



HAL
open science

Les pratiques de la mise en isolement et sous contention en psychiatrie : étude descriptive au regard de la nouvelle réglementation

Charlène Bekhdadi

► **To cite this version:**

Charlène Bekhdadi. Les pratiques de la mise en isolement et sous contention en psychiatrie : étude descriptive au regard de la nouvelle réglementation. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01958187

HAL Id: dumas-01958187

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01958187v1>

Submitted on 3 Jan 2019

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année 2017

**Les pratiques de la mise en isolement et sous contention en psychiatrie :
Etude descriptive au regard de la nouvelle réglementation**

**THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT**

CHARLENE BEKHDADI

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le 23 Octobre 2017

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Professeur Thierry BOUGEROL (psychiatrie)

Membres :

M. le Professeur Mircea POLOSAN (psychiatrie)

Mme. le Professeur Virginie SCOLAN (médecine légale et droit de la santé)

M. le Docteur Andrea PIERO (psychiatrie), *directeur de thèse*

M. le Docteur Patrice BARO (psychiatrie)

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

REMERCIEMENTS

A M. le Professeur Thierry BOUGEROL, d'avoir accepté de présider mon jury de thèse, pour l'investissement dans l'accompagnement des internes de psychiatrie et pour ses précieux conseils durant mon internat, notamment pour ce travail de thèse.

A M. le Professeur Mircea POLOSAN, d'avoir accepté de siéger dans mon jury et d'être présent auprès des internes.

A M. le Professeur Virginie SCOLAN, d'avoir accepté de siéger dans mon jury et pour sa bienveillance lors de mes débuts en tant qu'interne.

A M. le Docteur Patrice BARO, d'avoir accepté de siéger dans mon jury et pour l'intérêt que vous portez aux patients de psychiatrie au travers de la CDSF.

A Andrea, d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse et pour ton regard bienveillant dans l'accompagnement de ce travail.

A Caroline Rzepa, Mme Dridi, Dr Salvador et Mme Vial pour leur aide dans l'élaboration de ce projet de thèse.

Et dans l'ordre d'apparition

A toi qui te reconnaitra, pour ton amour, ton soutien, ta patience sans faille depuis toutes ces années et pour tous ces bons moments passés ensemble et tous ceux encore à venir.

A mes parents, ma sœur, mon frère, et mes grands-parents pour leur soutien depuis le début. De là-haut il doit être si fier de moi.

A mes médecins seniors qui m'ont accordé leur confiance et m'ont permis d'apprendre de leur expérience : Sophie, Jérôme, Pierre, Gaëlle, Aurélie, Mathieu, Marieke, Benjamin, Guillemette, Diane, Moustapha.

Aux équipes soignantes rencontrées au cours des différents stages, pour leur soutien, leur bienveillance et leur transmission de savoir qui ont enrichi mon expérience, je pense aux soignants de Dominique Villars, de l'UPA, de Winnicott, de l'APEX et de Groddeck.

A mes collègues de travail et devenues depuis bien plus : Mélissa, Christelle, Charlotte, Lisa, Maëlen, Aurélie, Céline. Particulièrement à Sabrina, pour sa belle personne.

A mes meilleures amies, celles qui ont toujours été là.

A toi ma Cécile, mon amie de fac, pour tout ce que tu m'as apporté et pour tout ce que nous avons à vivre encore ensemble.

A Céline, Caroline, Florence.

A vous mes amies rencontrées ici à Grenoble, Sabrina et Florie, pour votre soutien, la découverte de vos montagnes et les très bons moments passés au sport et en dehors. L'histoire continue ...

A Bastien, Mathieu, Louis.

A mes compagnons de promo, la « best promo ever », pour la cohésion et la bonne ambiance au sein du groupe durant ces 4 années, pour nos échanges d'expérience et pour tous nos moments de légèreté.

A tous les autres internes.

Et à nos aînés maintenant devenus grands.

*« Ce n'est pas en regardant la lumière que l'on devient lumineux mais en plongeant dans son
obscurité »*

Carl Gustav Jung

TABLE DES MATIERES

1. Définitions.....	5
2. Article.....	6
1. Résumé en français.....	7
2. Résumé en anglais.....	8
3. Introduction.....	10
4. Matériel et Méthodes.....	14
5. Résultats.....	17
6. Discussion.....	22
7. Tableaux.....	34
3. Conclusion.....	38
4. Bibliographie.....	40
5. Annexes	
Article 72 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.....	43
Formulaire Crossway de prescription médicale d'isolement.....	44
Formulaire Crossway de surveillance infirmière.....	45

1. Définitions

En psychiatrie, diverses mesures de restriction de liberté sont utilisées chez nos patients à des niveaux différents. Les mesures les plus restrictives sont souvent utilisées en situation de crise, afin de limiter l'excitation psychique ou motrice et/ou le risque de blessures du patient pour lui-même ou pour autrui, et donc pour le mettre en sécurité, son environnement et parfois les soignants.

- L'isolement est par définition « toutes les situations où le patient est placé, sur décision d'un médecin ou d'un soignant, dans un espace fermé qu'il ne peut ouvrir, qu'il s'agisse de sa propre chambre ou d'une pièce prévue à cet effet, une chambre d'isolement (CI) ». (1)
- La contention mécanique consiste à utiliser des dispositifs matériels, des attaches en cuir le plus souvent, pour empêcher ou limiter les mouvements libres d'un patient. Elle peut se mettre en place sur le lit en général scellé d'une CI, ou faute de CI disponible, sur le lit (non scellé) de la chambre du patient fermée à clef durant le temps de la mise sous contention.

Ces deux pratiques diffèrent en ce sens que en CI les patients continuent de bénéficier d'une certaine mobilité corporelle, ils voient leur espace réduit mais non leurs mouvements. Ce qui fait de la mise sous contention la plus extrême des mesures de restriction (2).

- La contention physique consiste à contenir le patient manuellement, par la force physique à des fins identiques de limitation des capacités de mobilisation.
- La contention chimique consiste en l'administration de médicaments sédatifs, souvent sous forme injectable.
- L'hospitalisation sous contrainte et les unités fermées sont d'autres formes de privation de libertés.

2. Article

Les pratiques de la mise en isolement et sous contention en psychiatrie : Etude descriptive au regard de la nouvelle réglementation

BEKHDADI Charlène ^a, PIERO Andrea ^b, RZEPA Caroline ^c

**^a Interne, Centre Hospitalier Alpes Isère, Saint-Egrève 38120 ; Université Grenoble
Alpes, Grenoble 38000**

**^b Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier Alpes Isère, Comité de Soutien à la
Recherche,
3 rue de la gare, Saint-Egrève 38120**

**^c Attachée de Recherche Clinique, Centre Hospitalier Alpes Isère,
Comité de Soutien à la Recherche,
3 rue de la gare, Saint-Egrève 38120**

1. Résumé en français

En France, les pratiques de mise en isolement et sous contention sont les pratiques, certainement les plus exposées au niveau médico-légal et éthique en psychiatrie. Le sujet est porteur de nombreuses controverses depuis des années, alors qu'aucune preuve n'a été faite sur la valeur thérapeutique de ces mesures et que plusieurs études sur le vécu des patients font état d'un vécu extrêmement négatif de l'isolement ou de la contention. Les pratiques de l'isolement sont très hétérogènes entre les régions voire même entre les unités d'un même établissement de psychiatrie, rendant leur quantification et leur analyse difficile. Au regard de dérives constatées, l'Article 72 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a posé un cadre judiciaire nécessaire pour contraindre la communauté médico-administrative à tout mettre en œuvre pour limiter le recours à ces pratiques. **Objectifs :** Cette étude a pour objectif principal la description des pratiques de la mise en isolement et sous contention et pour objectif secondaire la comparaison de ces pratiques entre unités et leur confrontation aux exigences de l'article 72 ou des nouvelles recommandations de bonne pratique de février 2017 de la Haute Autorité de Santé sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale. **Matériel et méthodes :** Cette étude descriptive rétrospective a été menée au Centre Hospitalier Alpes Isère et s'est intéressée aux mesures d'isolement en chambre d'isolement et en chambre standard fermée (avec mesure de contentions) du 19/09 au 31/12/2016 inclus. Les patients inclus devaient avoir séjournés en isolement et être hospitalisés dans une des unités de psychiatrie adulte à l'exclusion des unités des troubles du spectre autistique et de l'unité de longs séjours. Le recueil de données a été réalisé sur dossier informatisé du patient. **Résultats :** Le pourcentage d'admission exposé à une mesure d'isolement était de 13% comprenant 182 mesures pour 105 patients. Une majorité de patients hommes (70%) plutôt jeunes (moyenne d'âge de 36 ans) souffrant de troubles du spectre psychotique (57%) et hospitalisés sous contrainte (81%) a été constatée. 3 détenus ont été isolés durant la totalité de leur séjour hospitalier à titre systématique. L'isolement s'est déroulé pour 55% en chambre d'isolement et pour 41% en chambre standard fermée, et il a été associé à la contention pour 59% des mesures. La durée moyenne du séjour en isolement était de 118 heures (5 jours) et la durée moyenne sous contention était de 10 heures. 10 % des mesures ont été effectuées sous le mode des soins libres. Le motif le plus souvent évoqué pour justifier la mesure de contrainte a été l'agitation-violence-dangereusité. 17% des mesures ont relevées de motifs « non conformes » à la réglementation. Pour seulement 39.5% des mesures, des stratégies alternatives préalablement tentées à l'isolement ont été tracées. Une différence significative a été observée entre les unités pour : la fréquence de l'utilisation de la

chambre d'isolement et de la chambre standard fermée (Khi2 45,559 $p < 0,05$), la durée moyenne du séjour en isolement (ANOVA 3,600 $p < 0,05$) et de la mesure de contention (ANOVA 3,363 $p < 0,05$), par contre aucune différence significative n'a été constatée pour l'utilisation de la contention (Khi2 16,064 $p = 0,066$), pour la traçabilité de stratégies alternatives préalables (Khi2 13,391 $p = 0,146$) et pour le caractère « conforme » à la loi des motifs de l'isolement (Khi2 25,515 $p = 0,111$). Certaines pratiques de l'isolement ont été repérées comme étant hors recommandations de bonne pratique ou cadre légal, ces points demandent à être améliorés par une volonté affirmée de l'institution d'initier et accompagner les politiques visant à favoriser les facteurs limitant le recours à ces pratiques.

Mots clefs : Pratiques de l'isolement, contention, étude descriptive, loi, recommandations

2. *Résumé en anglais*

The practices of seclusion and restraint in psychiatry: descriptive study in accordance with the new regulations

In France, the practices of seclusion and restraint are the practices certainly the most displayed at the forensic and ethics in psychiatry. The topic is supporting various controversies since years while no evidence has been identified on the therapeutic values of these measures and that several studies regarding the feelings of patients are reporting an extremely negative experience of seclusion or restraint. The practices of seclusion are very heterogeneous between regions even between units of a same psychiatry facility, making difficult their quantification and their analysis. Based on observed drifts, the article 72 of the law "Modernization of our Health Care System" of January 26th, 2016 has set a necessary legal framework in order to constrain the medico-administrative community to put in place everything possible to limit the use of these practices. **Objectives:** This study mainly aims at describing the practices of seclusion and restraint, and as a second objective at comparing those practices between units and confront them to the requirements of the article 72 or to the new clinical good practices recommendations of February 2017 from "High Authority of Health" on the seclusion and the restraint in general psychiatry. **Material and methods:** This retrospective descriptive study has been conducted at the "Centre Hospitalier Alpes Isère" and focused on the measures of seclusion in seclusion room and in standard locked room (with measure of restraint) from 19 September to 31 December 2016 included. The involved

patients had to have been admitted in seclusion and been hospitalized in one of the adult psychiatry units except the units of autistic spectrum troubles and the units of long stays. The collect of datas has been realized on the patient numerical folder. **Results:** According to the necessity of an isolation measure, the percentage of admissions was of 13% including 182 measures for 105 patients. A majority of patients male (70%) rather young (age average: 36 years old) suffering from psychotic spectrum troubles (57%) and hospitalized in involuntary psychiatric admission (81%) has been observed. 3 detainees have been secluded during their entire stay at the hospital on systematic way. The isolation ran through for 55% in seclusion room and for 41% in standard locked room and has been associated to the restraint for 59% of the measures. The average duration of stay in seclusion was of 118 hours (5 days) and the average duration of restraint was of 10 hours. 10% of measures have been done under voluntary hospitalization. The most often mentioned reason to justify the restraint measure has been agitation-violence-dangerousness. 17% of measures were issued from reasons “no compliant” to the regulations. For only 39.5% of measures, alternative strategies prior to seclusion have been monitored. The comparison between units showed a significant difference as regards to the frequency of the use of the seclusion room and the standard locked room (Khi2 45,559 $p < 0,05$), the duration of stay in seclusion (ANOVA 3,600 $p < 0,05$) and the duration of the restraint measure (ANOVA 3,363 $p < 0,05$), however no significant difference has been observed for the use of restraint (Khi2 16,064 $p = 0,066$), for the traceability of alternative strategies prior to seclusion (Khi2 13,391 $p = 0,146$) and for the nature “compliant” to the law of the reasons of seclusion (Khi2 25,515 $p = 0,111$). Some of the practices of seclusion have been noticed as being out of good practices recommendations or out of legal framework, these points require to be improved by an assertive will from the Institution to initiate and accompany the politics aiming at promoting the factors limiting the resort to these practices.

Key words: Practices of seclusion, restraint, descriptive study, law, recommendations

3. Introduction

L'histoire de l'isolement et de la contention a connu depuis l'antiquité plusieurs mouvements rythmés par l'évolution du regard que porte la société sur les personnes souffrant de troubles mentaux (3). Ainsi, c'est après la période de « Grand Renfermement » imposée par l'Edit Royal du 22 avril 1656 qui a proclamé « l'isolement de tous ceux qui dépravent la société » (4) dans des conditions bien souvent inhumaines et maltraitantes, que Pinel a brisé les chaînes qui entravaient les aliénés. Il a prôné l'abandon des contentions mécaniques au profit du concept de l'isolement thérapeutique qui avait pour vocation de réduire l'agitation et de prévenir les conséquences d'un passage à l'acte hétéro-agressif par opposition à la visée punitive en place jusqu'alors. La psychiatrie s'est développée à cette époque avec la publication par Pinel en 1801 d'une nosographie clinique moderne le « traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale » (5) qui a encouragé le courant aliéniste du moment en opposant aux traitements physiques préexistants l'humanisation des soins et une action éducative pour le patient. Esquirol, élève de Pinel, dans son mémoire sur l'isolement des aliénés de 1818 (6), présenté au ministère de l'Intérieur, a proposé la création d'asiles avec une présence médicale constante et a reconnu que l'isolement devait obéir à des impératifs médicaux et ne devait pas concerner tous les malades. La loi du 30 juin 1838 a alors fondé l'organisation de la psychiatrie et a doté chaque département d'un asile pour accueillir les aliénés, elle a également prévu l'hospitalisation sans et avec consentement des patients souffrant de pathologie mentale et a défini officiellement l'isolement comme une thérapeutique. Les patients étaient toutefois toujours soumis à des mesures de contrainte corporelle dont le caractère punitif s'opposait au caractère thérapeutique pour faire face aux conséquences du surpeuplement des asiles. Seule l'Angleterre a résisté en partie avec le «no-restraint movement » des aliénistes Connolly et Hill (7), inventeurs de la chambre d'isolement capitonnée. Après la seconde guerre mondiale (8) est née l'ère de la psychiatrie institutionnelle et de la sectorisation dont l'un des objectifs était d'assurer, le plus souvent possible, le traitement des patients en dehors de l'hôpital, au plus près de leur milieu de vie habituel. C'est ainsi, qu'avec l'apparition des neuroleptiques en 1954, de la psychanalyse, du courant anti-psychiatrique et du mouvement de psychothérapie institutionnelle, que les hôpitaux psychiatriques ont connu une diminution du recours à l'isolement et la contention. Cependant, au début du XXI^e siècle, le discours politique du tout sécuritaire est venu stigmatiser les patients souffrant de pathologies mentales, « le fou » n'était plus reconnu pour sa souffrance psychique mais comme un perturbateur, potentiellement violent ou dangereux, que les médias ont accentué en véhiculant le message inquiétant d'une société qui doit s'en

protéger. Les hôpitaux psychiatriques ont alors connu un recours plus fréquent à l'isolement ou la contention (1).

Actuellement, le sujet est porteur de nombreuses controverses entre ceux qui sont pour (9), arguant un bénéfice thérapeutique, et ceux qui s'y opposent (10)(11), étayant des arguments de respect des droits fondamentaux et prônant pour un traitement non restrictif. Leur mode d'utilisation est ainsi variable selon les services du fait du sens qui leur est attribué (1).

En France, peu d'études (12)(13)(14)(15)(16)(17) ont décrit les pratiques d'utilisation des mesures d'isolement et de contention dans les établissements de psychiatrie, rendant opaque la quantification et la durée d'utilisation de ces mesures. Si nous avons une certaine idée de l'utilisation de l'isolement via les données du Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie (Rim-p), qui est sous la direction de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) (18), « aucune statistique n'est actuellement disponible pour étayer le recours à la contention » selon la mention de l'Assemblée Nationale au Journal Officiel du 21 avril 2015. Les chiffres du Rim-p 2015 soulignent en effet, une augmentation du recours à l'isolement sur les dernières années passant de 12 976 patients placés en isolement en 2003 (4% des patients hospitalisés dans l'année) à 28 100 patients en 2015 (soit 8% des patients hospitalisés dans l'année) (19)(20). Cette augmentation ne semble pas être corrélée à une majoration des violences déclarées dans les établissements de santé mentale mais pourrait être interprétée comme une inflexion sécuritaire et expliquée en partie par l'amélioration du recueil de données au fil du temps (21). En effet, selon les rapports annuels de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) (22)(23), la psychiatrie est le secteur le plus touché par les incidents violents mais son taux de violence déclarée est en diminution sur les dernières années (25% en 2012 contre 21% en 2015) comparativement aux autres spécialités médicales qui gardent un taux stable. Par contre l'ONVS déclare que l'origine de la violence a changé, avec une aggravation du sentiment d'insécurité ressenti par les personnels de santé (23).

Comme l'a constaté le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) lors de ses visites (1), le Rim-p (20)(21) montre en France une grande disparité des pratiques de l'isolement entre les régions. Ainsi, la part de patients hospitalisés à temps plein placés en isolement en 2015 est comprise selon les départements entre moins de 5% et 30% et le taux d'isolement (qui est le nombre de journée d'isolement par rapport au nombre de journées

d'hospitalisation à temps complet) varie de 0,44% à Pau jusqu'à 18,91% à Nemours, avec une moyenne nationale de 1,9% en 2014 contre 1,76% en 2013.

L'analyse de la littérature française rejoint cette constatation (24) et il en est de même au niveau international (25) où il existe également une grande hétérogénéité des résultats entre les pays, voire même entre les centres hospitaliers d'un même pays. Dans le monde, le pourcentage d'admissions exposé à l'isolement est compris entre 0,07 et 15,6%, et à la contention entre 1,2 et 8%. Cette hétérogénéité pourrait s'expliquer en partie par l'utilisation de définitions différentes des mesures de contrainte ; par des différences de protocoles et de législations propres à chaque pays autorisant ou prohibant telle ou telle mesure sous-tendues par des différences de cultures ; et par des méthodes différentes de calcul de la fréquence d'utilisation de ces mesures. Par exemple, l'Islande bénéficie du taux de soignant par service le plus important d'Europe (un soignant pour un patient) lui permettant ainsi depuis des dizaines d'années de tenir l'interdiction de la mise en isolement et sous contention mécanique (26). La pratique néerlandaise considère quant à elle que l'administration involontaire de traitement par injection est plus menaçante pour l'intégrité du patient que la mise en isolement ou sous contention, par contre en Angleterre la contention physique par holding est autorisée alors que la contention mécanique est interdite (25).

Alors qu'aucune preuve n'a été faite sur la valeur thérapeutique de ces mesures (27)(28) et que plusieurs études sur le vécu des patients (29)(30)(31)(32) font état d'un vécu extrêmement négatif de l'isolement ou de la contention, ces mesures ont été pratiquées en France pendant des années sans que la société s'en inquiète et sans qu'aucun cadre législatif ne soit ordonné.

En effet, jusqu'à la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et son article L. 3222-5-1 (ou Article 72) (33) la France était l'un des seuls pays à ne pas avoir de législation en matière de mesures de contention et d'isolement en psychiatrie. Il était alors possible d'isoler et de contensionner un patient sans aucun contrôle, ni à priori et ni à postériori. Le législateur a bien prévu une loi pour définir dans quelles conditions une personne souffrant de troubles mentaux peut être hospitalisée contre sa volonté avec la loi du 30 juin 1838 puis celle du 27 juin 1990 (loi n° 90-527) relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, qui a été modifiée par la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 elle-même modifiée (dans certaines dispositions) par celle du 27 septembre 2013, mais aucune d'elle ne

prévoit les conditions dans lesquelles cette même personne peut être placée en isolement ou sous contention.

Pourtant, depuis des années différents textes, circulaires (34), recommandations (35)(36), rapports nationaux (37) ou internationaux (38)(39)(40)(41), ont alerté les institutions ministérielles sur des dérives mais aucun n'a permis d'apporter un cadre contraignant d'un point de vu judiciaire aux pratiques de la contention et de l'isolement. Seuls les cas de jurisprudence française sont venus poser un cadre normatif à ces mesures (42).

Le CGLPL, devant l'importance des atteintes aux droits fondamentaux lors de la visite d'un établissement de psychiatrie en 2016, a fait valoir la procédure d'urgence (prévue à l'article 9 de la loi du 30 octobre 2007) et a saisi la ministre des Affaires Sociales et de la Santé, sans attendre la rédaction du rapport de visite, pour que soit posé un cadre législatif à la pratique de l'isolement et de la contention.

Une loi est donc promulguée depuis le 26 Janvier 2016, l'article 72 (33)(cf annexe), qui sous la notion de « dernier recours » limite aux situations d'extrêmes urgence le recours aux mesures de contrainte « pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui », et impose qu'il soit fait la preuve que toutes autres alternatives aient été tentées et qu'elles aient échouées (43). Le terme de « décision » médicale remplace maintenant celui de « prescription », qui avait une valeur thérapeutique, et vient alors questionner la valeur administrative de ces mesures avec la possibilité d'un recours devant le juge administratif (44). Une avancée importante se trouve également dans la constitution d'un registre par établissement qui doit recueillir les mesures d'isolement et servir à alimenter la réflexion de la communauté médico-soignante sur ces pratiques afin d'en limiter le recours. Tout comme la rédaction d'un rapport annuel qui vise les services à harmoniser leurs pratiques et à interroger les établissements sur la manière dont ils mettent en œuvre le principe de mutabilité (43)(45).

La promulgation de cette loi oblige donc à une réflexion collective sur nos pratiques pour tendre vers une réduction de ces mesures. Pour cela, il est nécessaire de se rendre compte de la réalité de celles-ci et de les analyser en fonction des différents paramètres qui peuvent les influencer (population de patients, équipes de soin, orientation médicale, politique de l'institution, etc.).

Notre étude a ainsi pour objectif principal la description des pratiques de la mise en isolement et sous contentions au Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI) et pour objectif secondaire la

comparaison des pratiques entre unités, sous le regard de la loi (33) ou des nouvelles recommandations de bonne pratique clinique (RBP) de février 2017 de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale (46).

Le but n'étant pas de pointer les dysfonctionnements mais d'engager une réflexion collective pour faire évoluer les pratiques et réfléchir à des mesures alternatives afin de tendre à une diminution du recours à l'isolement pour nos patients.

4. Matériel et méthodes

Notre étude se déroule au CHAI qui est le principal hôpital psychiatrique du département de l'Isère assurant le service public de 801 660 habitants. En 2016, il comptabilisait 337 lits d'hospitalisation à temps plein pour 12 CI réparties dans 11 unités : 9 CI pour les unités adultes de secteur (Les Arcades, Charmeil, Esquirol, Ferrus, Fodéré, Hector Berlioz, 101, 104 et Winnicott), 1 CI pour l'unité post-urgence APEX (une CI supplémentaire est disponible mais non utilisée) et 1 CI à l'unité pour adolescents.

Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective des mesures d'isolement en chambre d'isolement (CI) et en chambre standard fermée avec mesure de contentions (CSF), que nous avons regroupé sous le terme général de «mesures d'isolement», se déroulant du 19/09 au 31/12/2016 inclus.

Population et procédures

Les patients inclus devaient avoir séjournés en isolement durant la période citée et être hospitalisés dans une des unités de psychiatrie adulte à l'exclusion des unités des troubles du spectre autistique et de l'unité de longs séjours. Les mineurs pouvaient être inclus à condition d'avoir été hospitalisés dans l'une des unités citées.

Notre échantillon a été constitué à l'aide d'une requête des prescriptions médicales de mise en isolement sur le logiciel Crossway, et si à la lecture des dossiers informatisés des placements en isolement sans prescription étaient repérés, ils étaient inclus dans l'étude pour avoir un recueil le plus exhaustif possible des pratiques de l'isolement au CHAI.

Les données ont été recueillies par l'instigateur d'après la lecture du dossier informatisé du patient comprenant : les données administratives, les observations médicales, les observations

infirmières, les formulaires Crossway de prescription médicale de mise en isolement, le plan de soins infirmier et le formulaire Crossway de surveillance infirmière.

Les données recueillies concernaient :

- **le patient** : le sexe, l'âge, le diagnostic psychiatrique principal (selon les catégories diagnostiques de la CIM-10), les pathologies somatiques non stabilisées pouvant contre-indiquer la mise en isolement (épilepsie, diabète, désordres hydro-électrolytiques, affections orthopédiques non consolidées, troubles cardiovasculaires, états d'alcoolisation aiguë massive et intoxication massive par des toxiques ou médicaments, selon les recommandations de la HAS (46)) et les facteurs de risque de mise en isolement. Ces derniers sont les antécédents d'auto ou d'hétéro-agressivité, la prise de toxiques récente avant la mise en isolement (alcool, cannabis et autres drogues), le placement antérieur en isolement, la résistance au traitement, la rupture de traitement, les antécédents de séjour en Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) ou en Unité pour Malades Difficiles (UMD) et les antécédents d'incarcération.

- **le séjour d'hospitalisation** : la date d'entrée et de sortie d'hospitalisation, l'unité, la durée du séjour en jours (si la date de fin d'hospitalisation était postérieure à la phase de recueil cette variable était marquée « non connue »), le mode légal d'hospitalisation, le statut de détenu, le changement de mode légal dans le cas de soins libres, vers quel mode le changement s'est opéré et au terme de combien de temps.

- **la mise en isolement** : le motif tel que renseigné sur le formulaire de prescription médicale Crossway (Cf plus bas), la décision médicale d'emblée ou secondaire (« mesure conservatoire infirmière »), les modalités de l'isolement (CI ou CSF), le nombre de jour d'hospitalisation précédant la mise en isolement, l'intervention de l'équipe de renfort (le SAGI), le recours à des stratégies alternatives avant la décision d'isolement et lesquelles, l'utilisation des contentions durant le séjour en isolement, la date et l'heure de mise sous contention et de levée, la durée en heures de mise sous contention, le recours à un traitement sédatif à l'entrée et son mode d'administration per os ou IM, l'utilisation de temps de sortie temporaire d'isolement et l'accompagnement par un soignant, la durée à partir de laquelle le patient a pu bénéficier de temps de sortie, la date et l'heure d'entrée et de levée de l'isolement et la durée effective en isolement en heures (les temps de sortie temporaires d'isolement ont été soustraits).

Le motif de mise en isolement était renseigné sur le formulaire Crossway de prescription médicale (Cf annexe) à l'aide de cases à cocher (plusieurs choix possibles) entre : Agitation/violence/dangerosité, risque suicidaire, risque de fugue, limitations des surcharges sensorielles et émotionnelles, comportement extrêmement perturbateur du cadre de soins, limitation des relations interpersonnelles pathologiques ou illégales à risque, à la demande du patient et autres. Ces motifs sont déclinés à partir des critères ANAES de l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie de 1998 (35).

Nous avons par ailleurs évalué la conformité des motifs au regard de ce que prévoit l'article 72 (33) «*Il [l'isolement] ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui* ».

Cela sous-entend la prévention d'un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif et la prévention d'une récurrence si le patient est déjà passé à l'acte et que la situation de crise n'est pas résolue. Il peut s'y ajouter la prévention d'un risque de fugue si nous considérons que le patient, compte tenu de ses troubles et de l'absence de soins, pourrait être dangereux pour lui-même ou pour autrui.

Ainsi, le motif a été jugé « en conformité » avec la loi si il était coché « agitation/violence/dangerosité » ou « risque suicidaire » ou « risque de fugue ». Les autres motifs eux répondaient au caractère de « non conforme » à la loi.

- **la traçabilité des informations dans le dossier du patient** : les observations médicales de mise en isolement initiale, de maintien quotidien de la mesure et de levée de la mesure, le formulaire Crossway de prescription médicale initiale et de renouvellement quotidien de la mesure, l'information donnée au patient et à ses proches, la prescription médicale du protocole de consignes et de surveillance, et le formulaire Crossway de surveillance infirmière (Cf annexe).

Nous avons également procédé à une requête sur le logiciel Crossway pour obtenir des données (âge, sexe, diagnostic principal, mode légal d'hospitalisation, durée de séjour) de la population de patients hospitalisés dans les services sus cités qui n'ont pas été isolés sur la période de l'étude afin de comparer ce groupe « contrôle » à la population de notre étude.

Analyses statistiques

Toutes les données ont été analysées à l'aide du programme SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 11.5. Des corrections pour analyses multiples ont été appliquées dans

les tests Post-Hoc (Bonferroni). Dans toutes les analyses le seuil de signification p a été considéré comme significatif lorsqu'il était inférieur à 0,05.

Les variables étaient de trois types : qualitatives/catégorielles (recodées en variables quantitatives dichotomiques 0/1 pour les besoins de l'analyse statistique) ou quantitatives/continues.

L'analyse des données s'est portée sur 3 niveaux. Premièrement, la description de la population de patients inclus dans l'étude (fréquences, moyennes). Deuxièmement la description des pratiques de mise en isolement toute unité confondue (fréquences, moyennes) et troisièmement, la recherche de différences de pratiques entre unités à l'aide du test du Khi2 pour les variables qualitatives et du test de variance ANOVA (Analysis Of Variance) pour les variables quantitatives, accompagné de la correction de Welch, pour l'égalité des moyennes, et du test Post-Hoc pour déterminer où se situe la différence entre les unités.

Un dernier point a concerné la comparaison de nos résultats au regard de ce dit la loi (33) concernant l'indication des mesures d'isolement pour chercher des éventuelles différences entre les trois groupes (« conforme » à la loi, « non conforme » ou absence de prescription) à l'aide du test du Khi2 pour les variables qualitatives et du test de variance ANOVA pour les variables quantitatives, accompagné de la correction de Welch et du test Post-Hoc.

L'étude a été enregistrée au registre de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) lié à l'établissement le 21 septembre 2016.

5. Résultats

Description de l'échantillon et des pratiques de mise en isolement

182 mesures d'isolement ont été relevées sur la période d'inclusion pour 105 patients et 108 séjours d'hospitalisation. L'âge des patients était compris entre 15 et 83 ans, 3 mineurs ont été inclus.

Le **Tableau I** décrit les caractéristiques de la population et le **Tableau II** les modalités de mise en œuvre des mesures d'isolement.

72% (76 patients) de notre échantillon a expérimenté une seule mesure en isolement, 17% (18) 2 mesures, 4% (4) 3 mesures, 4% (4) 4 mesures, 2% (2) 5 mesures et 1% (1) 10 mesures d'isolement (dont 9 mesures sur 10 étaient en CSF durant entre 1 et 27 heures).

La durée moyenne du séjour en isolement était de 118 heures (5 jours) avec un minimum de 30 minutes et un maximum de 1339 heures (56 jours). La durée moyenne sous contention était de 10 heures avec un minimum de 30 minutes et un maximum de 354 heures, soit 15 jours. La durée moyenne du séjour d'hospitalisation était de 88 jours pour un minimum de 4 jours et un maximum de 735 jours.

Le rapport du nombre de séjours exposés à l'isolement sur le nombre total de séjours d'hospitalisation durant la période de l'étude (soit 861) est de 13%.

En moyenne, le placement initial en isolement s'est effectué 57 jours après l'entrée en hospitalisation (minimum de 0 jour et maximum de 1155 jours). Sur les 95 mesures (soit 52% du total) prescrites dans la première semaine d'hospitalisation du patient, 60% étaient prescrites dès le 1^{er} jour d'hospitalisation. 69% des placements en isolement se sont produits en semaine et en journée (de 9h à 18h30), 12% en semaine mais sur la période de garde (de 18h30 à 9h le lendemain), 10% en journée le week-end et 8% en soirée ou de nuit le week-end.

Pour 20 mesures d'isolement (soit 11%) une contre-indication somatique a été relevée : 1 cas d'imprégnation alcoolique, 3 cas de confusion, 1 cas de diabète déséquilibré, 5 cas d'épilepsie non stabilisée avec risque de chute, 2 cas d'état de déshydratation, 1 cas de nécessité de perfusion, 2 cas de troubles cardiaques, 3 cas de pneumothorax avec fracture de côtes et 2 cas de fracture de jambe non consolidée. Pour 11 de ces cas une mesure de contention a été mise en place initialement.

Sur les 30 mesures en soins libres, 12 ont bénéficié d'une modification vers un mode de soins sous contrainte (11 SDT et 1 OPP). La régularisation du mode de soins s'est faite pour 7 cas en moins de 12h et pour 5 cas en plus de 12h. Sur les 18 cas où les soins libres ont été maintenus comme tels (soit 10% du total des mesures), 17 cas ont relevé de la CSF d'une durée comprise entre 30 minutes et 12 heures (dont 9 cas où la durée est inférieure ou égale à 1 heure) et 1 cas a relevé de la CI d'une durée d'isolement de 1h35. Ces 18 mesures de contrainte en soins libres ont concerné 9 patients dont 5 n'ont bénéficié que d'une seule mesure d'isolement et pour les autres, une répétition des mesures a été constatée : le 1^{er} patient a eu 2 mesures, le 2^e 5 mesures, le 3^e 2 mesures (puis son mode d'hospitalisation a été modifié), et le 4^e 4 mesures.

Sur les 101 prescriptions initiales de contention (en CI ou CSF), le formulaire Crossway mentionnait pour 52% « Contention réévaluable par l'équipe infirmière », pour 34% « Contention systématique » et pour 14% aucune case n'était cochée. Sur l'ensemble de notre

échantillon, 20 prescriptions (soit 11%) relevaient du « si besoin » c'est-à-dire que la prescription mentionnait « Contention ré-évaluable par l'équipe infirmière » mais que finalement l'équipe n'a pas eu recours à la mesure de contention en CI. Par ailleurs à la lecture des dossiers des patients, 32 prescriptions « si besoin » de mise sous contention en CSF ont été relevées.

Le **Tableau II** mentionne les stratégies alternatives qui ont été tentées dans certains cas. Dans les 110 cas où aucune mesure alternative n'a été relevée (60%), nous retrouvons pour 24% (27 cas) un transfert de la CI des urgences, pour 19% (21) un transfert d'une CI d'un autre service, pour 13% (14) une indication de placement en CI posée avant l'arrivée du patient en service (par le CMP ou dans le cadre d'une réintégration d'un programme de soins ou d'une mesure de Soins à la Demande du Représentant de l'Etat), pour 3% (3) la décision systématique d'isolement des détenus et pour 41% (45) des cas l'absence de traçabilité de mesures alternatives précédant l'isolement.

Le **Tableau II** mentionne les motifs justifiant la mise en isolement : 73% des prescriptions initiales en isolement ont été classées « en conformité » avec la loi et 17 % « non conformes » à la loi (soit 87% de limitation des surcharges sensorielles, 27% de comportement perturbateur et 10% de limitation des relations interpersonnelles à risque), 10% des mesures n'avaient pas de prescription.

Comparaison entre unités

La comparaison des variables catégorielles à l'aide du test du Khi2, a permis de démontrer des différences significatives de pratiques entre les unités (**Tableau III**). En effet, nous retrouvons une utilisation significativement plus importante de la CI par rapport à l'utilisation d'une CSF à l'APEX, Charmeil, Hector Berlioz et au 101 (respectivement 76% vs 18%, 89% vs 11%, 69% vs 25%, 65% vs 30%). Ferrus est le seul service à n'avoir utilisé que la CI durant la période d'inclusion de l'étude. A contrario, Les Arcades et le 104 ont significativement plus utilisé la CSF que la CI (respectivement 71% vs 29% et 67% vs 33%). Les autres services ont des proportions égales entre CI et CSF.

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les unités concernant l'utilisation de la mesure de contention durant le séjour en CI tout comme pour l'intitulé de la prescription de contention sur le formulaire Crossway (dont les « si besoins ») ou pour le moment du placement initial en isolement du patient ($p > 0.05$).

Parmi les comparaisons significatives des motifs de placement, le risque suicidaire est significativement plus important (Khi2 29,539 $p < 0.05$) à Charmeil (22%), Ferrus (20%), Winnicott (18%) et 104 (17%). Le risque de fugue est significativement plus élevé (Khi2 30,866 $p < 0.05$) à Ferrus (50%), l'APEX (39%), Hector Berlioz (31%) et au 101 (30%). La limitation des surcharges sensorielles et émotionnelles est significativement plus importante (Khi2 34,886 $p < 0.05$) au 101 (85%), aux Arcades (79%), Esquirol (71%) et APEX (54%). La limitation des relations interpersonnelles pathologiques ou illégales à risque est significativement plus élevée (Khi2 34,320 $p < 0.05$) à Fodéré (38%) et Hector Berlioz (25%).

Il n'a pas été constaté de différence significative ($p > 0.05$) entre les unités pour les tentatives de mise en œuvre de stratégies alternatives, cependant il existe une différence significative (Khi2 60,979 $p < 0.05$) concernant les raisons de l'absence de mise en place de ces stratégies. Ainsi, l'APEX a reçu significativement plus de patients provenant de la CI de l'UCAP (64%), les services de Fodéré, Charmeil, Esquirol et Winnicott ont reçu significativement plus de patients provenant d'une CI d'un autre service (respectivement 50% et pour chacun des 3 autres 43%), Ferrus et le 104 ont reçu significativement plus de patient dont l'indication de CI avait été posée avant l'entrée dans le service (respectivement 29% et 25%) et enfin, pour les Arcades, le 104 et le 101 il est significativement moins relevée de stratégies alternatives tracées (respectivement 73%, 63% et 50%).

Au regard de la traçabilité des informations dans le dossier informatisé du patient nous retrouvons des différences significatives entre les unités. Pour la justification du placement initial en isolement du patient (Khi2 24,538 $p < 0.05$) l'APEX, Ferrus et Winnicott affichent un taux de traçabilité de 100%, alors que le 104, Fodéré, Esquirol et les Arcades ont des taux significativement plus important de non renseignement du motif d'isolement (respectivement 38%, 38%, 35% et 29%). De même pour la justification du renouvellement de l'isolement chaque jour (Khi2 28,574 $p < 0.05$) l'APEX, Ferrus, Winnicott, Hector Berlioz et le 104 ont significativement un taux de traçabilité plus important (respectivement 85%, 80%, 64%, 63% et 63%) que les autres services. La traçabilité de la justification de sortie d'isolement du patient (Khi2 29,353 $p < 0.05$) est significativement meilleure à Winnicott (91%), Ferrus (90%) et Hector Berlioz (75%), à contrario, Esquirol (77%), le 104 (71%), les Arcades (62%) et le 101 (60%) affichent un taux significativement plus haut d'absence de traçabilité. Lorsque les placements en isolement dépassent les 24 heures, le renouvellement quotidien de la prescription médicale (Khi2 48,252) est respecté pour 100% des placements à l'APEX, Esquirol, au 104 et à Winnicott.

Pour la prescription médicale d'une surveillance du patient en isolement par l'équipe infirmière (Khi2 44,984 $p < 0.05$), les services de Ferrus, Les Arcades, Esquirol et le 104 affichent un taux significativement plus élevé de prescription (respectivement 80%, 65%, 65%, et 63%), pour l'APEX et le 101, la non prescription est significativement majoritaire (75% et 55%). Enfin, le formulaire de surveillance rempli par l'équipe infirmière (Khi2 64,740 $p < 0.05$) est présent pour un taux de 100% à APEX, Ferrus, Fodéré, 94% à Hector Berlioz, 80% au 101, 75% à Charmeil et 73% à Winnicott. A l'opposé, les services des Arcades et du 104 ont un taux significativement plus important de formulaires non présents dans le dossier informatisé (respectivement 56% et 54%).

Les comparaisons des variables continues entre les unités par le test de variance ANOVA permet de montrer une différence significative pour la durée moyenne d'isolement et de contention (**Tableau IV**). Ainsi, à l'aide du test Post-Hoc, nous voyons que la durée moyenne de contention est significativement plus longue à Winnicott que dans chacune des 9 autres unités (68 heures vs 51 minutes à 16h45). Pour la durée du séjour en isolement, une différence est significative entre Ferrus et le 104 qui ont respectivement une moyenne de 250h40 et 44h21. Il n'a pas été démontré d'autre relation significative ($p > 0.05$).

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les services ($p > 0.05$) concernant les placements en isolement remplissant le critère de conformité à la loi. Cependant, l'analyse de variance des variables continues et l'analyse du Khi2 des variables catégorielles des mesures de placement en isolement des trois groupes (« conforme » à la loi, « non conforme » ou absence de prescription) a constaté que le groupe « non conforme » à la loi comprenait significativement des patients plus âgés (43 vs 34 ans), présentant plus d'épisode maniaque (Khi2 31,369 $p < 0.05$), avec une durée de séjour en isolement plus longue ($6,22 \pm 11,62$ jours vs $5,93 \pm 7,47$ jours en moyenne), une fréquence d'utilisation de la contention moins importante (Khi2 14,544 $p < 0.05$) et une durée de mise sous contention moins longue ($6,72 \pm 23,81$ vs $12,07 \pm 36,94$ heures en moyenne). Pour ces patients les stratégies alternatives étaient moins tracées (Khi2 9,858 $p < 0.05$).

Le lecteur qui souhaite avoir le détail des résultats de l'étude peut en faire la demande.

6. Discussion

L'objectif de notre étude est d'analyser les pratiques de l'isolement sur le CHAI afin d'évaluer si elles répondent aux nouvelles exigences de l'article 72 (33) et aux nouvelles recommandations de la HAS (46).

Notre échantillon de patients a des caractéristiques similaires à celui du Rim-p 2015 (20) et d'études nationales (12)(13)(14)(15) qui repèrent le même profil de patient sujet au placement en isolement : il s'agit en majorité de patients de sexe masculin (70%), plutôt jeunes (en moyenne 36 ans), qui souffrent d'un trouble du spectre psychotique (57%) et qui sont hospitalisés sous contrainte (81%).

La comparaison de l'échantillon de notre étude au groupe de patients « contrôle » (soit 643 patients) confirme que dans ce groupe « contrôle » en majorité d'hommes (60%), l'âge moyen est plus élevé (46ans), la proportion de troubles du spectre psychotique est moins importante (38%) et la part de soins libres bien plus élevée (75%), rejoignant les données du Rim-p 2015 (20). Par ailleurs, la durée moyenne d'hospitalisation des patients sans expérience d'isolement est plus courte que celle des patients ayant connu au moins une mesure d'isolement (24 vs 88 jours). Nous pourrions donc penser que la mesure d'isolement influencerait la durée d'hospitalisation dans le sens d'une augmentation. Bien évidemment, des biais se trouvent dans la sévérité clinique des patients qui nécessitent l'isolement et dans les nombreux facteurs administratifs et médico-légaux liés aux mesures de contrainte (47). Notamment les soins pour péril imminent (SPI) introduits par la loi du 5 juillet 2011* ; qui ont connus une augmentation fulgurante entre 2012 et 2015 (+128%) comparés aux soins à la demande du représentant de l'état (SDRE) + 8% et aux soins à la demande d'un tiers (+ 1%) qui restent majoritaires (48). Dans le cadre du soin sans consentement, le nombre moyen de journées à temps plein par patient reste toutefois stable entre 49 et 52 jours entre 2011 et 2016 (49) et inférieur à la durée moyenne d'hospitalisation des patients exposés à l'isolement.

* Loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

D'autres études seront nécessaires pour étudier la relation entre la durée du séjour en isolement et celle du séjour en hospitalisation.

Le pourcentage d'admission exposée à une mesure d'isolement est de 13% ce qui situe notre étude dans la fourchette haute par rapport aux autres pays de la revue de la littérature de

Steinert et al. (25) et par rapport à une autre étude similaire française (15) où le pourcentage d'admission était de 7.6%, cependant les placements en CSF n'étaient pas comptabilisés dans celle-ci. D'autre part, nous retrouvons que 59 % des mesures d'isolement ont été associées à une mise sous contention, ce qui est bien supérieur au 10% retrouvé dans une étude similaire française (13), qui pourrait s'expliquer par un taux plus important dans notre étude de placement en CSF (41% vs 22%).

La durée moyenne d'isolement de notre étude est relativement moins importante que la durée moyenne en France relevée par le Rim-p depuis 2013 (5 jours contre 15 jours) (50) mais les recueils du Rim-p ne prennent pas en compte les mesures d'isolement en CSF (18), qui ont dans notre étude une part importante avec une durée d'isolement courte. D'autres études françaises avec une méthodologie similaire ont retrouvé une durée moyenne d'isolement plus importante que nous : 9,62 jours pour l'étude EPIC (13) et 15 jours pour l'étude au CH de Bassens (14). Au sujet de la durée de mise sous contention nous n'avons à notre connaissance aucune donnée nationale de comparaison.

Par ailleurs, le temps effectif passé en isolement pour chaque patient de notre étude est probablement surévalué compte tenu que les temps de sortie hors de la CI, normalement renseignés dans la fiche de surveillance infirmière, n'étaient pas tous remplis. Actuellement, un groupe de travail est en place au CHAI dans le but d'inclure automatiquement, pour le registre, la durée effective du placement en isolement à partir des données du dossier informatisé du patient.

Notre taux de 16.5% de mesures d'isolement réalisées dans le cadre de soins libres est légèrement inférieur à celui retrouvé dans d'autres études françaises similaires (17% pour l'étude EPIC (13) et 19% pour l'étude au CHRU de Tours (15)), cela mérite des interrogations. Les 18 mesures (soit 10% du total de mesures) qui n'ont pas vu leur mode de soins se modifier étaient de durée relativement courte (entre 30 minutes et 12 heures) mais leurs fréquentes répétitions pour un même patient posent des questions sur la capacité de celui-ci à consentir aux soins (impliquant la mesure d'isolement) et donc, sur son mode d'hospitalisation. Cette pratique, apparemment récurrente, basée sur l'utilisation des «mesures conservatoires» déroge aux nouvelles recommandations de la HAS (46) et témoigne d'une banalisation de ces mesures.

«Seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés. De façon exceptionnelle et uniquement dans les situations d'urgence, il peut être possible, à titre dérogatoire, d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un patient en soins libres. La durée de cet isolement doit être la plus courte possible, adaptée et proportionnée

au risque, ne pouvant pas dépasser les 12 heures, soit le temps maximum nécessaire à la résolution de la situation d'urgence ou à l'initiation de la transformation de son régime de soins ».

Au CHAI, la constitution du registre d'isolement chaque jour pour le jour précédent ne permet pas la prise en compte en temps réel des mesures d'isolement en soins libres par le directeur, qui a la responsabilité d'interpeller les médecins sur la nécessité d'un changement du mode légal d'hospitalisation si l'isolement dure dans le temps ou se répète (44).

Les 3 détenus hospitalisés en SDRE de notre échantillon ont connu une durée de séjour en isolement égale à la durée de leur séjour en hospitalisation, soit 11, 19 et 7 jours. Ils ont donc été isolés pendant toute la durée de leur passage au CHAI avant un retour en prison ou un transfert en UHSA (Unité Hospitalière spécialement aménagée). Si l'indication initiale de placement en CI relevait d'arguments cliniques pour prévenir un risque auto ou hétéro-agressif, le maintien de l'isolement durant la totalité de leur séjour relevait surtout d'une mesure systématique en réponse à un intérêt davantage sécuritaire que clinique. Cette pratique systématique, contraire aux nouvelles recommandations de la HAS (46), est souvent justifiée par le risque médico-légal d'une éventuelle évasion du détenu, les établissements psychiatriques n'ayant pas les moyens spécifiques (en termes de locaux suffisamment sécurisés) pour assurer le contrôle de ces personnes hospitalisées durant la durée de leur détention.

« Quel que soit le lieu d'hospitalisation, le recours à l'isolement relève d'une nécessité médicale. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice publié par le ministère de la Justice et le ministère des Affaires sociales et de la Santé en précise les conditions dans sa dernière version publiée en octobre 2012 ».

Un groupe de travail est actuellement constitué au CHAI pour établir un protocole spécifique au cas particulier des détenus.

Le moment de la journée présentant le plus de placements en isolement diffère des résultats d'autres études menées (51)(52) puisque nous retrouvons une proportion plus élevée de mise en isolement sur les périodes où les effectifs soignants sont les plus importants (la journée en semaine).

Selon la HAS (46) *« Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté. La contention mécanique est associée à une mise en isolement. Il est recommandé qu'elle n'ait*

lieu que dans un espace dédié avec des équipements spécifiques et qu'elle ne se fasse qu'en position allongée ».

Dans notre étude, 41% des mesures d'isolement ont été décidées en CSF, donc dans un lieu qui n'a pas le niveau de sécurité requis pour ce genre de situation, avec notamment la pose de contentions sur un lit non fixé au sol, très à risque de blessures pour un patient agité. Ces mesures ont pour la plupart (72 sur les 74 mesures) duré moins de 24h. Il conviendrait alors d'en limiter au maximum le recours en réfléchissant à des mesures alternatives et si l'isolement est vraiment nécessaire, compte tenu d'une inefficacité des alternatives, de privilégier un placement en CI. Toutefois, le manque de CI disponible rend parfois difficile l'atteinte de cet objectif.

Sur ce point, l'analyse des différences de pratiques entre unités montre que le nombre d'espaces dédiés et adaptés n'est pas seulement l'un des facteurs en jeu. Selon l'analyse du Khi2 Ferrus fait figure d'exception avec une absence d'utilisation de l'isolement en CSF, nous pourrions en déduire que l'équipe ne disposant pas de CI disponible mettrait en place des stratégies pour limiter le recours à l'isolement. En l'absence de différence significative entre les unités concernant la mise en œuvre de stratégies alternatives nous ne pouvons pas le vérifier. Cependant, pour les unités du 104, du 101 et des Arcades qui ont utilisé davantage la CSF, il a été relevé une traçabilité significativement plus faible de stratégies alternatives précédant la mise en isolement.

Au regard de ce que dit l'Article 72 (33) sous la notion de « dernier recours », la traçabilité des recours tentés avant le placement en isolement est importante, or dans notre étude le taux de traçabilité des stratégies alternatives est assez faible (39.5%). Ce taux reflèterait plus un défaut de traçabilité par les soignants dans le dossier du patient que d'une réelle différence de pratiques entre unités. Toutefois, il est important de retenir que le manque de traçabilité pourrait exposer à des risques médico-légaux par défaut d'avoir fait la preuve que tout a été mis en œuvre pour limiter le recours à l'isolement.

Il faut souligner que les cas où aucune stratégie n'a été relevée (110 cas) diverses causes sont possibles, mais une est récurrente et touche les patients qui arrivent déjà sous contentions dans un service (par exemple par mutation des urgences) ou avec une décision d'isolement déjà posée en amont. Dans ces cas-là, le médecin accueillant le patient ne prend pas le « risque » de changer cette décision ou d'évaluer le patient sans contentions ou isolement. Ce

point demanderait à être amélioré en suggérant que chaque décision d'isolement soit prise après une évaluation du médecin du service accueillant le patient (61).

Comme exemple de mesures alternatives, la HAS propose dans ses nouvelles recommandations (46) l'aménagement au sein des unités d'espaces d'apaisement.

« L'espace d'apaisement est un lieu dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour procurer un espace de faible stimulation afin de permettre une diminution de la tension interne d'un patient (...) Il peut contenir des matelas, du matériel pour écouter de la musique, des fauteuils confortables, des livres, des lumières douces, etc. ».

Dans certaines situations (notamment lors d'une agitation sans agressivité liée à une hyperstimulation, ou encore lors d'une déambulation incessante) l'utilisation de ce type d'espace pourrait éviter le recours à l'isolement (53), à condition que l'équipe soignante puisse accompagner le patient dans cette démarche, même en restant avec lui si cela est nécessaire. Cela a été expérimenté dans un service où l'espace d'apaisement a permis d'éviter le recours à la CI pour environ une centaine de prises en charge sur une année (54).

D'autres mesures alternatives pourraient être élaborées et mises en œuvre si une politique affirmée de l'établissement en faveur d'une réduction des mesures d'isolement et d'une valorisation de l'utilité des mesures alternatives, apporte aux unités les moyens humains nécessaires et l'accessibilité de tout soignant à des formations spécifiques. Puisque, l'efficacité de ces formations ne peut s'envisager qu'avec l'investissement et la dynamique du collectif, en permettant à toutes personnes entrant en relation avec les patients (aides-soignants, infirmiers, cadres, psychologues, assistantes sociales, internes et médecins, etc.) de se former aux techniques de gestion de l'agitation et de la violence (comme les techniques de désescalade de la violence (55)) et aux techniques de soins des programmes de réduction des mesures de contrainte existants (56)(57). En effet, plusieurs études (58)(59)(60) réalisées dans des unités où le personnel soignant avait reçu de telles formations ont montré des diminutions significatives d'utilisation de la contention et de l'isolement.

Sentir que les équipes maîtrisent d'autres outils est de nature à conduire les professionnels à modifier leur analyse de l'agitation et de la violence, et à leur permettre de les aborder plus sereinement (61).

A l'échelle des unités, la transmission des savoirs par l'intermédiaire de tutorats d'intégration pour les plus jeunes soignants est importante afin que le savoir et l'expérience des plus anciens ne se perdent pas. Il serait intéressant également que les temps de supervision soient

proposés à l'ensemble de l'équipe de chaque unité pour offrir une réflexion collective autour de questions qui concerneraient les pratiques de soins de patients jugés comme « difficiles » (61).

De plus, un personnel en nombre suffisant au sein des unités est un des points majeurs de la politique institutionnelle visant à la réduction de l'isolement puisque des études ont démontré une relation significative entre l'augmentation des soignants (62)(63) ou entre l'augmentation des interactions soignants-soignés (64) et la diminution du recours à l'isolement. D'autant que lorsque les patients suggèrent des alternatives à l'isolement c'est la contenance relationnelle des soignants qu'ils recherchent (29) au travers de temps d'échanges formels et informels ou d'activités thérapeutiques (61).

Pour nos institutions soucieuses du coût financier que pourrait comporter l'augmentation des effectifs soignants et des temps de formation, la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), a produit aux États-Unis un guide en 2011 «The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use» (58) visant à la diminution de l'isolement en prenant comme axe le coût financier de ces mesures. Selon la SAMHSA (58), la mise en place de programmes visant à diminuer le recours à l'isolement entraînerait des surcoûts (notamment en termes de formation et de modification de l'environnement de soins) néanmoins, selon les études citées (par exemple (65)(66)) l'utilisation de l'isolement serait plus coûteuse en termes de coût en personnel et temps de travail, en arrêts maladies (indemnités du personnel en cas de blessures), en remplaçants intérimaires et en terme de coûts hospitaliers pour le patient. La réduction de ces mesures serait également bénéfique pour les patients, qui manifesteraient moins d'effets indésirables secondaires à l'isolement ou la contention et aux traitements médicamenteux associés ; qui seraient moins longtemps et peut-être moins souvent hospitalisés dans l'hypothèse qu'une meilleure alliance thérapeutique s'installe ; avec par conséquent, un meilleur niveau de fonctionnement à la sortie de l'hôpital et un niveau de satisfaction plus élevé de la prise en charge.

Par ailleurs, notre choix d'utiliser les motifs à disposition sur le formulaire Crossway nous a amené à justifier les mesures de manière trop généraliste et imprécise, ce qui aurait été moins le cas avec le recueil des justifications présentes dans les observations médicales.

Par exemple, le motif «agitation/violence/dangerosité » ne permet pas de différencier trois niveaux d'intensité croissante d'un état de crise du patient pour lesquels nous pourrions apporter trois réponses différentes adaptées à chacun d'eux. L'agitation dans sa définition est

l'expression dans le comportement de l'excitation psychique, il s'agit d'une activité motrice augmentée et inadaptée qui peut être contrôlable ou non par le sujet (déambulation, mouvements brutaux et incoordonnés, manifestations d'agressivité, voix forte, parole précipitée, cris). Elle ne nécessiterait donc pas à elle seule d'une mesure d'isolement selon le cadre de l'article 72 (33). « *Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui* ». A ce sujet, notre classification des motifs comme étant « conformes » à la loi (73%) semble biaisée et ne rend alors pas compte de la conformité des pratiques de l'isolement au CHAI.

Cependant, ce choix méthodologique, nous a permis un recueil standardisé le plus exhaustif possible (presque 90% de formulaires remplis contre 80% de traçabilité du motif dans les observations médicales) et de rendre compte qu'une actualisation du formulaire serait souhaitable pour satisfaire aux exigences de l'article 72 et par conséquent permettre aux médecins de requestionner l'indication de leur décision d'isolement. Puisque malgré la mention « hors recommandations ANAES » à côté du motif « limitations des relations interpersonnelles pathologiques ou illégales à risques » cette proposition a été cochée pour 15 mesures.

Dans la même thématique, malgré l'interdiction de la prescription « si besoin » posée par la HAS (46) et mentionnée explicitement sur le formulaire de prescription Crossway, notre étude en a relevé plus de 11%. Ces prescriptions étaient repérées comme telles à la lecture des observations infirmières et du formulaire de surveillance qui ne mentionnaient aucune trace de contention ou d'une mesure d'isolement effective pour le patient. Le choix de prescription des contentions « ré-évaluable par l'équipe infirmière » sur le formulaire Crossway est source de confusion et pourrait expliquer ce taux élevé. Il faut le comprendre comme la possibilité donnée à l'équipe infirmière de lever la contention une fois que l'état clinique du patient le permet, et non comme la possibilité donnée à l'équipe infirmière de contensionner un patient sous couvert d'une prescription anticipée du médecin.

Cette levée de contention souvent, sans faire appel au médecin, est de plus en dehors de ce que prévoient les recommandations HAS (46). « *L'isolement ou la contention mécanique doivent être levés, sur décision médicale, dès que leur maintien n'est plus cliniquement justifié. L'équipe soignante peut à tout moment solliciter le médecin afin de lever la mesure* ». Cela rejoint notre propos du dessus sur l'actualisation du formulaire de prescription.

L'analyse des motifs d'isolement a tout de même révélé que les motifs les plus souvent invoqués, de façon similaire à d'autres études menées (12)(13)(14)(16)(17)(67), étaient

l'agitation et/ou la prévention d'un passage à l'acte hétéro-agressif ou moins souvent auto-agressif. Il s'agit alors surtout de prévenir une violence potentielle du patient, contre autrui ou contre lui-même, plus que d'une protection du patient ou autrui suite à un acte violent avéré. Ceci nous questionne alors quant à la part du subjectif et la pertinence de l'indication, qui pourraient être ainsi appuyées par une évaluation plus fine et objective du niveau de dangerosité du patient grâce à l'utilisation d'échelles standardisées, qui ont montré leur efficacité dans la réduction du recours aux mesures de contrainte en fournissant des conduites à tenir adaptées au niveau d'agitation et de dangerosité retenu (68)(69).

Quand il s'agit de passages à l'acte hétéro-agressif avérés, Camille Rabourdin, dans sa thèse sur le repérage des prodromes de passage à l'acte par les équipes paramédicales en psychiatrie, a constaté que le repérage par les soignants de prodromes dits subjectifs (observations et ressentis des soignants) avaient pris sens rétrospectivement une fois le passage à l'acte passé en donnant aux soignants le sentiment d'évitement possible de celui-ci. L'utilisation d'échelles standardisées comme évoqué plus haut pourrait permettre de donner un sens à priori à ces prodromes et probablement la mise en action de mesures préventives. De plus, selon ses constatations, il s'agirait d'une progressive dégradation de l'attention des médecins envers certains patients difficiles (par sentiment d'impuissance et d'échec), pour lesquels l'hospitalisation se prolonge dans un cadre strict et fréquemment dans un flou sur la date de sortie, qui les rendrait sourds aux alarmes des soignants et donc à une absence de mise en place de mesure préventive.

Pour étayer ce sujet, la lecture des observations médicales a révélé une proportion non négligeable de recours à l'isolement au décours d'un vécu de frustration impossible à gérer par le patient lui-même. C'est ce qu'ont décrit Raphaël Carré (29) et Palazzolo (30) avec la notion d'impuissance ressentie par le patient contraint à l'hospitalisation (souvent longue et aux consignes strictes) qui n'a donc plus le pouvoir de décider pour lui-même, générant chez lui un comportement le plus souvent opposant et agressif, témoin d'une lutte de pouvoir avec l'équipe soignante, qui se termine fréquemment avec le placement en isolement. Ce point est important à considérer car la meilleure connaissance des enjeux relationnels dans ces situations permettrait de désamorcer la situation avant même l'apparition d'une agressivité chez le patient et de limiter le recours à l'isolement, qui a ici un caractère davantage punitif qu'une valeur de protection (61).

Concernant la prescription des modalités de l'isolement, nous avons pu remarquer un défaut de prescription médicale des modalités de surveillance. Ainsi, pour 37% des mesures les deux

critères de surveillance que sont, la fréquence et les points à surveiller en fonction de l'état clinique du patient (psychique et somatique), n'étaient pas remplis.

« *Le rythme de surveillance de l'état somatique et psychique par l'équipe soignante est précisé par le médecin et adapté en fonction des nécessités thérapeutiques et du (des) risque(s) présenté(s) par le patient. (...) Il est recommandé que : la surveillance de l'état psychique par l'équipe soignante se fasse au moins toutes les heures et puisse aller jusqu'à une surveillance continue ; la surveillance des paramètres physiologiques soit assurée par l'équipe soignante (...) en fonction de la prescription médicale* » *Recommandations de la HAS (46)*. L'article 72 (33) lui mentionne « une surveillance stricte » sans savoir ce que signifierait pour le juge l'appellation « stricte » (une surveillance continue ?).

Ce manque de précision de la prescription est le témoin d'une systématisation de celle-ci outre passant la nécessité d'individualiser la surveillance au plus près de l'état clinique du patient, alors que dans notre étude les contre-indications ont concerné 11 % des mesures d'isolement, dont plus de la moitié étaient associées à une mesure de contention sans que la surveillance du patient ne soit pour autant renforcée. Il s'agit là d'un risque majeur de complications telles que celles décrites dans la littérature (29). Parmi ces patients, 1 patient a nécessité un transfert dans un service d'urgences pour prise en charge d'une aggravation de son état somatique. Cela montre toute la vulnérabilité de ces patients que l'isolement ne compense pas bien au contraire (29) puisque l'isolement et surtout la contention entravent leur capacité à faire appel aux soignants notamment par l'absence d'un accès direct à un système d'alarme et de communication. Il s'agit alors ici de réfléchir à la balance bénéfice-risque : mon patient gagne-t-il à être isolé ou contentonné par rapport aux risques qu'il encourt à être isolé des soignants? Et d'améliorer les conditions d'accueil des patients en isolement et sous contention par un système leur permettant de communiquer directement avec les soignants.

Pour finir, notre étude a permis de rendre compte de différences de pratiques entre les unités, ce qui rejoint les constatations du CGLPL (1) quant aux inégalités de pratiques entre les unités d'un même établissement qui enfreignent le principe garantissant l'égal accès aux soins (Article L. 6112-1 du Code de la Santé Publique modifié par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé). Selon la mention du CGLPL « *ces disparités ne sont que faiblement corrélées aux différences de diagnostics ou de situations cliniques des patients, elles seraient plus à attribuer à des « cultures de service » traduisant des approches ou des points de vue divers des médecins ou des équipes : leur attention variable aux droits fondamentaux des patients et à la recherche d'alliance thérapeutique, leurs représentations et*

leurs peurs face à la violence réelle ou supposée de certaines personnes, leurs capacités à développer des alternatives et à offrir en elle-même une fonction contenante pour les patients ».

Ainsi, nous pouvons grâce à notre étude vérifier la première partie de cette constatation puisque la mesure d'association des caractéristiques des patients entre chaque unité a montré que chacune d'elle avait reçu des populations de patients différentes sauf pour le critère des antécédents d'auto-agressivité (Cf **Tableau III**). Ces différences de populations pourraient en partie expliquer les différences de pratiques entre les unités. Par exemple, pour la répartition inégale des mises en isolement entre chaque unité nous remarquons que les Arcades et l'APEX apparaissent en haut du tableau avec les taux les plus importants puis vient le 104. Si le taux de l'APEX peut s'expliquer par un turn-over plus important (durée moyenne d'hospitalisation de 4 jours sur la période d'inclusion contre 19 à 34 jours pour les autres services) inhérent à cette unité de post-urgence, le test du Khi 2 montre que les Arcades a significativement plus de patients hommes, souffrants de trouble du spectre autistique et présentant des antécédents d'hétéro-agressivité, quant au 104 il présente plus de patients souffrant de troubles du spectre psychotique avec une prise de toxique récente et aux antécédents de séjour en USIP et UMD, qui sont des facteurs de risque à la mise en isolement (67)(70).

Un autre exemple est celui des résultats du test ANOVA aidé du test Post-Hoc pour la durée d'isolement entre les unités montrant que Winnicott a une durée moyenne sous contention plus importante que dans les autres services. Ceci s'explique par l'utilisation exceptionnelle dans ce service de la contention durant environ 15 jours pour un patient présentant une auto-agressivité majeure avec une répétition de passage à l'acte. La singularité de cette prise en charge a fait ressortir statistiquement ce service, mais il faut garder à l'esprit qu'une durée aussi longue sous contention reste exceptionnelle et ne saurait à elle seule tirer des conclusions sur l'utilisation des contentions dans ce service.

La différence relevée pour la durée en isolement entre Ferrus et le 104 pourrait peut-être s'expliquer par l'utilisation plus fréquente au 104 de la CSF avec des durées d'isolement plus courtes par rapport à Ferrus qui n'a utilisé que l'isolement en CI avec une durée plus longue.

De plus, les écarts de traçabilité qui ont été relevés entre les services laissent penser à la banalisation par certaines équipes de ces mesures qui ne sont plus considérées comme des mesures extrêmes pour lesquelles une attention particulière doit être accordée.

L'article 72 (33) impose la tenue d'un registre répertoriant toutes les mesures d'isolement de l'établissement, mais cette traçabilité doit également se faire à l'échelle des dossiers informatisés des patients.

« Il est recommandé qu'une fiche particulière de prescription du suivi de la décision soit présente dans le dossier du patient et comporte : l'identité du patient ; la date et l'heure de début et de fin de mise en isolement et/ou sous contention mécanique ; le nom de l'unité, les modalités d'hospitalisation ; le motif (...), les risques de violence imminente ou immédiate non maîtrisable, envers autrui ou envers lui-même clairement tracés ; des précisions sur ce qui a été vainement mis en œuvre préalablement afin de justifier que la mesure est bien prise en dernier recours ; la recherche de contre-indications(...); les modalités de dispensation du traitement médicamenteux privilégiant une voie per os chaque fois que possible (...) ; les modalités de surveillance adaptées à l'évaluation des risques somatiques et psychiques ; les consignes devant permettre au patient de manger, de boire, d'aller aux toilettes ou de se laver clairement tracées » Recommandations de bonne pratique de la HAS (46).

Certes cela demande du temps aux équipes, temps qu'elles ne passent pas auprès des patients, mais une traçabilité bien conduite permettrait une transparence de nos pratiques, qui est le point de départ à une analyse réflexive collective pour harmoniser les pratiques entre unités et tendre vers un moindre recours à ces mesures (61).

Enfin, nous avons vu que dans le groupe « non conforme » (soit 17% des mesures) les patients présentaient plus d'épisode maniaque et l'isolement était principalement justifié pour limiter les surcharges sensorielles et émotionnelles en supposant qu'il permettrait probablement une rémission plus rapide de l'épisode maniaque. Nos résultats n'ont pas vérifié cela puisque la durée de l'isolement était significativement plus longue dans ce groupe. D'autres mesures alternatives à l'isolement doivent être pensées pour cette catégorie de patients qui sont perméables aux stimulations mais comme nous venons de le voir ne sont pas pour autant plus sensibles à l'isolement du reste du groupe.

Notre étude ne vérifie pas la deuxième partie de la constatation du CGLPL qui fait référence aux différences de culture médicale et approches de soins, aux peurs et représentations des équipes quant à l'agressivité ou la violence supposée ou réelle du patient, à la capacité de l'équipe à contenir les situations de crise, à la qualité de la relation soignant-soigné (par exemples les attitudes contre-transférentielles ou une position soignante trop restrictive), à l'effectif de soignants, ou à l'ambiance du service, etc. Qui certes comme le précisent les recommandations de la HAS (46) ne doivent pas intervenir dans la décision de mise en

isolement mais sont tout de même à prendre en compte dans une démarche de réflexion des équipes autour du repérage des facteurs influençant nos pratiques (61). Ceci pourrait faire l'objet d'une étude prochaine.

Biais et limites

Notre étude se base sur une lecture du dossier de soins informatisé du patient en ne tenant compte seulement des informations qui y sont tracées. Ainsi, certains résultats (par exemple les stratégies alternatives ou la durée d'isolement effective) peuvent ne pas refléter la réalité des pratiques des unités parce qu'elles ne sont pas suffisamment tracées. Cependant, il faut retenir que cette étude n'a pas pour but de pointer les faiblesses des uns et les points forts des autres mais d'apporter des éléments concrets afin d'initier une réflexion générale sur nos pratiques qui tendrait à une réduction de l'utilisation des mesures contraignant les libertés fondamentales des patients.

D'autre part, un des biais majeurs de notre étude est le test du Khi 2 qui ne remplit pas toutes les conditions nécessaires à son interprétation notamment la règle des effectifs théoriques. Ceci peut s'expliquer par la grande taille de notre échantillon et la quantité importante de variables. Pour pallier à cela il aurait fallu regrouper les effectifs de certaines classes entre eux mais nous aurions perdu en précision des critères à comparer entre unités.

7. Tableaux

Tableau I – Caractéristiques de l'échantillon de l'étude (n = 182)

Variables		Résultats
	Age, années ^a	36.03 (14.454)
Sexe		
	Homme	128 (70.3)
	Femme	54(29.7)
Diagnostic principal		
	Trouble du spectre psychotique	104(57.1)
	Trouble bipolaire/épisode maniaque	19(10.4)
	Trouble bipolaire/épisode dépressif	1(0.5)
	Trouble bipolaire/épisode mixte	3(1.6)
	Episode dépressif	3(1.6)
	Trouble de la personnalité antisociale	9(4.9)
	Trouble de la personnalité émotionnellement labile	7(3.8)
	Trouble du spectre autistique avec évolution déficitaire	31(17)
	Syndrome comportementaux associés à des perturbations physiologiques et facteur physique	3(1.6)
	Troubles névrotiques, troubles liés à un facteur de stress, trouble somatoforme	2(1.1)
Facteurs de risque		
	Antécédent d'auto-agressivité	Oui 57(31.3) Non 125(68.7)
	Antécédent d'hétéro-agressivité	Oui 82(45.1) Non 100(54.9)
	Prise de toxique récente	Oui 38(20.9) Non 104(57.1) NC 40(22)
	Mise en isolement antérieure	Oui 143(78.6) Non 39(21.4)
	Résistance au traitement	Oui 65(35.7) Non 117(64.3)
	Rupture de traitement	Oui 73(40.1) Non 109(59.9)
	Antécédent USIP/UMD	Oui 33(18.1) Non 149(81.9)
	Antécédent d'incarcération	Oui 23(12.6) Non 159(87.4)
Mode légal d'hospitalisation		
	Soins Libres	30(16.5)
	Soins à la Demande d'un Tiers	88(48.4)
	Soins pour Péril Imminent	19(10.4)
	Soins à la Demande du Représentant de l'Etat	41(22.5)
	Ordonnance de Placement Provisoire	2(1.1)
	Autorisation parentale	2(1.1)
	Détenu	3(1.6)
	Durée du séjour d'hospitalisation, jours ^{a b}	87.97(134.14)
Unité		
	APEX	33(18.1)
	ARCADES	34(18.7)
	CHARMEIL	9(4.9)
	ESQUIROL	17(9.3)
	FERRUS	10(5.5)
	FODERE	8(4.4)

Hector Berlioz	16(8.8)
101	20(11)
104	24(13.2)
WINNICOTT	11(6)

Les valeurs sont données en nombre (pourcentage) sauf indication contraire

^a Les valeurs sont données en moyenne (écart-type)

^b 31 données manquantes

NC : Non connu

Tableau II – Modalités de mise en œuvre de l'isolement (n=182)

Variables		Résultats
Modalité du placement		
Chambre d'isolement		101(55.5)
Chambre standard fermée		74(40.7)
Chambre standard fermée puis chambre d'isolement		7(3.8)
Contention durant le séjour en isolement	Oui	108(59.3)
	Non	74(40.7)
Si CI, contention initiale	Oui	17(17)
	Non	84(83)
Durée du séjour en isolement, heures et minutes ^a		118h17(171h19)
Durée sous contention, heures et minutes ^a		10h19(33h17)
Décision médicale	d'emblée	141(77.5)
	secondaire	31(17)
	NC	10(5.5)
Confirmation dans l'heure si décision médicale secondaire ^c	Oui	18(58.1)
	Non	12 (38.7)
	NC	1 (3.2)
Stratégies alternatives avant la mise en isolement	Oui	72(39.5)
	Non	110(60)
Quelles stratégies alternatives		
Présence des infirmières auprès du patient ^b	Oui	25(34.7)
	Non	47(65.3)
Entretien médical ^b	Oui	24(33.3)
	Non	48(66.7)
Entretien infirmier ^b	Oui	11(15.3)
	Non	61(84.7)
Traitement si besoin ^b	Oui	44(61.1)
	Non	28(38.9)
Eloignement du groupe par un temps en chambre ^b	Oui	18(25)
	Non	54(75)
Motif de la décision initiale d'isolement		
Agitation/violence/dangerosité	Oui	121(66.5)
	Non	42(23.1)
	NC	19(10.4)
Risque suicidaire	Oui	15(8.2)
	Non	148(81.3)
	NC	19(10.4)
Risque de fugue	Oui	44(24.2)
	Non	119(65.4)
	NC	19(10.4)
Limitation des surcharges sensorielles et émotionnelles	Oui	112(61.5)
	Non	51(28)

	NC	19(10.4)
Comportement perturbateur du cadre de soin	Oui	71(39)
	Non	92(50.5)
	NC	19(10.4)
Limitation des relations interpersonnelles pathologiques et illégales	Oui	15(8.2)
	Non	148(81.3)
	NC	19(10.4)
A la demande du patient	Oui	5(2.7)
	Non	158(86.8)
	NC	19 (10.4)
Traçabilité		
Prescription médicale initiale par formulaire Crossway	Oui	163 (89.6)
	Non	19 (10.4)
Traçabilité du motif justifiant le placement initial en isolement dans les observations médicales	Oui	146(80.2)
	Non	36(19.8)
Traçabilité du motif justifiant le renouvellement tous les jours	Oui	103(56.6)
	Non	79(43.4)
Prescription quotidienne du renouvellement de l'isolement si isolement > 24h ^d	Oui	100(90.9)
	Non	10(9.1)
Prescription de la surveillance	Oui	94(51.6)
	Non	68(37.4)
	NC	19(10.4)
Traçabilité de la sortie d'isolement	Oui	88(48.4)
	Non	94(51.6)
Formulaire infirmière de surveillance	Oui	138(75.8)
	Non	43(23.6)
	NC	1(0.5)

Les valeurs sont données en nombre (pourcentage) sauf indication contraire.

^a Les valeurs sont données en moyenne (écart-type)

NC : Non connu

^b n=72

^c n= 31

^d n= 110

Tableau III – Comparaison des différentes unités par mesure d’association des variables qualitatives

Variables	Khi 2 Pearson	ddl	p
Sexe	21.199	9	0.012
Diagnostic principal	143.493	81	0.000
Antécédent d’auto-agressivité	16.616	9	0.055
Antécédent d’hétéro-agressivité	17.878	9	0.037
Prise de toxique récente	33.549	18	0.014
Mise en isolement antérieur	36.932	9	0.000
Résistance au traitement	36.938	9	0.000
Rupture de traitement	26.833	9	0.001
Antécédent USIP/UMD	21.031	9	0.013
Antécédent d’incarcération	23.909	9	0.004
Modalités isolement (CI, CSF, CSF puis CI)	45.559	18	0.000
Mesure de contention durant le séjour en isolement	16.064	9	0.066
Motif isolement Agitation/violence/dangerosité	20.986	18	0.280
Motif isolement risque suicidaire	29.539	18	0.042
Motif isolement risque de fugue	30.866	18	0.030
Motif isolement limitation des surcharges sensorielles et émot.	34.886	18	0.010
Motif isolement comportement extrêmement perturbateur	26.159	18	0.096
Motif isolement limitation des relations interpersonnelles	34.320	18	0.011
Motif isolement à la demande du patient	20.274	18	0.318
Conformité du motif par rapport à la loi	25.515	18	0.111
Moments du placement initial en isolement	28.938	27	0.364
Stratégies alternatives	13.391	9	0.146
Les raisons si absence de stratégies alternatives	60.979	36	0.006
Traçabilité du motif d’isolement dans les observations médicales	24.538	9	0.004
Traçabilité du motif du renouvellement quotidien de l’isolement	28.574	9	0.001
Traçabilité de la sortie de l’isolement	29.353	9	0.001
Prescription médicale initiale de placement en isolement	14.657	9	0.101
Prescription médicale de contention au placement initial en isolement	21.153	27	0.779
Prescription médicale quotidienne de renouvellement de l’isolement	48.252	18	0.000
Prescription médicale d’une surveillance pendant l’isolement	44.984	18	0.000
Surveillance infirmière	64.740	18	0.000

Les résultats significatifs ($p < 0.05$) sont signalés en gras

Tableau IV – Comparaison des différentes unités par analyse de variance des variables quantitatives

Variables	ANOVA avec correction de Welch	ddl	P
Durée de la mesure sous contention	3.363	9	0.003
Durée du séjour en isolement	3.600	9	0.002

Les résultats significatifs ($p < 0.05$) sont signalés en gras

3. Conclusion

<p>Les pratiques de la mise en isolement et sous contention en psychiatrie : Etude descriptive au regard de la nouvelle réglementation</p>

Thèse soutenue par Charlène BEKHDADI

Notre travail a permis de montrer que les caractéristiques des patients placés à l'isolement sont en accord avec la littérature. Il s'agit majoritairement d'hommes jeunes, qui souffrent d'un trouble du spectre psychotique et qui sont hospitalisés sous contrainte. La fréquence d'utilisation des mesures d'isolement est dans la fourchette haute par rapport à d'autres études nationales ou internationales mais leur durée moyenne d'utilisation est inférieure à la moyenne nationale.

L'analyse des motifs justifiant le recours à l'isolement n'a pas permis de se rendre réellement compte de la conformité de ces derniers au regard de la loi, cependant, nous avons remarqué qu'il était question en majorité de l'agitation du patient et/ou de prévenir une violence potentielle de celui-ci, contre autrui ou contre lui-même, plus que d'une protection suite à un acte violent avéré. Ce qui nous questionne quant à la part de subjectivité et la pertinence de l'indication de l'isolement qui pourraient être appuyées par des outils objectifs.

Nous avons par ailleurs observé que certaines pratiques étaient hors recommandations de la Haute Autorité de Santé et du cadre légal (Article 72 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016) : l'utilisation de l'isolement en chambre standard fermée avec mesure de contentions, la prescription « si besoin », la mise en isolement systématique des détenus durant la totalité de leur séjour, le placement répété en isolement de patients en soins libres sans changement du mode légal d'hospitalisation et un défaut de traçabilité des stratégies alternatives tentées préalablement à l'isolement.

Peu de différences significatives des pratiques entre unités ont été constatées, celles-ci concernaient la fréquence d'utilisation de la chambre d'isolement ou de la chambre standard fermée et la durée de l'isolement et de la contention, qui pourraient s'expliquer par une différence entre unités des caractéristiques de patients. Il a également été observé des écarts significatifs concernant la traçabilité des informations, notamment des stratégies alternatives tentées préalablement à la mise en isolement, qui exposent à des risques médico-légaux importants.

Les points hors des recommandations de la HAS et de la loi demandent à être améliorés par une volonté affirmée de l'institution d'initier et accompagner les politiques visant à favoriser

les facteurs limitant le recours à ces pratiques : en actualisant les formulaires de prescription médicale et les protocoles inhérents à l'isolement et plus spécifiquement des détenus ; en prenant en compte les besoins des équipes soignantes pour leur permettre la mise en œuvre d'action visant à une réduction des mesures ; en offrant des formations adéquates sur les techniques de désescalade de la violence et les approches de soins développant la contenance relationnelle ; et en incluant une modification de l'environnement par la création d'espace d'apaisement et l'accès à des activités thérapeutiques au sein des unités.

De plus, nous avons constaté que pour tendre vers une moindre utilisation de l'isolement, il conviendrait de rendre nos pratiques les plus transparentes possibles pour en permettre l'analyse et la comparaison afin d'encourager le partage d'expérience des équipes qui réussissent avec succès à diminuer le recours à l'isolement ou la contention.

La mise en œuvre d'une telle réflexion institutionnelle doit être soutenue par l'engagement de la direction, portée par la Commission Médicale d'Etablissement et la communauté paramédicale et associée à l'implication des représentants des usagers et des familles de patients.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE DOYEN

Pr J.P. ROMANET

Grenoble, le 03/10/17

LE PRESIDENT DE LA THESE

Pr Th. BOUGEROL

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-Paul ROMANET



4. Bibliographie

1. Hazan A. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Paris. Editions Dalloz ; Rapport 2016
2. Palazzolo et al. Isolement, contention en psychiatrie. Rapport de thérapeutique, LXXXVIII^e session du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Paris : Medias Flashes, 2000
3. Jaeger M. Garder, surveiller, soigner. Essai d'histoire de la profession d'infirmier psychiatrique. Cahiers VST N°3, janvier 1990, 59p
4. Postel J et Quetel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Broché. 2005
5. Pinel. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie. Paris. Caille et Ravier, 1800, 2^{ème} éd.
6. Esquirol. Des Établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés. Mémoire présenté à S. E. le ministre de l'Intérieur en septembre 1818, Édition Paris. impr. de Mme Huzard , 1819
7. Jones K. Robert Gardiner Hill and the non-restraint movement. Can J Psychiatry. 1984 Mar, 29 (2) : 121-124
8. Quetel C, Morel P. Les fous et leurs médecins de la Renaissance au XX^e siècle. Paris Hachette. 1979
9. Gutheil. Observations on the theoretical basis for seclusion of the psychiatric inpatient. American Journal of Psychiatry 1978 ; 135 : 325-8
10. Friard D. Isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ? Paris : Editions Hospitalières, 1998
11. Friard D. Attacher n'est pas contenir. Santé Mentale 2004 ; 86 : 16-26
12. 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 Psy 2009/3 (Vol. 48), p. 278-285
13. Hardy et al. Etude Prospective des Isolement et Contentions (EPIC) réalisée dans le cadre du DTRF Paris Sud, étude non encore publiée, présentée au 8^e Congrès Français de Psychiatrie 2016
14. Palazzolo et al. Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie, enquête prospective. L'Encéphale, 1999 ; XXV ; 477-84
15. Bizien A. Proposition pour l'amélioration de l'isolement thérapeutique d'une analyse de pratique au CHRU de tours et au CH d'Amboise-Château-Renault. Thèse de médecine Faculté de médecine de Tours, 2016
16. Dumont 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 2012/8 (Volume 88), p. 687-693. DOI 10.3917/inpsy.8808.0687
17. Guedj et al. Pratique de la contention dans un service d'urgences psychiatriques. L'Encéphale 2004 ; 30 (1) : 32-9
18. ATIH. Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie. Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2016, 79p
19. Coldefy M., Lepage J. Les secteurs de psychiatrie générale en 2003. Drees, Document de travail n°70. 2007
20. Coldefy M. Les données administratives de l'isolement. Santé mentale, Septembre 2016, 2010, p46-49.
21. Senon JL. Moins recourir à l'isolement et à la contention. Santé mentale, Septembre 2016, 210, p22-28
22. Ferrari R. Rapport annuel 2012. Observatoire National des Violences en milieu de Santé. Commandité par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. 2012. 29p
23. Observatoire national des violences en milieu de santé, Direction générale de l'offre de soins. Rapport annuel 2015. Observatoire national des violences en milieu de santé. Rapport 2015 sur les données 2014. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2015
24. Palazzolo et al. Isolement thérapeutique et contention en psychiatrie : bilan et perspectives. L'Encéphale, 2001 ; XXVII : 570-7
25. Steinert T et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals : a literature review and survey of international trends. Soc Psychiatry Epidemiol 2010 ; 45(9) : 889-97
26. Snorrason et al. Special observation on psychiatric patients on acute inpatient wards at the Division of Psychiatry, Landspítali-University Hospital in Iceland, attitudes of patients and staff. Læknablaðið. déc 2007 ; 93(12) : 833 839
27. Nelstrop et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. Worldviews Evid Based Nurs 2006 ; 3(1) : 8-18

28. Sailas EES et Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000 ; Issue 1 : CD001163
29. Carre R. Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients. Thèse de médecine. Université Paul Sabatier Toulouse, 2014.
30. Palazzolo. De l'utilisation des contentions en psychiatrie : le point de vue des patients. L'Encéphale, 2002, XXVII : 454-60, cahier 1
31. Cano et al. L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. L'Encéphale, 2011, 37, S4-S10
32. Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. Int J Ment Health Nurs. déc 2010 ; 19(6) : 416-427
33. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel 2016 ; 27 janvier
34. Direction générale de la Santé. Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (Circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux. Bulletin officiel 1993;93/35:51-52
35. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Paris: ANAES; 1998
36. Fédération hospitalière de France, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. Conférence de consensus, 24 et 25 novembre 2004, Paris (ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille). Textes des recommandations (version longue). Paris: ANAES; 2004
37. Robiliard D. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Paris: Assemblée nationale; 2013
38. Organisation des nations unies. Résolution 46/119. Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale. Dans: Organisation des nations unies, ed. Assemblée générale 46e session. New York: ONU; 1991. p. 204-9
39. Conseil de l'Europe. 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. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2004
40. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre au 10 décembre 2010 Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2012.
41. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Normes du CPT. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2015
42. Exemple de cas de jurisprudence française : Cours administrative d'appel (CAA) de Nantes le 25 janvier 1995 (n°92NT00651), CAA de Douai le 13 juin 2006 (n°05DA01282), CAA de Marseille le 25 janvier 2007 (n°05MA01245), CAA de Marseille le 21 mai 2015 (13MA0311)
43. Péchillon E. La notion de « dernier recours, éclairage juridique. Santé mentale, Septembre 2016, 2010, p36-40
44. Péchillon E, David M. Décision ou prescription du psychiatre : quelles différences juridiques ? L'information psychiatrique 2017 ; 93 (4) : 349-50 doi : 10.1684/ipe.2017.1633
45. Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement
46. HAS, recommandation de bonne pratique clinique. Isolement et contention en psychiatrie générale, février 2017
47. Knutzen et al. Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. Psychiatr Serv Wash DC. may 2011;62(5):492-497
48. Coldefy et al. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. Questions d'économie de la santé n° 222 - février 2017
49. ATIH. Rapports d'analyse d'activité hospitalière en psychiatrie entre 2011 et 2016 consultables sur le site de l'ATIH.

50. ATIH. Synthèse de l'analyse de l'activité hospitalière 2015. Site internet <http://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2015>
51. Bornstein. The use of restraints on a general psychiatric unit. *J Clin Psychiatry*. 1985 ; 46(5) :175-8)
52. Di Lorenzo et al. Physical restraints in an Italian psychiatric ward: clinical reasons and staff organization problems. *Perspect Psychiatr Care*. avr 2012;48(2):95-107
53. Van der Schaaf et al. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *Br J Psychiatry* 2013;202:142-9
54. Panfili JM. Contention et isolement, des contraintes exceptionnelles ? *Objectif Soins Management* 2013 ; (213) : 18-22
55. Haute Autorité de Santé. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie. Guide méthodologique. 15 Programmes et 14 outils d'amélioration des pratiques : Prévention de la violence en hospitalisation psychiatrique ; septembre 2016
56. National Association of State Mental Health Program Directors. Six core strategies for reducing seclusion and restraint use©. Alexandria: NASMHPD ; 2006
57. Johnson ME. Violence and restraint reduction efforts on inpatient psychiatric units. *Issues Ment Health Nurs* 2010 ; 31 (3) : 181-97
58. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use. Rockville: SAMHSA; 2011
59. Taxis JC. Ethics and praxis: alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues Ment Health Nurs* 2002 ; 23 (2) : 157-70
60. Putkonen et al. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2013 Sep 1 ; 64 (9) : 850-5. doi: 10.1176/appi.ps.201200393.
61. Nicolas et Lanquetin. Groupe de travail du Centre Ressource Métiers et Compétences en Psychiatrie. Isolement et contention : Repères pratiques pour en limiter le recours. Mars 2017
62. Donat DC. Impact of a mandatory behavioral consultation on seclusion/restraint utilization in a psychiatric hospital. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1998 ; 29 (1) : 13-9
63. Donat DC. An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2003 ; 54 (8) : 1119-23
64. Scanlan JN. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *Int J Soc Psychiatry* 2010 ; 56 (4) : 412-23
65. LeBel J, Goldstein R. The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatr Serv* 2005 ; 56 (9) : 1109-14
66. Flood C, Bowers L, Parkin D. Estimating the costs of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards. *Nurs Econ* 2008 ; 26 (5) : 325-30
67. Beghi et al. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry : a systematic review. *Riv Psychiatr*. Février 2013 ; 48 (1) : 10-22
68. Van de Sande et al. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry* 2011 ; 199 (6) : 473-8
69. Nijman et al. Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2005 ; 111 (1) : 12-21.
70. Roubourdin C. Repérage des prodromes de passage à l'acte par les équipes paramédicales en psychiatrie. Thèse de médecine Faculté de Grenoble, 2016

5. Annexes

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ou Article 72

« Art. L. 3222-5-1.- 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. »

FORMULAIRE CROSSWAY DE PRESCRIPTION MEDICALE

 Saisie de formulaire

DECISION D'ISOLEMENT THERAPEUTIQUE

Décision d'isolement

Chambre d'isolement
 Chambre fermée

Avec contention mécanique en systématique
 Avec contention mécanique ré-évaluable par l'équipe infirmière
 Sans contention mécanique

Durée

Cette décision est valable pour une période de 24 heures maximum :
Dans le cadre des bonnes pratiques cliniques, il est nécessaire de se conformer aux recommandations de l'ANAES.

Du à Au à

Indications d'isolement déclinées des critères de l'ANAES/HAS

Agitation, violence, dangerosité
 Risque suicidaire
 Risque de fugue
 Comportement extrêmement perturbateur du cadre de soin
 A la demande du patient
 Limitation des surcharges sensorielles et émotionnelles
 Limitation des relations interpersonnelles pathologiques ou illégales à risque (Critère hors recommandation ANAES)
 Autres (à préciser) :

Information patient

Patient informé (motif, durée)
 Famille, tuteur ou entourage informé

Consignes spécifiques

Repas dans la chambre
 Repas hors de chambre

Sorties temporaires de la chambre

Non
 Oui après évaluation infirmière
 Laisseries à l'approbation de l'équipe infirmière

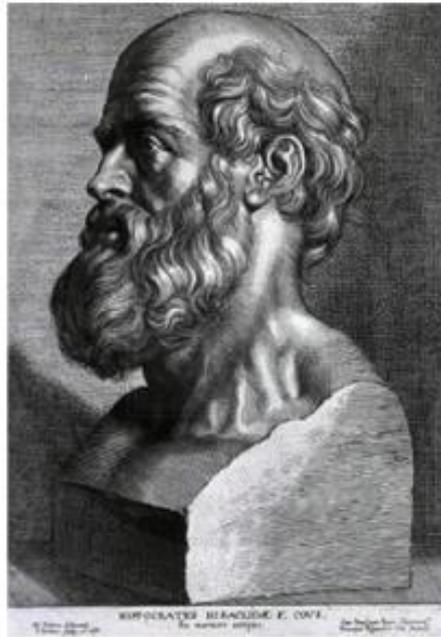
Consignes particulières

Nom du médecin

L'utilisation du 'Si besoin' est prohibée dans le cadre d'une décision d'isolement thérapeutique

FORMULAIRE CROSSWAY DE SURVEILLANCE INFIRMIERE

	Surv. CH D'ISOLEMENT	Surv. ALIM/HYDRA	Surv. SOMMEIL	Surv. SELLES	B4		
Libellé	Matin						
	22/09/2017 14:00 ()	22/09/2017 13:00 ()	22/09/2017 11:40 ()	22/09/2017 11:30 ()	22/09/2017 10:30 ()	22/09/2017 09:30 ()	22/09/2017 08:30 ()
Titre	Surv. CH D'ISOLE						
Rédacteur							
* - Contention	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
... SECURITE ...							
* - Fouille du patient							
* - Patient en pyjama							
... ETAT PSYCHIQUE ...							
* - Conscience	Oui						
* - Comportement							Agressivité gestue
* - Confusion							
* - Délire							
* ... Thème							
* ... Adhésion							
* - Hallucination							
* - Compliance							
* - Sortie de la ch.			Oui			Oui	
* - Durée (min.)						30	
... SURV SOMATIQUE ...							
* - Boisson			Oui			Oui	Oui
* - Alimentation			Oui			Oui	
* - Elimination							
* - Mobilisation							
* - Risque thrombo embolique							
* - Soins d'hygiène							Oui
* - Etat cutané							
* - Dort	Non	Oui	Non		Non	Non	Non



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

