



HAL
open science

Perspectives et limites du cadre réglementaire des pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie générale

Héloïse Lesur

► **To cite this version:**

Héloïse Lesur. Perspectives et limites du cadre réglementaire des pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie générale. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03114896

HAL Id: dumas-03114896

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03114896v1>

Submitted on 19 Jan 2021

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

ANNÉE 2020

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine

**PERSPECTIVES ET LIMITES DU CADRE RÉGLEMENTAIRE DES PRATIQUES
D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue le 16 décembre 2020,

A la faculté de Médecine de Nice

Par **Héloïse LESUR**

Née le 10/05/1990

JURY

Monsieur le Professeur Michel BENOIT, Président du Jury

Monsieur le Professeur Gérald QUATREHOMME, Assesseur

Monsieur le Professeur Philippe ROBERT, Assesseur

Madame la Docteur Graziella LEALI, Assesseur

Madame la Docteur Claire ROMETTI, Directeur de Thèse

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr. DELLAMONICA Jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS

Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je tiens à vous remercier sincèrement pour votre accompagnement bienveillant au cours de mon internat et je vous suis très reconnaissante de la confiance que vous m'avez accordée pour mener ce projet de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Gérald QUATREHOMME

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Soyez assuré de mon grand respect.

A Monsieur le Professeur Philippe ROBERT

Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce travail de thèse en me faisant l'honneur de faire partie de mon jury. Recevez ici l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Claire ROMETTI

Hasard ou coïncidence, il y a certaines rencontres qui nous bousculent et nous font voir le monde sous un autre angle, tu en fais partie. Tu m'as offert un regard différent sur la psychiatrie en guidant mes pas vers l'approche psychopathologique qui ne m'a alors plus quittée. Tu as toujours été un repère pour moi. Un immense merci d'avoir accepté sans réserve de diriger ce travail de thèse malgré son sujet controversé et de m'avoir soutenue dans ce projet. Merci pour la confiance que tu m'as accordée, pour tes conseils avisés et pour ta patience.

A Madame le Docteur Graziella LEALI

Vous avez été l'une de mes plus belles rencontres humaines et professionnelles...

Je tiens tout particulièrement à vous remercier pour votre soutien inébranlable et votre présence rassurante. Merci d'avoir compris que j'apprenais « à l'envers » et qu'il m'était difficile de lire avant d'avoir vécu. Devant mon esprit dispersé et indiscipliné, c'est grâce à la patience dont vous avez fait preuve et toute la confiance que vous m'avez accordée que j'ai autant appris à vos côtés, ma future pratique restera imprégnée de vos précieux enseignements. Vous avez été pour moi un irremplaçable maître! Grazie di tutto.

A mon épouse,

Tu es le oui et moi le doute, toi la tempérance et moi la tempête.

Nos longues discussions à refaire la psychiatrie imprègnent ces pages...

Merci d'être, merci d'être là, merci d'être toi.

A ma mère,

J'emprunte quelques uns des mots que tu adressais à ton père il y a quelques années dans les premières pages de ta thèse en remplaçant le « il » par « elle », en vue de te remercier à mon tour ...

Elle nous a élevés en cultivant chez nous l'intelligence de cœur et d'esprit, dans une atmosphère de tolérance et de dialogue ; elle nous a initiés à développer sens critique et curiosité intellectuelle, elle a été sans cesse présente, constituant un modèle ; elle reste le guide de mes pas d'adulte.

Mille mercis ne suffiraient pas... Saches que mes yeux ne cesseront de déborder d'admiration et de fierté pour la mère, la femme, et le médecin que tu es.

A Ariane,

Je te remercie d'avoir cru en moi et pour tes mots rassurants. Tu as toujours su tenir le fil pour que je ne me perde pas en route...

A Audrey

Merci pour ta disponibilité et ta clarté d'esprit, tu as su m'aiguiller dans les moments de doutes.

A Lou

Merci pour ton écoute et ta réassurance infaillible lors de mes moments de doutes. Tu as toujours été là pour me donner du courage et me motiver dans les moments difficiles au cours de ce travail. Tu restes mon meilleur tranquilisant !

A Paul Camille

Ton humeur toujours égale, ton respect des autres, ton exceptionnelle humanité et la facilité avec laquelle tu arrives à comprendre l'autre m'impressionne. Le semestre à tes côtés a été trop court. Je te remercie tout particulièrement pour avoir fait en sorte que je puisse consacrer du temps à ce travail.

A Sébastien

Merci d'être celui qui sait me remettre sur les rails quand il le faut et me donner du courage quand j'en ai besoin. Un grand merci pour ton soutien de chaque instant, ton positivisme et ta force inébranlable.

A toute ma famille

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

A tous les aides-soignants, infirmiers, internes et psychiatres ayant contribué à cette étude

Un immense merci pour l'intérêt que vous avez montré pour ce sujet et le temps que vous avez consacré au questionnaire de cette étude sans lequel ce travail n'aurait pas pu aboutir.

LISTE DES ABREVIATIONS

CGLPL Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

CH Centre Hospitalier

CSP Code de Santé Publique

D398 fait référence à l'article D398 du Code de Procédure Pénal concernant les détenus nécessitant des soins psychiatriques immédiats

HAS Haute Autorité de Santé

IDE Infirmier Diplômé d'Etat

ISP Infirmier de Secteur Psychiatrique

MCI Mise en Chambre d'Isolement

MCI/C Mise en Chambre d'Isolement avec ou sans contention

ONVS Observatoire National des Violences en milieu de Santé

RBP Recommandations de Bonne Pratique

SSC Soins Sous Contrainte

SPDRE Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat

USIP Unité de Soins Intensifs Psychiatriques

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

PREMIÈRE PARTIE

CHRONIQUES HISTORIQUES

- A. Princeps
- B. La « pré-psychiatrie »
- C. La psychiatrie moderne
- D. Aujourd'hui ?

ISOLEMENT ET CONTENTION EN PSYCHIATRIE

- A. Définitions et représentations
 - a. L'isolement
 - b. La contention
- B. Mise en pratique
 - a. Pour quels patients ?
 - b. Contre-indications, complications, surveillance

LE CADRE RÉGLEMENTAIRE

- A. Contexte de création du cadre réglementaire
 - a. Un dilemme éthique et déontologique
 - b. Une pratique controversée
- B. Législation française
- C. Recommandations HAS

DEUXIÈME PARTIE : L'ÉTUDE

INTRODUCTION

MATÉRIEL ET MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

- A. Des réglementations en option
 - a. Forme et fond des recommandations
 - b. Du « devenu indispensable » à « l'exigence de derniers recours »
- B. La « triade » coûteuse du moindre recours
 - a. L'effectif
 - b. Structure espace et temps
 - c. La formation
- C. La variable subjective : le facteur humain
 - a. Un recours à l'appréciation subjective
 - b. Un glissement sémantique : « du symptôme d'agressivité » au « comportement violent »
 - c. La peur : bonne conseillère ?
 - d. Des habitudes de pratiques qui perdurent
- D. Forces et limites de l'étude

CONCLUSION

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Lors de nos stages, services après services, équipes après équipes et patients après patients, nous épiluchons la psychiatrie et l'appréhendons un peu plus chaque jour en même temps que nous apprenons à vivre. Le nez dans les livres jusqu'alors, l'internat nous plonge brusquement dans la vie, celle que nous n'avions pas encore vraiment respirée à pleins poumons, pour finalement nous immerger dans les abîmes de toutes celles qui suffoquent parfois d'avoir trop vécu.

Sachant que la thèse en médecine se doit de symboliquement clôturer l'achèvement de nos longues années d'études et de formation, je ne vous cache pas qu'un certain temps de réflexion et de flirts avec d'autres sujets me fut nécessaire avant de me décider sur le « bon sujet » pour ma thèse d'exercice.

Même si j'avais déjà participé à plusieurs reprises à des mises en chambre d'isolement seules ou avec contentions, CETTE fois m'a saisie. Brutale, disciplinaire, punitive, humiliante et injuste. Je ne me sentais à ma place ni en tant que soignant, ni en tant qu'être humain. Elle n'était que la première d'une série. Heureusement, la majorité des autres auxquelles j'ai participé n'était pas de cette teneur.

A mesure que je me renseignais sur la problématique de l'isolement et la contention, je me rendais compte de mon ignorance à ce sujet comme de l'ampleur de la controverse que ces mesures suscitaient. Au fil de mes lectures, et tandis que j'apprenais l'existence d'une loi et de recommandations de bonne pratique encadrant désormais la pratique, j'observais parfois leur inapplication dans les services ainsi que leur méconnaissance auprès des équipes. Je tenais enfin le sujet sur lequel je souhaitais m'investir pleinement : l'application du cadre réglementaire sur les pratiques actuelles d'isolement et de contention en psychiatrie.

L'instauration d'un cadre législatif et la rédaction de recommandations de bonnes pratiques (RBP) par la Haute Autorité de Santé (HAS) étaient nécessaires afin de limiter les pratiques délétères, les risques d'abus et d'homogénéiser la pratique. En exigeant que ces méthodes ne soient employées qu'en « dernier recours », dans un but sécuritaire et qu'elles ne se prescriraient plus, mais se décideraient, les directives tendent sans ambiguïté vers un moindre recours à l'isolement et à la contention. Après avoir souffert d'une absence de réglementation, les controversées méthodes d'isolement et de contention désormais encadrées, semblent depuis, étouffer sous le poids de ses nombreuses restrictions. Sans octroi de moyens supplémentaires ni accompagnement, les équipes semblent difficilement passer, d'une méthode devenue indispensable pour le fonctionnement du service à son ultime recours.

C'est dans ce contexte, que nous avons réalisé une étude transversale à travers les regards croisés du personnel médical et paramédical dans différents services afin de réaliser un état des lieux au plus proche de la réalité hospitalière.

Cependant, il nous a paru intéressant de remonter d'abord le fil de l'histoire, d'hier à aujourd'hui, afin de mieux appréhender les pratiques actuelles d'isolement et de contention en psychiatrie car une présentation historique de l'évolution de ces méthodes et de son cadre réglementaire, nous offrira les clés pour mesurer le poids des problématiques que nous poserons, ainsi que ceux des enjeux et limites les concernant.

PREMIÈRE PARTIE

La psychiatrie, comme toutes les autres disciplines médicales, est hautement tributaire de son époque. Lorsque l'on parle de la folie, ou plutôt de sa conception, on entend communément qu'elle est toujours relative et subjective car dépendante des sociétés, des individus et des époques qu'elle traverse. Elle s'inscrit dans une temporalité, un lieu et une histoire qui s'emprennent des discours contemporains de la science, de ses représentations sociétales, collectives ou religieuses sous-jacentes. L'isolement et la contention, sous quelque forme qu'elles puissent prendre, sont des méthodes utilisées depuis l'antiquité (Mauras, 2017). Elles ont fréquemment animé les débats et défrayé la chronique, jusqu'à devenir la problématique éthique et de santé publique que nous connaissons aujourd'hui en France.

CHRONIQUES HISTORIQUES

A. Princesps

L'isolement ou la contention comme moyen de maîtrise des malades mentaux agités et agressifs existe depuis l'origine de la prise en charge des maladies mentales et les premiers écrits faisant allusion à la nécessité d'exercer un contrôle physique sur les personnes agitées remontent à l'antiquité (Friard, 2004).

A Rome, au 1er siècle après J.C., pour apprendre au malade à réfréner sa folie, Aulus Cornelius Celsus, francisé en Celse, estimait qu'un traitement punitif, correctionnel et très sévère permettait d'éduquer le « fou » et d'ajuster son comportement déviant. Il pensait que non seulement la contrainte était fortement thérapeutique, mais également qu'un traitement brutal avait pour effet de faire sortir, par la peur, le malade de sa maladie. Pour les extirper de leur folie, il isolait ses malades dans une obscurité totale, les enchaînait, les affamait et leur administrait des purgatifs (Spencer, 1961).

Au Vème siècle après J.C., et à l'opposé de cette conception, le romain Caelius Aurelianus, qui reprend les idées de son maître Soranos d'Ephese, médecin grec, considère la contention comme un mal nécessaire dans la gestion d'un malade agité et préconise de parler avec lui de ses occupations ou de tout autre sujet susceptible de l'intéresser. En effet, il pense que sa capacité à converser sur des questions qui l'intéressent montre qu'il n'est pas totalement envahi par la folie et restitue ainsi le malade dans sa place de sujet. Lorsqu'il utilise la contention, il recommande que « *Si les malades sont agités en voyant des gens, il faudra faire usage de liens, mais sans leur faire de mal, en protégeant leurs membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux après* » (Drabkin, 1950).

Cette dichotomie repose sur deux conceptions différentes de la maladie mentale et du statut de malade. Si chez Celse, les méthodes brutales et coercitives semblent inexorables pour exorciser les désordres du malade déshumanisé et possédé par la folie, chez Soranos et son disciple, le malade semble conserver un statut de sujet à qui l'on doit protection, soin et bienveillance. C'est par ces concepts radicalement opposés que s'ouvre, la longue et turbulente histoire de l'isolement et de la contention en psychiatrie.

B. La pré-psychiatrie

Durant des siècles, le « fou » ne fut pas considéré comme un patient, un malade à qui procurer des soins, mais réduit à un individu dangereux dont la société devait être protégée. On peut donc identifier une « pré-psychiatrie » marquée par l'inquiétude de la société à l'égard des grandes masses d'individus « hors-norme », exclus de la convivialité des agglomérations urbaines afin de protéger les « faibles » de leurs congénères « normaux ». L'enfermement et la contention répondaient à cette volonté d'éloigner la folie et de la rendre invisible au reste de la population, celle-ci étant perçue comme incurable.

La révolution Française, qui, par sa remise en cause de l'arbitraire royal, va aboutir à l'interdiction des lettres de cachet permettant l'incarcération immédiate de tout civil sur ordre du roi (ou des rumeurs), marque le début de la médicalisation des hôpitaux généraux et de la prise en charge des malades mentaux. Il s'agira de différencier l'insensé du prisonnier ordinaire afin qu'il puisse être pris en charge au sein d'institutions spécifiques. Deux hommes vont jouer un rôle capital dans la naissance de l'asile et l'avènement de la psychiatrie : Philippe Pinel et Jean-Étienne Dominique Esquirol.

Pinel, qui bouleversa le regard porté sur les « fous » par le geste symbolique du retrait de leurs chaînes à l'hôpital Bicêtre en 1793, fait de l'aliénation mentale une maladie psychique. Au terme « d'insensé » se substitue celui « d'aliéné ». Les malades mentaux accèdent enfin au statut de patients pouvant être soignés. Il publie en 1801 « *le traité médico philosophique sur l'aliénation mentale* », dans lequel il jette les bases du traitement moral des aliénés, ne réduisant plus l'aliéné à une vie enchaînée. Il défend l'utilisation de la contrainte à but thérapeutique en psychiatrie, sans brutalité, avec une levée dès que possible (Pinel, 1801).

Esquirol, reprenant les idées de son maître Pinel, va faire de l'isolement l'un des concepts centraux du traitement moral. Il en définit la fonction en 1838 dans l'ouvrage *Des maladies mentales*, dans le titre « *Mémoires sur l'aliénation mentale* » : " *l'isolement des aliénés consiste à soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes, en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs ; en l'entourant d'étrangers ; en changeant toute sa manière de vivre. L'isolement a*

pour but de modifier la direction vicieuse de l'intelligence et des affections des aliénés ; c'est le moyen le plus énergique et ordinairement le plus utile, pour combattre les maladies mentales" (Esquirol, 1838).

La création des asiles au début du XIX^{ème} siècle s'inscrit dans cette démarche d'isolement du malade de son environnement. Cet isolement n'est pas considéré comme une mesure coercitive ou punitive, mais comme une mesure thérapeutique (Lanteri-Laura, 1996). La maladie mentale est désormais considérée comme un désordre à corriger. Le malade n'est plus celui qui perd la raison, mais plutôt qui se laisse aller à perdre la raison, notion infantilisant le patient (Giloux, 2017). L'isolement est donc thérapeutique, relevant de la privation de son entourage afin de restaurer sa conscience. Cependant, il est également présenté comme un « choc » permettant de secouer la conscience et de l'éclairer. De surcroît, cela permet de cadrer le patient dans un système structurant, régi par l'autorité médicale.

La loi de 1838, Loi Esquirol, dite "*loi sur les aliénés*", vient répondre à l'ambition de cette discipline émergente qu'est l'aliénisme. Elle ordonne à chaque département français de se doter d'un établissement public spécialement destiné à recevoir et à soigner les aliénés. Elle instaure deux formes d'hospitalisation : le placement volontaire et le placement ordonné par l'autorité publique. L'aliéné n'est donc plus considéré comme un fauteur de troubles qui doit être enfermé avec les vagabonds, les criminels et autres personnes marginales sur ordre du roi ou du juge. Il doit être pris en charge au sein des asiles, isolé de son environnement et soigné par le traitement moral (Loi n° 7443., 1838).

C. La psychiatrie moderne

Au début du XX^{ème} siècle, débute une transformation de la vision de la maladie mentale avec l'avènement de la psychanalyse et le développement des approches psychothérapeutiques, où la contrainte physique n'a pas sa place (Palazzolo, 2000). S'y ajoutent la révolution pharmacologique avec l'apparition des psychotropes, notamment les neuroleptiques et la mise en cause des mesures de contrainte. Au lendemain de la seconde guerre mondiale, quasiment 50 000 malades mentaux sont retrouvés morts de faim dans les asiles. L'incapacité de ce système carcéral à protéger ceux qu'il est censé soigner entraîne une révolution du système psychiatrique et la fin des asiles, entérinée par la circulaire du 15 mars 1960 (Chenot, 1960). S'ensuivent une raréfaction du recours aux isolements et contentions et la création de « chambres protégées » pour un isolement ponctuel du malade.

D. Aujourd'hui ?

Bien que la pratique de l'isolement et de la contention concentre encore les vestiges de notre histoire asilaire, les concepts médicaux ont fort heureusement évolué. Les réponses psychiatriques

se sont sensiblement développées et améliorées. Au cours de ces dernières années, de façon assez homogène, à travers les pays, des recommandations nombreuses ont vu le jour, une législation dédiée et de nombreux rapports ont été consacrés à cette question épineuse des pratiques d'isolement et de contention semblant en recrudescence. En effet, après une période de désaliénation, nous constatons le retour des moyens de contrainte dans le paysage hospitalier psychiatrique. Leur utilisation se banalise et suscite moins de réflexion soignante.

Bien qu'elles s'appliquent aujourd'hui dans un cadre prédéfini et règlementé pour la gestion de patients au comportement agressif ou « violent », ou comme mesure préventive pour assurer la sécurité du patient ou d'autrui lorsque toutes mesures alternatives de contrôle ont été vaines, l'utilisation de ces mesures restrictives suscite en effet toujours la controverse. Après deux cents ans de débats, la psychiatrie n'a pas su se sortir de cette polémique.

Le recours aux mesures d'isolement et de contention en psychiatrie est un sujet très sensible, d'une part d'ordre légal et éthique vis-à-vis du respect des libertés individuelles, du rôle et de la fonction des intervenants, de la légitimité de ces mesures, de la sécurité du patient et de celle d'autrui, et d'autre part d'ordre clinique et organisationnel vis-à-vis de la qualité de la prise en charge, de la pertinence des mesures et de leur impact, des conditions de mise en œuvre et des moyens disponibles.

ISOLEMENT ET CONTENTION EN PSYCHIATRIE

A. Définitions et représentations

a. L'isolement

Dérivé du verbe *isoler*, venant de l'italien *isolato*, isolé, sans contact avec l'extérieur, du latin *insula*, île. L'isolement est l'état d'une chose qui est isolée, d'une personne qui vit isolée, ou d'un groupe de personnes qui se trouve séparé des autres membres de la société. Pour un être humain, cet isolement vis-à-vis d'un environnement habituel peut être voulu (recherche d'intimité et de solitude) ou imposé. Par extension, l'isolement se dit d'une personne qui se trouve moralement seule et qui a des difficultés ou une incapacité à établir des relations sociales.

L'isolement par définition concerne donc à la fois le fait d'être séparé des autres individus et le vécu douloureux d'un individu face à sa solitude ; solitude entraînant une limitation des contacts avec les autres, l'isolement en étant la privation. Les sociétés contemporaines sont de grandes pourvoyeuses d'isolement social à l'origine d'un sentiment de mal-être profond pour de nombreuses personnes, ce

qui participe sans doute de la méfiance et du rejet de telles pratiques en psychiatrie. L'isolement fait aussi référence à une pratique médicale ancienne pour éviter la contagion d'une maladie infectieuse, la quarantaine permettait une surveillance pendant 40 jours pour limiter le risque de propagation d'une maladie. Les premières représentations et systématisations des maladies mentales dans une volonté de parallélisme avec le modèle médical ont participé à l'utilisation de l'isolement thérapeutique pour préserver les populations d'une éventuelle « contagion » par la construction d'asiles en périphérie des grandes villes et dans la mise en isolement des patients les plus dangereux.

L'isolement en psychiatrie, de façon consensuelle, est perçu comme une mesure de sécurité et de protection dans un espace fermé, paisible, à l'écart des autres patients. Il est utilisé la plupart du temps en début d'hospitalisation pour permettre la mise en place d'un traitement efficace ou dans l'urgence quand survient « une crise » d'agitation qui signe le débordement de la prise en charge médicamenteuse et soignante.

Défini par la HAS, l'isolement est le placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge, dans un espace dont il ne peut sortir librement, lequel est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté. Cette méthode doit être utilisée uniquement pour la prévention d'un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui (HAS, RBP, 2017).

b. La contention

Le verbe « contenir », du latin *continuaré* (même sens), de *continuus* (« continu »), lui-même de *continere* (« maintenir uni, tenir ensemble, contenir »), de con- (avec, en semble) et *tenere* (« tenir »). Le verbe « contenir » signifie donc littéralement « maintenir ensemble » (Rey, 1998). Selon son étymologie, « contenir un patient » permet donc de le « maintenir ensemble ».

La définition donnée par le dictionnaire Larousse désigne la contention comme un procédé thérapeutique et l'associant à la protection du patient : « *Procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité* » (Dictionnaire de français Larousse en ligne).

La contention, qu'elle soit mécanique ou physique, est le maintien ou l'immobilisation du patient en ayant recours à la force physique. La HAS distingue deux types de contention ; la contention physique, consistant à maintenir ou immobiliser le patient manuellement, et la contention mécanique: « *utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un*

patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui » (HAS, RBP, 2017). C'est de cette contention mécanique dont nous allons parler dans cette thèse. Cette procédure peut parfois être nécessaire pour empêcher le patient de se faire du mal ou d'en faire aux autres.

B. Mise en pratique

a. Pour quels patients ?

L'isolement et la contention peuvent être utilisées auprès de patients présentant une auto ou hétéro-agressivité selon des modalités réglementées en tant que « *mesure de prévention d'un dommage immédiat ou imminent* » (Loi, CSP, 2016). Cela concerne un certain nombre de sujets de la patientèle psychiatrique en soins sous contrainte (SSC). Malgré le manque de données objectives spécifiques, nous pouvons toutefois regarder quels sont les profils des patients concernés par la contention et/ou l'isolement. Plusieurs études font ressortir que les troubles psychiatriques les plus fréquemment retrouvés chez les patients relevant de ces moyens de contraintes sont les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, les troubles graves de la personnalité et les addictions (Husum, 2010) (Knutsen, 2011).

Un enchaînement de conséquences négatives peut découler d'une application plus ou moins systématique de la mise en chambre d'isolement avec ou sans contention (MCI/C) : des actes d'isolement ou de contention non accompagnés, une recherche de sécurisation et parfois de sécurité par peur du patient, le risque d'une MCI/C sans recherche d'alternatives et sans justifications cliniques par manque de temps ou d'effectif, etc. Les conséquences peuvent être alors : le risque d'une violence ressentie par le patient (humiliation, frustration, impuissance), la perte de lien et d'alliance thérapeutique avec ce dernier, des tensions interpersonnelles, une souffrance des soignants.

b. Contre-indications et complications

Les contre-indications à éliminer sont tout d'abord d'ordre somatiques, telles les pathologies cardio-respiratoires, les risques liés à l'alitement prolongé, les atteintes traumatologiques mais aussi d'ordre psychiques en fonction des antécédents du patient notamment ceux ayant été victimes de violences (Mauras, 2017). En outre, il ne faut pas omettre que l'acte de MCI/C ne doit pas être réalisé à titre de punition, ni pour réduire l'anxiété de l'équipe de soin ou pour son « confort », ni lié au manque de personnel comme le précise la HAS (HAS, RBP, 2017).

Pareillement, les complications éventuelles peuvent être somatiques (notamment, troubles cardio-respiratoires, lésions cutanées, déshydratation, pathologies thromboemboliques, troubles ostéo-tendineux, syndrome occlusif) comme psychiques (sentiments de peur, de colère, d'humiliation, de démoralisation, de déshumanisation, de dégradation, d'impuissance, de stress, de gêne, de "viol d'intégrité", résurgence d'événements de vie traumatiques, anxiété majeure, syndrome de stress post traumatique) (Mauras, 2017).

L'évaluation du rapport bénéfice / risque est donc incontournable dans la prise de décision de la mise sous contention d'un patient (Dudouit, 2011).

LE CADRE RÉGLEMENTAIRE

A. Contexte de création du cadre réglementaire

a. Un dilemme éthique et déontologique

Les mesures coercitives font partie des actes les plus controversés en psychiatrie notamment parce qu'elles se font souvent sur le lit d'un dilemme à la fois éthique et déontologique. Elles touchent notre cœur par deux fois en faisant appel à nos valeurs d'homme et à celles de soignant. Se pratiquant en SSC, là où les patients sont déjà privés d'une partie de leur liberté, la MCI/C l'ampute davantage. Se pratiquant sous la contrainte et la plupart du temps avec l'usage de la force, cette méthode coercitive touchant au respect et aux droits fondamentaux dérange.

Par ailleurs, si elle est utilisée depuis des siècles en psychiatrie, son efficacité n'a toutefois jamais été prouvée scientifiquement. Le *Primum non nocere* est un principe admis en médecine qui signifie que toute pratique doit avoir prouvé son efficacité, sinon son innocuité avant d'être utilisée à des fins thérapeutiques. Cette balance entre les bénéfices et les risques d'un traitement doit guider chaque décision médicale (Rohr, 2018).

Or, à ce jour les études ne permettent pas de démontrer scientifiquement un intérêt thérapeutique de ces mesures, au contraire, ils ont tendance à en lister ses effets délétères (Mauras, 2017). En 2012, une revue de littérature de Sailas se basant sur 35 études étudie l'effet thérapeutique de la MCI/C lors d'épisodes de violences et d'agitation avec risque auto et hétéro agressif n'a pas permis de montrer une quelconque efficacité de la MCI/C chez les patients présentant des troubles mentaux (Sailas, 2012). Plus récemment, En 2015, Norvoll réalise une revue de littérature s'appuyant sur 23 études interrogeant les justifications, les pratiques et les effets de l'isolement en psychiatrie.

Comparant l'intensité de la méthode avec la pauvreté des fondements et connaissances scientifiques relatifs à une telle approche, il ne parvient pas à prouver son efficacité (Norvoll, 2015).

S'il existe des théories psychanalytiques qui lui confèrent parfois un sens thérapeutique (contenance, moi-peau) leur efficacité est difficilement mesurable.

b. Une pratique controversée

La question de la privation de la liberté, au nom du soin, est un champ de réflexion récurrent en psychiatrie et si la controverse sur la pratique de la MCI/C n'est pas nouvelle, son importante médiatisation suite au rapport vindicatif de la CGLPL l'a depuis exacerbée.

Nommée CGLPL en 2014, Adeline Hazan a fait de la psychiatrie une de ses priorités, parvenant en 2020 à réaliser l'ambition qu'elle s'était donnée de visiter tous les établissements publics de santé mentale de France. En effet, pendant son mandat, la totalité des hôpitaux spécialisés ont été visités par les contrôleurs (Rohr, 2018). En 2016, le constat qu'elle fait de ses observations dans les services, l'amène à rédiger un rapport alarmant, assorti de recommandations concernant l'usage de la MCI/C (CGLPL, 2016). Ce document dénonce à la fois une banalisation des mesures de MCI/C injustifiées cliniquement mais aussi certaines dérives entourant sa pratique, mettant notamment en évidence des abus et des maltraitances dans certains services, ainsi qu'une importante hétérogénéité des pratiques. Il rappelle également la nature liberticide de cette méthode ainsi que les conséquences délétères graves que peuvent engendrer son mésusage (CGLPL, 2016).

Suite au scandale engendré par la médiatisation de ce rapport qui pointait entre autre sa « sous-réglementation », le législateur, s'est saisi de l'affaire. Cependant, malgré l'instauration d'un cadre réglementaire, les rapports successifs du CGLPL se répètent et font état d'un recours d'une telle ampleur que ces méthodes semblent être devenues indispensables à la gestion des services (CGLPL, 2019).

B. Législation française

Jusqu'en 2016, si les textes de loi reconnaissent les droits du patient, ils restent cependant muets concernant l'encadrement des pratiques de la MCI/C. Toutefois, dans un contexte de vives remises en cause de la MCI/C, l'autorité s'est positionnée par l'article 72 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, sur sa réglementation introduite au sein du Code de santé publique.

Essentielle à l'encadrement des pratiques, la loi tend également vers une diminution des mesures de MCI/C.

La loi du 26 janvier 2016 a permis d'encadrer juridiquement la pratique de la MCI/C, avec l'article L3222-5-1 du Code de santé publique : « *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 désignés à cette fin.* » (Loi CSP, 2016).

La pratique de « *dernier recours* » énoncée dans ce texte, implique qu'il y ait eu au préalable, la mise en place et l'échec de toutes les alternatives possibles afin d'éviter son utilisation. Ces tentatives d'apaisement entreprises doivent être tracées afin de pouvoir justifier du dernier recours. Cependant, il n'est nullement explicité le panel de recours entre le premier et le dernier. On peut imaginer que l'éventail de recours est dépendant des différentes équipes soignantes. Le dernier recours n'est alors pas le même.

Nous remarquons également que les méthodes de MCI/C ne peuvent être utilisées que par mesure de prévention d'un dommage immédiat ou imminent et pour une durée limitée. Autrement dit, la MCI/C doit être utilisée uniquement à titre préventif d'un passage à l'acte hétéro ou auto agressif en cours ou sur le point de se réaliser et pour la durée la plus courte possible, se limitant au moment de la crise.

En outre, le choix du mot « *décision* » au lieu de celui de « *prescription* », tronque ces mesures de toute dimension thérapeutique et renforce l'intention sécuritaire. Ce choix des mots par le législateur est notamment étayé par l'absence de preuve de bénéfice thérapeutique rapportée dans la littérature scientifique internationale. Ainsi, la loi change son statut juridique en écartant la MCI/C du caractère soignant pour rentrer dans celui du sécuritaire. En plus d'obliger les psychiatres à se positionner vis-à-vis de ces pratiques en rappelant les droits fondamentaux des patients, ce changement lexical ouvre la voie à de possibles actions judiciaires de contestation. Enfin, la tenue d'un registre est exigée par les autorités. Ce registre a pour but de quantifier et d'identifier les circonstances de mise en place de MCI/C afin d'en prévenir toute utilisation abusive (Rohr, 2018) (Loi CSP, 2016).

La France aura été l'un des derniers pays européens où ces pratiques restrictives de liberté n'étaient pas encadrées clairement par la loi. Panfili, cadre de santé et doctorant en sciences juridiques, s'était positionné sur l'insuffisance de l'encadrement législatif de l'utilisation des contentions mécaniques en France allant jusqu'à la considérer comme illégale, compte tenu de l'article 7 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789 : « *nul homme ne peut être accusé, arrêté, ni détenu que*

dans les cas déterminés par la loi et selon les formes qu'elle a prescrite » (Panfili, 2013).

D'ailleurs, récemment, le 19 juin dernier, le Conseil constitutionnel a déclaré l'article L. 3222-5-1 du Code de santé publique relatif à la MCI/C, contraire à la constitution. Il n'a pas pour autant censuré le recours à la MCI/C dans les services psychiatriques, accordant au législateur jusqu'au 31 décembre 2020 pour revoir les dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, qui encadre ces pratiques (Péchillon, 2020) (C. constitutionnel, 2020).

C. Recommandations de bonne pratique

Les autorités de santé se sont saisies de ce nouveau cadre législatif et les recommandations de bonne pratique en sont le reflet. En effet, dans le texte de la HAS, la MCI/C est également qualifiée de « mesure d'exception » et de « dernier recours » se dirigeant également vers une limitation de leur utilisation (HAS, RBP, 2017). Ce changement législatif et l'élaboration de Recommandations bonne pratique étaient nécessaires. En plus de la rédaction de recommandations destinées à encadrer la pratique de la MCI/C et couvrant l'ensemble de ses modalités, la HAS a publié deux synthèses, l'une sur l'isolement et l'autre sur la contention (HAS, Synthèse isolement, 2017) (HAS, Synthèse contention, 2017).

Dans leur texte, et répondant à la loi de 2016, la MCI/C est présentée uniquement comme mesure sécuritaire, son utilisation ne pouvant se faire qu'afin de prévenir ou répondre à un comportement violent mettant en danger le patient ou autrui. Elle ne doit s'utiliser qu'en ultime recours, après échec des tentatives de maîtrise par des mesures moins restrictives. De plus, elles doivent être décidées par un psychiatre après évaluation, pour une durée initiale de 6 heures pour la contention et 12h pour l'isolement avec surveillance spécifique et rapprochée.

Les RBP précisent que le patient doit toujours bénéficier d'une information claire et appropriée concernant la mise en place et la levée de telles mesures, qui ne doivent jamais être utilisées pour punir, humilier, dominer ou pallier un manque d'effectif soignant.

La HAS écrit : *« L'isolement est une mesure limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluri professionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation de l'isolement représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient, délivrance des soins, surveillance... Réalisé par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de*

compétences et de responsabilité. ». Elle applique les mêmes recommandations à la contention, précisant toutefois que : « *La contention mécanique est une mesure d'exception* » (HAS, RBP, 2017).

Enfin, dans le but de mieux évaluer ces pratiques et leur fréquence, une fiche de suivi a été créée et doit être apportée au dossier médical. Par la suite, deux visites médicales par jour sont demandées et un renouvellement de la fiche par 24h. Il est précisé que cette décision doit toujours être justifiée et justifiable cliniquement de façon nécessaire, appropriée et proportionnelle. La levée de la contention est également une décision médicale qui doit être suivie par une reprise de l'événement avec le patient et en équipe (HAS, RBP, 2017).

DEUXIÈME PARTIE : L'ÉTUDE

INTRODUCTION

Après avoir défrayé la chronique, noirci des pages et choqué l'opinion publique, les « sulfureuses » méthodes d'isolement et de contention ont été depuis fortement réglementées par les hautes instances institutionnelles, inscrites dans une politique de diminution de leur utilisation. Reléguées en mesures sécuritaires de « dernier recours » et amputées de leurs dimensions thérapeutiques pourtant conférées par certains, elles étaient condamnées à disparaître progressivement. Or, elles semblent toutefois échapper à leur sort. En effet, non seulement leur recours ne semble pas s'amoinvrir, mais encore, certaines pratiques associées à celles-ci, désormais interdites, perdurent dans de nombreux services.

Quatre ans après la législation du Code de Santé Publique (CSP) et trois ans après la publication des Recommandations de Bonnes Pratiques (RBP) de la Haute Autorité de Santé (HAS), il paraît pertinent de s'interroger sur l'état des lieux, en pratique de terrain. Si les recommandations et la littérature explicitant les facteurs liés à leur utilisation et les stratégies potentielles pour leur moindre recours abondent, les études mesurant l'impact et l'efficacité du cadre réglementaire sont, quant à elles, quasi inexistantes (Girlanda, 2017). L'évaluation des pratiques en cours dans les services semble pourtant être la seule façon d'apprécier la mise en pratique réelle du cadre réglementaire théorique. Les résultats issus d'un tel état des lieux, pourraient permettre, en cas d'échec de l'application du cadre réglementaire, la recherche de solutions concrètes, adaptées à l'institution, et tenant compte de son fonctionnement et de ses nombreux acteurs.

Dans son dernier rapport, l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS), rapportait une baisse des signalements des comportements violents envers les soignants dans les services psychiatriques, laissant logiquement présager, une diminution du recours à ces mesures sécuritaires (ONVS, 2019). Parallèlement, le rapport annuel du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) réitérait le constat alarmant qu'il avait dressé trois ans plus tôt et restait circonspect, quant à la fréquence du recours à l'isolement et à la contention observée ainsi qu'à la conservation de certaines de ses litigieuses modalités de mise en œuvre. Son compte-rendu soulignait le manque de moyens octroyé à l'efficacité d'une politique de moindre recours à ces méthodes coercitives (CGLPL, 2019). Ces dernières constatations du CGLPL, concordent globalement avec notre expérience hospitalière, quand bien même les fonctionnements ou les directives des différents services peuvent varier.

C'est dans ce contexte, que nous avons réalisé une étude transversale à travers le regard croisé du personnel médical et paramédical dans différents services pour être au plus proche de la réalité hospitalière.

L'objectif de notre étude était de réaliser un état des lieux de la pratique de la mise en chambre d'isolement avec ou sans contention (MCI/C) dans les services de soins sous contrainte (SSC) en psychiatrie générale afin d'évaluer l'application des mesures exigées par le cadre réglementaire (Loi CSP, 2016) (HAS, RBP, 2017).

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Objectifs de l'étude

L'**objectif principal** de notre étude était de réaliser un état des lieux de la pratique de la mise en chambre d'isolement avec ou sans contention (MCI/C) dans les services de soins sous contrainte (SSC) en psychiatrie générale afin d'évaluer l'application des mesures exigées par le cadre réglementaire (Loi CSP, 2016) (HAS, RBP, 2017).

Les **objectifs secondaires** de l'étude s'intéressaient à l'applicabilité du cadre réglementaire et à la compréhension des raisons de sa non-application le cas échéant.

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale multicentrique menée par le biais d'un questionnaire quantitatif (comportant une question qualitative en fin de questionnaire), portant sur les pratiques actuelles d'isolement et de contention en psychiatrie générale.

Population

Résidant à Nice, et souhaitant nous déplacer dans les différents services, afin de présenter le projet oralement pour motiver le plus de participants possible et de nous assurer au mieux des critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons choisi de limiter sa diffusion au département des Alpes-Maritimes, soit dans les 5 structures hospitalières de psychiatrie adulte de ce département.

Notre questionnaire était destiné au personnel médical et para médical ayant accepté de participer à l'étude et travaillant actuellement ou ayant travaillé à partir de 2017 dans un des 13 services de SSC de psychiatrie générale parmi les 5 établissements des Alpes-Maritimes en disposant.

Critères d'inclusion

- Le personnel médical et para médical (aides-soignants, infirmiers, internes, psychiatres)
- Travaillant ou ayant travaillé à partir de 2017 (après la publication des dernières recommandations de bonnes pratiques de la HAS en 2017)
- Dans un des 13 services de SSC de psychiatrie générale des 5 établissements des Alpes-Maritimes. (Les services de SSC des Alpes-Maritimes sont répartis sur les 5 établissements suivants : CHU de Nice, CH Sainte Marie, CH de Grasse, CH d'Antibes et CH de Cannes.)
- Acceptant de participer à l'étude, de façon anonyme.

Critères d'exclusion

Les professionnels travaillant dans : les services « ouverts » de psychiatrie, les services de gérontopsychiatrie, les services de pédopsychiatrie, l'USIP (Unités de Soins Intensifs Psychiatrique), les services dédiés à la prise en charge des troubles du spectre autistique.

Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir de l'ensemble de nos lectures et de notre expérience afin de couvrir le cadre réglementaire à travers certains points majeurs. L'omission de certains aspects du cadre réglementaire dans notre questionnaire ne reflète pas une minimisation de leur importance mais plutôt un manque de cohérence avec notre étude. En effet, n'étant pas dans une démarche de vérification de la bonne traçabilité des mesures mais désirant être au plus près de la réalité du terrain, notre questionnaire, volontairement subjectif, ne se prêtait pas à l'évaluation de certaines recommandations ou exigences légales.

L'ensemble du questionnaire a été conçu de sorte que les professionnels puissent s'identifier, certaines questions ont été élaborées sous forme de phrases « entendues dans les services » afin d'amener les participants le plus possible vers des réponses fidèles à une réalité hospitalière loin des réponses protocolaires plaquées et attendues.

Le questionnaire (annexe 1) a été construit sous forme de 16 questions toutes obligatoires excepté la dernière, réparties en 5 thématiques.

Dans **la première partie, « Informations générales »** (Questions 1 à 4), concernant le profil du professionnel, nous avons demandé à l'ensemble des participants de renseigner leur profession et leur ancienneté en service psychiatrique. Deux autres questions, à branchement conditionnel, ont été créées à partir de cette question profession. (Pour les infirmiers, année d'obtention de leur diplôme, pour les internes, leur semestre d'internat.)

La deuxième partie, « Conditions matérielles – environnement » (Questions 5-7), concerne la structuration spatiale et temporelle des services. Elle comporte deux questions fermées type « oui/non » portant sur les conditions matérielles et une question qualitative fermée évaluant la fréquence selon une échelle de mesure à 5 niveaux (de jamais à toujours).

La troisième partie, « Concernant les pratiques de services » (Questions 8-12), s'intéresse aux modalités de mise en œuvre des mesures de MCI/C dans leur service. Elle se compose de quatre

questions qualitatives fermées évaluant la fréquence selon une échelle de mesure à 5 niveaux (de jamais à toujours).

La quatrième partie, « Concernant ma pratique » (Questions 13-15), se consacre de façon plus individuelle à la pratique des participants. Elle comporte une question qualitative fermée évaluant le degré d'appréciation selon une échelle de mesure à 5 niveaux (de pas du tout d'accord à tout à fait d'accord) et deux questions fermées type « oui /non » concernant la connaissance et l'accès aux guides et RBP de la HAS (HAS, Guide, 2016) (HAS, RBP, 2017).

La cinquième partie, « Vous avez la parole » (Question 16)

Pour finir et clôturant le questionnaire, une question facultative et ouverte laisse un espace d'expression libre sur le sujet de l'isolement et la contention.

Intérêt de l'échelle de Likert

Connues sous le nom d'« échelles de Likert », les questions qualitatives fermées évaluant la fréquence selon une échelle de mesure à plusieurs niveaux sont fréquemment utilisées pour identifier des opinions plus nuancées qu'une simple réponse binaire « Oui/Non ». Elles comptent parmi les outils les plus fiables pour mesurer les opinions, perceptions et comportements.

Déroulement de l'étude et procédures de recueil des données

Initialement, un mail présentant le projet a été envoyé à chaque chef de service afin d'obtenir leur accord pour présentation et diffusion du questionnaire. Il permettait alors, des rendez-vous organisés avec les participants potentiels pour le recueil de leurs adresses mail afin de leur envoyer le lien du questionnaire. Tous les chefs de services ont répondu par l'affirmatif, sauf l'un d'entre eux qui a souhaité diffuser lui-même le questionnaire auprès de ses équipes.

Tout le personnel paramédical et médical concerné, était invité à participer librement et de façon anonyme. Nous avons commencé la diffusion du questionnaire en juillet 2020 pour le clôturer en octobre de la même année, avec plusieurs relances du projet. Ce questionnaire a été envoyé par mail à chaque participant ayant fourni son adresse e-mail.

Les pratiques d'isolement et de contention étant fortement controversées, l'anonymat des participants s'avérait être une condition majeure, afin qu'ils puissent répondre de la façon la plus transparente possible, sans réserve et sans peur d'un quelconque jugement.

C'est pourquoi, nous avons choisi de réaliser notre questionnaire en ligne avec le logiciel Survey Monkey, garantissant un anonymat total (aucune possibilité d'accéder au service d'origine ni à l'identité des participants) et une analyse des résultats fiable. Nous disposons d'un lien permettant d'accéder à celui-ci, que nous pouvions envoyer aux participants volontaires.

Analyse des résultats

Une étude quantitative a été réalisée à partir des réponses aux questionnaires. L'analyse des résultats a été effectuée grâce à l'utilisation du logiciel SurveyMonkey.

NB : Pour la suite de la lecture des résultats, il est à noter que certains énoncés inclus dans les tableaux qui suivent, ont été, dans un souci de clarté, synthétisés et comportent des abréviations contrairement aux énoncés initiaux soumis aux participants. Toutefois, les formules originaires sont retranscrites dans le questionnaire de l'étude (annexe 1).

RÉSULTATS

Au total, 121 participants ont répondu au questionnaire. Les questions étant toutes obligatoires (sauf la dernière étant une remarque libre) et les participants n'ayant pas tous achevé le questionnaire, nous totalisons un taux d'achèvement de 86% avec 104 questionnaires complets, révélant un intérêt certain des participants à la problématique.

PARTIE 1 - INFORMATIONS GÉNÉRALES

Sur le profil des répondants (Questions 1 à 4)

Notre population totale est répartie en 21% d'aides-soignants, 44% d'infirmiers, 20% d'internes et 15% de psychiatres (**question 1**). La proportion des professionnels par catégorie est en adéquation avec la répartition classique des effectifs du personnel dans les services, malgré une participation sur la base du volontariat. La répartition par profession de ceux ayant achevé le questionnaire est comparable à la population initiale. En effet, sur les 104 participants ayant achevé le questionnaire, nous retrouvons 19% d'aides-soignants, 44% d'infirmiers, 21% d'internes et 16% de psychiatres.

Concernant l'année d'obtention de diplôme des infirmiers participants (**question 2**), 11% d'entre eux étaient diplômés avant 1992, 25% entre 1992 et 2009 et 64% après 2009.

Les internes répondants sont pour 25% en première année, 38% en deuxième année, 33% en troisième et 4% en début de quatrième année (**question 3**). Cette notion est importante à garder en tête, eu égard aux responsabilités qu'ils sont amenés à assumer.

Sur l'ensemble des répondants, toutes catégories confondues, presque un quart (24%) travaillent depuis plus de 10 ans en service de psychiatrie, 22% entre 5 et 10 ans, et la majorité, soit 54% y exercent depuis moins de 5 ans (41% entre 1 et 5 ans et 13% moins d'un an) (**question 4**).

PARTIE 2 - CONDITIONS MATÉRIELLES – ENVIRONNEMENT

Sur la structure de l'espace et du temps (Questions 5 à 7)

Concernant certaines dispositions architecturales essentielles (**question 5**), favorisant la diminution du recours à la MCI/C, une très grande majorité des participants répond qu'elles ne sont pas installées dans leurs services : 84% d'entre eux ont déclaré qu'elles faisaient défaut (moyenne des trois critères).

Tableau 1 – Résultats question 5

Q.5 votre service...		Oui	Non
a	Dispose de chambres individuelles pour chaque patient.	9,01%	90,99%
b	Dispose de chambres d'apaisement.	18,02%	81,98%
c	Dispose d'espaces de vie favorables à l'apaisement des patients.	21,62%	78,38%

Par ailleurs, concernant les conditions matérielles des chambres d'isolement dans leurs services (**question 6**), 60% de nos participants déclarent l'absence de l'ensemble des dispositifs que nous leur avons soumis, recommandés par la HAS. Il nous semble important de mettre en exergue que plus de 68% des participants déclarent qu'il n'existe pas de dispositif d'appel dans les chambres d'isolement de leurs services. Cette absence coupe le patient, alors totalement dépendant, de toute possibilité de communication avec les soignants, qu'il s'agisse de demandes de soins vitaux ou d'appels de détresse.

Tableau 2 – Résultats question 6

Q.6 Dans votre service, les chambres d'isolement...		Oui	Non
a	Sont équipées d'une horloge	47,75%	52,25%
b	Bénéficient d'un accès aux toilettes et à la douche.	65,45%	34,55%
c	Sont équipés d'un dispositif d'appel (accessible en étant sous contention).	31,53%	68,47%
d	Sont équipées d'un dispositif d'éclairage (réglable de l'ext. et de l'int.).	15,32%	84,68%

Enfin, en ce qui concerne les activités thérapeutiques (**question 7**), qui sont fortement propices à l'apaisement et conseillées dans le but de prévenir les tensions, 43% de nos participants déclarent qu'elles ne sont entre *jamais et rarement* mises en place au sein de leurs services.

Tableau 3 – Résultats question 7

Q7. Dans votre service, des activités thérapeutiques sont mises en place.				
Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
2,7%	40,54%	38,74%	14,41%	3,6%

PARTIE 3 - CONCERNANT LES PRATIQUES DE SERVICES

A propos des modalités de la MCI/C (Questions 8 à 12)

Alors que la décision de MCI/C doit désormais être prise par un psychiatre, 60% des participants rapportent que celle-ci (**question 8**) est fréquemment prise, entre *souvent et toujours* par un interne et 42% rapportent qu'elle est régulièrement prise entre *souvent et toujours* par l'équipe paramédicale.

Tableau 4 – Résultats question 8

Q8. Dans votre service, la décision de MCI/C est faite par...						
		Jamais	Rarement	Souvent	T. souvent	Toujours
a	Un psychiatre sénior	0,91%	16,36%	32,73%	33,64%	16,36%
b	Un interne en psychiatrie	14,02%	26,17%	46,73%	11,21%	1,87%
c	L'équipe soignante	18,18%	39,09%	21,82%	18,18%	2,73%

A propos de la mise en pyjama des patients lors de la MCI (**question 9**), seuls 35% des participants déclarent qu'elle est toujours justifiée cliniquement alors que les RBP exigent qu'elle le soit systématiquement.

Tableau 5 – Résultats question 9

Q9. Dans votre service, la mise en pyjama d'un patient lors d'une MCI est justifiée cliniquement.				
Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
15,32%	15,32%	19,82%	14,41%	35,14%

Les résultats que nous avons obtenus concernant les motifs de MCI/C (**Question 10**), montrent l'actuel usage de motifs contre-indiqués et interdits par le cadre réglementaire.

Tableau 6 – Résultats question 10 (partie 1/2) – Motifs contre-indiqués

Q10. Dans votre service, c'est un motif de MCI/C quand...						
MOTIFS CONTRE-INDIQUÉS		Jamais	Rarement	Souvent	T. souvent	Toujours
a	"Le patient arrive en SPDRE ou D398 (détenu)"	15,6%	21,1%	38,53%	13,76%	11,01%
b	"Alors qu'il manque un soignant, le patient se montre agité"	23,88%	38,81%	29,85%	7,46%	0%
c	"Il a été recommandé de mettre le patient en isolement s'il se montre à nouveau menaçant."	6,36%	23,64%	50,91%	17,27%	1,82%
d	"Le patient vient d'insulter violemment un soignant."	16,51%	56,88%	18,35%	7,34%	0,92%
e	"La patiente risque de fuguer, elle l'a déjà fait."	30%	50%	17,27%	1,82%	0,91%
f	"Le patient ne respecte pas les règles du service."	33,03%	50,46%	12,84%	3,67%	0%
h	"La patiente vient d'être ramenée dans le service après avoir fugué."	18,52%	41,67%	19,44%	12,96%	7,41%

Concernant le mode d'admission en SPDRE ou D398 (proposition a), 84% des participants déclarent qu'il peut être *de rarement à toujours* un motif de MCI/C alors que les RBP précisent qu'il ne peut en aucun cas en être un, toute MCI/C devant être justifiée cliniquement.

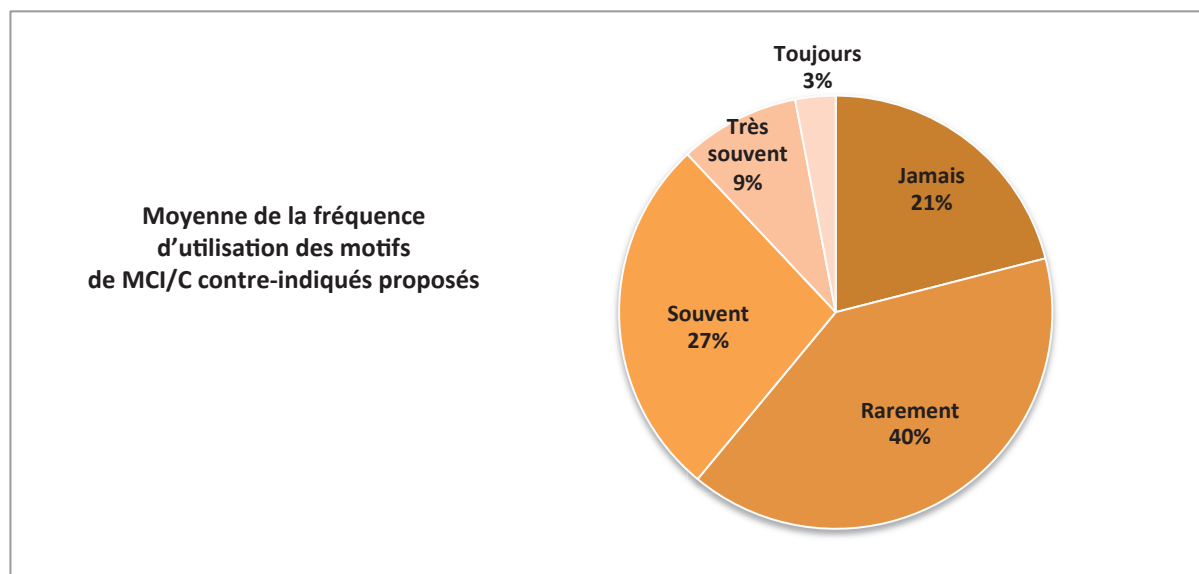
Ils sont 76% à répondre que l'absence d'un soignant (proposition b) peut être *de rarement à toujours* une indication, révélant ainsi que le manque d'effectif peut être à l'origine de MCI/C non justifiée cliniquement.

Les résultats de notre proposition de motif par anticipation (proposition c) sont alarmants : 94% des participants déclarent que des décisions de MCI/C par anticipation peuvent être prises *de rarement à toujours* dans leur service.

Concernant la moyenne des motifs punitifs (propositions d, f et h), formellement contre-indiqués, 77% de participants déclarent qu'ils peuvent être un motif de MCI/C *de rarement à toujours*.

Concernant l'ensemble des motifs contre-indiqués et interdits que nous avons proposé aux participants, 79% d'entre eux répondent qu'ils peuvent être entre *rarement et toujours* des motifs de MCI/C dans leur service (graphique 1).

Graphique 1 – Moyenne de la fréquence d'utilisation des motifs de MCI/C contre-indiqués proposés (propositions a, b, c, d, e, f et h) (**question 10**)



Concernant les résultats des motifs réglementaires que nous avons proposés aux participants (propositions g et i) présentant des situations immédiates ou imminentes de risques de passage à l'acte auto ou hétéro-agressifs, nos résultats montrent qu'ils sont les motifs les plus fréquents d'une MCI/C.

Tableau 7 – Résultats question 10 (partie 2/2) – Motifs réglementaires

Q10. Dans votre service, c'est un motif de MCI/C quand...						
MOTIFS RÉGLEMENTAIRES		Jamais	Rarement	Souvent	T. Souvent	Toujours
g	"Le patient est en train d'agresser un soignant."	0%	10%	18,18%	20,91%	50,91%
i	"La patiente risque probablement de se mutiler, il existe un risque suicidaire."	0%	8,26%	29,36%	35,78%	26,62%

(Question 11) Notons que 53% de nos participants déclarent qu'un manque d'effectif peut être de *rarement à toujours*, une situation empêchant une levée de MCI (moyenne des propositions d et e). Or, les RBP stipulent qu'une MCI/C ne doit être utilisée que pour une durée limitée, strictement nécessaire et pleinement justifiée cliniquement.

Tableau 8 – Résultats question 11

Q.11 Dans votre service, cette ou ces situations sont à l'origine d'une prolongation de la MCI/C						
		Jamais	Rarement	Souvent	T.souvent	Toujours
a	"L'effectif est suffisant pour permettre une courte sortie de la chambre d'isolement."	30,84%	29,91%	22,43%	14,02%	2,8%
b	"L'état clinique du patient s'est nettement amélioré mais la contention est maintenue jusqu'à la prochaine évaluation."	23,36%	37,38%	16,82%	12,15%	10,28%
c	« Il est indiqué une prolongation "si besoin" sur la feuille de prescription. »	55,66%	22,64%	17,92%	1,89%	1,89%
d	"Demain, il n'y a que des femmes donc on ne lève pas l'isolement de Mr X."	52,83%	25,47%	8,49%	11,32%	1,89%
e	"La consigne a été donnée de ne pas lever une iso le dimanche car il n'y a pas de psychiatre dans le service."	41,12%	20,56%	23,36%	11,21%	3,74%

(Question 12) Seuls 26% des participants déclarent que l'effectif est *très souvent à toujours* suffisant pour pouvoir effectuer des débriefings post levée avec l'équipe soignante alors qu'ils sont essentiels pour un moindre recours à la MCI/C. Seulement 20% des participants rapportent être *toujours* en nombre suffisant pour pouvoir réaliser un entretien avec le patient après la levée de la mesure d'isolement. Or, cet entretien est capital tant en terme de prévention qu'en terme d'alliance thérapeutique.

Tableau 9 – Résultats question 12

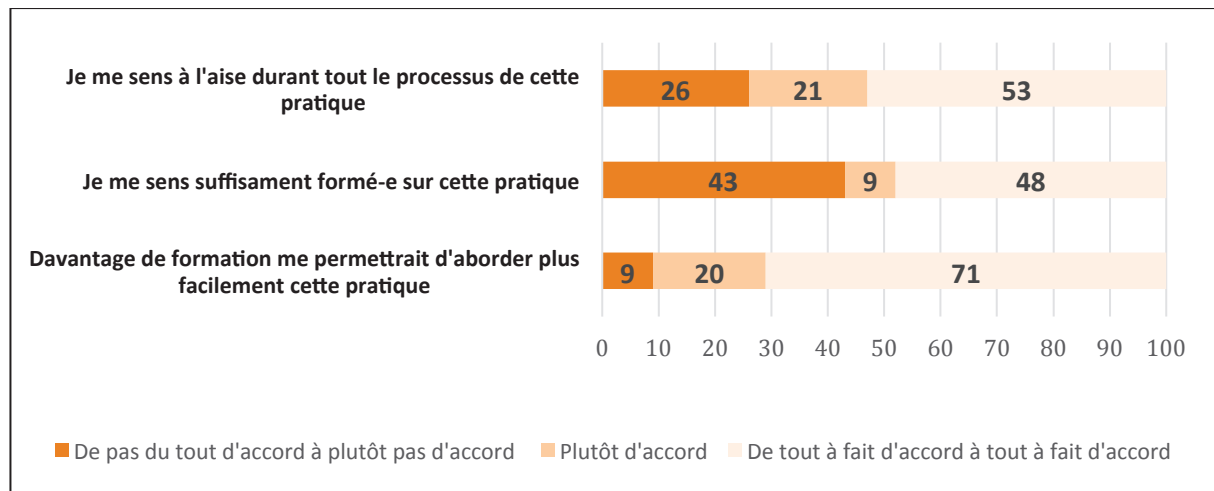
Q.12 Dans votre service, l'effectif est suffisant pour...						
		Jamais	Rarement	Souvent	T.souvent	Toujours
a	Effectuer la fréquence du suivi de la prescription médicale	2,83%	22,64%	41,51%	14,15%	18,87%
b	Pouvoir débriefier avec l'équipe soignante après une mise en isolement.	14,95%	35,51%	23,36%	14,95%	11,21%
c	Pouvoir reprendre en entretien avec le patient après la levée de MCI	7,48%	18,69%	35,51%	18,69%	19,63%

PARTIE 4 - CONCERNANT MA PRATIQUE

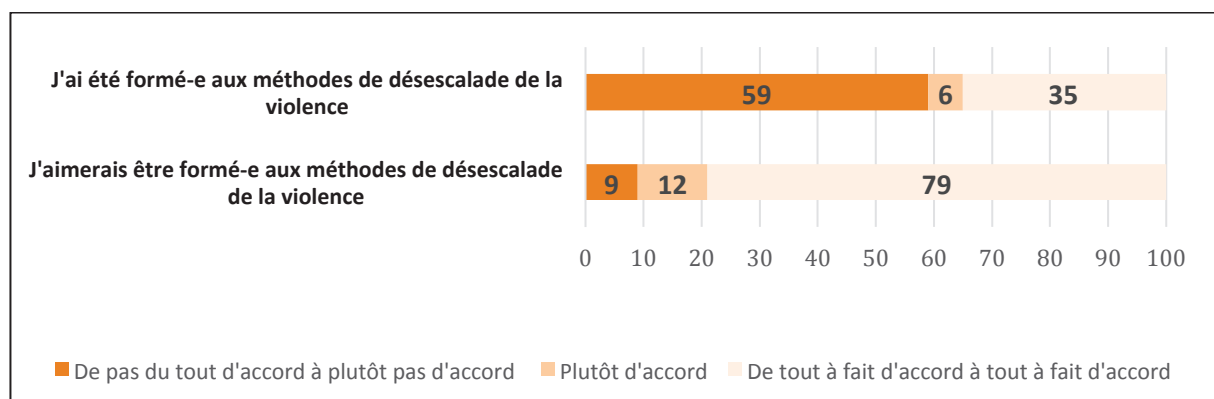
(Questions 13 à 15)

Contrairement aux questions précédentes abordant les pratiques de service, cette partie s'intéressait à la pratique individuelle des participants. Les résultats obtenus ont permis de dégager des tendances significatives, notamment concernant la perception qu'il avait de leur formation.

Graphique 2 – Résultats question 13 (partie 1/2) concernant la pratique de la MCI/C



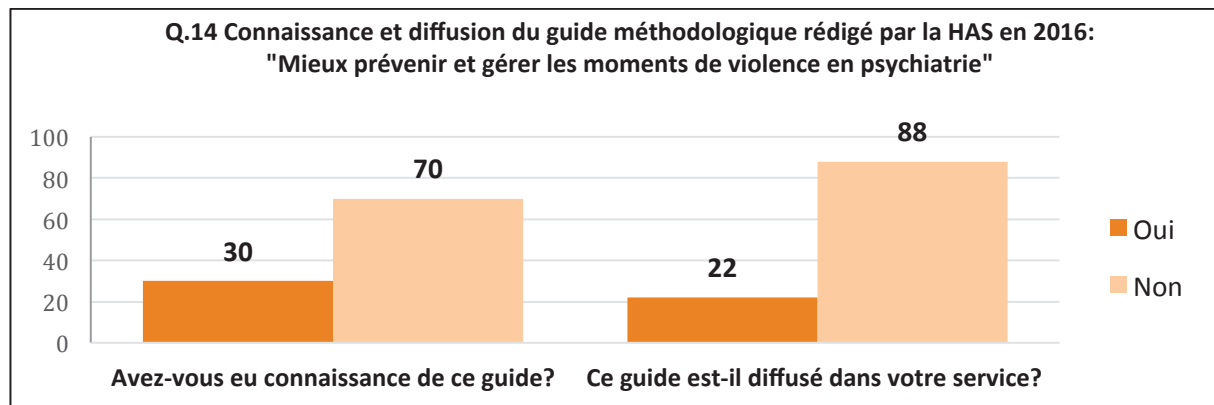
Graphique 3 – Résultats question 13 (partie 2/2) concernant la désescalade de la violence



Nous avons obtenu des résultats significatifs concernant la connaissance des documents rédigés par la HAS, de nos participants ainsi que leur diffusion dans leurs services (**Questions 14 et 15**) que nous avons représentés dans deux graphiques (Graphique 4 et 5).

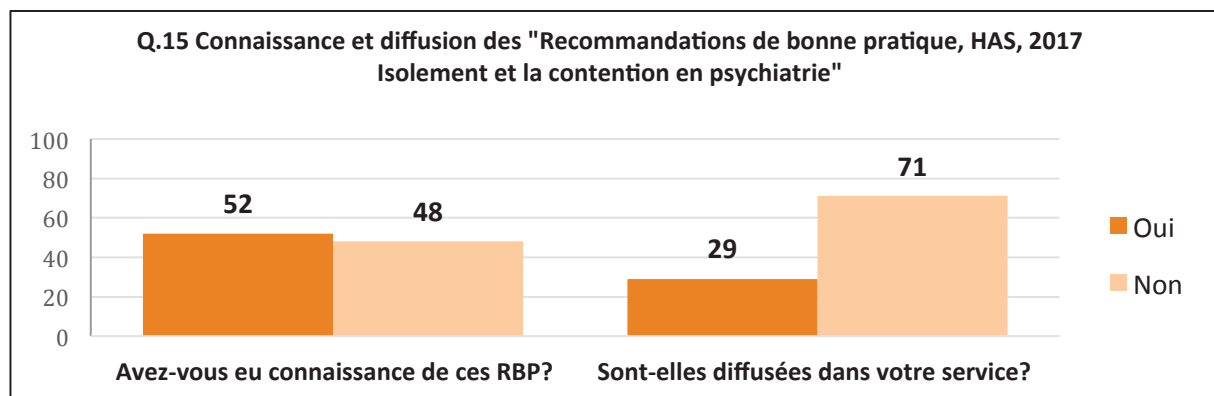
(Question 14) Concernant le guide méthodologique rédigé par la HAS en 2016 « Mieux prévenir et gérer les moments de violence en psychiatrie », seulement 30% des participants déclarent en avoir eu connaissance et 88% déclarent que ce guide n'est pas diffusé dans leur service (Graphique 4).

Graphique 4 – Connaissance et diffusion Guide méthodologique HAS 2016 (Question 14)



(Question 15). Quant aux recommandations de bonne pratique consacrées à l’isolement et la contention en psychiatrie (HAS, RBP, 2017), seulement un peu plus de la moitié (52%) des participants déclarent en avoir eu connaissance alors qu’il est le guide actualisé devant accompagner les pratiques de tout soignant. De plus, 71% déclarent qu’elles ne sont pas diffusées dans leur service.

Graphique 5 – Connaissance et diffusion RBP HAS 2017 (Question 17)



PARTIE 5 – « VOUS AVEZ LA PAROLE ! » (Question 16)

Pour finir, une question ouverte et facultative (**Question 16**), permettait aux participants de s’exprimer par un commentaire libre, sur le sujet de l’isolement et la contention. Les réponses obtenues à cette dernière question, nous permettent de souligner l’intérêt des participants au sujet de la MCI/C. En effet, 26% de nos participants ont rédigé une remarque libre à la fin du questionnaire : 31 participants, soit 6 psychiatres, 13 infirmiers, 5 internes et 7 aides soignants. Au delà d’une participation que nous jugeons conséquente, le degré d’implication de ces participants confirment l’importance de notre démarche. De surcroît, nous tenons à souligner la qualité et la pertinence de leurs remarques toutes professions confondues, qui nous ont accompagnées et parfois guidées dans notre réflexion.

DISCUSSION

A. Des réglementations en option

Quatre ans après leur légifération et trois ans après la création des RBP par la HAS, l'application du cadre réglementaire de ces méthodes coercitives semble, à travers l'ensemble des réponses à notre questionnaire, encore en souffrance, non constamment appliqué, et parfois difficilement applicable (Loi CSP, 2016) (HAS,RBP,2017). Si le CGLPL fait état dans ses deux derniers rapports d'une évolution positive observée dans les différents services psychiatriques visités, il conclut toutefois en 2018 ne pas pouvoir affirmer que l'application de ces mesures soit effective dans l'ensemble des services. En 2019, il confirme ses positions, réitérant les constats qu'il avait effectué ces dernières années, avant de condamner sévèrement et longuement, encore une fois, certaines pratiques persistantes (CGLPL, 2018) (CGLPL, 2019).

a. Forme et fond des recommandations de bonne pratique de la HAS

Répondant à la législation, les RBP, rédigées par la HAS en 2017 à partir d'un état de l'art du sujet (HAS,A.S,2017), présentent de façon exemplaire et particulièrement précise, l'ensemble des modalités de la MCI/C devant être désormais mises en œuvre par les professionnels de santé. Cependant, alors qu'elles se doivent d'être le guide actualisé accompagnant les pratiques de tout soignant, seulement 52% de nos participants déclarent en avoir eu connaissance. Composées de 44 pages, distribuées en 16 chapitres, elles détaillent, point par point, les pratiques que doivent désormais revêtir l'isolement et la contention (HAS, RBP, 2017). Or, malgré un contenu irréprochable, 71% des participants de notre étude déclarent qu'elles ne sont pas diffusées dans leur service. L'important volume des informations qu'elles recouvrent semblerait aussi difficilement transmissible que diffusable auprès des équipes paramédicales et médicales, et ce, malgré l'existence de synthèses officielles de quelques pages (HAS, Synthèse Contention, 2017) (HAS, Synthèse Isolement, 2017).

b. Du « devenu indispensable » à « l'exigence de derniers recours »

Dans le rapport le plus récent du CGLPL, Adeline HAZAN confirme la tendance à la régression de l'Etat de droit, n'hésitant pas à dénoncer que l'enfermement semble être devenu un moyen, à court terme, de se rassurer. (CGLPL, 2019). L'augmentation de la fréquence de l'utilisation de ces méthodes coercitives dans les services, semble en effet, devenue proportionnelle à la diminution des moyens accordés à la psychiatrie et une lente bascule des pratiques s'est observée. Dans notre étude, l'un des infirmiers fait ce commentaire : « *Quand j'ai commencé mes études dans les années 1990, l'isolement et la contention étaient exceptionnelles car les soignants étaient en nombre et formés*

(infirmiers psy). *De nos jours, cette pratique se développe de façon alarmante faute de moyen humain et de budget comme partout !!* » .

Alors que la qualité du contenu des RBP ne peut être remise en question, l'application de ses modalités de mise en œuvre, se heurte, quant à elle, à la comptabilité et la réalité hospitalière.

B. La « triade » coûteuse du moindre recours

Les réponses des spécialistes sur les facteurs influant sur la diminution du recours à la MCI/C convergent toutes vers un manque de moyens, se répercutant sur trois éléments fondamentaux : les effectifs, la formation des professionnels et les conditions matérielles (Perrin-niquet, 2018) (Alzerah, 2018) (Chieze, 2019) . Les résultats de notre questionnaire concernant ces trois éléments, montrent qu'ils font globalement souvent défaut dans les services. Ils sont pourtant essentiels au moindre recours à la MCI/C. Ainsi, nous pouvons comparer cette « triade » de facteurs à un tabouret, où chacun de ses trois pieds est indispensable à son bon équilibre ; si un de ces éléments est absent ou défaillant, l'objectif du moindre recours à la MCI/C devient compromis.

a. L'effectif

Par ce questionnaire, nous avons pu poser de nombreuses questions se rapportant de façon directes ou indirectes à l'impact des effectifs dans les services. Outre le manque d'effectif qu'ils révèlent, nos résultats montrent que celui-ci peut se répercuter dans les services de différentes manières. En effet, nous verrons que s'il peut impacter la prévention des montées de tension, il peut aussi être à l'origine de certaines décisions de MCI/C, comme il peut également transformer le fonctionnement général d'une équipe et compromettre l'alliance thérapeutique (Cano, 2009) (Guivarch, 2016).

Tandis que dans ses RBP, la HAS stipule que l'isolement ou la contention ne doit en aucun cas « *répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels* », l'hôpital psychiatrique souffre d'un manque chronique de personnel paramédical et médical (HAS, RBP, 2017). Comment respecter les consignes imposées, en l'absence d'aucun autre moyen pour pallier à l'insuffisance de personnel ?

Le défaut de personnel médical, et, en particulier le manque de psychiatres, peut avoir de nombreuses répercussions, notamment sur l'organisation d'un service et l'implication médicale indispensable face à des patients compliqués (CGLPL, 2018). Si notre étude relève entre autre un manque de psychiatres, elle traduit également les différents impacts de leur absence dans les services. Pouvant être à la fois à l'initiative de décisions comme de prolongations de MCI/C injustifiables cliniquement, leur absence met en péril la politique de moindre recours à la MCI/C.

Dans notre étude, seulement 50% de nos participants rapportent que la décision de MCI/C est prise par un psychiatre sénior entre *très souvent et toujours*, nous forçant à l'interrogation concernant le

taux de décision prise par l'équipe soignante ou les internes. Ils sont 60% à déclarer que cette décision est de *souvent à toujours* prise par un interne et 43% ont indiqué qu'elle est prise de *souvent à toujours* par l'équipe paramédicale. Or, ce type de situation ne devrait rester qu'exceptionnelle. Ces mesures coercitives pouvant être fortement délétères, leurs décisions se doivent d'être le plus possible justifiées médicalement et le plus rapidement possible, même si un délai d'une heure est accordé pour validation médicale par un médecin psychiatre par les RBP (HAS, RBP, 2017). Par ailleurs, 94% de nos participants répondent qu'une décision par anticipation peut être, entre *rarement et toujours*, à l'origine d'une MCI/C dans leur service, mettant en lumière la persistance de ces solutions « faute de mieux », servant souvent à pallier l'absence de psychiatre. Enfin, lors d'une question soulevant explicitement la corrélation entre le manque de psychiatre le week-end et la prolongation de la MCI, 59% de nos participants ont répondu que leur absence pouvait être entre *rarement et toujours* à l'origine d'une prolongation de MCI. Si nos résultats rapportent que le manque de psychiatres peut se révéler être à l'initiative de décisions de MCI/C sans justifications médicales, il expose aussi le défaut d'évaluation ou de réévaluation médical des patients pouvant mettre en péril la politique de moindre recours à la MCI/C, alors que, toute décision de MCI/C doit être prise médicalement pour une durée la plus courte possible et que le caractère anticipatoire est absolument proscrit par le cadre réglementaire (Loi CSP, 2016) (HAS, RBP, 2017).

L'importance d'une présence et d'une implication médicale forte, par le médecin responsable et son impact sur le fonctionnement des équipes et les comportements des patients a déjà été établi, il y a plus de 20 ans par Katz et Kirkland, en 1999. Après avoir comparé différentes organisations, les auteurs ont distingué de façon manichéenne, deux types de services : les « services non-violents » et les « services violents ». Ainsi, dans les services où l'agressivité des patients était moindre, nommés « services non-violents », il régnait une atmosphère de confiance générale scellée par une bonne alliance thérapeutique et caractérisée notamment par une forte présence du psychiatre responsable, des projets précis et une réelle cohésion d'équipe. A l'inverse, dans « les services violents », les médecins responsables étaient peu présents, les procédures et les responsabilités peu définies, sans réels projets de soin, ou de reprises des incidents. Une atmosphère de peur, de défiance et d'insatisfaction du personnel semblait corrélée à l'augmentation du comportement violent et de l'agressivité des patients (Katz, 1990) (Mauras, 2017) (Camelot, 2020).

En psychiatrie, les interactions entre les patients et les équipes médicales et paramédicales sont la pierre angulaire du processus d'alliance thérapeutique et donc essentiels dans la recherche d'un apaisement global lors de leur prise en charge. La présence soignante est déterminante, elle permet

d'évaluer l'état, notamment psychique, et doit pouvoir être adaptée à la clinique de chaque patient, or, les soignants n'ont souvent pas le temps de pouvoir répondre aux demandes des patients ou parfois pas assez rapidement. L'un de nos infirmier participant écrit à ce sujet : « *En psychiatrie, le contact humain est le soin essentiel qui permet d'amorcer avec le patient une prise en charge efficace. Le manque de moyen, le manque de personnel soignant, l'accumulation des tâches administratives, ne permettent plus aux soignants de prendre en charge les patients avec humanité. L'impact à de multiples répercussions tant sur la prise en charge des patients, sur leurs rechutes qui génèrent un retour en institution ainsi que sur la déshumanisation du soin et de la perte de sens pour les soignants... Tous ces facteurs conduisent à la perte d'une relation de qualité qui génère de ce fait une multiplication des situations de violence...* ». La présence soignante dans les services, y compris dans les échanges banals du quotidien, a démontré un impact considérable sur la diminution des situations à risque, parfaitement illustré dans les entretiens croisés patients/soignants de l'étude de Perron (Perron, 2015) (Lewis, 2009). En effet, elle est la garante d'une contenance psychique et d'évaluations régulières permettant non seulement de repérer plus rapidement les prémices d'un épisode d'agitation et de désamorcer certaines montées de tension.

Alors qu'un entretien post levée avec le patient devrait être systématique, seulement 38% des participants déclarent être en effectif suffisant pour le réaliser entre *très souvent et toujours* après la levée de MCI/C. Le patient étant jusque là souvent inaccessible au dialogue, le but de cet entretien est de reprendre avec lui les causes ayant entraîné ce recours, d'analyser les causes de l'échec des moyens alternatifs entrepris, d'identifier les facteurs ayant menés à cette crise afin de pouvoir les prévenir par la suite (HAS, RBP, 2017) (Meehan, 2020) (Friard, 2002). En outre, de nombreux patients rapportent un vécu difficile de l'enfermement, un sentiment d'incompréhension et une perception de leur pathologie comme étant « répréhensible » (Cano, 2011). L'objectif est également d'assurer un meilleur vécu global de l'hospitalisation du patient pour maintenir l'alliance thérapeutique ; les soignants devant être perçus comme les thérapeutes qu'ils sont et non pas comme des persécuteurs. Une bonne alliance thérapeutique étant un des éléments les plus important pour un moindre recours à la MCI/C.

Bien qu'un débriefing post levée MCI/C avec l'équipe soignante devrait être systématique, seulement 26% des participants déclarent être en effectif suffisant pour le réaliser entre *très souvent et toujours*. Une réunion systématique après chaque mise en isolement permet aux équipes paramédicales et médicales de s'exprimer, de s'ajuster et de pouvoir ensemble réaliser une analyse des pratiques dans l'objectif commun de les améliorer comme le recommande la HAS (HAS, RBP, 2017). Ces espaces de dialogues permettent aux soignants de pouvoir exprimer leurs difficultés face à cette pratique dans un contexte d'exigences contradictoires et de dissonance éthique. Ils favorisent également la

réflexion à des alternatives à l'isolement et à la contention en retravaillant en équipe la prévention, l'amélioration de la contenance relationnelle à travers la disponibilité, le renforcement et la qualification de l'équipe soignante (HAS, RBP, 2017).

b. Structure espace et temps

Comme tout être vivant, le patient est très interdépendant de son environnement (CPN, 2018). Un environnement (architecture et équipements) adapté et sécurisant s'avère être un élément favorisant l'apaisement et une meilleure acceptation des soins et donc une diminution des comportements à risque et de l'agressivité se soldant par la diminution de la MCI/C (HAS, RBP, 2017). Or, 84% des participants rapportent que leur service ne bénéficie pas de ces conditions (chambres individuelles, chambres d'apaisement, espace de vie suffisant). Ces chiffres sont à l'image des unités de psychiatrie françaises et des faibles moyens qui lui sont accordés. Pourtant, il est démontré qu'un environnement sécurisant et apaisant permet de diminuer les moments de tensions et d'éviter l'escalade de ces dernières. Elle révèle l'importance de ces conditions afin de trouver un équilibre entre la vie collective au sein de l'unité, le respect de l'intimité et le besoin pour certains patients d'être préservés des stimuli extérieurs. De plus, lorsqu'une crise ou montée de tension se présente, ces dispositions permettent d'être des alternatives à la MCI/C, réduisant ainsi son utilisation (Gagnon, 2013).

En 2017, dans ses RBP, la HAS rappelle que l'espace d'isolement « *doit respecter l'intimité et la dignité du patient et permettre le repos et l'apaisement* » (HAS, RBP, 2017). Elle y dresse une liste d'équipements indispensables à une prise en charge d'isolement convenable. Or, 60% de nos participants révèlent que, dans leur service, ce matériel fait défaut. Notons en particulier, l'absence de dispositif d'appel dans les chambres d'isolement rapporté par 68% des participants. Ces résultats ne peuvent que nous interroger sur le manque de moyens mis en place. Rappelons que ces alarmes permettent aux patients, notamment lorsqu'ils sont attachés, d'appeler les soignants pour pouvoir bénéficier de soins vitaux comme l'accès aux toilettes (contraints à se soulager sur eux le cas échéant), à la nourriture et aux besoins d'accompagnement psychologiques de ces patients, qui souvenons-nous, sont isolés et en souffrance aigüe. En 2016, le rapport du CGLPL faisait déjà état de « *chambres d'isolement étant souvent dépourvues de sonnette d'appel, les patients enfermés ne disposent pas d'autre moyen d'alerter les soignants que de taper à la porte ou de crier* » (CGLPL, 2016).

Dans notre étude, 43% des participants ont déclaré que dans leur service, des activités thérapeutiques ou occupationnelles n'étaient que *rarement ou jamais* mises en place. Or, comme le

rapporte la HAS en 2016 dans son guide pour « mieux prévenir et gérer les moments de violence », les activités thérapeutiques sont un facteur non négligeable dans la prévention de la violence car elles favorisent l'apaisement des patients. Diminuant ennui et l'isolement, celles-ci les contiennent psychologiquement et ainsi, évitent la montée des tensions (HAS, Guide, 2016) (Guivarch, 2013). Qu'elles soient considérées comme occupationnelles ou thérapeutiques, l'introduction d'activités permet une profonde transformation du cadre de vie hospitalier. Elles sont un outil qui permet à la fois d'entrer en relation et d'ouvrir un espace pour contenir les processus intersubjectifs. Cet espace de dialogue et de réflexion peut permettre une meilleure compréhension de ce qui se passe pour le patient, le soignant et le monde extérieur en créant de la communication et de l'écoute (Di rocco, 2018). Ces interactions sociales aident au renforcement de la relation soignant/soigné et améliorent l'alliance thérapeutique. Elles créent une atmosphère sécurisante, contenant et limite les situations tendues.

c. La formation

Les mesures de MCI/C sont des mesures coercitives et sécuritaires ne se pratiquant qu'après l'échec de toutes alternatives, lorsque les tensions ont atteint leur paroxysme. Elles peuvent impliquer la maîtrise puis l'attache de plusieurs membres d'un patient par l'usage de la force. Une myriade de compétences est requise à la pratique et la gestion d'une MCI/C, de l'entreprise d'alternatives au savoir-faire qu'exige l'usage des sangles. Au delà des nombreuses problématiques éthiques ou déontologiques que ces mesures peuvent soulever, devant l'implication physique et psychique qu'elles nécessitent, et, face aux compétences qu'elles imposent, l'inconfort qu'expriment nos participants prend tout à fait sens. En effet, seulement 16% de nos participants ont répondu se sentir *tout à fait* à l'aise durant l'ensemble du processus de MCI/C. A fortiori, 84% des autres participants ressentent plus ou moins de la malaisance au cours de cette pratique. Il nous a semblé important, que ces inconforts éprouvés, quels qu'ils puissent être, soient soulevés. Car, comment réussir à construire un lien de confiance avec un patient alors que l'on ne sent pas à l'aise ?

Les enseignements en psychiatrie ont été drastiquement diminués, tandis que les missions sont croissantes et que la problématique psychiatrique nécessite des savoirs spécifiques (Guivarch, 2016). Il apparaît une insuffisance de formation face aux tâches demandées se reflétant dans nos résultats. En effet, 71% des participants affirment entre *plutôt d'accord et tout à fait d'accord*, qu'avec une formation supplémentaire, il leur serait plus facile d'aborder la pratique de la MCI/C. Il est vrai que nous avons pu constater lors de notre expérience certaines incompréhensions des comportements de patients générées notamment par une méconnaissance des mécanismes psychiques. Or, il est essentiel de comprendre et de savoir que l'agressivité d'un patient est un symptôme de sa maladie traduisant l'expression de sa souffrance. Que celle-ci témoigne de l'incapacité du sujet à transformer

autrement ses vécus internes. Elle est l'expression brutale d'un vécu douloureux, non transformé par celui-ci en mots, en capacité à attendre, à différer et traduit à la fois une souffrance indicible et inintelligible ainsi que la recherche d'une position active possible à ce moment-là. Cela permet de percevoir et de recevoir l'agressivité comme un symptôme de la maladie. Une meilleure compréhension des mécanismes en jeu pourrait conduire à laisser l'isolement et la contention en ultime recours au profit d'une palette de réponses cliniques alternatives (Hirsch, 2019). Sinon, comment être dans une démarche clinique réflexive et bienveillante?

Les données de la littérature s'accordent à dire que l'augmentation du recours à ces pratiques est le résultat d'une formation initiale insuffisante des infirmiers mais également du reste de l'équipe (Chazalet, 2014). Dominique Friard, infirmier de secteur psychiatrique travaillant sur la problématique de la MCI/C depuis plus de vingt ans, note que la suppression de la formation spécifique des infirmiers, contribue possiblement à ce changement de paradigme, les soignants n'ayant plus de formation spécifique à la gestion de la « violence » et débutant leur carrière dans un hôpital psychiatrique où agitation peut vite rimer avec isolement et contention (Friard, 2015).

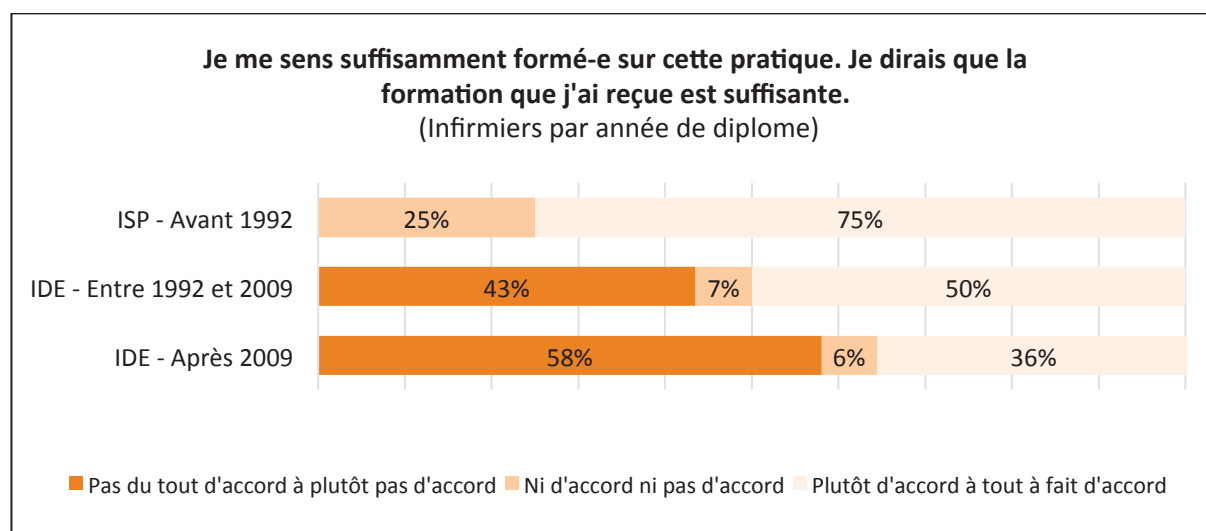
Le travail des infirmiers en psychiatrie apparaît fondamentalement différent des soins dispensés par leurs homologues en médecine somatique. La dimension relationnelle domine les prises en charge, elle est au cœur de leur métier. L'infirmier psychiatrique doit savoir, en spécialiste, décrypter les besoins et demandes des patients qui peuvent être beaucoup moins claires qu'en santé somatique. Considérant le temps qu'ils passent avec les patients, ils sont souvent garants d'une grande partie de la construction et du maintien de l'alliance thérapeutique. Cependant, et malgré l'indéniable nécessité d'une formation particulière, en 1992, la formation spécifique d'Infirmier de Secteur Psychiatrique (ISP) a été abandonnée pour laisser place à une formation généraliste d'Infirmiers Diplômé d'État (IDE). Ainsi, depuis la suppression des ISP, le nombre d'heures de la formation théorique des infirmiers psychiatriques a été divisée par 8 et le nombre d'heures de stage pratique est 4 fois moins important (tableau 10). De surcroît, la spécialisation du diplôme n'est plus choisie et une partie des jeunes diplômés se « retrouvent » à exercer en psychiatrie non plus par choix mais par défaut.

Tableau 10 – Formation professionnelle des infirmiers en psychiatrie.

FORMATION PROFESSIONNELLE DES INFIRMIERS EN PSYCHIATRIE		
Année et intitulé du diplôme	Nombre d’heures de cours spécifiques psychiatriques	Nombre d’heures de stages spécifiques psychiatriques
Avant 1992 (Diplôme ISP)	800 H	De 800 à 1100 H
De 1992 à 2008 (Diplôme IDE)	400 H	280 H
Depuis 2009 (Diplôme IDE)	Environ 100 H	De 175 à 350 H max.

Les résultats que nous avons obtenus en comparant l’aisance des infirmiers dans leur pratique et leur formation en fonction de leur année d’obtention de diplôme sont significatifs (Graphique 6). Ils permettent de mettre en relief le manque de formation ressenti par les infirmiers augmentant proportionnellement avec la diminution de leur formation.

Graphique 6 – Sentiment de formation des infirmiers selon leur diplôme.



De surcroît, la politique vers un moindre recours à la MCI/C, nécessite d’accompagner et de former les équipes en ce sens afin de relever ce défi. En effet, utiliser la MCI/C en ultime recours, exige un savoir être et un savoir faire bien spécifique, une expertise particulière de l’équipe paramédicale et médicale s’impose (Mauras, 2017). Notons que 79% des participants répondent entre *plutôt d’accord et tout à fait d’accord* qu’ils aimeraient être formés aux méthodes de désescalade de la violence.

Dans cette démarche de formation continue et supplémentaire, la HAS a d'abord publié en 2016 un guide méthodologique ayant pour but de « *soutenir la mise en place de démarches d'amélioration adaptées aux besoins des équipes* » et de renforcer leurs compétences. Cependant, seulement 30% des participants déclarent en avoir eu connaissance et 88% déclarent que ce guide n'est pas diffusé dans leur service (HAS, Guide, 2016). Ce guide de 63 pages « pour mieux prévenir et gérer les moments de violence en psychiatrie » présentant les étapes de la prise en charge est assorti de 15 programmes d'amélioration des pratiques de 23 pages, de 14 outils, chacun constitués entre 5 et 10 pages et enfin d'un rapport bibliographique de 139 pages. Présenté comme un guide aux documents « *facilement appropriables dans le cadre de l'exercice quotidien des professionnels* », il dissèque et couvre littéralement l'ensemble du sujet mais semble difficilement transmissible comme le montrent nos résultats.

Quant aux recommandations de bonne pratique consacrées à l'isolement et la contention en psychiatrie (HAS, RBP 2017), seulement un peu plus de la moitié (52%) des participants déclarent en avoir eu connaissance alors qu'il est le guide actualisé devant accompagner les pratiques de tout soignant vers un moindre recours à la MCI/C. De plus, 71% déclarent qu'elles ne sont pas diffusées dans leur service. Bien que nous notions une volonté de synthèse dans la rédaction de ce dernier document, sa transmission semble encore laborieuse.

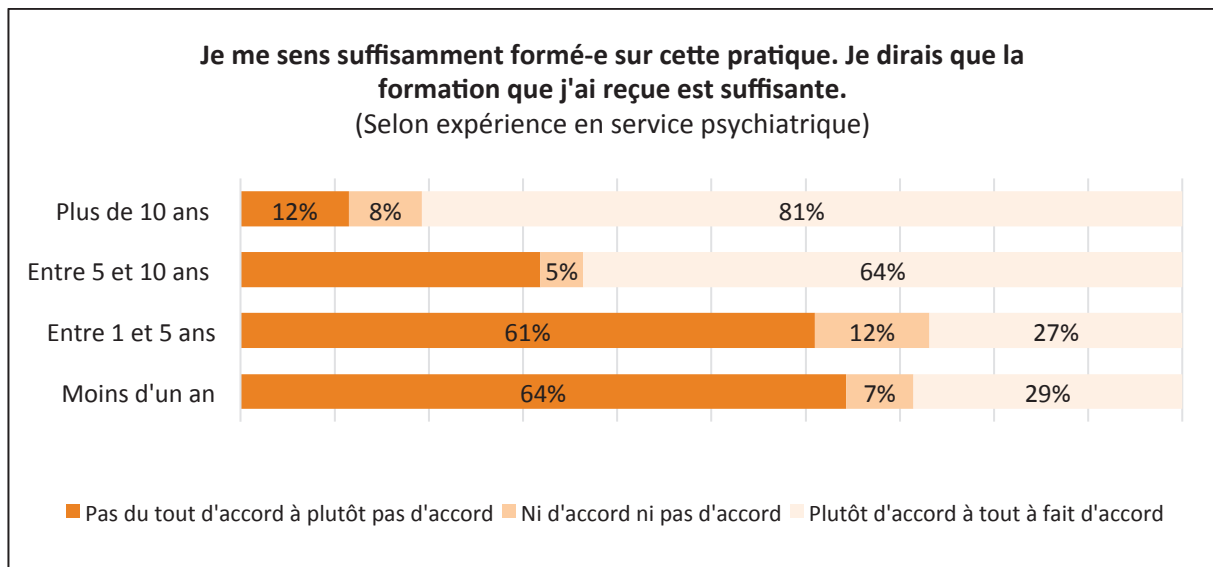
Pourtant, l'ensemble de ces guides s'avère indispensable pour permettre au praticien de disposer d'un éventail de connaissances et de possibilités suffisamment large afin qu'il puisse faire preuve de stratégies et de créativité face aux situations complexes pour éviter le recours à la MCI/C.

Le fait de ne pas avoir « toutes les cartes en main », peut altérer sa capacité à rencontrer l'autre et entraîner un raidissement qui diminuera voire éteindra sa réflexion clinique. Or, les modalités de MCI/C doivent être constamment réfléchies, ajustées et réévaluées tout au long de sa procédure et en aucun cas obstruées ou jugulées par l'application stricte d'un protocole autorisé.

Auteure de nombreux articles consacrés au sujet, Annick Perrin-Niquet cadre de santé en psychiatrie, conclut l'un de ses articles par ces lignes : « *Notre cœur de métier est la rencontre avec l'autre souffrant, rencontre qui est le socle d'une relation de soin. C'est un métier difficile qui s'apprend et se travaille.* » (Perrin-Niquet, 2014). Il est vrai que l'expérience est indispensable et permet de s'aguerrir. Comment demander à un magicien de réussir un tour de magie complexe sans qu'il se soit entraîné à le faire ?

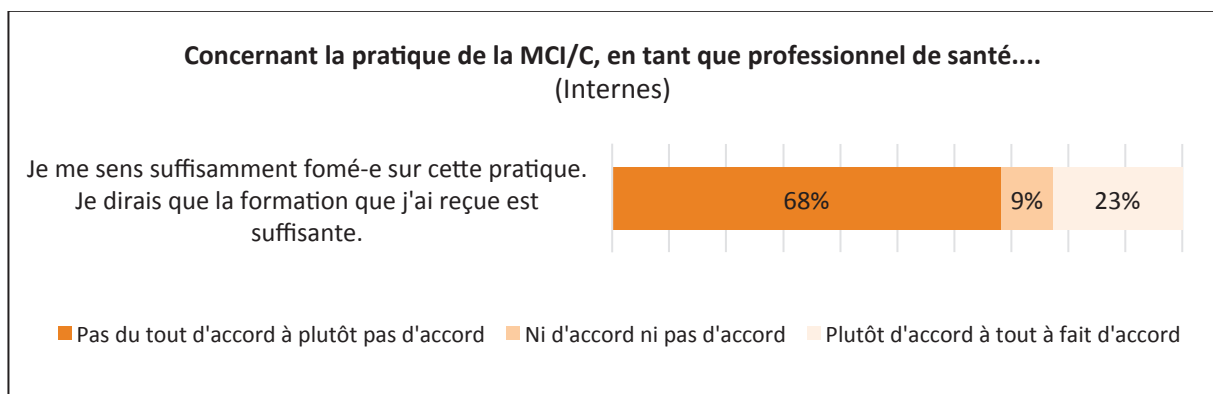
Les résultats que nous avons obtenus en comparant l'aisance des participants dans leur pratique et leur expérience sont significatifs (Graphique 7). Ils permettent de mettre en relief le manque de formation ressenti par les praticiens augmentant proportionnellement avec la diminution de leur expérience.

Graphique 7 – Sentiment de formation des participants selon leur expérience.



Quant aux internes, tout semestres confondus, leur sentiment concernant leur formation à la MCI/C est significatif comme nous pouvons le voir ci-dessous (Graphique 8).

Graphique 8 – Sentiment de formation des internes



Le compagnonnage des anciens ayant plus de formation et d'expérience avec les jeunes diplômés, permet une transmission aux jeunes, et peut en partie pallier à leur manque de formation. Or, il se raréfie en raison de leur départ progressif à la retraite. Cette proportion diminuée d'infirmiers expérimentés dans les équipes s'observe dans notre étude qui ne compte que 11% d'ISP parmi les infirmiers participants. L'abandon de la formation des ISP et le progressif départ à la retraite de cette génération de soignants sont des arguments souvent mis en avant dans la littérature, comme éléments participants à l'augmentation au recours à ces méthodes coercitives (CPN, 2018) (Camelot, 2020).

C. LA VARIABLE SUBJECTIVE : LE FACTEUR HUMAIN

Les modalités de la MCI/C ne répondent pas exclusivement à l'application d'une recommandation ou d'une pratique à suivre. Elles se font dans le lit d'intersubjectivités, elles même interdépendantes de nombreux facteurs comme nous venons de le voir. Si les articles s'accordent de façon quasi unanime sur ces trois éléments que nous avons identifiés comme « triade » indispensable à la réduction du recours à ces méthodes, ils font également mention d'autres éléments. Citons par exemple, l'appauvrissement des réflexions cliniques et psychopathologiques ou encore le sentiment de peur inhérent en psychiatrie. Pourtant fréquemment retrouvés dans la littérature, ces éléments ne sont néanmoins que peu étudiés dans le cadre de la MCI/C. Or, il s'avère qu'ils sont des facteurs intrinsèques à l'équation. Aborder la mise en isolement et la contention ne peut se faire en omettant le facteur humain, sa subjectivité transcendant chacun des précédents éléments.

a. Un recours à l'appréciation subjective

La loi, exige que la MCI/C ne soit utilisée qu'en tant que mesure sécuritaire, pour « *prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui* » (Loi, CSP, 2016).

Or, les résultats que nous avons obtenus montrent qu'en pratique, les motifs conduisant à une MCI/C ne se réduisent pas à ces indications réglementaires (tableau 6 et graphique 1). Les RBP de la HAS, s'appuyant sur la loi CSP de 2016, recommandent que ces mesures ne soient utilisées que pour la « *prévention d'une violence imminente du patient ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui* » (HAS, Synthèses, 2017).

Seulement, où commence « la violence » exigeant une MCI/C ? Qu'entend-t-on, ou, que devrions nous entendre par ces mots ou ces concepts de « violence », de « non maîtrisable » et de « risque grave pour l'intégrité », tous habités par une subjectivité latente ? Ce qui est violent pour certains ne le sera peut-être pas pour d'autres, ou, pas de la même façon, à l'instar de la capacité à maîtriser et du degré d'atteinte à l'intégrité qui seront eux aussi différents. Devant le même comportement agressif d'un patient, nous observons des vécus, des réactions, des comportements et des décisions différentes selon les praticiens comme en témoignent l'hétérogénéité des résultats que nous obtenus concernant les motifs de MCI/C (tableau 6). Malgré les nombreux détails qui recouvrent l'ensemble des procédures de MCI/C, certaines modalités des RBP et loi s'avèrent floues et permmissibles. Elles semblent se remettre à l'interprétation personnelle de son lecteur.

b. Un glissement sémantique : « du symptôme d'agressivité » au « comportement violent »

Nous constatons qu'aujourd'hui, la psychiatrie n'est souvent présentée que sous le prisme de la « violence » des patients et de leur potentielle dangerosité. D'ailleurs, force est de constater que les documents destinés aux soignants sont établis pour faire face à la « dangerosité » des patients et ne font rarement d'autres mentions que de celles abordant leur « violence » en psychiatrie. Leurs titres évocateurs ainsi que leurs contenus ne laissent aucune place à l'ambiguïté ; « mesures sécuritaires » pour y faire face et guides pour « mieux prévenir et gérer les moments de violence en psychiatrie » (HAS, Guide, 2016) (Loi CSP2016) (HAS, RBP, 2017).

La « violence » implique un caractère volontaire et appelle à la punition. En effet, « *qui dit violence dit danger, se protéger, punir. Qui dit agressivité, dit contenir et protéger. Qui dit souffrance dit, protéger et soigner* » (Perrin-Niquet, 2018). D'ailleurs, nous observons dans notre étude que 77% des participants déclarent que des motifs punitifs peuvent être à l'origine d'une MCI/C *de rarement à toujours*.

Au fil des ans, nous avons assisté à une évolution corollaire de la sémantique utilisée face aux situations d'agressivité et des pratiques qui lui sont associées. En effet, s'il y a plusieurs décennies, les équipes faisaient référence à des notions cliniques de comportements identifiés comme expressions symptomatiques d'une souffrance, elles s'expriment désormais à travers la notion d'actes rattachés à l'expression d'une violence et leurs pratiques s'en trouvent modifiées (Perrin-Niquet, 2018).

Si une grande confusion règne dans la définition de la violence et de l'agressivité, ces deux termes désignent pourtant des attitudes qui diffèrent par leurs enjeux et leurs conséquences sociales (Tisseron, 2005). En effet, l'agressivité est avant tout relationnelle. Selon Pierre Benghozi « *L'agressivité vise à restaurer un lien désavoué. Elle interpelle, convoque, provoque l'autre. C'est une forme d'appel, une tentative de surmonter les impasses à la parole en conflictualisant la relation, de dire ce qui ne peut se dire autrement et espérer être entendu.* » (Benghozi, 2010). L'agressivité est donc fondamentalement relationnelle. Elle correspond la plupart du temps à un comportement de détresse et de défense en réaction à un sentiment d'agression réelle ou ressentie. Celle-ci témoigne de l'incapacité du sujet à entrer en contact de manière plus adaptée et à transformer autrement ses vécus internes et intervient toujours en relation interactive traduisant la destruction de la capacité de penser et de parler (Chazalet, 2014). En revanche la violence est quant à elle, a-relationnelle. Elle vise la destruction totale du sujet et se situe en dehors des cadres sociaux. On ne négocie pas avec une personne violente, on s'en protège (Tisseron, 2012).

Alors, que penser l'utilisation du mot « violence », de celui « d'actes violents », ou encore de l'emploi de termes de « moments » ou de « comportements de violence » pour décrire les symptômes empreint d'agressivité d'un patient qui ne dispose à ce moment précis que de ce comportement pour s'exprimer et faire face à ce qu'il est en train de vivre, que cela implique-t-il ?

c. La peur : bonne conseillère ?

Dans son dernier rapport, l'ONVS nous informe que si les comportements violents de patients ont diminués, les situations vécues comme violentes par les soignants ont, quant à elles, augmentées. Le sentiment d'insécurité des soignants en service psychiatrique impacte leur travail qui, par crainte et dans un but de protection, ont plus facilement recours aux méthodes coercitives (ONVS, 2019). Un de nos participant, psychiatre écrit : « *Les soignants pensent agir dans l'intérêt du patient par le recours à l'isolement et ou à la contention sans prendre en compte la notion fondamentale de l'atteinte à la liberté individuelle et aux solutions alternatives ; pour eux c'est un réflexe salvateur qui sauve leur sécurité et non celle de l'utilisateur.* »

En effet, des sentiments de peur ou d'insécurité peuvent être à l'origine de certaines décisions d'initiation ou de prolongations de MCI/C, comme le montre notre étude. Par exemple, 47% de nos participants ont déclaré que dans leur service, le fait qu'il n'y ait que des femmes le lendemain, était entre *rarement et toujours*, une situation à l'origine d'une prolongation de la mesure de MCI/C du patient. Le mode d'hospitalisation en SPDRE ou D398 (détenu) rapporté par 84% de nos participants comme pouvant être de *rarement à toujours* un motif de MCI/C dans leur service met également en évidence le fait que la peur peut être à l'origine de ces mesures. Un praticien régi par la crainte, s'écartera de son rôle de soignant si un danger se présente et, dans un but de protection, pourra prendre des décisions qui ne seront ni cliniques ni rationnelles.

d. Des habitudes de pratiques qui perdurent

La littérature avance souvent comme participant à l'augmentation du recours à la MCI/C, la diminution et l'affaiblissement de la réflexion clinique et psychopathologique, révélant entre autre, une culture de service figée dans certaines habitudes de pratique.

Dans plusieurs services et parfois à contre cœur, certaines pratiques, pensées temporairement (par manque de moyens, d'effectif, etc.) et pour la continuité du fonctionnement du service, sont devenues pérennes et indispensables. Le devenu nécessaire s'est finalement normalisé, ne suscitant plus de remise en question ni de réflexion (les conditions budgétaires dans lesquelles elles avaient été instaurées n'ayant pas ou peu changé). Or, ces « habitudes de pratiques » que nous ne

remettons plus ou que trop rarement en question, sont pour certaines en dehors du cadre réglementaire. Pour quelques unes, on entend qu'elles « font parti du soin », nous rassurant ainsi par leur dimension thérapeutique suggérée. La mise en pyjama du patient entrant en MCI illustre ce propos. En effet, alors qu'elle ne doit en aucun cas être systématique mais impérativement justifiée cliniquement, 30% des participants de notre étude rapportent que dans leur service, celle-ci n'est que *jamais ou rarement* justifiée cliniquement. Or, chacune des modalités inhérentes à la MCI/C doivent être non seulement justifiées cliniquement mais également justifiées de manière « NAP », autrement dit, elles doivent être nécessaires, appropriées et proportionnées (HAS, RBP, 2017).

Si la MCI/C ne doit plus être utilisée ni même considérée comme une mesure thérapeutique ou un soin, le CGLPL note effectivement une tendance à protocoliser et banaliser certaines pratiques pour leur « *donner un vernis de normalité* » (CGLPL, 2019). Bien qu'aucune décision de MCI/C ne doive être permanente, collective ou stéréotypée, certaines le sont encore.

Prenons l'exemple des patients admis en SPDRE ou D398, bien souvent mis en MCI/C sans justification clinique. En effet, 84% des participants déclarent que dans leur service, c'est un motif de mise en MCI/C entre *rarement et toujours* lorsque le patient admis est en SPDRE ou D398. Or, la réflexion clinique est une condition essentielle à la prise en charge de chaque patient.

Il nous semble indispensable d'ajouter que ces manques de réflexions cliniques ne semblent pas traduire un manque de volonté de la part des soignants. En effet, lorsque nous leur avons demandé s'ils aimeraient être formés aux méthodes de désescalade de la violence, 79% des participants ont répondu par l'affirmative entre *plutôt d'accord et tout à fait d'accord*, exprimant leur implication.

D. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Sur les 121 participants ayant répondu au questionnaire, 104 d'entre eux l'ont terminé, ainsi, nous totalisons un taux d'achèvement de 86% révélant un intérêt certain des participants à la problématique. La répartition par profession de ceux ayant fini le questionnaire est comparable à la population initiale.

Notre questionnaire reposant sur la base du volontariat, nous notons un biais de recrutement, les professionnels ayant participé à notre étude étant a priori intéressés par le sujet.

Les pratiques d'isolement et de contention étant fortement controversées et désormais réglementées, la garantie de l'anonymat total des participants, s'avérait être une condition majeure et un argument déterminant.

En outre, notre questionnaire n'appelle qu'à des réponses subjectives. Il a été conçu en sorte que les professionnels puissent s'identifier, avec des phrases « entendues dans les services » afin de les amener le plus possible vers une réalité hospitalière loin des réponses protocolaires plaquées et attendues. En ce sens, notre étude ne saurait être un état des lieux objectif et doté de valeurs absolues.

Malgré ses limites indéniables, notre étude a permis l'expression de plus d'une centaine de professionnels au sujet de leurs pratiques hospitalières et de celles de leurs services. Ce qui est un nombre important pour ce type d'étude.

Malgré une littérature abondante sur le sujet de la MCI/C, il n'existe cependant pas d'analyses restituant leur application dans la « vraie vie ».

Les témoignages que nous avons récoltés par cette étude, permettent l'approche d'une réalité de terrain souvent en défaut face aux attendus des recommandations et qui, de ce fait, peuvent être force de proposition pour entrevoir des solutions pour l'avenir.

CONCLUSION

Protégés par l'anonymat et ainsi libérés du jugement, nos témoignages parlent d'une voix libre, exemptée de toute censure ou de tentation vers des réponses plaquées et attendues. L'ensemble du personnel soignant constitue le poumon d'un service, son fonctionnement repose sur l'harmonie de chaque individualité le composant, lui apportant diversité et richesse. A travers les regards croisés des équipes médicales et paramédicales de plusieurs services, cette étude nous a permis d'être au plus proche de la réalité des pratiques hospitalières actuelles.

L'objectif de l'instauration du cadre réglementaire est d'homogénéiser les pratiques et de tendre vers une politique de moindre recours aux mesures d'isolement et de contention. Or, l'ensemble de nos résultats révèlent d'une part, que ce cadre n'est pas toujours appliqué et d'autre part qu'il n'est souvent pas applicable.

La diminution du recours à la MCI/C ne peut s'envisager qu'en prenant en compte l'ensemble des facteurs influant sur l'augmentation du recours à ces méthodes ainsi que les nombreuses variables subjectives qui les transcendent. L'enjeu est fastidieux étant donné l'ancrage d'habitudes de pratique dans certains services et l'indispensabilité du recours à ces méthodes dans d'autres comme solution de gestion « faute de mieux ».

Nos résultats ont mis en avant l'absence de certains des trois éléments dans les services que nous avons nommé « triade », or, nous avons vu qu'ils étaient nécessaires et intrinsèquement liés à un changement des pratiques. Malgré toute la bonne volonté des soignants, une transformation brutale et une homogénéisation des pratiques vers une diminution de l'utilisation de ces mesures s'avèrent compliquée à mettre en place si cette « triade » de facteurs indispensables ne l'est pas. L'octroi de moyens supplémentaires est primordial afin d'offrir les conditions nécessaires pour accompagner les équipes dans la transition vers un moindre recours à la MCI/C.

Le manque de formation est flagrant dans nos résultats, or, celle-ci est essentielle, tant dans la prévention que dans la gestion des montées de tension et de la MCI/C. C'est grâce à la connaissance, en ayant « toutes les cartes en mains » que l'on acquiert des compétences et que l'on trouve des solutions pour faire face à des situations complexes et variées. De plus, davantage de formation permettrait d'atténuer le sentiment d'insécurité des soignants en leur offrant des clés de compréhension nécessaires pour recevoir et percevoir autrement l'agressivité des patients.

Si notre étude met en relief que les praticiens ne se sentent pas assez formés, elle montre également leur volonté de l'être davantage. Des études montrent qu'il est possible de diminuer le recours à la

MCI/C, en s'engageant dans une politique de formation des équipes aux techniques de désescalade dans la durée (comme au Royaume-Uni, aux Etats-Unis et en Australie).

Les documents rédigés par la HAS sont très complets mais ne sont pas assez diffusés. Ils paraissent effectivement difficilement transmissibles, or, c'est la seule possibilité actuelle qu'ont les soignants de se former à la prévention et à la désescalade de la violence afin de respecter le cadre réglementaire de la MCI/C. La rédaction de documents plus pratiques, accessibles et en adéquation avec la réalité du terrain ainsi qu'un développement de ses moyens de diffusion apparaît indispensable pour s'assurer de leur transmission effective auprès des équipes.

Par ailleurs, ces documents sont principalement axés sur la dangerosité du patient et très peu sur l'explication clinique et psychopathologique de l'agressivité dont ces derniers peuvent faire preuve. Or, c'est par l'acceptation de l'agressivité comme expression symptomatique de la souffrance et une meilleure compréhension des mécanismes en jeu que les soignants peuvent développer des réflexions cliniques et des alternatives à la MCI/C. Les modalités de MCI/C ne doivent pas être jugulées par l'application stricte d'un protocole mais au contraire, être constamment réfléchies, ajustées et réévaluées tout au long de la procédure comme le rappelle la HAS dans ses RBP. Pour ce faire, il faudrait vraisemblablement renforcer la formation des soignants qui seront les nouvelles générations et feront la psychiatrie de demain.

Notre cœur de métier est la rencontre avec l'autre souffrant, or, cette rencontre paraît parfois rompue et difficile dans ces conditions. Aux dispositions matérielles convenables, à la présence humaine formée et à l'effectif suffisant s'oppose la question budgétaire. Pourrait-on trouver un compromis qui n'amène pas à choisir entre le bilan financier et le bilan humain ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Alezrah C, Lafont M, Bouet R : Prévenir les moments de violence lors des hospitalisations en psychiatrie. *Soins Psychiatrie* 2018; 317:10-15

Benghozi P. : La violence n'est pas l'agressivité : une perspective psychanalytique des liens, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 2, 2010, 55:41-54

Cano N. : Pratiques psychiatriques et perspectives éthiques. *Ethique Sante* 2009; 6:3-10.

Cano N, Boyer L, Garnier C, et al. : L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. *Encéphale* 2011; 37:S4-S10.

Camelot G, Boyer AL, Durand JM : Durée d'isolement et levée de la mesure ; étude de l'influence des facteurs anamnestiques et institutionnels. *L'Encéphale* 2020. 46:184-189

Castel. *La gestion des risques*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1981.

Chazalet N, Perrin-Niquet A : Le vécu des soignants lors de la réponse à la violence *Pratiques en santé mentale* 2014 21-24

Chenot, P. : Ministère de la Santé Publique et de la Population. (1960). Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens (non parue au Journal Officiel).

Chenot, P. : Ministère de la Santé Publique et de la Population. (1960). Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales (non parue au Journal Officiel).

Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. : Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 2019 10, 1–19

Conseil constitutionnel, 2020- 844 QPC du 19 juin 2020.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté. (2016). *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*. Paris : Dalloz.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). *Recommandations en urgence du CGLPL du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapeutique de l'Ain (Bourg-en-Bresse)*, 16 mars 2016).

Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). *Rapport d'activité 2017*. 2018. Paris : Dalloz.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). (2019). *Rapport d'activité 2018*. Paris : Dalloz.

CPN, Saisine n°12, Comité d'éthique, Centre Psychothérapeutique de Nancy, 2018.

Di Rocco V : des activités et des soins en psychiatrie *Santé mentale* 2018. 226 ; 24-30

Drabkin, I.E (éd. Et trad.). *Caelius Aurelianus : On Acute Diseases and on Chronic Diseases*. Chicago U.P. 1950

Dudouit, P., Bardet-Bloch, A., & Rey-Bellet, P. (2011, septembre). Diminuer le recours à la chambre d'isolement. *Santé Mentale*, (160), 15-19.

Esquirol E. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris : JB Baillière,(1838).

Friard D. La chambre d'isolement en psychiatrie, séquestration ou soin. Paris: Elsevier Masson; 2002.

Friard, D.. Attacher n'est pas contenir. *Santé mentale*, 2004 (86), 16-28.

Friard, D. Brève histoire de l'enfermement. *Santé Mentale*, 2015 (199), 40-41.

Gagnon M-P, Desmartis M, Dipankui MT, Gagnon J, St-Pierre M. Alternatives to Seclusion and Restraint in Psychiatry and in Long-Term Care Facilities for the Elderly: Perspectives of Service Users and Family Members. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research* 2013;6(4):269-80.

Giloux N. Isolement en psychiatrie : rien n'est jamais acquis. *L'Information psychiatrique* 2017;93 (10)

Girlanda F, Fiedler I, Becker T : The evidence-practice gap in specialist mental healthcare: systematic review and meta-analysis of guideline implementation studies. *Br J Psychiatry* (2017) 210:24–30.

Guivarch, J., & Cano, N. Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques . *Encephale*, (2013) 39(4), 237–243.

Guivarch J : Retour de la contention en psychiatrie : perception des patients et soignants et considérations éthiques *Ethique et santé* 2016 (13) 209-214

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 services de psychiatrie, guide méthodologique, 2016

Haute Autorité de santé, Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandations de bonne pratique, *Argumentaire scientifique*, 2017.

Haute Autorité de santé. Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandations de bonne pratique, *Texte des recommandations*, 2017

Haute Autorité de Santé. Synthèse de la recommandation de bonne pratique, la contention mécanique en psychiatrie générale ; février 2017

Haute Autorité de Santé. Synthèse de la recommandation de bonne pratique, Isolement en psychiatrie générale ; février 2017

Hirsch S, Steinert T: Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 336–43

Husum, T. L., Bjorngaard, J. H., Finset, A., & Ruud, T. (2010, 6 avril). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health services research*, 10(89).

Katz P, Kirkland FR : Violence and social structure on mental hospital wards *Psychiatry* (1990) 53 (3) :

262-77

Knutsen, M., Mjosund, N., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Opjordsmoen, S., Sandvik, L., & Friis, S. (2011, mai). Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. *Psychiatric Services*, (62), 492- 497.

Lantéri-Laura G. Panorama historique de l'isolement en psychiatrie. Colloque « L'isolement en psychiatrie » 8 février 1996. Saint-Maurice, Serpsy.

Lewis G, Doyle M. Risk formulation: what are we doing and why? *Int J Forensic Ment Health* 2009;8(4):286-92.

Loi sur les aliénés n° 7443. (30 juin 1838)

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Article 72 Journal officiel du 27 janvier 2016.

Mauras,A. Perony,J. Yadak,A. Velasco,P. Goudal,J.-L. Marcel, (2017), Isolement et contention : de la prescription à la décision, L' Encephale, Elsevier

Meehan T, Vermeer C, Windsor C. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *J Adv Nurs* 2020

Norvoll R., Ruud T., Hynnekleiv T., Seclusion in emergency psychiatry. *Tidsskr Den Nor Laegeforen Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 2015; 135:35-9

Palazzolo, J., Lachaux, B., Chabannes, J. P. (2000). Isolement, contention et contrainte en psychiatrie. Rapport du CPNLF. Paris : Média Flash.

Panfili, J. M. (2013, février). Contention et isolement, des contraintes exceptionnelles? *Objectif soins et management*, (213), 18-22.

Péchillon E, Une nouvelle loi pour l'isolement et la contention? *Santé mentale* | 250 | septembre 2020 p11

Perrin-Niquet A : Former les soignants à mieux prévenir et répondre aux moments de violence. *Soins Psychiatrie* (2018) 317 20-23

Perrin-Niquet A., (2018). Former les soignants à mieux prévenir et répondre aux moments de violence. *Soins psychiatrie*. Dossier.

Perron A, Jacob JD, Beauvais L : Identification et gestion de la violence en psychiatrie : Perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité. *Rech Soins Infirm*, (2015) ;120:47-60

Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. (2nde éd.) 1809. Dans *Les Empêcheurs de penser en rond* (2005), Paris : Le Seuil

Rey A. (sous la direction de), 1998, *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Dictionnaire Le Robert, tome 1, p. 870.

Rohr L. Le moindre recours à l'isolement et à la contention, Centre Hospitalier Saint-Cyr au Mont d'Or, 2018

Sailas EES, Fenton M., Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 1. Art. No.: CD001163. DOI: 10.1002/14651858.CD001163

Spencer W. G. Traduction 3 vol.; Celsus, A. C. De medicina. Par Loeb Classical Library, 1961.

Steinert T, Flammer E. Frequency of coercive measures as a quality indicator for psychiatric hospitals? *Nervenarzt* (2019) 90:35–9.

Steinert T, Bechdorf A, Mahler et coll : Implementation of Guidelines on Prevention of Coercion and Violence (PreVCo) in Psychiatry: Study Protocol of a Randomized Controlled Trial (RCT). *Front. Psychiatry* (2020) 11:579176

Tisseron, s. Vérités et mensonges de nos émotions. Albin Michel, 2005.

Tisseron S., Violence et agressivité, une distinction essentielle, *Santé Mentale* (165), Février 2012

INFORMATIONS GÉNÉRALES

* 1. Quelle est votre profession ?

- Aide-soignant
- Infirmier
- Interne en psychiatrie
- Psychiatre diplômé

* 2. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?

- Avant 1992
- Entre 1992 et 2009
- Après 2009
- Non diplômé

* 3. Renseignez votre semestre d'internat

* 4. Depuis combien de temps exercez -vous en service psychiatrique ?

- Moins d'un an
- Entre 1 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

ENVIRONNEMENT - CONDITIONS MATÉRIELLES

* 5. Votre service...

	Oui	Non
Dispose de chambres individuelles pour chaque patient.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispose de chambres d'apaisement (espaces non-fermés spécialement dédiés à l'apaisement hors chambres d'isolement).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispose de suffisamment d'espaces de vie favorables à l'apaisement des patients.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*** 6. Dans votre service, les chambres d'isolement...**

	Oui	Non
Sont équipées d'une horloge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bénéficient d'un accès aux toilettes et à la douche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sont équipées d'un dispositif d'appel (accessible en étant sous contention).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sont équipées d'un dispositif d'éclairage pouvant être réglé à la fois de l'extérieur et de l'intérieur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*** 7. Dans votre service, des activités thérapeutiques sont mises en place (ateliers, jeux, art-thérapie, groupes de paroles...).**

Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONCERNANT LES PRATIQUES DE SERVICE

*** 8. Dans votre service, la décision de mise en isolement (avec ou sans contention) est faite par...**

	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
Un psychiatre sénior.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un interne en psychiatrie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'équipe soignante (Infirmiers, aides-soignants).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*** 9. Dans votre service, la mise en pyjama d'un patient en chambre d'isolement est toujours justifiée soit par un risque de suicide, soit par mesure d'hygiène (état d'incurie).**

Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*** 10. Dans votre service, c'est un motif de mise en isolement (avec ou sans contention) quand...**

	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
"Le patient arrive en SPDRE ou D398 (détenu)."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Il a été recommandé de mettre le patient en isolement s'il se montre à nouveau menaçant."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Le patient vient d'insulter violemment un soignant."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

"La patiente risque de fuguer, elle l'a déjà fait."

"Alors qu'il manque un soignant dans le service, un patient est agité."

"Le patient ne respecte pas les règles du service."

"Le patient est en train d'agresser un soignant."

"La patiente vient d'être ramenée dans le service après avoir fugué."

" La patiente risque probablement de se mutiler, il existe un risque suicidaire."

*** 11. Dans votre service, cette ou ces situations sont à l'origine d'une prolongation de la mesure d'isolement (avec ou sans contention).**

	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
"L'effectif est insuffisant pour pouvoir détacher un soignant qui accompagnerait le patient permettant une courte sortie de la chambre d'isolement. "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
« L'état clinique du patient s'est nettement amélioré après 4h de contention mais le psychiatre en a décidé 6 heures donc la contention est maintenue jusqu'à la prochaine évaluation. »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
« Il est indiqué une prolongation « si besoin » sur la feuille de prescription. »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
" Demain, il n'y a que des femmes donc on ne lève pas l'isolement de Mr X."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
" La consigne a été donnée de ne pas lever une iso le dimanche car il n'y a pas de psychiatre dans le service."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*** 12. Dans votre service, l'effectif est suffisant pour...**

	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
Effectuer la fréquence du suivi de la prescription médicale (somatique et psychique).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pouvoir debriefer avec l'équipe soignante après une mise en isolement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pouvoir reprendre en entretien avec le patient après la levée de sa mise en isolement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONCERNANT MA PRATIQUE

*** 13. Concernant la pratique de l'isolement avec ou sans contention, en tant que professionnel de santé...**

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je me sens à l'aise durant tout le processus de cette pratique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens suffisamment formé-e sur cette pratique. Je dirais que la formation que j'ai reçue est suffisante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S'il m'était permis de me former davantage, il me serait plus facile d'aborder cette pratique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai été formé(e) aux méthodes de désescalade de la violence.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'aimerais être formé(e) aux méthodes de désescalade de la violence.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*** 14. La Haute Autorité de Santé à publié en 2016 un guide méthodologique pour mieux prévenir et gérer les moments de violence en psychiatrie, assorti de 15 programmes et 14 outils d'amélioration des pratiques.**

(Si cela vous intéresse : [Lien "guide méthodologique HAS 2016"](#))

	Oui	Non
En avez-vous connaissance ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ces documents sont-ils diffusés dans le service ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*** 15. La Haute Autorité de Santé à publié en 2017 des recommandations de bonnes pratique concernant l'isolement et la contention en psychiatrie générale.**

Si cela vous intéresse : [Lien "Recommandations de bonnes pratiques HAS 2017"](#)

	Oui	Non
En avez-vous connaissance ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ces documents sont-ils diffusés dans le service ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VOUS AVEZ LA PAROLE !

16. REMARQUES LIBRES

Concernant l'isolement et la contention en psychiatrie générale.

LE SERMENT 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination. J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance. Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort. Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉ

PERSPECTIVES ET LIMITES DU CADRE RÉGLEMENTAIRE DES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

INTRODUCTION : Après avoir défrayé la chronique, noirci des pages et choqué l'opinion publique, les « sulfureuses » méthodes d'isolement et de contention ont été depuis fortement réglementées par les hautes instances institutionnelles, inscrites dans une politique de diminution de leur utilisation. Reléguées en mesures sécuritaires de « dernier recours », amputées de leurs dimensions thérapeutiques pourtant conférées par certains, elles étaient condamnées à disparaître progressivement. Or, elles semblent toutefois échapper à leur sort. En effet, non seulement leur recours ne semble pas s'amoinrir, mais encore, certaines pratiques associées à celles-ci, désormais interdites, perdurent dans de nombreux services.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE: L'objectif principal de notre étude était de réaliser un état des lieux de la pratique de la mise en chambre d'isolement avec ou sans contention (MCI/C) dans les services de soins sous contrainte (SSC) en psychiatrie générale afin d'évaluer l'application des mesures exigées par le cadre réglementaire (Loi CSP 2016 et RBP, HAS 2017). Les objectifs secondaires de l'étude s'intéressaient à l'applicabilité du cadre réglementaire et à la compréhension des raisons de sa non-application le cas échéant.

MATÉRIEL ET MÉTHODE : Il s'agissait d'une étude transversale multicentrique menée par le biais d'un questionnaire quantitatif portant sur les pratiques actuelles d'isolement et de contention en psychiatrie générale. Notre questionnaire était destiné au personnel médical et para médical ayant accepté de participer à l'étude et travaillant actuellement ou ayant travaillé à partir de 2017 dans un des 13 services de SSC de psychiatrie générale parmi les 5 établissements des Alpes-Maritimes en disposant. Tout le personnel paramédical et médical concerné, était invité à participer librement et de façon anonyme. Nous avons commencé la diffusion du questionnaire en juillet 2020 pour le clôturer en octobre de la même année.

RÉSULTATS : Au total, 121 participants ont répondu au questionnaire. La proportion des professionnels par catégorie est en adéquation avec la répartition classique des effectifs du personnel dans les services, malgré une participation sur la base du volontariat révélant un intérêt certain des participants à la problématique. Seulement 52% des participants déclarent avoir eu connaissance des RBP, HAS, 2017. De plus, 71% déclarent qu'elles ne sont pas diffusées dans leur service et 71% des participants affirment entre *plutôt d'accord et tout à fait d'accord*, qu'avec une formation supplémentaire, il leur serait plus facile d'aborder la pratique de la MCI/C.

CONCLUSION L'ensemble de nos résultats révèlent d'une part que ce cadre réglementaire n'est pas toujours appliqué et d'autre part qu'il n'est souvent pas applicable. La diminution du recours à la MCI/C ne peut s'envisager qu'en prenant en compte l'ensemble des facteurs influant sur l'augmentation du recours à ces méthodes ainsi que les nombreuses variables subjectives qui les transcendent. L'enjeu est fastidieux étant donné l'ancrage d'habitudes de pratique dans certains services et l'indispensabilité du recours à ces méthodes dans d'autres comme solution de gestion « faute de mieux ». Notre cœur de métier est la rencontre avec l'autre souffrant, or, cette rencontre paraît parfois rompue et difficile dans ces conditions L'octroi de moyens supplémentaires est primordial afin d'offrir les conditions nécessaires pour accompagner les équipes dans la transition vers un moindre recours à la MCI/C. Aux dispositions matérielles convenables, à la présence humaine formée et à l'effectif suffisant s'oppose la question budgétaire. Pourrait-on trouver un compromis qui n'amène pas à choisir entre le bilan financier et le bilan humain ?