensemble des études publiées entre 1966 et 1999. Cette revue a été actualisée en 2012. Les objectifs de cette revue sont d'étudier l'effet thérapeutique de l'isolement et la contention en comparaison avec les interventions thérapeutiques alternatives lors d'épisodes de violence et agitation avec risque auto ou hétéro-agressif. Un autre objectif est d'explorer l'impact sur le personnel soignant que peut avoir l'utilisation de l'isolement ou de la contention. Concernant les effets thérapeutiques de l'isolement et de la contention, aucune étude menée auprès des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères n'a été retrouvée. De ce fait, les auteurs concluent à l'impossibilité d'établir des recommandations devant l'absence de données et conseillent aux médecins d'utiliser les mesures d'isolement et contention le plus rarement possible pour des raisons éthiques. Enfin, ils insistent sur l'intérêt du consentement anticipé. Il s'agirait donc de demander aux patients et à leurs proches, en début d'hospitalisation, leurs préférences s'ils venaient à présenter un épisode d'agitation durant la prise en charge. Les patients pourraient alors choisir en amont entre les mesures d'isolement, la contention physique, les stratégies médicamenteuses ou les approches psycho-sociales.

Par ailleurs, la revue de la littérature de Norvoll et associés (52), portant sur les études publiées dans des revues internationales entre 1930 et 2013 et s'intéressant aux justifications, pratiques et effets de l'isolement en psychiatrie, constate la pauvreté des fondements et connaissances scientifiques relatifs à une telle approche. En effet, les articles retrouvés prennent rarement en compte l'impact des pratiques hospitalières sur la fréquence de recours à l'isolement, telles que les habitudes de services, d'où l'urgence selon les auteurs de mettre en place des études de qualité permettant d'apprécier au mieux l'efficacité de l'isolement en pratique clinique.

5.5. Effets indésirables de la contention

En plus de n'avoir jamais montré la preuve de son efficacité, la contention physique est associée à une morbi-mortalité importante. Les effets indésirables des mesures de contention ont fait l'objet

d'une revue de la littérature publiée en 2013 par Rakhmatullina et associés (53). Cette revue se base sur l'analyse des articles publiés en anglais entre 2002 et 2012. Au total sont étudiés 48 articles, dont 10 revues de la littérature et 38 études cliniques, de diverses spécialités (psychiatrie, médecine légale, sportive, urgences, soins infirmiers). Sont incluses les études s'intéressant aux effets indésirables des mesures de contention physique, qu'elles soient observationnelles ou descriptives, et qu'elles s'intéressent aux patients et/ou aux soignants. La plupart des études citées ont été réalisées aux Etats-Unis. Le tableau (tableau 1) récapitulatif des études mentionnées est disponible en annexe (ANNEXE 1).

5.5.1. Traumatismes physiques subis par les patients

Tout d'abord, une étude descriptive transversale portant sur les témoignages de 254 infirmier(e)s turques travaillant en soins intensifs, aux urgences ou en neurochirurgie, retrouve chez les patients maintenus physiquement, des œdèmes et cyanoses aux poignets et bras, ainsi que des ulcères de pression, des difficultés à respirer et des inhalations. Les auteurs pointent alors du doigt la réduction de la fréquence des soins infirmiers, donc de la surveillance de ces patients, comme origine des complications sus-citées. Citons aussi l'association entre la contention physique et l'apparition de lésions hépatiques spécifiques induites par les états de stress, nommées « drug-induced liver injury » ou « DILI ». Une étude rétrospective cas-témoin montre 8,5% de DILI chez les patients contenus pris en charge dans une unité de soins intensifs psychiatriques, par rapport à 1,9% chez les patients non contenus de cette même unité.

Plus précisément, la fréquence des blessures scapulaires chez les patients lors du recours à la contention a été étudiée. Il est observé une fréquence importante de ce type de blessures, d'où selon les auteurs la nécessité de les limiter en énonçant des recommandations. Du fait du manque manifeste de données au sein de la littérature scientifique sur les blessures liées à la contention, la médecine sportive est une précieuse source d'informations, qui permet de dresser le constat suivant : les techniques de contention physique par prises (« grappling ») sont à l'origine de plus de lésions ligamentaires et musculaires que les techniques spécifiques d'arts martiaux ciblées sur les impacts comme le karaté. Là encore, la formation des équipes soignantes doit être améliorée afin de limiter cette morbidité. Par ailleurs, sont retrouvées 35,1% de lésions aux membres supérieurs chez les patients traumatisés crâniens faisant l'objet de contentions physiques.

Le risque de syndrome confusionnel secondaire à la contention a aussi fait l'objet de plusieurs études. Il est alors constaté une augmentation du risque en cas d'isolement associé à la contention physique, d'absence de lumière du jour, de manque de visiteurs et de transfert d'une chambre à une autre.

5.5.2. Traumatismes psychiques subis par les patients

La seconde partie de cette revue de la littérature s'intéresse aux traumatismes psychiques secondaires aux mesures d'isolement et contention. En 2010 sont mis en évidence quatre grands groupes d'expériences vécues par les patients contenus physiquement. Le premier groupe concerne l'impact psychologique négatif, avec les sentiments de peur, de colère, d'humiliation, de démoralisation, de déshumanisation, de dégradation, d'impuissance, de stress, de gêne et de « viol d'intégrité ». Ensuite, vient la réexposition à un traumatisme (patient « re-traumatisé »), avec la résurgence d'évènements de vie traumatiques. Puis, la perception de pratiques non éthiques avec des mesures vécues comme punitives et abusives. Enfin, la notion « d'esprit brisé » (« broken spirit »), les patients exprimant un sentiment de désespoir et de ne pouvoir demander de l'aide. De plus, une étude rétrospective transversale menée auprès de 152 adultes concernant les situations traumatisantes pouvant être vécues au cours d'une hospitalisation en psychiatrie retrouve que 34% ont déjà été contenus physiquement avec une sensation d'anxiété majeure associée. Enfin, les impacts psychologiques de la contention physique chez les patients ayant été victimes d'abus sexuel sont rapportés. Les participants de deux études rapportent des reviviscences d'épisodes traumatiques (abus et violences) lors du recours aux contentions physiques. De la même manière, une étude menée auprès de 142 patients suivis en psychiatrie mentionne un vécu d'expériences humiliantes, déshumanisantes, déraisonnables et stressantes durant des épisodes de contention physique. Sont aussi retrouvés des sentiments de déception, d'anxiété et d'être ignoré, mais aussi d'isolement. Les réactions émotionnelles liées à l'isolement et la contention sont donc généralement négatives.

5.5.3. Cas particulier des patients âgés

Plusieurs articles concernant l'utilisation de la contention chez les personnes âgées sont disponibles et témoignent des conséquences néfastes d'une telle mesure au sein de cette population vulnérable. La contention physique est un des principaux facteurs précipitant d'apparition d'un syndrome confusionnel chez les patients souffrant de démence. D'où l'importance selon les auteurs de sensibiliser le personnel soignant à l'impact délétère de la contention sur le fonctionnement cognitif. Aussi, la persistance d'un syndrome confusionnel en fin d'hospitalisation chez cette population est statistiquement associée à l'utilisation en amont de mesures de contention physique chez les personnes âgées. Une autre étude portant sur 12 820 résidents de maisons de retraite en Pennsylvanie montre une association statistiquement significative entre l'utilisation de la contention et l'augmentation de la dépendance pour les activités de la vie quotidienne et la marche ainsi que la détérioration des fonctions cognitives (worsening cognitive function). S'ajoutent à cela une

augmentation de la fréquence des chutes, des ulcères de pression et des contractures chez les patients maintenus physiquement. De la même manière, une étude concernant 2000 résidents de maisons de retraite constate une augmentation du déclin cognitif (cognitive decline), de la dépression et de l'altération du fonctionnement social en cas de recours aux mesures de contention. Il existe enfin une majoration de la mortalité lors de l'utilisation de la contention physique chez les patients déments institutionnalisés.

5.5.4. Décès de patients faisant l'objet de contention physique

5.5.4.1. Etiologie des décès

Encore plus préoccupant que les séquelles psychiques et organiques liées aux mesures de contention, les décès induits par ces mesures ne sont malheureusement pas rares. Les auteurs constatent un manque d'études empiriques et de données post mortem à ce sujet. Ont été émises plusieurs hypothèses concernant les mécanismes physiopathologiques pouvant entraîner le décès chez les patients faisant l'objet d'une contention physique, notamment grâce à la littérature médico-légale, psychiatrique, infirmière et celle relative à la médecine d'urgence. Selon la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Sentinel Event Alert, 40% de ces décès seraient d'origine asphyxique. Cette proportion s'élève à 70% des cas dans certaines études, l'asphyxie mécanique se faisant soit par compression thoraco-abdominale soit par étouffement. Par ailleurs, les étiologies suivantes sont aussi citées comme pouvant être à l'origine de décès : inhalations, lésions compressives de la poitrine (blunt trauma chest), décharges catécholaminergiques, effets indésirables des psychotropes et rhabdomyolyse. D'autre part, plusieurs cas de décès en rapport avec des signes de thrombo-embolies pulmonaires sont retrouvés chez des patients qui n'avaient pourtant pas de coagulopathie connue ou d'autre facteur de risque de thrombose veineuse profonde.

5.5.4.2. Thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires

La pathologie thrombo-embolique a fait l'objet de plusieurs études s'intéressant notamment au lien entre les traitements antipsychotiques et les thromboses veineuses. Ces études sont en faveur de l'existence d'une association, même si le mécanisme reste flou. Plusieurs hypothèses peuvent cependant être émises : obésité, sédation, augmentation des anticorps antiphospholipides, augmentation de l'agrégation plaquettaire, hyperhomocystéinémie et hyperprolactinémie. Nombreux sont les auteurs à recommander une plus grande utilisation des prophylaxies antithrombotiques lorsqu'un patient est contenu physiquement et traité par antipsychotique. Par ailleurs, des données d'autopsie retrouvent des signes de thrombo-embolies pulmonaires chez

plusieurs patients décédés alors qu'ils étaient maintenus physiquement, et ce alors même qu'aucun d'entre eux n'avait de coagulopathie connue ou d'autre facteur de risque de thrombose veineuse profonde. La période d'immobilisation était de trois à cinq jours. Selon les auteurs, le risque de thrombose veineuse profonde et d'embolie pulmonaire serait sous-estimé chez les patients faisant l'objet de mesures de contention physique en psychiatrie, d'où une urgence à sensibiliser les professionnels de santé à ce sujet. Les auteurs émettent enfin l'hypothèse d'une sous-déclaration des décès directement imputables à la contention, du fait de l'implication médico-légale évidente. La prévention des thromboses veineuses profondes chez les patients faisant l'objet de contention physique sera développée plus loin dans notre travail.

5.5.4.3. Syndrome confusionnel avec agitation et décès

Les liens entre les syndromes confusionnels avec agitation, la contention physique et les décès inattendus en garde à vue ont aussi été étudiés. La plupart des victimes sont jeunes, de sexe masculin, souvent sous l'emprise de substances mais sans antécédent cardiaque, présentant enfin une opposition aux contentions. Les auteurs émettent l'hypothèse de morts d'origine multifactorielle incluant des asphyxies positionnelles, une hyperthermie, la toxicité des drogues et les arythmies fatales induites par des décharges catécholaminergiques. L'étude suggère que ces décès seraient dus à des cardiomyopathies de stress induites par l'effet toxique direct de hautes concentrations de cathécholamines sur les myocytes et la vascularisation coronaire. Les auteurs préconisent la réalisation systématique d'électrocardiogrammes afin de clarifier l'étiopathogénie de ces décès et limiter l'usage de la contention.

5.5.4.4. Abus de substances

Concernant les abus de substances, notons tout d'abord le cas d'une acidose lactique sévère chez un patient maintenu physiquement dans un contexte d'intoxication à la cocaïne. Les auteurs soulignent l'intérêt de reconnaître précocement ces situations à risque afin de les prendre en charge de manière optimale. Ils proposent de diminuer la production d'acide lactique en évitant l'activité musculaire excessive par une sédation intense associée à une assistance ventilatoire, ainsi que l'administration de médicaments permettant d'augmenter la perfusion tissulaire et le métabolisme des lactates. Ces mesures pourraient, selon les auteurs, sauver des vies. D'autre part, une étude rétrospective sur 145 425 cas de décès en détention entre 1939 et 2004 constate alors une augmentation en 1980 de la fréquence des morts inattendues chez les patients contenus physiquement lors de comportements violents, sous l'emprise de substance. Les auteurs soulignent que l'année 1980 correspond à la période d'augmentation des consommations de cocaïne. Le lien entre la consommation d'alcool et les décès lors du recours à la contention a aussi été étudié. Une

étude rétrospective cas-témoin menée auprès de patients hospitalisés présentant un délirium tremens constate que l'utilisation des contentions est associée à une augmentation du risque de décès par delirium tremens, même si de possibles facteurs de confusion nécessitent d'autres études.

Au total, cette revue de la littérature qui étudie dix années de publications scientifiques au sujet de la contention constate la survenue d'effets secondaires graves, dont le décès, ainsi que le manque de consensus et d'études cliniques de qualité s'intéressant au recours à cette mesure en pratique clinique. Il est à noter qu'aux Etats-Unis, là où ont été menées la plupart des études sus-citées, rares sont les Etats à collecter les blessures et décès induits par la contention. Ce manque de transparence, comme en France, est vraisemblablement à l'origine des mésusages constatés. Les auteurs concluent en insistant sur la nécessité de n'utiliser la contention et l'isolement qu'en dernier recours et de favoriser l'émergence de stratégies thérapeutiques alternatives.

5.6. Effets indésirables de l'isolement

Concernant les effets indésirables de l'isolement, nous citerons à nouveau l'étude susmentionnée de Bergk et ses collaborateurs (54), dans laquelle les auteurs concluent à une absence de supériorité thérapeutique d'une mesure par rapport à l'autre entre l'isolement et la contention physique. Cette étude est en faveur d'un sentiment de stress vécu par le patient d'intensité équivalente entre les deux mesures. Par ailleurs, les auteurs rapportent un cas d'agitation importante dans la chambre d'isolement avec bris de matériel, mais aussi un cas de tentative de suicide, un cas de fracture et trois cas de lésions auto-infligées. Les auteurs constatent une absence de différence statistiquement significative concernant les effets indésirables constatés lors du recours à l'isolement ou la contention. Cependant, après un an de suivi, Steinert et ses collaborateurs (Bergk inclus) (55) recontactent 60% des patients de l'étude initiale et montrent que la contention physique est source de davantage d'états de stress post-traumatiques que l'isolement. De la même manière, l'étude brésilienne de Huf et ses collaborateurs (56) comparant l'utilisation de l'isolement face à celle de la contention lors d'épisode d'agitation chez 105 patients ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes en terme d'effets indésirables. Nous constatons finalement que la littérature liste donc de nombreux effets indésirables en rapport avec ces méthodes coercitives que sont l'isolement et surtout la contention, ce qui rend nécessaire l'élaboration de recommandations visant à sécuriser leur usage.

5.7. Lutter contre les effets indésirables : cas particulier des complications thrombo-emboliques

Comme nous l'avons vu précédemment l'isolement et plus particulièrement la contention sont des pratiques pouvant entraîner de nombreux effets indésirables allant parfois jusqu'au décès. La

perspective médicale actuelle est d'aller vers l'utilisation la plus limitée possible de ces pratiques, comme y incitent les termes de la loi du 26 janvier 2016 qui placent en dernier recours le choix d'utiliser ces pratiques dans l'escalade décisionnelle médicale (face à un patient agité par exemple). Un des effets indésirables les plus fréquemment retrouvés dans la littérature internationale est la maladie thrombo-embolique veineuse. Nous développerons donc dans ce chapitre ces complications pour lesquelles des mesures de prévention existent.

5.7.1. Exemple d'une étude concernant les complications thrombo-emboliques en lien avec l'utilisation de la contention physique

Une étude menée au Japon (57) s'est intéressée à la survenue de maladies thrombo-emboliques veineuses (MTEV) chez des patients hospitalisés en psychiatrie. Entre avril 2007 et septembre 2011, 48 cas de MTEV ont été détectés, 31 patients souffraient de troubles psychiatriques alors que pour les 17 autres aucun trouble psychiatrique n'était retrouvé durant l'hospitalisation en psychiatrie. Les auteurs ont mis en évidence que le recours à la contention physique était plus élevé chez les patients souffrant de troubles psychiatriques et ayant présenté une MTEV au cours de l'hospitalisation par rapport aux patients n'ayant pas de trouble psychiatrique ce qui, selon les auteurs, est en faveur d'une association forte entre utilisation de la contention physique et apparition d'une MTEV. Les auteurs citent comme mécanismes possibles la compression externe des attaches entraînant la réduction du retour veineux, mais aussi la stase veineuse induite par l'immobilisation ainsi que l'augmentation de la production des facteurs tissulaires dans les cellules endothéliales.

5.7.2. Prévention du risque thrombo-embolique lors de l'utilisation de la contention physique

5.7.2.1. Données de la littérature

Maly et ses collaborateurs (58) effectuent une revue de la littérature afin de proposer un algorithme décisionnel pour évaluer les facteurs de risque de MTEV chez les patients hospitalisés pour troubles psychiatriques. Pour ce faire, ils proposent de calculer un score en fonction des facteurs de risque retrouvés chez les patients. Certains facteurs de risque ont une valeur de 1 et d'autres, plus puissants, ont un score égal à 2. Les facteurs de risque dont le score est égal à 2 sont les suivants : antécédent de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire, cancer (actuel ou traité), âge ≥ 75 ans, infections aiguës et maladies respiratoires aiguës (dont exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive). Les facteurs de risque dont le score est égal à 1 sont les suivants : immobilisation (dont les paralysies des extrémités inférieures, la contention physique ≥ 8 heures et la catatonie), hormonothérapie (dont contraception orale), obésité (IMC ≥ 30), âge 60-74

ans, varicosités et insuffisances veineuses, thrombophilie et traitement antipsychotique. Puis, les auteurs définissent la conduite à tenir en fonction des trois groupes présentés dans le Tableau 2. :

Tableau 2 : Evaluation du risque de MTEV

| Risque faible (score total 0-3) | modéré (score total 4-7) | élevé (score total ≥8) |
|--|--|---|
| Exercice physique régulier des membres inférieurs Hydratation suffisante Chaussettes à compression graduée | Exercice physique régulier des membres inférieurs Hydratation suffisante Chaussettes à compression graduée HBPM < 3400 unités/j SC ou HNF 5000 unités/12h SC (si présence d'au moins un facteur de risque dont le score est égal à 2 et/ou si contention physique ≥ 8 heures) jusqu'à mobilisation complète | Exercice physique régulier des membres inférieurs Hydratation suffisante Chaussettes à compression graduée HBPM > 3400 unités/j SC ou HNF 5000 unités/ 8h SC jusqu'à mobilisation complète |

HBPM : Héparines de bas poids moléculaire HNF : Héparine non fractionnée SC : sous-cutané

Une étude menée en Belgique (59) a exploré l'impact de la prescription d'héparine chez les patients souffrant de troubles psychotiques et ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement avec ou sans contention physique. Dans l'hôpital psychiatrique étudié, 170 patients ont fait l'objet d'une mesure d'isolement entre 2002 et 2009, avec un total de 472 épisodes d'isolement, dont 176 (37,3%) n'étaient pas associés à la contention physique. Parmi ces 170 patients, 65 (38,2%) ont bénéficié d'un traitement préventif de la MTEV par HBPM durant le temps de l'isolement, surtout lorsque l'isolement était associé à une contention physique. Dans cette étude aucun épisode de MTEV ou d'effet secondaire des HBPM n'a été constaté chez les patients ayant fait l'objet de mesures restrictives. Les auteurs suggèrent alors d'étudier par la suite, au sein de cette population, l'impact de mesures telles que l'hydratation, le port de chaussettes de contention ou encore des exercices réguliers des membres inférieurs afin de prévenir les MTEV.

Au Japon a été étudié (60) l'impact sur la MTEV de la prescription de 5000 UI d'héparine non fractionnée, en injection sous-cutanée, chez tous les patients (sauf contre-indication) ayant fait l'objet d'une contention physique entre décembre 2008 et septembre 2010 (période nommée Héparine +). Puis, entre décembre 2010 et septembre 2012, les patients contenus physiquement ne recevaient pas cette prophylaxie thrombo-embolique veineuse (période Héparine -). La présence d'une MTEV était objectivée par échographie doppler. Les auteurs constatent l'absence de différence significative concernant l'apparition de MTEV entre les patients contenus physiquement des deux différentes périodes sus décrites (11.8% pour la période Héparine + vs. 11.1% pour la période Héparine -). Ils constatent cependant que la sédation, les comorbidités physiques ainsi qu'une longue

durée de contention physique sont significativement associés à une augmentation de l'incidence des MTEV.

5.7.2.2. Suggestion de protocole

A la suite d'une enquête rétrospective réalisée sur le Centre Hospitalier de Charles Perrens (CHCP) entre le 1/01/15 et le 31/03/15 concernant « les prescriptions d'héparine pour les patients ayant bénéficié d'une contention », plusieurs non conformités sont retrouvées dans l'utilisation de ce type de traitement. Au total, 148 patients ont fait l'objet de 227 prescriptions de contention physique. Sont observées 31 lignes de prescription d'héparinothérapie en prévention de la MTEV, dont 26 (84%) étaient non conformes au protocole de l'établissement. De plus, parmi les 196 contentions physiques sans prescription d'héparinothérapie, 18 étaient non conformes, c'est-à-dire que les patients auraient du bénéficier de la prévention en question. Une autre question que soulève cette enquête concerne la possibilité de prescription d'antipsychotique chez des patients sous héparine en raison du risque hémorragique induit par ces molécules. Aucune recommandation officielle n'existe à ce sujet, ce qui montre donc la nécessité d'approfondir nos pratiques. Dans ce contexte, le CHCP a publié en septembre 2015 un protocole concernant la « prévention du risque thrombotique chez un patient alité » (ANNEXE 2). Il en ressort qu'un patient alité moins de 48h ne bénéficiera d'un traitement anticoagulant que si ce traitement était préalablement déjà conduit chez ce patient. Un patient alité plus de 48h bénéficiera d'un traitement par héparine (HBPM de demi-vie courte en première intention).

Concernant la prescription d'une injection intramusculaire (IM) d'antipsychotique chez un patient alité et traité par anticoagulant, nous constatons là encore l'absence de recommandation officielle. En pratique, de manière consensuelle, l'injection d'antipsychotique IM est possible 12h après l'injection d'HBPM. Si un patient était déjà sous traitement anti-vitamine K, cela contre indique formellement l'injection de neuroleptique. Nous réalisons dans ce cas un relais par HBPM curative. L'injection IM d'antipsychotique est alors possible mais seulement 24h après l'injection d'HBPM curative.

Concernant la surveillance clinique et biologique d'un patient sous héparinothérapie, ainsi que le choix d'héparine à privilégier en fonction des caractéristiques du patient, les recommandations de bonne pratique de l'HAS peuvent être utilisées.

6. PROTOCOLES DE REALISATION DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

6.1. Critères de qualité selon le référentiel de la HAS

6.1.1. Isolement

Rappelons tout d'abord le premier document publié en 1998 par l'ANAES, intitulé « L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie », qui détaille des critères de qualité pour les différentes étapes de la mise en place de l'isolement et fait toujours office de référence pour les professionnels de santé concernant le recours à cette pratique (1). Notons à ce propos qu'au cours de ses visites dans les établissements de santé, le CGLPL a pu constater à plusieurs reprises que bon nombre d'entre eux se sont saisis de ce référentiel pour formaliser des protocoles spécifiques à la mise en chambre d'isolement, sous divers intitulés, mais qui reprennent pour l'essentiel ces critères de bonne pratique. Enfin l'ANAES détermine le cadre protocolaire de l'isolement thérapeutique qu'elle définit comme « un processus de soin complexe justifié par une situation clinique initiale et se prolongeant jusqu'à l'obtention d'un résultat clinique ». Listons ci-dessous l'ensemble de ces critères détaillés :

- 1- « Les données concernant l'identité, les date et heure de début et de fin de MCI sont renseignées.
- 2- Si le patient vient d'une autre unité de soins, dans le cadre de ce qui est appelé un prêt de chambre d'isolement, le dossier du patient et toutes les informations nécessaires sont fournies, en temps utile.
- 3- La MCI est réalisée sur prescription médicale, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la prescription doit être réalisée dans l'heure qui suit le début de l'isolement.
- 4- L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de 24 heures.
- 5- Le trouble présenté par le patient correspond aux indications de MCI et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique.
- 6- Les contre-indications somatiques de la MCI sont identifiées et notées.
- 7- Les facteurs de risque éventuels (suicide, automutilation, confusion, risques métaboliques, médicamenteux et liés à la thermorégulation) sont repérés et un programme spécifique de surveillance et de prévention est mis en place.
- 8- La conformité de la MCI avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la prescription.
- 9- L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la CI ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.

- 10- L'entrée et la sortie du patient sont signalées aux services de sécurité incendie en temps réel.
- 11- La MCI est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
- 12- Le patient reçoit les explications nécessaires sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement. La nécessité d'informer l'entourage est examinée.
- 13- En cas de recours à la contention physique, celle-ci est réalisée avec les matériels adéquats, en toute sécurité pour le patient et en tenant compte de son confort.
- 14- Une visite médicale est assurée dans les deux heures qui suivent le début de l'isolement.
- 15- Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour.
- 16- Le rythme programmé de surveillance de l'état psychique est respecté.
- 17- Le rythme programmé de surveillance de l'état somatique est respecté.
- 18- La surveillance biologique prescrite est réalisée.
- 19- Le séjour du patient en CI est interrompu par des sorties de courte durée, durant la journée.
- 20- Un entretien centré sur le vécu du patient en CI est réalisé à la fin du processus.
- 21- L'hygiène du patient est assurée durant toute cette phase de soins.
- 22- L'état de propreté de la chambre est vérifié au moins deux fois par jour.
- 23- Les documents (feuille de surveillance, rapport d'accident ...) sont intégrés au dossier du patient ».

Cet audit clinique est actuellement en cours d'actualisation par la HAS.

6.1.2. Contention

Comme nous l'avons déjà dit, l'HAS n'a publié aucune recommandation ou référentiel spécifique de l'utilisation de la contention en psychiatrie. Cependant dans la publication en novembre 2004 de la conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et les obligations de soins et de sécurité (9), le jury d'experts précise que « la contention doit être exceptionnelle et réduite aux situations d'urgence médicale après avoir exploré toutes les solutions alternatives, et correspondre à un protocole précis » :

- Recherche d'alternatives systématiquement réalisée au préalable.
- Prescription médicale obligatoire en temps réel, après avoir apprécié le danger pour la personne et les tiers, et motivation écrite dans le dossier médical.
- Déclaration dans un registre consultable dans l'établissement.
- Surveillance programmée, mise en œuvre et retranscrite dans le dossier de soins infirmiers.
- Information de la personne et de ses proches.

- Vérification de la préservation de l'intimité et de la dignité.
- Réévaluation toutes les trois heures au plus avec nouvelle prescription en cas de renouvellement et nouvelle recherche d'alternatives.

En 2000, devant l'usage répandu de la contention chez les personnes âgées, essentiellement pour prévenir les risques de chute, l'HAS publie une évaluation des pratiques professionnelles concernant la pratique de la contention mécanique au sein de cette population et rédige un référentiel qui comporte dix critères guidant la pratique de la contention (49).

6.2. Protocole relatif à l'usage de la contention réalisé par la SFMU

Deux ans plus tard, dans sa conférence de consensus sur la prise en charge de l'agitation en urgence (petit enfant excepté) (48), la SFMU rappelle quelles sont les formes cliniques, étiologies, explorations immédiates à entreprendre dans l'agitation en urgence, ainsi que les traitements qui doivent être mis en œuvre immédiatement face à cet état clinique. Elle formule pour cela les objectifs de l'utilisation de la contention, mais aussi les indications, contre-indications, effets indésirables et consacre un chapitre traitant de la surveillance de ces patients fortement à risque de complications somatiques. Enfin, la SFMU publie le premier protocole d'usage de la contention étendu à tout patient (petit enfant excepté) en détaillant précisément les étapes de mise en œuvre des mesures de contention :

- « Le patient agité est saisi par quatre soignants (un par membre, empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse), sur ordre du cinquième soignant (le coordonnateur) qui saisit la tête dès que possible, la maintenant sur le côté, ce qui évite les morsures et que le regard du patient croise celui des soignants qui l'attachent. Le patient est couché sur le dos, sur un brancard, chaque membre étant maintenu par une attache, la ceinture ventrale bouclée, puis les attaches verrouillées. Le patient est partiellement déshabillé et couvert d'un drap, ce qui permet de préserver sa dignité. Il est fouillé pour supprimer tout objet potentiellement dangereux et sa ceinture de pantalon est retirée. Puis la tête du brancard est surélevée pour éviter les risques d'inhalation ».
- « Application de la sédation médicamenteuse ». La SFMU précise que le traitement médicamenteux a pour objectif de diminuer l'état d'agitation et de permettre une levée plus rapide de la contention physique. De plus, cette mesure doit être considérée comme « adjuvante, jamais isolée, le temps d'obtenir une sédation médicamenteuse efficace ». Les benzodiazépines sont préférées dans les cas d'ivresse aiguë, de sevrage éthylique ou d'intoxication aiguë à la cocaïne, et les neuroleptiques atypiques lorsque l'agitation est d'origine psychiatrique ou survient chez un sujet âgé. Enfin, en cas d'incertitude étiologique, une association LOXAPINE / benzodiazépine est recommandée.

- « Ouverture de la fiche de traçabilité et surveillance rapprochée (suivant la prescription médicale) ». La fiche de surveillance comporte le relevé des paramètres vitaux (effectué toutes les demi-heures au minimum), précise également l'heure de mise en place de la contention et de la sédation, les produits utilisés ainsi que la fréquence de la surveillance prescrite, l'heure d'arrêt de la contention et de la surveillance. « Les fiches de surveillance de contention et de sédation font partie du dossier médical ».
- « En attendant l'efficacité de la sédation médicamenteuse, les pieds sont surélevés afin de diminuer l'amplitude des mouvements, et le lien relationnel est entretenu.
- Le brancard est coincé dans l'angle d'une pièce (si le patient n'est pas maintenu sur un lit fixé au sol) ».
- « Vérification de la position des attaches et de leur verrouillage (pas sur les articulations, ni trop serrées, ni trop lâches) ».
- « Réévaluation de l'état clinique ».
- « Levée partielle, puis complète de la contention au plus tôt ».

Malgré la constitution de ces critères définissant une conduite à tenir à la fois technique et éthique pour l'ensemble des médecins, le CGLPL constate que la majorité des établissements visités ne disposent pas de protocole relatif à l'usage de la contention (2).

6.3. Protocole réalisé par la Conférence nationale des Présidents de Commissions Médicales d'Établissement

Alors que la loi de modernisation de notre système de santé n°2016-41 du 26 janvier 2016 vient désormais encadrer sur le plan juridique les pratiques de l'isolement et de la contention, et demeure donc applicable, peu d'établissements semblent avoir adopté ces mesures, dont le recours est toujours marqué d'une grande hétérogénéité d'un établissement à l'autre. C'est notamment ce qu'expose le CGLPL dans son récent rapport (2). L'isolement et la contention font donc actuellement l'objet de recommandations et de démarches qualité dans le cadre de la certification des établissements de santé menée par l'HAS, qui a récemment mis en place un groupe de travail sur ces pratiques. Il apparaît actuellement urgent de mettre en place des protocoles ou référentiels visant à améliorer et harmoniser les pratiques tout en répondant aux exigences légales, éthiques, cliniques et organisationnelles. A côté des recommandations énoncées par le CGLPL, la Conférence nationale des Présidents de CME des centres hospitaliers spécialisés (CHS) propose ses propres recommandations et s'engage dans la volonté de transformer ces pratiques en énonçant les « principes généraux concernant les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie » (61).

- « L'isolement et la contention sont des mesures de protection du patient et éventuellement de son entourage de l'unité de soin. Il s'agit de mesures dites « de dernier recours » et leurs

indications ne peuvent être portées que sur la base de la constatation de son état clinique, dans une perspective d'apaisement et dans le respect de sa dignité et de son intimité.

- La décision d'isolement ou de contention est prise par un praticien senior qui s'assure du caractère dit « de dernier recours » de la mesure. A cet égard, il retranscrit dans le dossier du patient les actions menées au préalable pour éviter cette mesure. Il est informé sans délai de sa mise en place. En cas de nécessité entrant dans le cadre du rôle propre infirmier, le praticien senior confirme s'il y a lieu la mesure dans l'heure qui suit sa mise en place à la suite d'un examen médical.
- La décision d'isolement ou de contention ne peut être anticipée (dite « si besoin ») ou systématisée, notamment en raison de la situation administrative du patient (soins sans consentement, personne détenue etc.).
- La décision d'isolement ou de contention fait l'objet d'une concertation avec l'équipe de soins et prend en compte notamment l'évaluation du bénéfice / risque. Dans toute la mesure du possible, les professionnels s'efforcent d'expliquer au patient pourquoi cette mesure ne peut pas être évitée. Toute information utile lui est apportée dès la prise de décision, en particulier concernant la durée prévisible de la mesure, qui est inscrite dans le dossier. La personne de confiance en est informée dès que possible.
- La décision est individualisée, assortie le cas échéant d'une prescription médicamenteuse, basée sur la prise en compte de l'intérêt du patient dans un but thérapeutique et évaluée au regard de l'évolution de son état clinique. Elle est motivée, inscrite dans le dossier du patient et horodatée. Sa durée et le cas échéant, le type de contention, y est précisée ainsi que l'absence de contre-indications somatiques. En tout état de cause la mesure est « nécessaire adaptée et proportionnée à l'état clinique du patient ».
- Un programme individualisé de surveillance de l'état clinique et de prévention des risques prévoit notamment un examen médical somatique dans les deux heures qui suivent le début de la mesure d'isolement, un minimum de deux examens médicaux quotidiens et une évaluation infirmière au minimum toutes les heures, et la possibilité pour le patient de solliciter un soignant si nécessaire.
- La contention est décidée pour une période maximum de 12 heures, l'isolement pour une période maximum de 24 heures. Sauf impossibilité majeure motivée et retranscrite dans le dossier du patient, la mesure est interrompue par des sorties de la chambre d'isolement dans le service d'hospitalisation pour une courte durée. Sa reconduction nécessite systématiquement un examen par un praticien senior et les mêmes justifications qu'à l'origine de la mesure. Au terme de la mesure un entretien médical sur le vécu de la mesure est organisé avec le patient dont le compte-rendu figure au dossier médical.

- L'isolement et la contention sont réalisés dans des espaces dédiés dont l'architecture a été conçue pour contribuer à la qualité des soins dans ce contexte particulier et par un personnel suffisamment expérimenté et formé aux enjeux éthiques et aux difficultés de mise en œuvre de ces pratiques. Les conditions matérielles et notamment d'hygiène et de sécurité y sont assurées dans le respect de la dignité et de l'intimité du patient, notamment l'accès à un point d'eau. L'utilisation de vêtements autres que ceux du patient doit être strictement limitée et réservée qu'à de rares situations motivées par des arguments cliniques et/ou d'hygiène. Elle ne peut en aucun cas être systématisée pour des motifs institutionnels.
- La disponibilité de sa chambre est assurée au patient à tout moment dès l'amélioration de son état clinique.
- Au niveau institutionnel :
 - Le début et la fin de toute mesure d'isolement ou de contention sont portés à la connaissance du praticien hospitalier d'astreinte, de l'interne et du cadre de garde. Elle est signalée en temps réel au service sécurité incendie de l'établissement.
 - Les situations des patients en isolement ou contention sont reprises lors des réunions institutionnelles de l'unité d'hospitalisation, au minimum de façon hebdomadaire et la traçabilité en est assurée dans le dossier du patient. Elles sont portées à la connaissance du Juge des Libertés et de la Détention à chacun de ses passages dans l'établissement.
 - La gestion de la disponibilité des chambres d'isolement engage la solidarité institutionnelle des responsables médicaux et administratifs des pôles.
- La conférence nationale des présidents de CME de CHS estime que la mise en place d'un observatoire national des pratiques d'isolement et de contention des établissements publics de santé, réunissant les représentants des acteurs concernés (patients familles professionnels et administrations) et dont elle a déjà fait la demande au Ministère, serait de nature à assurer un traitement objectif de ces pratiques, pour réaliser une analyse critique des données fournies régionalement par les ARS et en interpréter qualitativement et quantitativement les évolutions dans la perspective d'en limiter à terme le recours ».

Ainsi, à travers ces douze critères, la Conférence nationale des Présidents de CME, dans la continuité de la loi de 2016 et des recommandations du CGLPL, rappelle l'importance du caractère de « dernier recours » que revêt l'usage de ces pratiques. Elle insiste sur le respect de la dignité du patient et les mesures de surveillance régulières et rapprochées afin de limiter au maximum l'utilisation de ces pratiques. Notons que le CGLPL formule dans ses recommandations récentes (2) que l'évaluation médicale somatique doit se faire dès la première heure de mise en place de ces mesures, à la différence de la proposition de la CME qui recommande un délai de deux heures.

CONCLUSION

Afin de concilier la pression sécuritaire et de limiter au maximum les atteintes à la liberté individuelle des patients, il apparaît important de pouvoir rendre les pratiques d'isolement et de contention (lorsque celles-ci sont nécessaires) les plus humainement acceptables pour les patients et ne jamais les utiliser sur le mode de la sanction et de l'humiliation. Grâce aux nombreuses alertes émises par différentes autorités juridiques et sanitaires au sujet des pratiques de l'isolement et de la contention en France, un encadrement législatif a récemment vu le jour avec la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, codifiée à l'article L. 3222-5-1 du CSP. La tenue d'un registre uniformisé dès le recours à ces pratiques est désormais exigée. Celui-ci permettra sans doute un contrôle plus fiable des mesures d'isolement et de contention au niveau national, en quantifiant leurs recours et en identifiant certaines des circonstances dans lesquelles elles sont mises en place. De surcroît, cela pourrait empêcher leur utilisation problématique et abusive dans certains établissements de santé, comme en témoignent les multiples constats effectués par le CGLPL. Enfin, les données de ce registre offriront à chaque unité un outil d'auto-observation et de comparaison des pratiques. Cependant, un « système d'information harmonisé établi par les autorités sanitaires nationales pour que les données locales puissent être consolidées à l'échelon régional et national et ainsi permettre une analyse des informations à tous les niveaux » (2) n'a pas été pris en compte dans la loi de 2016.

Certains défenseurs de ces pratiques estiment qu'elles ont une justification thérapeutique et sont nécessaires pour l'amélioration clinique des patients en raison de leur dimension « contenante », notamment par la diminution des stimulations extérieures. Pourtant, aucune étude clinique n'a à ce jour démontré l'efficacité thérapeutique de ces méthodes. « L'absence de tout élément de preuve concernant des bénéfices secondaires du recours à la contention dans les ouvrages scientifiques est donc un argument supplémentaire en faveur d'une diminution plus importante du recours à la contention dans les établissements psychiatriques » (50). Il est de ce fait important de rappeler l'usage de dernier recours qui les caractérise désormais par cette loi de 2016. En tout état de cause, la diminution de l'utilisation de ces mesures doit être constamment recherchée car elles portent atteinte aux droits fondamentaux de ceux qui en font l'objet et constituent les mesures les plus radicales de privation de liberté. Alors que ces nouvelles dispositions législatives vont permettre d'initier une réflexion de la part des équipes soignantes sur les risques induits par la banalisation de ces pratiques et de trouver des méthodes alternatives à leur utilisation, ce qui est déjà le cas à l'échelle internationale, il semble urgent de mettre à jour les recommandations établies par la HAS en 1998 afin d'améliorer l'utilisation de ces pratiques. En attendant ces nouvelles recommandations qui devraient paraître en fin d'année 2016, le CGLPL en a établi cette année, de même que la Conférence nationale des Présidents de CME des CHS. Cette

dernière a publié un protocole relatif à l'utilisation de ces mesures afin de répondre au mieux aux nouvelles exigences légales, éthiques, cliniques et organisationnelles.

Au regard de l'analyse de l'état des lieux de ces pratiques réalisés par plusieurs autorités comme le CGLPL ou le CPT, un constat demeure en France, celui de la grande hétérogénéité de recours à ces mesures, d'où la nécessité de les encadrer sur le plan médical et juridique. Rappelons cependant que le CGLPL ne peut intervenir que dans les établissements où les personnes sont privées de liberté suite à une décision administrative ou judiciaire. Nous n'avons donc aucune donnée concernant le recours à ces pratiques chez les adolescents (qui peuvent également être sujets à l'isolement ou aux contentions dans les services de psychiatrie) ou dans les services d'hospitalisations libres.

A la lumière de ces données, il semble alors nécessaire que soit mises en place en France, à l'instar de beaucoup d'autres pays, des alternatives à l'utilisation de ces pratiques afin de préserver au mieux la sécurité des patients et limiter le risque d'apparition d'effets indésirables, tout en respectant leur liberté et leurs droits fondamentaux. Cela passe tout d'abord par le renforcement des capacités à gérer les situations de débordement et la mise en place de stratégies de désescalade de la violence. Certains établissements de soins adoptent d'autres méthodes de gestion des crises comme la « contention » relationnelle par la parole soignante, des chambres d'apaisement ou encore des espaces dédiés exclusivement à la gestion de l'agressivité, de l'angoisse, du mal-être et du débordement, permettant ainsi de prévenir des situations d'agitation. La mise en œuvre de mesures alternatives suppose que les équipes soignantes y soient sensibilisées mais également formées. En effet, même si la mise en application de ces mesures relève d'une décision médicale, il arrive bien souvent en pratique que dans « l'urgence » l'initiative de la mise en isolement provienne des infirmiers, en attendant que cette décision soit ensuite validée par un médecin dans les meilleurs délais. De plus, pour qu'une équipe puisse mettre en application des alternatives à ces pratiques, il est nécessaire qu'elle soit soutenue par les médecins et l'institution. Par ailleurs, l'application à l'échelle nationale, dans chaque unité de soins, d'un protocole uniforme fondé à la fois sur les recommandations des bonnes pratiques professionnelles ainsi que sur celles émises par le CGLPL, permettrait de mieux contrôler l'utilisation des mesures d'isolement et de contention en diminuant leur recours et l'atteinte des droits fondamentaux des patients. Réduire le recours à l'isolement et à la contention passe ainsi par une politique d'établissement s'appuyant sur un travail de la CME qui analyse les pratiques des unités de soin et s'assure de la politique de réduction de l'isolement et de la contention, en prenant en compte les disparités locales, régionales et nationales. Il s'agirait ensuite de rassembler et comparer ces pratiques afin de faire naître un débat au sein des ARS et permettre leur centralisation au niveau d'un observatoire national accessible aux associations d'usagers et de familles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé (HAS). Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. 1998; <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>
2. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Dalloz. 2016
3. Palazzolo J, Favre P, Vittini P, Bougerol T. Isolement thérapeutique et contention en psychiatrie : Bilan et perspectives. 2008
4. Circulaire n°48 DGS/SP3 (Circulaire Veil). 1993. <http://www.requa.fr/documents/projets/circulaire-veil--1317213535.pdf>
5. Palazzolo J, Chignon JM, Chabannes JP. The use of therapeutic isolation and confinement in psychiatry. A prospective study. L'Encéphale. 1999; 25:477-84
6. Rapport du CPNLF, Palazzolo J, et al. Isolement, contention et contrainte en psychiatrie. Rapport de Thérapeutique. Session du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. 2000; <http://www.cpnlf.fr/IMP/IMP-p37-rapports-historiques.pdf>
7. Assemblée Nationale. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen. 1789; <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789>
8. Loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé. 2016
9. Haute Autorité de Santé (HAS). Conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. 2004; www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_long.pdf
10. Haute Autorité de Santé (HAS). Note de cadrage. Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie. 2015; http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/place_de_la_contention_et_de_la_chambre_disolement_en_psychiatrie_-_note_de_cadrage.pdf
11. Code de la santé publique. Article L3222-5-1
12. Loi n°7443 du 30 juin 1838 - Article 24
13. Senon J.L., Jonas C., Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. 2013; Elsevier Masson.
14. Code de la santé publique. Article L3211-3
15. Code de la santé publique. Article L3211-4
16. Code civil. Article 16-3

17. Code de la santé publique. Article L1111-2
18. Organisation Nationale des Nations Unis (ONU). Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale. 1991
19. Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, article 5. 1950
20. Recommandation 1235 du Conseil de l'Europe relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme. 1994
21. Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. 2004
22. Panfili J.M. Contention et isolement, des contraintes exceptionnelles? Objectif soins et management. 2013; 18-22
23. Assemblée nationale. Robiliard D. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. 2013
24. Centre National d'Expertise Hospitalière (CNEH). Loi de modernisation de notre système de santé. Actualités JuriSanté. 2016; 59-60
25. Cour Administrative d'Appel (CAA) de Nantes. 1995; <http://www.adesm.fr/jurisprudence-francaise-le-controle-de-proportionnalite-du-recours-a-la-contention-exerce-par-le-juge/>
26. Cour Administrative d'Appel (CAA) de Douai. 2006; <http://www.adesm.fr/jurisprudence-francaise-le-controle-de-proportionnalite-du-recours-a-la-contention-exerce-par-le-juge/>
27. Cour Administrative d'Appel (CAA) de Marseille. 2007; <http://www.adesm.fr/jurisprudence-francaise-le-controle-de-proportionnalite-du-recours-a-la-contention-exerce-par-le-juge/>
28. Cour Administrative d'Appel (CAA) de Marseille. 2015; https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do;jsessionid=BFB555ABBB051E0535AE05D7C4B68D1B.tpdila22v_2?oldAction=rechExpJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000030625025&fastReqId=340700926&fastPos=181
29. Cour de cassation. Chambre criminelle. 2014; <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000029788589>
30. Devers G. Maîtrise d'un patient agité : quel cadre juridique? Objectif soins et management. 2015; 13-15
31. Site internet officiel du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. <http://www.cpt.coe.int/fr/apropos.htm>
32. Convention européenne des droits de l'homme, article 3. 1950
33. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée

en France par le CPT. 2010; <http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2012-13-inf-fra.htm>

34. Décret n° 2008-1322 du 15 décembre 2008 portant sur la publication du protocole facultatif se rapportant à la convention contre la torture et autres peines ou traitements inhumains ou dégradants, adopté le 18 décembre 2002 à New York

35. Loi instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté. 2007

36. Code de procédure pénale. Article 40

37. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2013. Dalloz. 2014

38. La liberté d'aller et venir en psychiatrie. Santé Mentale. 2015; 36-9

39. Contrôleur général des lieux de privation de liberté, éditeur. Rapport d'activité 2014. Dalloz. 2015

40. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2015. Dalloz. 2016

41. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport thématique. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Dossier de presse. 2016; http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2016/05/Rapport-isolement-et-contention_Dossier-de-presse.pdf

42. Baratta A. L'utilisation de la chambre d'isolement comme soin en psychiatrie adulte Partie I Étude pilote au Centre de Brumath (EPSAN, Alsace Nord). Perspectives Psychiatriques. 2009; 48:278-85

43. Baratta A, Morali A. Chambres d'isolement en psychiatrie : état des lieux en France. Médecine Droit. 2010; 86-9

44. Dumont A, et al. Observation et évaluation d'une pratique clinique: l'isolement à l'unité médicale d'accueil du Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron. L'information psychiatrique. 2012; 88:687-93

45. Guedj MJ, Raynaud P, Braitman A, Vanderschooten D. The practice of restraint in a psychiatric emergency unit. L'Encéphale. 2004; 30:32-9

46. Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse)

47. Carre R. Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients. Thèse de médecine, Faculté de médecine de Toulouse. 2014

48. Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU). Conférence de Consensus sur l'agitation en urgence (petit enfant excepté). 2002; http://www.sfmou.org/upload/consensus/cc_agitation_long.pdf

49. Haute Autorité de Santé (HAS). Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. 2000; <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>

50. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) : Le recours à la contention dans les établissements de santé psychiatrique. 2012

51. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000
52. Norvoll R, Ruud T, Hynnekleiv T. [Seclusion in emergency psychiatry]. *Tidsskr Den Nor Lægeforen Tidsskr Prakt Med Ny Række*. 2015; 135:35–9
53. Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints : a review of literature. *Psychiatr Q*. 2013; 84:499–512
54. Bergk J, Einsiedler B, Flammer E, Steinert T. A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2011; 62:1310–7
55. Steinert T, Birk M, Flammer E, Bergk J. Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: one-year follow-up of a randomized controlled study. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2013; 64:1012–7
56. Huf G, Coutinho ESF, Adams CE, TREC-SAVE Collaborative Group. Physical restraints versus seclusion room for management of people with acute aggression or agitation due to psychotic illness (TREC-SAVE): a randomized trial. *Psychol Med*. 2012; 42:2265–73
57. Tsuda N, Sako A, Okamoto S, Adachi H, Hayakawa T, Makino K, et al. A significant association between physical restraint and the development of venous thromboembolism in psychiatric patients. *Int J Cardiol*. 2012; 157:442–3
58. Malý R, Masopust J, Hosák L, Konupčíková K. Assessment of risk of venous thromboembolism and its possible prevention in psychiatric patients. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008; 62:3–8
59. De Hert M, Einfinger G, Scherpenberg E, Wampers M, Peuskens J. The prevention of deep venous thrombosis in physically restrained patients with schizophrenia. *Int J Clin Pract*. 2010; 64:1109–15
60. Ishida T, Suzuki T, Watanabe K, Sakurai H, Uchida H, Mimura M. Prophylactic use of heparin for deep vein thrombosis in restrained psychiatric patients: a chart review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014; 36:690–3
61. Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers spécialisés : principes généraux concernant les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie. 2016

ANNEXE 1

Tableaux 1. Caractéristiques des études mentionnées dans la revue de la littérature de Rakhmatullina et al. (2013)

| Auteurs | Pays | Année | Méthode | Population | Résultats |
|--------------------|--------|-------|-----------------------|---|--|
| Moylan et Cullinan | USA | 2011 | Descriptive | 110 soignants victimes d'agressions physiques | Soignants participant à la CP : fractures, blessures oculaires, handicaps définitifs |
| Hollins et Stubbs | UK | 2010 | Descriptif | Patients et soignants lors de la CP | Blessures scapulaires fréquentes |
| Zetaruk et al. | Canada | 2005 | Cohorte rétrospective | 263 pratiquants d'arts martiaux | Les techniques de prises fréquemment utilisées lors de la CP entraînent des lésions articulaires |
| Stubbs et Alderman | UK | 2008 | Rétrospective | Patients traumatisés crâniens | Si CP chez ces patients : risque augmenté de lésions des membres supérieurs |
| Stubbs | UK | 2009 | Revue | Soignants | Risque augmenté de lésions musculo-tendineuses lors de la CP de patients agressifs |

Tableaux 1. Caractéristiques des études mentionnées dans la revue de la littérature de Rakhmatullina et al. (2013)

| Auteurs | Pays | Année | Méthode | Population | Résultats |
|------------------|--------|-------|--|--------------------------------------|---|
| Strout | USA | 2010 | Revue | Patients avec CP | Sentiments de re-traumatisation, pratiques non éthiques, « esprit brisé » |
| Frueh et al. | USA | 2005 | Rétrospective transversale | 152 patients avec ATCD d'HP | CP entraîne une anxiété importante |
| Robins et al. | USA | 2005 | Interviews qualitatives semi-structurées | 27 patients | Expérience de la CP vécue comme humiliante, deshumanisante, déraisonnable et stressante |
| Gelkopf et al. | Israël | 2009 | Questionnaire | Patients hospitalisés en psychiatrie | Soignants participant à la CP expérimentent des réactions émotionnelles négatives |
| Chuang et Huang | Taiwan | 2007 | Interviews qualitatives semi-structurées | Soignants | Soignants participant à la CP ressentent tristesse, culpabilité, conflits, mais aussi « rétribution », absence de sentiments, sentiment de sécurité |
| Bigwood et Crowe | NZ | 2008 | Descriptive | Soignants en psychiatrie | Sentiments de conflits et de crainte envers la CP |

Tableaux 1. Caractéristiques des études mentionnées dans la revue de la littérature de Rakhmatullina et al. (2013)

| Auteurs | Pays | Année | Méthode | Population | Résultats |
|-------------------|-------------|--------------|-----------------------------|-----------------------|---|
| Fish et Culshaw | UK | 2005 | Interviews non structurées | Soignants et patients | Patients : frustration, re-traumatisation Soignants : culpabilité, tristesse, remords |
| Bonner et al. | UK | 2002 | Interviews semi-structurées | Patients | Sentiment de déception, anxiété, d'être ignoré avant la CP et d'être humilié après |
| | UK | 2002 | Etude pilote | Soignants | CP : impact émotionnel négatif |
| Engberg et al. | USA | 2008 | Rétrospective transversale | 12 820 patients âgés | Si CP : augmentation dépendance pour marche et activités quotidiennes, et déclin cognitif |
| Castle et Engberg | USA | 2009 | Rétrospective cas-témoin | Patients âgés | Si CP : plus de chutes, d'ulcères de pression et contractures |
| Castle | USA | 2006 | Rétrospective cas-témoin | Patients âgés | Si CP : plus de déclin cognitif, de dépression et de désengagement social |

Tableaux 1. Caractéristiques des études mentionnées dans la revue de la littérature de Rakhmatullina et al. (2013)

| Auteurs | Pays | Année | Méthode | Population | Résultats |
|---------------------|-----------|-------|---|--|--|
| Wang et Moyle | Australie | 2005 | Revue | Patients déments | Si CP : plus de déclin cognitif, de chutes et de décès |
| Hägg et al. | Suède | 2009 | Revue | Patients avec AP | Augmentation du risque thrombo-embolique chez les patients immobilisés traités par AP |
| Paciullo | USA | 2008 | Revue | Patients traités par CLOZAPINE | Augmentation du risque thrombo-embolique. Nécessité de contrôler obésité, sédentarité et autres facteurs de risque |
| Dickson et Pollanen | Italie | 2009 | Revue rétrospective de résultats d'autopsie | Décès lors de CP | EP chez 3 patients avec CP en psychiatrie, sans facteur de risque pré-existant de TVP |
| Cecchi et al. | Italie | 2012 | Case report | Patient souffrant de schizophrénie avec AP | TVP et EP chez un patient avec CP, sans facteur de risque pré-existant |
| Laursen et al. | Danemark | 2005 | Case report | Patient souffrant de psychose | TVP et EP chez un patient avec CP, sans facteur de risque pré-existant |

Tableaux 1. Caractéristiques des études mentionnées dans la revue de la littérature de Rakhmatullina et al. (2013)

| Auteurs | Pays | Année | Méthode | Population | Résultats |
|--------------------|-------------|--------------|---|--|--|
| Demir | Turquie | 2007 | Descriptive transversale | 254 soignants | Patients avec CP : œdèmes et cyanoses des extrémités supérieures, ulcères de pression, inhalation, difficultés respiratoires. 9 décès lors de contentions ventrales (chest restraints) |
| Otabachi et al. | USA | 2010 | Revue | Patients avec CP et syndrome confusionnel agité et décès brutal en garde à vue | Décès secondaire à une cardiomyopathie de stress |
| Berlanovich et al. | Belgique | 2012 | Revue rétrospective de résultats d'autopsie | 26 décès sous CP | Causes immédiates de décès : strangulation puis compression thoracique |
| Karger et al. | Belgique | 2008 | Case reports | 7 cas de décès | Cause la plus fréquente : strangulation |
| Van Rompaey et al. | Belgique | 2009 | Cohorte prospective | 155 patients avec syndrome confusionnel | CP majeure le risque de syndrome confusionnel |
| Inouye et al. | USA | 2007 | Prospective | 491 patients de plus de 70 ans | CP majeure le risque de syndrome confusionnel |

Tableaux 1. Caractéristiques des études mentionnées dans la revue de la littérature de Rakhmatullina et al. (2013)

| Auteurs | Pays | Année | Méthode | Population | Résultats |
|------------------|----------|-------|--------------------------|--|--|
| Voyer et al. | Canada | 2009 | Transversale | 155 patients déments | CP majeure le risque de syndrome confusionnel chez les patients déments |
| Alshayeb et al. | USA | 2010 | Case report | Intoxication à la cocaïne chez un patient | CP et intoxication à la cocaïne peuvent entraîner un haut risque d'acidose lactique sévère |
| Grant et al. | USA | 2007 | Revue rétrospective | 145 425 décès | CP chez des patients opposants sous substances majeure le risque de décès inattendus |
| De Letter et al. | Belgique | 2008 | Revue rétrospective | Tous cas médico-légaux de décès inattendus | Décès inattendus de patients hospitalisés : asphyxie mécanique dans 70% des cas |
| Khan et al. | USA | 2008 | Rétrospective cas-témoin | Patients avec delirium tremens | Majoration du risque de décès si CP |
| Hatta et al. | Japon | 2008 | Cas-témoin | 106 patients avec CP et 528 sans CP | Si CP : majoration du risque de DILI |

CP : contention physique ATCD : antécédent

HP : Hospitalisation en psychiatrie

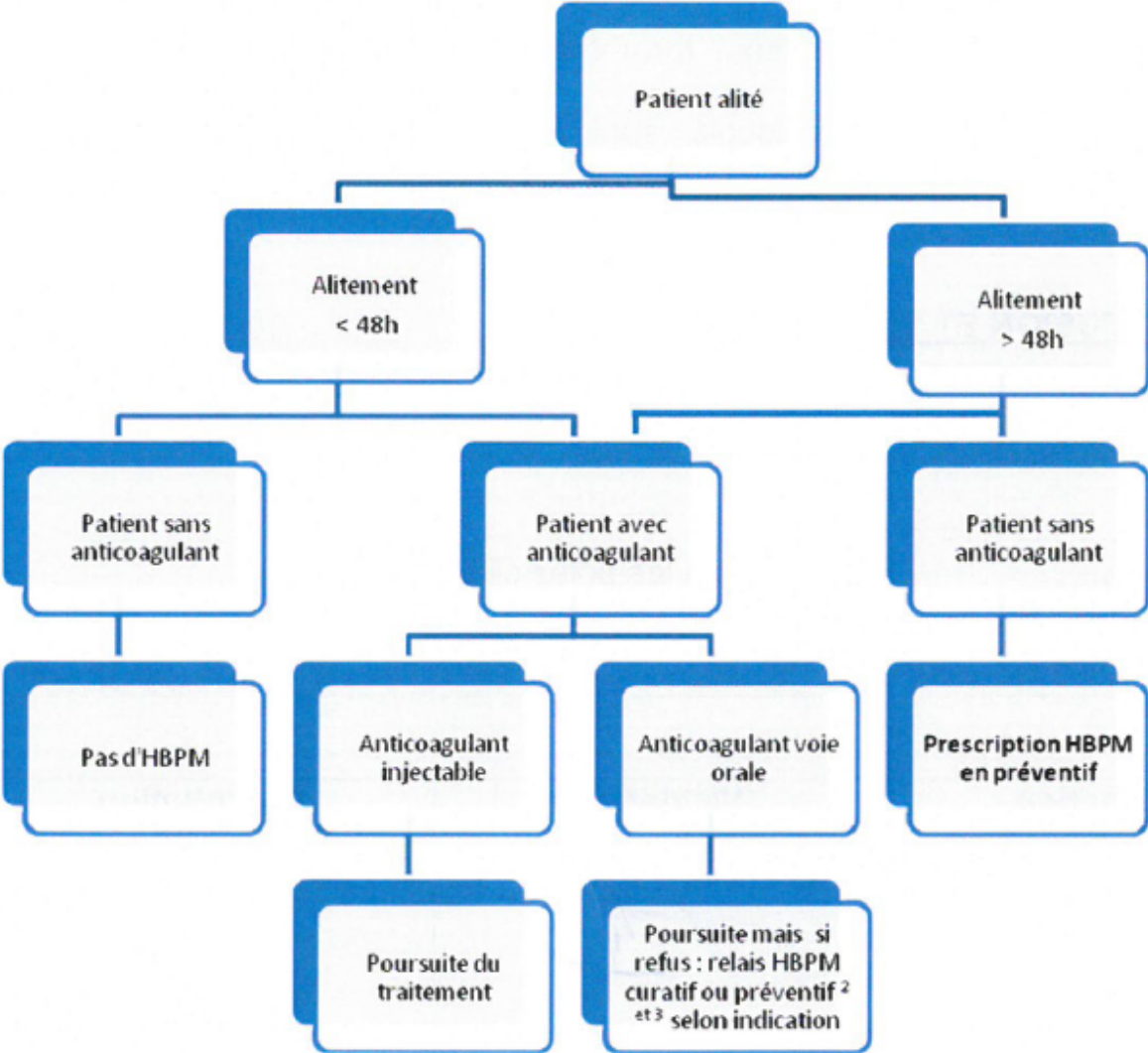
AP : antipsychotiques

EP : embolie pulmonaire

TVP : thrombose veineuse profonde

ANNEXE 2

Protocole du Centre Hospitalier Charles Perrens concernant la prévention du risque thrombotique chez un patient alité (2015)



Contre-indication HBPM curatif si clairance < 30 ml/mn