



HAL
open science

Isolement et contention en psychiatrie : analyse de l'impact des modifications de l'article L3222-5-1 sur les pratiques et le vécu des psychiatres de l'Hôpital Saint Jacques à Nantes

Charlène Boudan

► To cite this version:

Charlène Boudan. Isolement et contention en psychiatrie : analyse de l'impact des modifications de l'article L3222-5-1 sur les pratiques et le vécu des psychiatres de l'Hôpital Saint Jacques à Nantes. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03921885

HAL Id: dumas-03921885

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03921885>

Submitted on 4 Jan 2023

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2022

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

D.E.S de PSYCHIATRIE

par

Charlène BOUDAN

Née le 03 avril 1995 à Mainvilliers

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2022

**Isolément et contention en psychiatrie :
Analyse de l'impact des modifications de l'article L3222-5-1 sur les pratiques et le
vécu des psychiatres de l'Hôpital Saint Jacques à Nantes**

Président : Madame le Professeur Anne SAUVAGET

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier HAIBE

Remerciements

A Madame le Professeur Anne SAUVAGET, Présidente du Jury,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour votre enseignement et votre accompagnement durant ces années d'internat, et pour le temps que vous consacrez aux étudiants.

A Monsieur le Professeur Olivier BONNOT,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse. Merci pour votre enseignement au cours de cet internat, et pour votre disponibilité auprès des étudiants.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse. La lecture de vos ouvrages et de vos articles a été une source d'inspiration et d'enrichissement, et a contribué à développer mon intérêt pour la psychiatrie légale.

A Monsieur le Docteur Olivier HAIBE, Directeur de Thèse,

Tu as accepté de m'accompagner dans la réalisation de cette thèse. Merci pour ton aide, ton implication et ta bienveillance tout au long de ce travail.

A Madame le Docteur Alexia ROMERO,

Tu as accepté de participer au jury de ma thèse. Merci pour tout ce que tu m'as transmis au cours de mon semestre passé en Psychiatrie 5, qui restera pour moi un des plus marquants de cet internat.

A Madame le Docteur Marine TIREL,

Tu as accepté de participer au jury de ma thèse avec enthousiasme. Merci pour ton aide et pour ta disponibilité.

A toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail :

Le service de santé publique du CHU et en particulier Mme Brigitte DESSOMME pour la réalisation du questionnaire et la relecture des résultats, l'UGEPP et en particulier Mme Cécile TURBA pour la transmission des registres et le service de Direction du PHU 8.

Merci également à toutes les personnes qui ont pris le temps de participer au questionnaire de cette thèse avec beaucoup d'implication.

Dédicaces

A mes parents, pour m'avoir toujours soutenue et accompagnée dans mes choix. Merci pour votre amour et pour les valeurs que vous m'avez transmises.

A Guillaume, merci pour ton aide pour la thèse tout d'abord, et merci de me rendre fière d'être ta grande soeur.

A Perline, qui est présente depuis le début de cette aventure et avec qui j'ai tant partagé. Merci d'avoir toujours été une amie aussi géniale.

A Camille, pour ta bonne humeur et ton enthousiasme à toute épreuve, pour le soutien mutuel durant l'externat.

A Annabelle, pour toutes les soirées passées l'une chez l'autre, et pour tous les débats passionnés.

Merci les filles pour tous ces moments passés ensemble, et vivement les prochains !

A tous mes co-internes,

A Rebecca, merci à toi et à Sweety pour ces 7 mois de colocation qui ont rendu le début de mon internat beaucoup plus agréable. Tu es aujourd'hui une véritable amie pour moi.

A Marianne, tu as été la première personne que j'ai rencontré à Nantes. Merci pour ta bonne humeur et pour tous les bons moments passés ensemble.

A toutes les personnes rencontrées au cours de mon internat, infirmiers, médecins, psychologues, aides-soignants, assistantes sociales, secrétaires médicales etc...

A tous les copains de La Rochelle, merci pour tous les bons moments passés et à venir.

A Catherine, merci pour ta relecture. Une pensée également pour André, Charlotte, Mathieu et Renan, merci de m'avoir aussi bien accueillie parmi vous.

Et enfin à toi Tanguy, pour ta patience et pour ton soutien sans faille, merci de rendre ma vie un peu plus belle chaque jour. Et merci d'avoir relu ce travail de bon cœur !

Liste des abréviations	1
Introduction	2
Première partie : isolement et contention, éléments de contexte	3
I. Définitions	3
1. Isolement en psychiatrie	3
2. Contention mécanique en psychiatrie	3
II. Historique et évolution du cadre légal	3
1. De l'Antiquité jusqu'au 19ème siècle	3
2. Loi du 30 juin 1838	4
3. Loi du 27 juin 1990	5
4. Création de l'article L-3222-5-1 du CSP	7
A) Contexte	7
B) Article L-3222-5-1 du CSP - version 2016	7
5. Loi de décembre 2020	8
6. Législation en vigueur depuis janvier 2022	10
7. Accueil de ce nouveau cadre légal	11
8. Mise en place de cette loi à l'hôpital Saint Jacques	12
III. Isolement et contention : en pratique	13
1. Epidémiologie	13
A) En France	13
B) A l'étranger	15
2. Facteurs de risque de recours à l'isolement et à la contention	15
A) Facteurs relatifs au patient	15
B) Facteurs relatifs aux soignants	15
C) Facteurs en lien avec l'environnement	16
3. L'isolement et la contention : des pratiques controversées	16
A) Arguments en faveur du recours à l'isolement et à la contention	16
B) Une efficacité thérapeutique contestée	17
C) Un risque d'effets indésirables conséquent	17
D) Le vécu des patients et des soignants	19
4. Situation particulière : l'isolement et la contention des mineurs	20
Deuxième partie : Analyse des pratiques des psychiatres de l'hôpital Saint Jacques	21
I. Introduction de l'étude	21
1. Présentation de l'hôpital Saint Jacques	21

2. Isolement et contention à l'hôpital Saint Jacques	21
A) Les chambres de soins intensifs	21
B) Les chambres sécurisées	22
C) Le matériel de contention	22
II. Objectifs de l'étude	22
III. Matériel et méthode	23
1. Critères d'inclusion et d'exclusion	23
2. Description du questionnaire	23
3. Diffusion du questionnaire	23
IV. Résultats de l'étude	23
1. Description de la population	23
2. Pratique générale	24
3. Vécu des psychiatres et internes en psychiatrie	26
4. Législation	27
5. Alternatives et outils	29
A) Isolement	29
B) Contention	30
C) Outils spécifiques	31
V. Discussion de l'étude	31
VI. Conclusion de l'étude	35
Troisième partie : Analyse des registres	35
I. Introduction de l'étude	35
II. Objectifs de l'étude	35
III. Matériel et méthode	35
1. Recueil des données	36
2. Description des registres	36
3. Critères d'inclusion et d'exclusion	37
4. Analyses statistiques	37
IV. Résultats	37
1. Activité globale	37
2. Isolement	38
3. Contention	41
V. Discussion de l'étude	43

VI. Conclusion	46
Quatrième partie : Réflexion globale sur l'isolement et la contention	46
A) Moindre recours : quelques exemples	46
B) Réflexions autour du changement législatif	48
C) Vers une suppression de la contention ?	49
Conclusion	50
Bibliographie	52
Annexes	56
Annexe 1. Textes de loi	56
Annexe 2. Auto-questionnaire	60
Annexe 3. Réponses complémentaires au questionnaire	67
Annexe 4. Résultats complémentaires de l'analyse des registres	73
Annexe 5. Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use	75
Annexe 6. Tableaux issus du rapport d'activité 2021 du CGLPL	76
Annexe 7. Vignette clinique	76

Liste des abréviations

ADESM : Association des établissements du service public de santé mentale

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CDSP : Commission départementale des soins psychiatriques

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMP : Centre médico-psychologique

CPT : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSI : Chambre de soins intensifs

CSP : Code de la Santé Publique

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

EHPAD : Etablissement hospitalier pour personne âgée dépendante

HAS : Haute Autorité de Santé (anciennement ANAES)

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé

QPC : Question prioritaire de constitutionnalité

RIM-P : Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie

SPDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SPDRE : Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état

SPPI : Soins psychiatriques en péril imminent

UMD : Unité pour malade difficile

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

L'isolement et la contention, qui constituent d'importantes privations de libertés, sont aujourd'hui des pratiques répandues dans les services de psychiatrie. Depuis toujours, la folie et la dangerosité sont étroitement liées dans les représentations collectives : il ne paraît alors pas étonnant que l'on pense à attacher ou à enfermer le « fou à lier », pour le protéger de lui-même mais surtout pour protéger les autres. Pourtant, lorsque l'on regarde l'Histoire du traitement des malades mentaux, on remarque une fluctuation dans le recours à ces moyens de contrainte. Plusieurs courants de pensée se sont succédés, encourageant puis dénonçant ces pratiques. L'avènement du traitement moral par Philippe Pinel, l'apparition des psychothérapies puis des médicaments psychotropes ont, entre autres, permis de traiter différemment les malades.

Le début du XXI^{ème} a été marqué par l'émergence d'une politique sécuritaire dans notre société, entraînant *de facto* une augmentation du recours à la contrainte dans les services de psychiatrie. Parallèlement, les mesures d'isolement et de contention suscitent de plus en plus de débats impliquant différents acteurs du soin mais également des usagers, des politiciens et même des médias grand public. Il n'existe à ce jour toujours aucune preuve scientifique d'une quelconque efficacité thérapeutique de ces pratiques, qui pourtant ne sont pas sans risques d'effets indésirables.

A plusieurs reprises ces dernières années le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) a dénoncé de nombreux abus dans l'utilisation de l'isolement et de la contention. Ses rapports successifs ont également fait état de pratiques très hétérogènes sur le territoire national. Ces constats alarmants ont entraîné plusieurs réformes majeures, dont la création en 2016 de l'article L3222-5-1 du Code de la Santé Publique instaurant pour la première fois un encadrement légal de ces pratiques.

Après avoir été déclaré contraire à la Constitution une première fois, puis une seconde, ce texte a subi trois modifications successives en moins de deux ans, avant que la version actuelle ne soit publiée le 24 janvier 2022. L'accueil réservé par une partie de la profession a été très critique, dénonçant un surplus de formalités administratives qui touche un secteur déjà en crise.

Constatant au cours de mon internat les difficultés rencontrées par les services de psychiatrie dans la mise en place de cette nouvelle législation, malgré une volonté partagée par tous de diminuer le recours à l'isolement et à la contention, il me paraissait intéressant de se pencher sur l'impact réel de ces modifications légales dans la pratique des psychiatres. Cette nouvelle législation a-t-elle entraîné un changement dans les pratiques, en permettant de réduire le recours à l'isolement et/ou à la contention ?

C'est à cette question que nous tenterons de répondre dans ce travail, en se centrant sur l'hôpital Saint Jacques à Nantes. Dans un premier temps, nous présenterons l'historique et l'évolution des différentes lois, puis nous effectuerons une revue de la littérature sur les pratiques actuelles. Ensuite, nous nous intéresserons au vécu et aux pratiques des psychiatres de l'établissement via un auto-questionnaire en ligne, puis nous effectuerons une analyse des registres concernant les années 2019, 2020 et 2021. Enfin, nous présenterons une réflexion globale concernant le recours à l'isolement et à la contention, et les différentes modifications législatives récentes.

Première partie : isolement et contention, éléments de contexte

I. Définitions

1. Isolement en psychiatrie

Il existe plusieurs définitions de l'isolement en psychiatrie, nous retiendrons dans ce travail la définition donnée par la Haute Autorité de Santé en 2017 :

« Placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté. » (1)

Ces lieux sont parfois appelés « chambre d'isolement » ou « chambre de soins intensifs ».

2. Contention mécanique en psychiatrie

D'après la HAS, la contention mécanique désigne l'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. (2)

Il existe d'autres types de contentions : la contention physique ou manuelle, qui correspond au maintien ou à l'immobilisation du patient en ayant recours à la force physique, et la contention chimique, qui consiste en l'administration d'un traitement médicamenteux afin de contenir un état d'agitation et souvent provoquer une sédation.

Dans ce travail, sous le terme de « contention », nous ferons référence à la contention mécanique (sauf indication contraire).

II. Historique et évolution du cadre légal

1. De l'Antiquité jusqu'au 19ème siècle

Les premiers écrits faisant référence à l'utilisation de l'isolement et de la contention dans le cadre du traitement des maladies mentales remontent à l'Antiquité. A cette époque, deux visions de ces pratiques s'opposaient : pour Caelius Aurelianus, médecin romain du V^{ème} siècle, la contention devait être utilisée à visée de protection : « si les malades sont agités en voyant des gens, il faudra faire usage de liens, mais sans leur faire de mal ». A l'opposé de cette conception, Celse, philosophe romain du II^{ème} siècle, recommandait d'utiliser « le jeûne, les chaînes, les coups » à visée de corrections envers les malades mentaux et en ayant pour principal objectif de faire sortir le malade de sa maladie. (44)

Au Moyen-Âge, la contrainte physique était alors utilisée pour maintenir le malade dans sa famille, afin de le protéger, dans une conception plutôt mystique de la maladie mentale.

A la fin du XVII^{ème} siècle, l'Edit du roi Louis XIV (1656) créait l'hôpital général d'abord à Paris, puis dans chaque ville du Royaume. Commença alors ce que Michel Foucault nommera « Le Grand Renfermement » dans son ouvrage *Histoire de la folie* (1961) : les pauvres ainsi que les sujets menaçants

l'ordre public, dont faisaient à l'époque partie les malades mentaux jugés responsables de leur état, étaient alors enfermés et isolés dans cet hôpital.

Durant la majeure partie du XVIII^{ème} siècle, Siècle des Lumières, les moyens de contentions mécaniques tels que la camisole de force ou les chaînes fixées au mur furent massivement utilisés. (36)

Par la suite, lors de la Révolution française, Philippe Pinel œuvra pour l'humanisation du traitement des malades mentaux et créa les bases du « traitement moral ». Un mythe très répandu raconte que Pinel, lors d'une visite à l'hospice de Bicêtre, aurait libéré les aliénés de leurs chaînes : en réalité, les moyens de contentions mécaniques sont restés très utilisés et ont même été encouragés par Pinel lui-même, à visée de protection, pour les malades agités et violents. Mais d'autres moyens de traiter les malades ont alors vu le jour.

2. Loi du 30 juin 1838

En septembre 1818, Jean-Etienne Esquirol (1772-1840), psychiatre exerçant à la Pitié-Salpêtrière, adressa un rapport au Ministre de l'Intérieur intitulé : « *Des établissements des aliénés en France, et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés* ». Dans ce rapport, Esquirol dressa une description alarmante des conditions dans lesquelles étaient accueillis les malades mentaux, rapportant des situations de maltraitance graves. Il les décrivit alors comme « plus maltraités que des criminels, et réduits à une condition pire que celle des animaux » (45). Il rajouta également que, dans quasiment tous les établissements visités, les malades étaient « couverts de chaînes », ce qu'il qualifia de « barbarie ». Ces malades étaient isolés dans des « cages » et « des cachots » dont ils ne sortaient jamais, et qui souvent ne contenaient pas de fenêtre.

Malgré ce constat alarmant, il faudra attendre le 30 juin 1838, sous le règne du roi Louis-Philippe, pour que soit votée une loi encadrant l'organisation de la psychiatrie en France. Cette loi imposa à chaque département d'avoir un « asile d'aliénés » et créa deux modes de placement différents pour les malades qui y furent pris en charge : le placement volontaire, terme prêtant à confusion puisque la demande d'admission émanait en réalité de l'entourage du malade, et le placement ordonné par l'autorité publique. Un des objectifs de ce texte semblait être de prévenir les internements arbitraires en faisant intervenir à la fois les autorités administrative, judiciaire et médicale dans le contrôle de ces placements. (46)

Malgré ces précautions, ce texte de loi fut l'objet de nombreuses critiques, accusé notamment d'être une entrave au principe de liberté individuelle garanti par la Constitution. En effet, le placement volontaire, à la demande du malade lui-même, n'a pas été prévu par ce texte de loi : ce placement ne peut donc se faire que sous la contrainte. Albert Londres (1884-1932), journaliste et écrivain français, a fait partie des nombreux détracteurs de cette loi, et plus globalement de la psychiatrie française de l'époque. Il rédigea en 1925 un ouvrage intitulé « *Chez les fous* », dans lequel il dénonça les conditions de vie dans les asiles et qualifia la loi de 1838 de « loi de débarras ». Il rajouta : « La loi de 1838, en déclarant le psychiatre infallible et tout-puissant, permet les internements arbitraires et en facilite les tentatives ». (47) Il accusera également la psychiatrie de l'époque de vouloir enfermer les malades, sans réellement chercher à les soigner.

Aucune préconisation concernant l'usage de l'isolement et des contentions mécaniques n'existe dans cette loi, qui renvoie aux règlements intérieurs de chaque établissement. Un modèle de règlement intérieur fut rédigé par le Ministre de l'Intérieur et diffusé le 20 mars 1857. Dans ce long rapport, une seule phrase aborde l'usage des « moyens de contraintes » et donne les pleins pouvoirs de cet usage au médecin en chef de chaque établissement. (48) Les « moyens de contrainte » désignent alors « l'application de la camisole, l'emploi du fauteuil de force, la réclusion en cellule, le transfèrement dans le quartier des agités », comme détaillé dans la circulaire d'explication associée à ce modèle de règlement (49). Il y est également précisé que l'usage de ces moyens doit rester exceptionnel et qu'il peut dans quasiment toutes les situations être remplacé par « un traitement médical ou même purement moral ». La distinction est alors faite entre l'isolement et la contention, et le traitement médical.

Malgré les vives critiques énoncées à l'égard de cette loi, elle restera pourtant effective durant plus de cent cinquante-deux ans.

3. Loi du 27 juin 1990

Il faudra attendre le 27 juin 1990 pour qu'une nouvelle loi vienne apporter un autre cadre juridique aux hospitalisations en psychiatrie, et notamment aux soins sous contrainte. Cette loi introduit les notions d'hospitalisation à la demande d'un tiers et d'hospitalisation d'office, qui viennent respectivement remplacer le placement volontaire et le placement ordonné par l'autorité publique de 1838. La nouveauté de cette loi est l'introduction du concept d'hospitalisation libre, à la demande du patient lui-même ou à laquelle il consent. Le texte de loi évoque également la « réinsertion sociale » des patients : il ne s'agit plus seulement de les éloigner de la société comme ce qui était reproché à la loi de 1838, le soin prend dans ce texte une place centrale. Cependant ce texte n'offre aucun encadrement à l'usage de l'isolement et de la contention.

En juillet 1993, la circulaire Veil vient apporter des précisions concernant les modalités d'hospitalisation en psychiatrie : elle précise que l'hospitalisation libre doit être la règle, et insiste sur le droit pour ces patients « d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement où ils sont soignés ». Ce texte précise également que les patients en hospitalisation libre ne peuvent pas être « installés dans des services fermés à clé ni a fortiori dans des chambres verrouillées », toutefois dans les situations d'urgence et pour garantir leur sécurité il peut être possible de les isoler « quelques heures ». Les situations d'urgence en question ne sont pas détaillées, et il n'y a pas d'indications concernant les durées précises de l'isolement. Par ailleurs, il n'est à aucun moment question de moyens de contention mécanique. (50)

En 1998, devant le constat d'une importante fréquence d'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie, l'ANAES réalise un audit clinique sur ce sujet et émet des recommandations de bonne pratique concernant son usage. Cet audit recommande que l'utilisation de l'isolement émane systématiquement d'une prescription médicale écrite, qui doit être renouvelée au moins toutes les 24 heures, et que le patient bénéficie d'un examen médical biquotidien. De plus, le patient doit pouvoir bénéficier de courts temps de sortie durant le temps passé en chambre d'isolement. L'ANAES insiste sur le caractère thérapeutique de l'usage de l'isolement, et identifie cinq indications cliniques possibles :

- Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ou ni appropriés,
- Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins,
- Isolement intégré dans un programme thérapeutique,
- Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues,
- Utilisation à la demande du patient. (31)

Selon l'ANAES, les contre-indications correspondent à tous les motifs d'isolement qui ne seraient pas à visée thérapeutique : les utilisations punitives, à visée de confort pour l'équipe soignante, ou pour pallier à un manque de personnel soignant. Des contre-indications somatiques sont également détaillées dans cet audit. Cependant ces recommandations ne revêtent pas de caractère obligatoire et restent de simples préconisations.

Au début des années 2000, on observe dans notre société une volonté de renforcer les droits et l'autonomie du patient. La Loi Kouchner du 4 mars 2002 insiste sur la notion de consentement éclairé du patient aux décisions médicales le concernant, consentement qui peut être retiré à tout moment. Cependant cette loi n'aborde pas les spécificités du soin et des hospitalisations en psychiatrie, et notamment des hospitalisations sans consentement. (51)

En parallèle, le début du XXI^{ème} siècle a été marqué par les attentats du 11 septembre 2001, générant un climat d'insécurité dans nos sociétés. Par la suite, plusieurs faits divers mettant en cause des patients atteints de schizophrénie ont connu une importante couverture médiatique. On peut citer parmi ces faits divers dramatiques l'affaire Romain Dupuy, qui a assassiné une infirmière et d'une aide-soignante à Pau en 2004, le meurtre d'un octogénaire à Marseille en 2004 commis par un patient hospitalisé depuis plusieurs années en psychiatrie, et le meurtre d'un jeune étudiant à Grenoble en 2008 commis également par un homme schizophrène. (52) Ces événements très violents et leur importante médiatisation ont participé à majorer les représentations associant psychiatrie et dangerosité. Dans son discours à Antony en décembre 2008, Nicolas Sarkozy annonce « un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques ». Il souhaite que des mesures soient prises dans les hôpitaux psychiatriques afin de prévenir au mieux le risque de fugue, et évoque en particulier la mise en place d'un dispositif de géolocalisation pour certains patients hospitalisés sous contrainte. Il annonce également la création d'unités fermées avec la mise place de système de vidéosurveillance et la création de 200 chambres d'isolement. (53) Ces préconisations, à contre-courant de la Loi Kouchner de 2002, ne seront finalement que partiellement appliquées.

Il faudra attendre les années 2010 pour qu'un nouveau cadre légal soit posé, suite à la déclaration d'inconstitutionnalité de la loi du 27 juin 1990 par le Conseil Constitutionnel. Les lois du 5 janvier 2011 et du 27 septembre 2013 modifient certaines dispositions de la loi de 1990 et instaurent un nouveau mode d'hospitalisation sous contrainte, sans demande d'un tiers : les soins psychiatriques en cas de péril imminent. Ce texte remplace également le terme « hospitalisation psychiatrique » par « soins psychiatriques » en soulignant l'importance des soins ambulatoires dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques.

Toutefois, il n'est toujours pas fait mention dans ces textes de l'usage de l'isolement et de la contention.

4. Création de l'article L-3222-5-1 du CSP

A) CONTEXTE

Au début des années 2010, plusieurs rapports émanant de diverses autorités se succèdent dénonçant les conditions dans lesquelles sont pratiquées l'isolement et la contention dans les établissements psychiatriques, et demandant un encadrement législatif de ces mesures.

Parmi ces rapports, nous pouvons citer celui du Comité européen pour la Prévention de la Torture (CPT) datant de 2010 dans lequel sont dénoncées les mesures d'isolement et de contention qui peuvent parfois durer plusieurs jours sans interruption. Ce rapport émet plusieurs recommandations, et notamment la création de registres consignants toutes les mesures d'isolement et de contention mécanique ainsi que leurs durées, leurs indications et le nom du médecin prescripteur. (54)

Le CGLPL, autorité administrative indépendante créée en 2007 chargée de veiller au respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, est amené à visiter des établissements psychiatriques. Dans son rapport de l'année 2013, Jean-Marie Delarue constate que l'isolement relève parfois plus de la sanction que du soin. Il recommande à son tour la création de registres, tels que décrit plus haut. (55) Son successeur, Adeline Hazan, fait le même constat en ce qui concerne l'utilisation parfois punitive de l'isolement et de la contention, et dénonce le manque de traçabilité de ces mesures. (56)

B) ARTICLE L-3222-5-1 DU CSP - VERSION 2016

C'est en 2016 que l'utilisation de l'isolement et des contentions en psychiatrie va bénéficier pour la première fois d'un encadrement légal. L'article 72 de la loi du 26 janvier 2016, intitulée « modernisation de notre système de santé », crée l'article L3222-5-1 du Code de la Santé Publique (Annexe 1). Cet article stipule que l'isolement et la contention doivent être « **des pratiques de dernier recours** » et n'être mis en œuvre que « pour **prévenir un dommage** immédiat ou imminent pour le patient ou autrui ». Les indications ne sont pas détaillées davantage dans le texte de loi, et l'évaluation de « dommage immédiat ou imminent » est laissée à l'appréciation du prescripteur. La durée des prescriptions n'est pas non plus précisée, il est seulement indiqué qu'elle doit être « limitée ». Cet article impose à chaque établissement la tenue d'un registre mentionnant toutes les mesures d'isolement et de contention ainsi que leur durée, le nom du psychiatre prescripteur et celui des soignants ayant participé à la surveillance de la mesure, sans obligation concernant le format de ce registre. Il doit pouvoir être présenté à la CDSP, au CGLPL ou aux parlementaires sur demande. Les potentielles irrégularités de ces registres, ainsi que leurs sanctions, ne sont pas abordées.

Ce nouveau cadre légal entraîne un changement fondamental dans la perception de l'isolement et de la contention : ces derniers deviennent des **décisions médicales de privation de liberté**. Ils passent donc du statut de prescription médicale et donc de soins, à une mesure de sécurité et de protection. (18)

Des recommandations de bonnes pratiques concernant l'usage de l'isolement et des contentions mécaniques sont publiées par la HAS en 2017. Ces recommandations détaillent les indications ainsi que les contre-indications de l'isolement et de la contention. Les indications correspondent aux situations de violence avec **mise en danger et risque grave** pour le patient ou pour autrui : « 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 ». Les contre-indications correspondent à des situations somatiques particulières, et à toutes les situations dans lesquelles l'isolement ou la contention ne serait pas utilisé à but thérapeutique (utilisation à visée punitive ou pour pallier à des problèmes d'ordre administratif, institutionnel ou organisationnel ou à un manque d'effectif soignant). Concernant les durées, il est recommandé que la prescription initiale d'une mesure d'isolement soit limitée à 12 heures et 6 heures pour les contentions mécaniques. Si la mesure est prolongée, les prescriptions doivent être **renouvelées toutes les 24 heures**. Il est également recommandé que les mesures d'isolement ne soient pas prolongées au-delà de **48 heures** sauf cas exceptionnels, et **24 heures** pour le recours aux contentions mécaniques. Dans tous les cas, le patient doit pouvoir bénéficier de **deux évaluations médicales par 24 heures**. Le recours à l'isolement et aux contentions mécaniques ne peut se faire que dans le cadre d'une mesure de soins sous contrainte. Cependant, dans les situations d'urgence, il est possible d'avoir recours à l'isolement pour un patient hospitalisé en soins libres, pour une durée maximale de 12 heures.

Ces pratiques doivent être des pratiques de dernier recours, et utilisées de manière « exceptionnelle » pour la contention mécanique et uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement associée. (58) (59)

5. Loi de décembre 2020

A) CONTEXTE

Bien qu'un encadrement légal des mesures d'isolement et de contention soit désormais proposé, aucune sanction n'est prévue en cas d'abus, et on ne sait d'ailleurs pas quel ordre juridictionnel serait compétent pour trancher. Dans le cadre des hospitalisations en psychiatrie sans consentement, c'est l'autorité judiciaire via le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) qui statue sur les irrégularités potentielles des mesures et qui peut en ordonner la mainlevée (article L3216-1 du CSP). Le contrôle par le JLD est systématique pour toutes les mesures de soins sous contrainte et intervient dans les 12 premiers jours d'hospitalisation, il peut également se faire sur saisine du patient par exemple à n'importe quel moment de l'hospitalisation.

L'article 66 de la Constitution française déclare : « Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi ». Pourtant, l'autorité judiciaire refusait alors de statuer sur les mesures privatives de liberté annexes aux mesures de soins sous contraintes, dont l'isolement et la contention mécanique font partie. Le seul recours accessible au patient ou à ses proches devant des cas d'irrégularité était la saisine du juge administratif dans le cadre du référé liberté (mesure d'urgence qui permet, via le Juge des référés administratif, de mettre fin à une mesure administrative si cette dernière constitue une atteinte grave d'une

liberté fondamentale). Cependant, cette mesure n'intervenait pas systématiquement mais seulement sur saisine volontaire ce qui la rendait très peu accessible en réalité.

Une affaire datant de 2016 aurait pu faire jurisprudence en la matière : un patient ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte a contesté les motivations de cet isolement devant le JLD, qui a décidé du maintien de la mesure de soins sous contrainte devant l'absence de preuve apportée par le patient. Ce dernier a fait appel de cette décision, et le juge d'appel a considéré comme illégal le placement en isolement de ce patient et a donc ordonné la mainlevée de la mesure de soins sous contrainte. C'était alors la première fois qu'un juge judiciaire se reconnaissait compétent pour statuer sur des mesures d'isolement. (60) Pourtant, plusieurs autres affaires ont suivi et l'on constate que la compétence de l'autorité judiciaire pour statuer sur les mesures d'isolement et de contention n'a pas fait jurisprudence. Nous pouvons citer une affaire datant de 2018 dans laquelle un homme hospitalisé en SPDT a contesté la mesure d'isolement qui avait été prise à son encontre aux urgences de centre hospitalier de Châlons-en-Champagne : le JLD a ordonné le maintien de la mesure de soins sans consentement, jugement confirmé par la Cour d'appel de Reims. La Cour de cassation a rejeté le pourvoi en cassation du patient, en déclarant le JLD incompétent pour contrôler les mesures d'isolement qualifiées de « mesures médicales » et distinctes de la procédure de soins sous contrainte. (61)

Devant la multiplication des contentieux devant l'ordre judiciaire, et l'absence d'ordre juridictionnel compétent pour contrôler les mesures d'isolement et de contention en psychiatrie, la Cour de Cassation a saisi le Conseil Constitutionnel d'une Question Prioritaire de Constitutionnalité (QPC) le 05 mars 2020 concernant l'article L3222-5-1. Par la suite, cet article a été **déclaré contraire à la Constitution**, et notamment à son article 66 (sus-cité).

B) VERSION DU 16 DÉCEMBRE 2020

Suite à cette déclaration d'inconstitutionnalité, l'article L3222-5-1 a été modifié le 16 décembre 2020 via l'article 84 de la loi sur le financement de la sécurité sociale (Annexe 1). Cette nouvelle version a entraîné plusieurs changements majeurs dans l'encadrement de l'isolement et de la contention. Ces mesures ne peuvent désormais concerner que des patients hospitalisés sans leur consentement, et leur surveillance doit être « somatique et psychiatrique » avec une obligation de traçage dans le dossier médical. Un encadrement des durées d'isolement et de contention est désormais inscrit dans la législation :

- La mesure d'isolement a une **durée maximale de 12 heures** et peut être renouvelée toutes les 12 heures. La durée totale **ne peut dépasser 48 heures**, sauf cas d'urgence.
- La mesure de contention a une **durée maximale de 6 heures** et peut être renouvelée toutes les 6 heures. La durée totale **ne peut dépasser 24 heures**, sauf cas d'urgence.

Si la prescription dépasse les durées maximales indiquées, le JLD est alors informé de la mesure sans délai par le médecin. Il peut alors se saisir d'office, ou être saisi par le patient ou ses proches, afin de statuer sur la poursuite ou non de la mesure en question. L'autorité judiciaire, par l'intermédiaire du JLD, devient donc compétente pour contrôler les mesures d'isolement et de contention, mais sa saisine n'est pas systématique.

Par ailleurs, il est indiqué dans le texte de loi qu'en plus du JLD, le médecin doit également informer les proches du patient du renouvellement de la mesure en cours (le conjoint, le tiers ou un parent par

exemple). Enfin, le registre rendant compte de toutes les mesures doit désormais obligatoirement être établi sous forme numérique.

Une instruction datant du 29 avril 2021 et émanant de la DGOS amène quelques précisions sur l'application de ces nouvelles mesures (62). Elle précise par exemple que ce nouveau cadre légal ne remet pas en cause la possibilité d'isoler un patient en soins libres « pour quelques heures », dans l'attente de la mise en place d'une mesure de soins sous contrainte si l'isolement doit être prolongé ou alors le temps de la résolution de la situation d'urgence. Concernant le renouvellement des mesures, si ce dernier doit intervenir en « nuit profonde » alors que le patient dort, le psychiatre a la possibilité de le réaliser « à distance » en l'absence de signe d'inquiétude clinique ou de consigne de surveillance particulière.

C) DÉCLARATION D'INCONSTITUTIONNALITÉ

Bien que cette loi statue sur l'ordre juridictionnel compétent pour contrôler les mesures d'isolement et de contention, on constate qu'elle ne répond pas totalement aux demandes du Conseil Constitutionnel : en effet le contrôle par le JLD est désormais possible, mais n'est ni obligatoire, ni systématique. C'est dans ce contexte qu'une nouvelle QPC a été transmise par la Cour de Cassation en avril 2021, avant même la parution du décret précisant les modalités d'applications de la loi du 14 décembre 2020. Cette QPC a été suivie d'une nouvelle déclaration d'inconstitutionnalité de cette dernière version de la loi. Toutefois, le Conseil Constitutionnel a déclaré que « l'abrogation immédiate des dispositions déclarées contraires à la Constitution entraînerait des conséquences manifestement excessives ». (63) L'abrogation de cette loi a donc été reportée au 31 décembre 2021 afin de laisser un délai supplémentaire au législateur.

Une nouvelle écriture de cette loi a été proposée dans l'article 41 de projet de financement de la sécurité sociale pour 2022, puis à nouveau abrogée le 16 décembre 2021, accusée d'avoir été introduite comme un cavalier législatif. Plus aucun article de loi encadrant l'isolement et la contention mécanique n'était donc en vigueur à partir du 31 décembre 2021. Pour combler ce vide juridique temporaire, la DGOS a fait paraître une note à destination des établissements psychiatriques dans l'attente de nouvelles dispositions législatives. Cette note indique qu'aucun dépassement des durées maximales légales ne sera possible, c'est-à-dire 48 heures pour l'isolement et 24 heures pour la contention. Le JLD ne pourra pas être saisi par le patient ou ses proches mais pourra se saisir lui-même à tout moment. Il est également précisé dans cette note qu'en cas de dépassement des durées légales, c'est la responsabilité de l'établissement d'accueil qui sera alors engagée.

6. Législation en vigueur depuis janvier 2022

Attendues initialement avant le 15 janvier 2022, les nouvelles dispositions législatives ont finalement été publiées le 24 janvier 2022 et comportent plusieurs modifications. Il y est à nouveau indiqué que l'isolement ne peut être prescrit que pour une durée maximale de 12 heures et la mesure de contention pour une durée maximale de 6 heures, mais il est précisé que la mesure d'isolement doit « faire l'objet de **deux évaluations par vingt-quatre heures** » et la mesure de contention de « **deux évaluations par douze heures** » en cas de renouvellement (et non plus toutes les 12 heures et toutes les 6 heures). Les

durées totales autorisées, sauf situation exceptionnelle, restent les mêmes c'est-à-dire 48 heures pour l'isolement et 24 heures pour la contention, et le JLD est informé au terme de ces durées maximales. La nouveauté majeure de ce texte réside dans la **saisine systématique du JLD** par le directeur de l'établissement au-delà de 72 heures d'isolement et de 48 heures de contention. Le JLD doit donc obligatoirement statuer sur chacune des mesures d'isolement et de contention au terme des durées indiquées ci-dessus, dans un délai de 24 heures. S'il ordonne la mainlevée de la mesure en question « aucune nouvelle mesure ne peut être prise avant l'expiration d'un délai de quarante-huit heures à compter de la mainlevée de la mesure ». Une exception est toutefois prévue pour les cas où de nouveaux éléments rendraient indispensable la prescription d'une nouvelle mesure.

Enfin la notion de secret médical est réaffirmée dans cette nouvelle version, et l'information d'un proche du patient ne peut se faire que « dans le respect de la volonté du patient et du secret médical ».

7. Accueil de ce nouveau cadre légal

Ce nouveau cadre légal a soulevé de nombreuses critiques au sein du corps médical, comme en témoignent les différents communiqués de presse émanant de plusieurs institutions. (64) Par exemple, les communiqués de presse du 17 novembre puis du 21 décembre 2020, dénoncent l'impossibilité de mettre en application l'article de loi dans les conditions actuelles et évoquent de potentiels droits de retrait. (65) Le communiqué de presse du 17 février 2021 insiste à nouveau sur l'impossibilité d'appliquer le texte de loi, qu'il juge « loin de la réalité clinique vécue quotidiennement par les professionnels ». (66)

La plupart des établissements psychiatriques ont en effet rencontré de grandes difficultés à mettre en application les changements imposés par ces nouveaux textes de loi, demandant une réorganisation importante des soins dans un délai très court. De plus, ces changements interviennent dans une période de grande tension hospitalière avec un absentéisme soignant de plus en plus important, souvent dû à un épuisement professionnel, et un manque criant de moyens techniques et humains. La temporalité exigée par cette nouvelle loi est également difficile à respecter : l'information du JLD doit se faire « sans délai » lorsqu'une mesure dépasse la durée maximale autorisée, cependant l'échéance de cette durée peut survenir à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, weekend et jours fériés y compris. Cette disposition semble difficile à respecter sans moyens humains supplémentaires, et avec des logiciels de prescription qui ne sont pas toujours adaptés. (61) (64) Par ailleurs, la complexité de la procédure, imposant une multiplication des certificats médicaux, a également été pointée du doigt.

En avril 2021, une enquête a été réalisée par l'Association des établissements du service public de santé mentale (Adesm) concernant les conditions d'application de cette réforme. Parmi les 96 hôpitaux qui ont répondu à cette étude, 80% avaient mis en application le nouveau texte de loi dont 75 % d'entre eux avec une application seulement partielle. Seuls 22% des hôpitaux ayant appliqué ce texte l'ont fait de manière stricte. Bien que la volonté d'un recours moindre aux mesures d'isolement et de contention semble partagée par tous, cette enquête a mis en évidence un retour plutôt critique du corps médical vis-à-vis de cette nouvelle loi, vécue parfois comme « une forme de punition », avec un fort sentiment de « défiance » envers la psychiatrie. (67)

Une autre critique souvent évoquée à l'encontre de ce texte est qu'il ne concerne que l'isolement et la contention dans les établissements psychiatriques, or ces mesures peuvent également être pratiquées dans d'autres types d'établissements de santé : on citera par exemple les EHPAD dans lesquels les personnes âgées font parfois l'objet de mesures de contention (ceintures de contention au fauteuil, barrières du lit relevées) (61), mais également les services d'urgences dans lesquels des mesures d'isolement voire de contention peuvent être prises et qui ne sont actuellement pas concernés par ces modifications législatives. Une des revendications du corps médical est donc la création d'une loi globale, prenant en compte les secteurs autres que la psychiatrie. (64) (66)

Dans son rapport d'activité pour 2020, le CGLPL, qui avait été consulté par le Gouvernement à ce sujet, salue les avancées présentées par la version de 2020 en matière de respect des libertés individuelles. (68) Dans le rapport de l'année suivante, Dominique Simonnot évoque à nouveau les modifications législatives récentes et regrette les « incertitudes juridiques » qui touchent un secteur déjà en crise. Elle constate également le mauvais accueil réservé à cette nouvelle loi dans les établissements psychiatriques, avec pour principal motif de contestation la multiplication des formalités administratives qu'elle exige. Cependant, elle qualifie cette loi de « salutaire ». (43)

8. Mise en place de cette loi à l'hôpital Saint Jacques

Une réflexion globale sur les pratiques et notamment le recours à l'isolement et la contention est en cours au sein du CHU de Nantes depuis plusieurs années déjà. Ainsi en 2019 un groupe de travail comprenant des psychiatres responsables d'unités fermées, les cadres de ces unités, des infirmiers et des psychologues, s'est intéressé à la prise en charge en CSI ainsi qu'aux pratiques à développer afin de « prévenir et limiter la durée des mesures d'isolement et de contention ». Ces réflexions ont conduit à plusieurs actions, dans un objectif d'amélioration des pratiques professionnelles : la restauration et l'aménagement des CSI et des chambres sécurisées, la création des « salons fumeurs » au sein des unités fermées, la formation du personnel soignant aux stratégies d'apaisement et la réalisation d'un travail autour de la création de chambres d'apaisement. Durant l'année 2021, 336 professionnels du PHU 8 (psychiatrie et santé mentale) ont bénéficié d'une formation spécifique en lien avec les mesures d'isolement et de contention, et les situations de violences et d'agressivité : le programme OMEGA. De plus, une équipe de sûreté intervenant sur l'établissement de 7h à 19h du lundi au samedi a également été créée, afin de renforcer la sécurisation des équipes soignantes.

Dès la publication du nouvel article de loi fin 2020, un groupe de travail spécifique a été créé à l'hôpital Saint Jacques afin de réfléchir sur sa mise en application au sein de l'établissement. Ce groupe de travail est régulièrement en lien avec le Centre Hospitalier G. Daumazon, hôpital psychiatrique à Bouguenais, ainsi qu'avec le tribunal judiciaire de Nantes. Plusieurs réunions communes ont été organisées, avec les JLD, pour échanger autour des modifications législatives récentes.

En pratique, sur l'établissement, le renouvellement des prescriptions d'isolement se fait toutes les 12 heures via le logiciel de prescription, et toutes les 6 heures pour la contention. Ce renouvellement peut

se faire à distance lorsqu'il intervient en nuit profonde, en l'absence de signe d'inquiétude ou d'instruction particulière, sous surveillance infirmière.

Par ailleurs il a été décidé que l'information du JLD se ferait systématiquement à l'aide de certificats médicaux horodatés, qui sont donc rédigés toutes les 24h pour les contentions et toutes les 48h pour l'isolement. Un certificat médical initial horodaté est également rédigé lors de l'initiation de toute mesure d'isolement ou de contention. Lorsque le début des mesures, ou la date limite de renouvellement, interviennent en dehors des heures de présence d'un médecin senior, le certificat médical peut être rédigé de manière anticipée ou décalé au lendemain matin. En cas de prescription d'isolement pour un patient en soins libres, le temps passé en isolement dans l'attente de la mise en place de la mesure de contrainte n'est pas comptabilisé pour la réalisation des certificats.

Face à cette charge de travail supplémentaire, une ligne de garde de psychiatre a été mise en place depuis septembre 2021 sur l'établissement, le dimanche de 9h00 à 18h00, avec pour objectif la rédaction des certificats médicaux.

Le logiciel de prescription actuel du CHU semble peu adapté aux prescriptions d'isolement et de contentions en psychiatrie. En effet, la durée de prescription automatique est de 30 heures en l'absence de modification, pour les isolements comme pour les contentions, ce qui semble peu adapté aux modifications législatives récentes. De plus, lors du renouvellement des prescriptions, la nouvelle prescription ne met pas automatiquement fin à la précédente, il peut donc parfois y avoir deux prescriptions simultanées d'isolement et/ou de contention pour le même patient.

III. Isolement et contention : en pratique

1. Epidémiologie

A) EN FRANCE

Dans un premier temps, il semble important de préciser qu'il reste à ce jour très difficile de faire un état des lieux précis de l'utilisation de l'isolement et de la contention en psychiatrie. En effet, malgré la tenue d'un registre rendu obligatoire depuis la loi de 2016, il existe très peu de données accessibles, fiables et exhaustives concernant l'utilisation de l'isolement et de la contention mécanique sur le territoire national. Les chiffres retrouvés dans différentes études et les rapports successifs du CGLPL font état de pratiques très hétérogènes selon les régions, certains établissements ayant proscrit l'usage des contentions mécaniques et d'autres ne possédant aucune chambre d'isolement, bien que ces derniers représentent une minorité.

Le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P) permet de décrire l'activité des établissements psychiatriques publics et privés sur le territoire national via un recueil de données qui est effectué par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Il constitue également une source d'informations concernant le recours à l'isolement thérapeutique qu'il permet de quantifier. D'après les données du RIM-P en 2016 il y a eu 33 771 mesures d'isolement thérapeutique en France, concernant 29 002 patients soit **9,7 % du nombre total de patients** hospitalisés, pour une **durée moyenne de 12 jours**. Concernant l'année 2017 il y a eu 34 529 mesures d'isolement thérapeutique sur le territoire, concernant

cette fois-ci 29 060 patients soit **9,8 % du nombre total de patients** hospitalisés sur l'année, et pour une **durée moyenne de 11,9 jours**.

Toutefois, ce recueil d'informations comporte de nombreuses limites. En effet il ne prend en compte que les isolements d'une « durée continue égale ou supérieure à deux heures » et ne permet pas de distinguer les mesures d'isolements effectuées dans un endroit dédié (telle qu'une chambre d'isolement ou une chambre sécurisée par exemple) de celles effectuées dans la chambre habituelle du patient. De plus, il permet de recueillir uniquement les mesures d'isolement qui correspondent au protocole de surveillance de la HAS. On peut donc supposer que les chiffres fournis par ce recueil sous-estiment le recours à l'isolement, même s'ils permettent tout de même de donner un ordre d'idées sur la proportion de son utilisation. (3)

Plusieurs études se sont intéressées à l'épidémiologie des mesures d'isolement et de contention. Une de ces études, menée en 2003 sur 189 services psychiatriques, a montré que 91,1 % des services étudiés possédaient au moins une chambre d'isolement. (4) Une autre étude datant de 2009 et portant sur l'utilisation de la chambre d'isolement dans un centre hospitalier psychiatrique en Alsace a relevé une incidence de 5 % : ce chiffre signifie que 5% des patients qui ont été hospitalisés durant la période d'étude ont fait l'objet d'une mesure d'isolement. (5)

Une étude menée en 2014 s'est intéressée à l'utilisation de l'isolement et de la contention dans un service d'urgences psychiatriques au CHU de Saint Etienne. Cette étude a mis en évidence un taux d'isolement de 25 % parmi l'ensemble des patients hospitalisés dans le service en question sur une année. Ce taux atteint 89 % parmi les patients hospitalisés sous contrainte (SPDT ou SPDRE). Concernant la contention, le taux d'utilisation sur l'ensemble des patients est de 15 %, et représente 53 % des patients admis sous contrainte. (7)

Plus récemment, une étude datant de 2018 et menée par la Fédération de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale d'Occitanie (FERREPSY) sur 13 établissements psychiatriques a retrouvé une incidence moyenne des mesures de contention de 2,5 % parmi les admissions réalisées, avec un taux bien plus élevé dans les services d'urgences comparativement aux autres unités étudiées (6,9% contre 1,7%). (6)

Malgré de grandes disparités, la plupart des articles sur le sujet rendent compte d'une **augmentation** de l'utilisation de l'isolement et de la contention depuis le début des années 2000. (8)(9) C'est également le constat que fait Adeline Hazan (alors CGLPL) dans un article datant de 2016 (10). Cette augmentation du recours aux moyens de contrainte est à mettre en parallèle avec l'augmentation ces dernières années des faits de violence à l'hôpital (11). L'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS), qui recense les atteintes aux personnes et aux biens, constate dans son rapport de 2020 que 18 % des faits signalés, dont 19,4% des atteintes aux personnes, concernent des services de psychiatrie. Ce pourcentage correspond à 4371 signalements, dont 4137 signalements d'atteinte aux personnes, chiffre en légère augmentation. Ce sont les membres du personnel soignant qui sont victimes des violences signalées dans plus de 80 % des cas. La psychiatrie est le premier service à faire face à des événements violents d'après ce rapport, viennent ensuite les urgences (recensant 16% des faits de violence) puis les USLD/EHPAD (13% des signalements de violence).

B) A L'ÉTRANGER

L'utilisation de l'isolement et de la contention est également très hétérogène entre les différents pays. Une revue de la littérature datant de 2009 a recueilli des données concernant le recours à l'isolement et à la contention dans 12 pays différents. On constate que les taux d'utilisation ainsi que les durées moyennes des mesures varient considérablement d'un pays à l'autre. Par exemple, l'utilisation des moyens de contrainte (isolement et contention) en Australie concerne 35,6 % des admissions en unité psychiatrique pour une durée moyenne de 4,5 heures. En Angleterre, on constate que l'isolement n'est quasiment jamais utilisé. La contention mécanique étant proscrite, ce sont des mesures de contention physique qui sont utilisées et pour une durée moyenne de 20min. Les durées moyennes les plus importantes concerne les Pays-Bas : l'isolement, qui concerne 11,6 % des admissions, a une durée moyenne de 294 heures et la contention mécanique, beaucoup plus rare puisqu'elle concerne 1,2 % des admissions, a une durée moyenne de 1182 heures. (12)

Une étude rétrospective menée sur deux ans dans un hôpital psychiatrique au Canada et publiée en 2011 a montré que sur les 2721 patients hospitalisés durant cette période, 632 soit 23,2% ont fait l'objet d'une mesure d'isolement et 476 patients soit 17,5% d'une mesure de contention. (13)

En Islande, pays qui ne possède que 10 services de psychiatrie répartis sur deux sites différents, les moyens de contrainte tels que l'isolement ou la contention ne sont quasiment jamais utilisés, et ce depuis plusieurs siècles. (14)

2. Facteurs de risque de recours à l'isolement et à la contention

A) FACTEURS RELATIFS AU PATIENT

Plusieurs facteurs de risque de recours à l'isolement et à la contention ont été identifiés dans la littérature et certains concernent le patient lui-même. Nous pouvons citer par exemple un âge jeune (entre 20 et 35 ans) et le genre masculin. (15) Le fait d'être hospitalisé sous contrainte augmente également le risque de faire l'objet d'une mesure d'isolement et/ou de contention, sans qu'une réelle différence entre chaque mode d'hospitalisation ait pu être mise en évidence. (16)

La présence d'antécédents psychiatriques et d'antécédents de comportement violent sont aussi des facteurs associés à une plus grande utilisation de l'isolement et de la contention. D'autres facteurs de risque sont davantage en lien avec la pathologie psychiatrique : un diagnostic de schizophrénie semble être un facteur de risque majeur, de même qu'un diagnostic de trouble bipolaire, la présence d'un trouble de la personnalité, ainsi qu'un trouble lié à l'usage de substances. (17) (16)

B) FACTEURS RELATIFS AUX SOIGNANTS

D'autres facteurs de risque de recours à l'isolement et à la contention sont davantage liés à l'équipe soignante : nous pouvons par exemple citer la présence d'un soignant masculin dans l'équipe. (15) Par ailleurs, une équipe soignante exprimant plus facilement la colère et l'agressivité aura davantage recours à ces pratiques. C'est également le cas lorsque la fréquence des agressions physiques envers les soignants est plus importante. On note toutefois que la perception par l'équipe d'un niveau de sécurité suffisant aura

tendance à réduire cette utilisation. (17) Le manque de personnel, entraînant une majoration du sentiment d'insécurité chez les soignants, est également un facteur de risque de recours à l'isolement et à la contention.

Enfin, de nombreux auteurs mettent en avant la formation insuffisante des équipes infirmières depuis la fin de la formation spécifique d'infirmier en psychiatrie datant de 1992. Ce manque de formation entraînerait un plus grand recours aux moyens de contrainte que sont l'isolement et la contention. (18)

C) FACTEURS EN LIEN AVEC L'ENVIRONNEMENT

Enfin, des facteurs de risque liés à l'environnement ont également été identifiés. Une étude menée entre 2013 et 2014 en Angleterre, a montré que la présence d'une chambre d'isolement dans un service renforçait son utilisation, et renforçait également son acceptabilité par l'équipe soignante. En revanche, dans les services ne possédant pas directement de chambre d'isolement, on constate que l'équipe soignante tolère un risque de violence plus élevé avant de recourir à des mesures de contrainte et notamment à la contention. (19)

D'autres études ont montré que la multiplication des privations de libertés, notamment dans les services fermés, conduisait à une plus grande utilisation de l'isolement et de la contention en augmentant le risque d'agressivité de la part du patient. La surpopulation d'une unité et l'appel aux renforts via des alarmes de sécurité lors des moments de tension sont également des facteurs qui induisent une augmentation du recours à ces mesures. (18) (20)

3. L'isolement et la contention : des pratiques controversées

A) ARGUMENTS EN FAVEUR DU RECOURS À L'ISOLEMENT ET À LA CONTENTION

Le rôle « thérapeutique » de l'isolement et de la contention mécanique est souvent avancé par une partie des soignants y ayant recours. C'est le rôle de contenance assuré par les murs de la chambre d'isolement et/ou les contentions mécaniques qui est alors le plus fréquemment évoqué. Dans ce cas, l'isolement est utilisé pour apaiser et « rassembler » un patient présentant des angoisses de morcellement, des symptômes de désorganisation majeurs ou un envahissement psychique. (21) Parfois, les patients eux-mêmes peuvent demander à être admis en chambre d'isolement pour contenir des angoisses trop envahissantes. (22) (23) Dans son autobiographie, Temple Grandin, atteinte d'autisme, témoigne de son expérience personnelle en ce qui concerne la contention mécanique, qu'elle a expérimenté elle-même via les « trappes à contention » du bétail. Elle décrit un effet « stimulant et décontractant » de ces trappes de contention. (24)

Un autre motif fréquemment évoqué lors du recours à ces moyens de contrainte est la prévention d'un danger, pour le patient lui-même ou pour les autres. Une revue de la littérature datant de 1994 conclue à une efficacité de l'isolement et de la contention particulièrement dans les cas d'agitation et pour prévenir les risques hétéroagressifs. Les auteurs rajoutent que dans le cas de patients présentant une

symptomatologie sévère, il était quasiment impossible de faire sans une certaine forme d'isolement et de contention (mécanique ou physique). (25)

B) UNE EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE CONTESTÉE

Il n'existe pas à ce jour de travaux scientifiques mettant en évidence, avec un niveau de preuve suffisant, une quelconque efficacité thérapeutique du recours à l'isolement et à la contention mécanique en psychiatrie. (18) (79) Les études sur le sujet sont rares, comportent de nombreux biais et portent la plupart du temps sur de faibles effectifs.

Une revue de la littérature datant de 2006 et portant sur 35 études menées entre 1985 et 2002 conclut qu'il y a peu, voire pas, de preuve concernant la sécurité et l'efficacité sur le court terme du recours à l'isolement et à la contention, lorsque ces derniers sont utilisés pour gérer des états d'agitation et des comportements violents. (26)

Une revue de la littérature norvégienne datant de 2015 et portant sur des publications nationales et internationales entre 1930 et 2013 pointe à son tour l'absence d'études récentes démontrant l'efficacité thérapeutique des pratiques d'isolement, alors que son utilisation est très largement répandue. (27)

De plus, parmi les patients ayant fait l'objet d'une mesure de contention très peu en perçoivent le bénéfice thérapeutique, et certains perçoivent même une aggravation de leur état de santé du fait de cette mesure. (23) (28)

Dans son rapport datant de 2012, le CPT rappelle qu'il « n'y a pas de preuve scientifique d'un bénéfice thérapeutique quelconque découlant du recours à la contention ». (29) En 2017, ce comité publie un document regroupant des recommandations relatives à l'utilisation des moyens de contention. Dans ce document, la contention est définie comme « une mesure de sécurité » et il est précisé qu'y « recourir à des fins thérapeutiques ne peut se justifier ». (30) L'absence d'étude scientifique démontrant l'intérêt thérapeutique de l'isolement et des contentions mécaniques est également pointée par le CGLPL dans un article datant de 2016 (10).

C) UN RISQUE D'EFFETS INDÉSIRABLES CONSÉQUENT

Le recours aux mesures de contraintes que sont l'isolement et la contention n'est pas sans risque, que ce soit pour le patient lui-même mais également pour les soignants qui mettent en œuvre de telles mesures. Certains estiment d'ailleurs que 3% des arrêts de travail concernant l'équipe soignante sont directement en lien avec ces pratiques (18).

• Un risque de rupture thérapeutique :

Si certains pointent la surveillance infirmière rapprochée permise par la prise en charge en isolement, qui serait bénéfique pour le patient, d'autres justement mettent en avant le risque de rupture thérapeutique induit par le recours à des mesures de contrainte. La prévention du risque de rupture thérapeutique est pourtant l'une des cinq indications de la mise en isolement identifiée par l'ANAES en 1998 (31). Bien souvent, les patients hospitalisés en psychiatrie, et notamment ceux qui ne consentent pas à cette hospitalisation, présentent un déni de leur pathologie. La recherche d'une alliance thérapeutique est

donc primordiale dans la prise en charge de ces patients, et cette alliance thérapeutique peut être mise à mal par le recours à des mesures de contrainte.

- **Des conséquences psychiques négatives :**

De nombreux travaux mettent en évidence les conséquences psychologiques délétères de l'utilisation de la contention sur le personnel soignant, et notamment l'équipe infirmière. On retrouve la plupart du temps de l'anxiété, un sentiment de colère et parfois même une résurgence de symptômes en lien avec un traumatisme antérieur. (32) (33)

Chez les patients faisant l'objet d'une mesure de contention, il existe également un risque de résurgence de symptômes en lien avec un traumatisme passé. Le caractère traumatique de la mesure en elle-même a également été mis en évidence, avec la plupart du temps des sentiments de colère, de peur, d'humiliation et d'impuissance chez les patients qui en font l'objet. (32) (33) (34)

La contention mécanique mais également l'isolement peuvent entraîner des états confusionnels chez le patient. (35) (36)

De plus, l'isolement et a fortiori la contention entraîne un sevrage brutal chez les patients ayant une consommation de tabac ou d'autres toxiques. Les risques associés à ce sevrage sont donc à prendre en compte lors de l'initiation de ces mesures.

- **Un risque de blessures physiques :**

La majorité des blessures physiques consécutives aux mesures de contraintes concernent principalement les mesures de contentions. Une revue de la littérature datant de 2013 rappelle les risques de blessures physiques pour les soignants mettant en œuvre des mesures de contention, et particulièrement les blessures musculo-squelettiques. (33)

L'immobilisation induite par les contentions mécaniques chez les patients présente de nombreux risques physiques. Tout d'abord, nous pouvons citer les risques cutanés tels que l'abrasion, les contusions ou les lacérations, les plaies pouvant être provoquées par les sangles, allant jusqu'aux escarres dans le cas d'immobilisation prolongée. Il existe également un surrisque de fracture associé à la contention. (37)

Une majoration du risque thromboembolique est retrouvée dans de nombreuses études. En effet, l'immobilisation prolongée augmente le risque de thrombose veineuse profonde et d'embolie pulmonaire, pouvant mener au décès du patient. Ce risque est majoré par l'utilisation des traitements antipsychotiques de seconde génération ainsi que certains antidépresseurs, fréquemment prescrits en psychiatrie, qui sont eux-mêmes des facteurs de risque d'événements thromboemboliques. (38) Ce risque semble exister même lorsque les patients bénéficient d'un traitement anticoagulant préventif, comme préconisé par les recommandations de la HAS datant de 2017. (37)

Il existe également une augmentation du risque de chute chez les patients contenus sur de longues périodes, du fait d'une désadaptation psychomotrice induite par les contentions. L'immobilisation et la position allongée peuvent également majorer le risque de constipation.

Enfin, il existe également un surrisque infectieux lié aux contentions. En effet les plaies cutanées peuvent rapidement s'infecter, il existe par ailleurs un risque de pneumopathie d'inhalation devant le risque de fausse-route majoré par la position allongée prolongée.

L'ensemble de ces facteurs contribuent à un **surrisque de décès** chez les patients faisant l'objet de mesure de contention, bien que le lien de causalité direct soit difficile à établir. (33) (37) Le décès peut survenir par arrêt cardio-pulmonaire, par asphyxie par strangulation, embolie pulmonaire ou mort subite inexpliquée. (37)

D) LE VÉCU DES PATIENTS ET DES SOIGNANTS

• Vécu des patients :

Une revue de la littérature datant de 2010 s'intéresse au vécu des patients ayant fait l'objet de mesures de contention mécanique. On remarque une perception positive de ces mesures chez certains patients, due à un sentiment de sécurité et à une prise en charge plus rapprochée de la part de l'équipe soignante. Cependant, le vécu des patients était la **plupart du temps négatif** avec des sentiments de colère, de peur, d'humiliation et de déshumanisation, d'impuissance. Bien souvent, les patients ont vu dans l'utilisation des contentions une pratique « punitive ». (32)

Une autre étude publiée en 2016 s'intéressant également aux mesures de contention montre à son tour que le vécu des patients est majoritairement négatif. De même que dans l'étude citée précédemment, ces patients ont pour la plupart perçu le recours à la contention comme une **mesure « punitive »**. Par ailleurs, cette étude constate que le vécu de la contention semble être influencé par la qualité de la relation soignant/soigné durant l'exécution de cette mesure : plus la relation est perçue comme étant de bonne qualité par le patient, et moins la mesure de contention sera vécue difficilement. (34) Ce point met en avant l'importance de maintenir une relation soignant/soigné de bonne qualité, même lors du recours à des moyens de contrainte.

Une étude datant de 2010 a analysé le vécu de 30 patients ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement. Dans cette étude la plupart des patients interrogés (56,7%) ont fait part d'une satisfaction globale concernant leur prise en charge durant la mesure d'isolement. En revanche, ils sont une minorité à identifier des effets bénéfiques à cette mesure d'isolement, seuls 26,7% d'entre eux ont ressenti un apaisement. La majorité des patients interrogés ont rapporté un **vécu négatif** de la mesure avec des sentiments de colère, d'impuissance, de peur, de dévalorisation ou de dépression ressentis durant l'isolement. 56,7% des patients ont attribué un **sens punitif** à cette mesure et 76,7% d'entre eux ont jugé qu'il était possible de l'éviter. (23)

• Vécu des soignants :

Une étude datant de 2012 a analysé le vécu de soignants (20 infirmiers et 9 psychiatres) confrontés à la contention. La majorité des sujets interrogés, infirmiers comme médecins, ont perçu une diminution de l'agressivité des patients suite à l'utilisation des contentions. La majorité des infirmiers ont perçu une diminution de l'anxiété des patients et ont identifié un vécu sécurisant des contentions chez ces derniers

(au contraire des psychiatres interrogés). Concernant le vécu des soignants eux même, on constate qu'il est **majoritairement négatif** avec un sentiment de frustration, de colère et parfois même une absence de ressenti. Pour 68,9% des soignants interrogés, le recours aux contentions est un acte de sécurité mais également un acte de soin, bien que pour la majorité d'entre eux des alternatives étaient possibles au moment de l'utilisation des contentions. La très grande majorité des infirmiers interrogés durant cette étude ont rapporté un vécu moins douloureux de la mise en chambre d'isolement, cette dernière ayant de leur point de vue une efficacité thérapeutique pour le patient. (39)

4. Situation particulière : l'isolement et la contention des mineurs

L'hospitalisation de patients mineurs en psychiatrie, parfois nécessaire au vu de la clinique présentée par l'enfant ou l'adolescent, s'avère dans la plupart des cas compliquée. En effet, la pédopsychiatrie et la psychiatrie de l'adolescent souffrent sur l'ensemble du territoire français d'un manque de moyens techniques et humains et il existe très peu de lits d'hospitalisation spécifiquement dédiés à l'accueil des mineurs. Bien souvent, les adolescents sont hospitalisés dans les secteurs de psychiatrie adulte, particulièrement lorsqu'ils ne consentent pas à leur hospitalisation. (40) Ils peuvent faire l'objet d'une mesure de SPDRE ou être hospitalisés « sur la contrainte de minorité ». Sur le plan légal, ils sont alors considérés comme étant en soins libres puisque l'accord des parents ou responsables légaux est nécessaire. Cependant, bien qu'il doive être recherché, le consentement du mineur n'est pas obligatoire. Ces patients ne bénéficient donc pas des procédures permettant de garantir les libertés individuelles qui accompagnent les mesures de soins psychiatriques sous contrainte. Par exemple, ils ne bénéficient pas d'une audition devant le JLD lors de laquelle ils pourraient contester leur hospitalisation.

Une étude réalisée entre 2013 et 2014 et portant sur 18 mineurs hospitalisés en secteur adulte sur le centre hospitalier Montperrin (Aix-en-Provence) a montré que dans 80% des cas, l'hospitalisation a été réalisée en chambre d'isolement et ce dès l'admission du patient. Le motif de protection du mineur vis-à-vis de la population adulte a été systématiquement évoqué, bien qu'il ne soit l'unique motif du recours à l'isolement que dans un seul cas. Dans 74,2% des cas l'hospitalisation s'est faite en soins libres, et le mineur y était opposé dans 80% des cas. (40) Ces chiffres montrent que le recours à l'isolement pour les patients mineurs semble être beaucoup plus systématique que dans la population adulte. Concernant l'isolement réalisé dans les services de pédopsychiatrie, une étude rétrospective sur six ans (entre 2005 et 2010) a été réalisée dans un service d'admission pour adolescents. Dans cette étude, les mesures d'isolement ont concerné 13% des hospitalisations, avec comme principales indications des états d'agitation ou d'hétéroagressivité. La durée moyenne de cet isolement était de 16 jours. (41)

Ces deux études, bien qu'elles ne concernent qu'un nombre limité de patients et ne sont donc pas représentatives de la situation sur l'ensemble du territoire français, montrent tout de même que le recours à l'isolement chez les patients mineurs semble être une pratique fréquente. Il n'existe actuellement aucune législation encadrant ces pratiques chez les patients mineurs. Toutefois la loi indique que les mesures d'isolement et de contention mécanique ne peuvent concernées les patients en soins libres, or la plupart des mineurs le sont. Il existe donc un vide juridique encadrant ces pratiques.

Cette situation est dénoncée par la CGLPL, Adeline Hazan, dans son rapport de l'année 2017. Elle constate cependant que comparativement aux patients adultes, l'isolement des mineurs fait l'objet d'une surveillance infirmière plus rapprochée et sa durée est en général plus courte. (42) Dans son rapport de l'année 2021, son successeur Mme Dominique Simonnot, dénonce le recours fréquent aux mesures d'isolement des mineurs dans les secteurs adultes, dans le seul but de les séparer des majeurs. (43)

Deuxième partie : Analyse des pratiques des psychiatres de l'hôpital Saint Jacques

I. Introduction de l'étude

Comme nous l'avons développé plus haut, l'application de l'article L3222-5-1 a souvent été difficile et l'hôpital Saint Jacques n'échappe pas à ces difficultés. C'est pourquoi il nous paraissait intéressant de recueillir l'avis des psychiatres eux-mêmes sur ces changements législatifs, ainsi que la perception qu'ils peuvent avoir de leur propre pratique.

1. Présentation de l'hôpital Saint Jacques

Notre étude porte sur l'utilisation des CSI et des contentions mécaniques par les psychiatres au sein de l'hôpital Saint Jacques à Nantes. L'hôpital Saint Jacques fait partie du CHU de Nantes, il se situe au sud de la ville de Nantes le long de la rive gauche de la Loire, dans le quartier « Saint-Jacques-Pirmil ». Il est bien desservi par les transports en commun. Sa construction date du début du 19ème siècle. Depuis, il a fait l'objet d'aménagements réguliers afin de répondre aux besoins sanitaires et à l'augmentation de la population qu'il accueille. Aujourd'hui les patients sont accueillis dans un bâtiment dont la construction date de 2009. Le service de psychiatrie fait partie du Pôle Hospitalo-Universitaire 8 nommé « Psychiatrie et santé mentale ». Il est composé de 5 secteurs de psychiatrie adulte qui couvrent l'ensemble du territoire de la ville de Nantes ainsi que 10 communes limitrophes, ce qui représente un peu moins de 500 000 habitants (selon le dernier recensement de l'INSEE datant de 2019). Le pôle de psychiatrie dispose d'un total de 289 lits, dont 214 lits disponibles dans les secteurs de psychiatrie adulte.

Chaque secteur est composé d'une unité « ouverte » et d'une unité « fermée ». Les unités ouvertes possèdent chacune 29 lits et 2 lits d'hôpital de jour (sauf le secteur de Psychiatrie 1 qui lui possède 23 lits). Chaque unité fermée possède 15 lits, comprenant une chambre sécurisée, ainsi que deux CSI. Le site possède donc dix CSI et cinq chambres sécurisées au total.

2. Isolement et contention à l'hôpital Saint Jacques

A) LES CHAMBRES DE SOINS INTENSIFS

Chaque unité fermée de l'hôpital Saint Jacques dispose de deux chambres d'isolement qui sont appelées « chambres de soins intensifs » ou « CSI ». La porte de chacune des CSI est sécurisée et renforcée, elle possède un oculus qui permet de maintenir le contact visuel sans en nécessiter l'ouverture. Ces deux

CSI partagent un sas commun. Un local est situé entre les deux CSI et contient le matériel de contention ainsi qu'une porte donnant sur chaque CSI et permettant les interventions d'urgence (non visible de l'intérieur de la chambre). Le sas dispose d'un tableau blanc effaçable visible de l'intérieur de la CSI, servant généralement à écrire les contrats de soins de chaque patient, et d'une horloge numérique permettant aux patients d'avoir un repère temporel. De grandes fenêtres sont installées dans chaque chambre, disposant de stores dont la commande est située dans le sas. Le mobilier de la chambre comprend un lit ainsi qu'une table de chevet, tous deux entièrement en mousse et recouverts de plastique. Chaque chambre dispose également d'une cuvette de toilette fixée au mur, dont l'arrivée d'eau peut être coupée à tout moment par les soignants pour des raisons de sécurité. Une pièce comprenant une douche et un lavabo est attenante à chaque CSI et peut être accessible de l'intérieur de la chambre ou du sas. Un bouton d'appel relié au bureau de soins infirmiers est installé dans chaque chambre. Toutes les chambres de soins intensifs de l'établissement ont été rénovées entre 2017 et 2018. En effet en 2012, le CGLPL avait rédigé un rapport après s'être rendu à l'hôpital Saint Jacques de Nantes et avait constaté alors qu'il n'y avait pas de sanitaires dans ces chambres mais seulement un seau à disposition des patients, ce qui était jugé « contraire à leur dignité ».

B) LES CHAMBRES SÉCURISÉES

Les unités fermées disposent également chacune d'une chambre dite « sécurisée ». Cette chambre se situe près du bureau de soins infirmiers, sa porte dispose d'un oculus permettant une surveillance visuelle rapprochée par les soignants. Elle peut être fermée à clef sur prescription médicale et dispose d'une sonnette reliée à la salle de soins infirmiers. Le mobilier de la chambre est standard (un lit médicalisé, un bureau, une chaise et une table de chevet) mais peut être modifié afin de sécuriser davantage la chambre en cas de besoin.

C) LE MATÉRIEL DE CONTENTION

Chaque unité fermée possède deux dispositifs de contention : un dispositif qui est situé dans une mallette et destiné aux interventions extérieures, et un autre dispositif qui est situé dans le local entre les deux CSI. Ces dispositifs de contention existent en plusieurs tailles. Chaque dispositif est constitué de 3 types de sangles différentes : un type pour les chevilles, un pour les poignets et un pour le ventre. Il y a une sangle par membre. La fermeture du matériel est sécurisée et se fait à l'aide de clés magnétiques. Ce matériel permet d'adapter le degré d'immobilisation du patient.

II. Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer l'utilisation de l'isolement et de la contention par les psychiatres de l'hôpital Saint Jacques à Nantes ainsi que l'impact des modifications de l'article L3222-5-1 sur leurs pratiques et sur leur vécu.

III. Matériel et méthode

Pour répondre à ces objectifs, nous avons mené une étude descriptive, observationnelle et monocentrique à l'aide d'un auto-questionnaire en ligne.

1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Le questionnaire s'adressait à l'ensemble des psychiatres exerçant sur le PHU 8 du CHU de Nantes et pouvant être amené à prescrire des mesures d'isolement et/ou de contention, y compris de manière exceptionnelle durant leur activité de garde. Il s'adressait également à l'ensemble des internes en psychiatrie de Nantes ayant déjà été susceptible de prescrire des mesures d'isolement et/ou de contention à l'hôpital Saint Jacques.

Cette étude excluait les psychiatres exerçant sur d'autres établissements, ainsi que les internes d'autres spécialités réalisant leur semestre en psychiatrie sur l'hôpital Saint Jacques.

2. Description du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé avec l'aide du Service de Santé Publique du CHU de Nantes (PHU 11) et particulièrement de Mme DESSOMME Brigitte, statisticienne. Il comprenait 26 questions principales à choix multiples, des questions conditionnelles en fonction des réponses des participants ainsi que 2 rubriques « commentaire libre ». Les questions conditionnelles comprenaient 7 questions ouvertes.

Le questionnaire abordait 6 thèmes différents : les données sociodémographiques, la pratique générale concernant le recours à l'isolement et aux contentions, le vécu des participants lors de la prescription d'isolement et de contention, la législation encadrant ces pratiques, les alternatives possibles et enfin la formation et les temps spécifiques dédiés à ces moyens de contrainte. (Annexe 2)

3. Diffusion du questionnaire

Les données ont été recueillies du 08 juin 2022 au 08 août 2022, de manière anonyme, à l'aide d'un lien de saisi généré par le logiciel Sphinx®. La diffusion a été réalisée sur la boîte mail professionnelle de l'ensemble des psychiatres et internes en psychiatrie du PHU 8 grâce à une mailing-list.

IV. Résultats de l'étude

Nous présenterons dans cette partie les principaux résultats de cette étude. Des résultats complémentaires sont à retrouver en annexe. (Annexe 3)

1. Description de la population

Les données sociodémographiques recueillies dans le questionnaire étaient le sexe, la tranche d'âge, le statut (interne ou psychiatre), le nombre d'années d'exercice pour les psychiatres et le nombre de semestres pour les internes, ainsi que le type d'activité (sectorielle ou non).

Au total 41 sujets ont participé à ce questionnaire, dont 23 internes et 18 psychiatres. Les participants étaient plutôt jeunes puisque plus de la moitié avaient moins de 30 ans (56,1%). On constate également que plus de la moitié des participants avaient une activité de secteur (53,7%) et que ce type d'activité concernait 66,7% des psychiatres ayant répondu au questionnaire.

Tableau 1 : caractéristiques de la population, N=41

Caractéristiques		Nombres (%)
Sexe	Femme	25 (61%)
	Homme	16 (39%)
Age	20-29 ans	23 (56,1%)
	30-39 ans	11 (26,8%)
	40-49 ans	4 (9,8%)
	50-59 ans	2 (4,9%)
	60 ans et plus	1 (2,4%)
Statut	Interne	23 (54,1%)
	2ème semestre	2 (8,7%)
	4ème semestre	3 (13%)
	6ème semestre	9 (39,1%)
	8ème semestre	6 (26,1%)
	10ème semestre	3 (13%)
	Psychiatre	18 (43,9%)
	< 5 ans	7 (38,9%)
	5 à 10 ans	3 (16,7%)
	10 à 15 ans	3 (16,7%)
	15 à 20 ans	3 (16,7%)
	> 20 ans	2 (11,1%)
	Activité	Secteur
Autre		19 (46,3%)

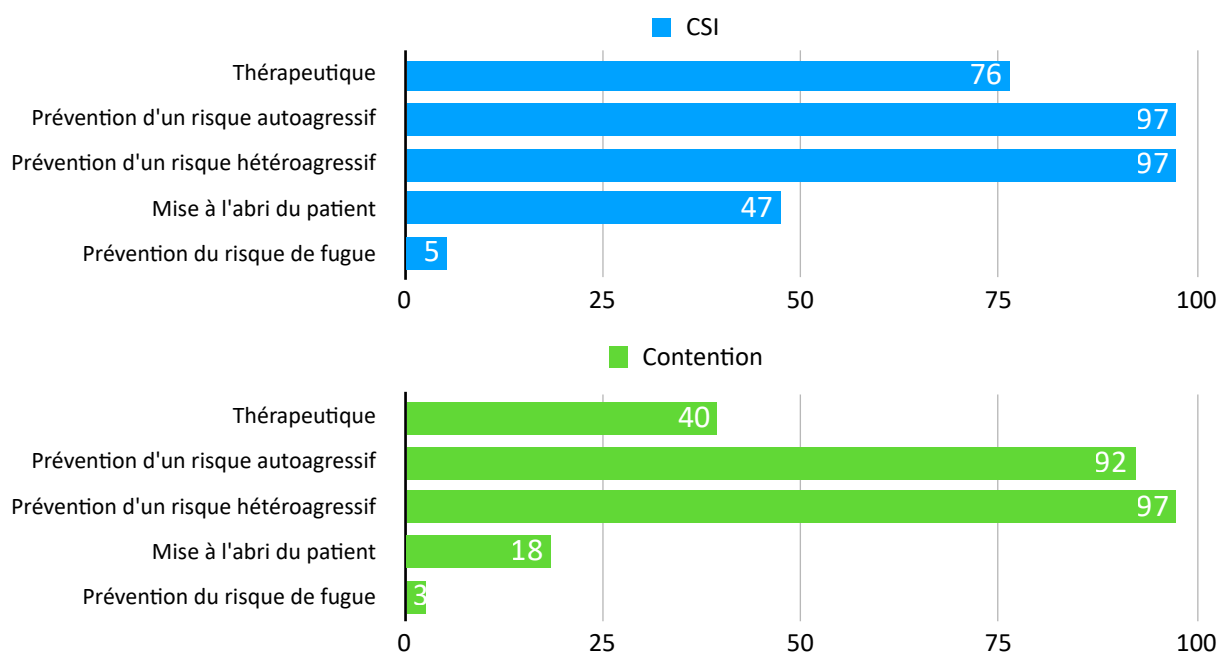
2. Pratique générale

Trois des participants (deux psychiatres et un interne) ont répondu qu'ils n'avaient jamais recours à la prescription de CSI, ces 3 participants n'ont donc pas été amenés à répondre aux questions 6 à 22. Il y a donc eu 38 répondants pour les questions 6 à 22.

La moitié des répondants a estimé avoir rarement recours à la prescription de CSI et 89,5% (n=34) avoir rarement recours à la contention. 27,5% (n=11) des répondants ont indiqué avoir souvent recours à l'isolement, et 15% (n=6) ont estimé y avoir quotidiennement recours. Seul un sujet a estimé avoir quotidiennement recours aux contentions, et trois sujets y avoir souvent recours.

La prévention d'un risque, qu'il soit auto ou hétéroagressif, est le principal motif de prescription de CSI et de contention qui a été sélectionné par les participants. Ce motif est retrouvé chez la quasi-totalité des répondants, que ce soit pour la prescription de CSI (97,4% pour la prévention du risque auto et hétéroagressif) ou de contention (97,4% pour le risque hétéroagressif et 92,1% pour le risque autoagressif). La majorité des répondants, soit 76,3% d'entre eux, ont déclaré attendre un objectif thérapeutique lors de la prescription de CSI, alors qu'ils ne sont plus que 39,5% à rechercher cet objectif lors de la prescription de contention. La mise à l'abri du patient est retrouvée comme motif de prescription chez 47,4% des répondants concernant la CSI et chez 18,4% des répondants concernant la contention. Aucun des sujets n'a sélectionné le motif « mesure disciplinaire » proposé dans les réponses. (Figure 1)

Figure 1 : objectifs attendus lors de la prescription de CSI et de contention (en % de participants) N=38



Pour 76,3% des répondants, il n'existait pas de situation particulière pour laquelle la prescription de CSI était systématique. Parmi les 23,7% restants, cette prescription était systématique dans les cas suivants : pour les patients détenus (n=5), les patients admis en SPDRE (n=4), les patients admis après un temps d'hospitalisation en UMD (n=3), les patients hospitalisés suite à un geste hétéroagressif (n=3), les patients admis après un temps d'hospitalisation en USIP (n=2) et enfin les patients mineurs (n=2).

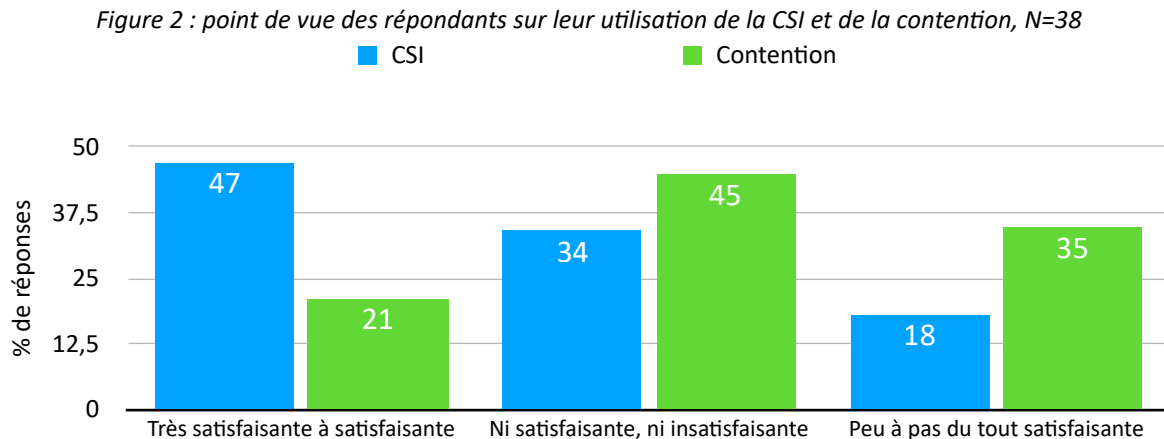
Deux répondants ont proposé deux autres situations pour lesquelles la prescription de CSI pouvait être systématique pour eux :

- ré-intégration d'un patient connu du secteur dans le cadre d'un programme de soins de SDRE et en provenance de son domicile
- patient déficient mental avec hétéroagressivité persistante

3. Vécu des psychiatres et internes en psychiatrie

La plupart des répondants ont jugé leur utilisation de la CSI satisfaisante (44,7%). Ils étaient 34,2% à avoir une opinion neutre concernant cette utilisation (ni satisfaisante, ni insatisfaisante). Seuls 15,8% des répondants ont jugé leur utilisation peu satisfaisante et un seul répondant l'a jugé pas du tout satisfaisante.

En ce qui concerne les contentions, la plupart des sujets avaient une opinion neutre concernant leur utilisation (44,7%). Ils étaient 34,2% à juger leur utilisation des contentions insatisfaisante, et 21,1% à la juger satisfaisante. (Figure 2)

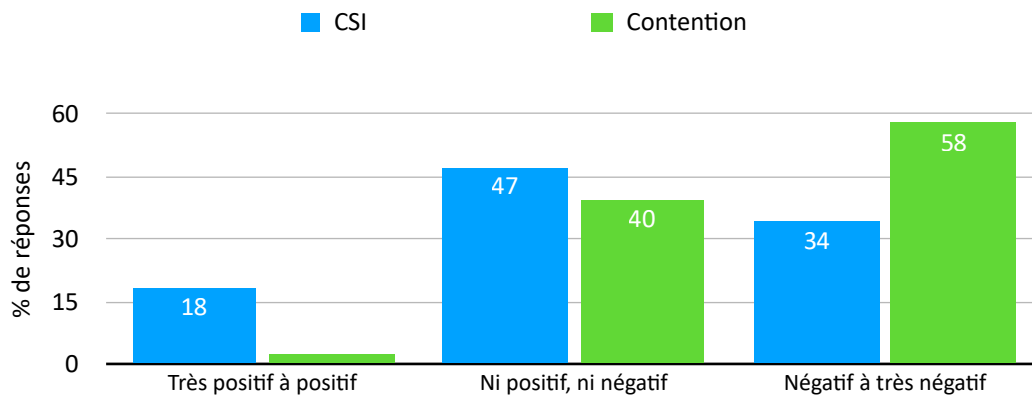


Concernant le vécu au moment de la prescription de CSI, ce dernier était neutre (ni positif, ni négatif) pour 47,4% des sujets de l'échantillon total. Il existe cependant une différence entre le vécu des psychiatres et celui des internes : en effet, les psychiatres ont répondu à 66,7% que leur vécu lors de la prescription de CSI n'était ni positif, ni négatif, alors que la majorité des internes, soit 52,2% d'entre eux, ont jugé leur vécu négatif.

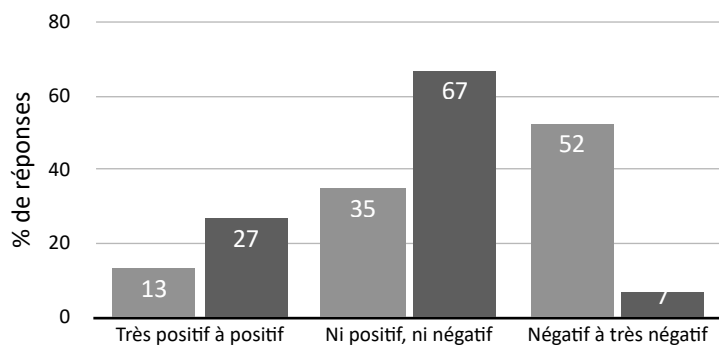
En ce qui concerne les contentions, nous retrouvons dans l'échantillon global un vécu négatif pour 42,1% des répondants. On constate une nouvelle fois une différence entre les réponses des psychiatres et celles des internes. La majorité des psychiatres soit 60% d'entre eux ont répondu que leur vécu n'était ni positif, ni négatif lors de la prescription de contention, alors que les internes ont répondu pour leur part à 52,2% que leur vécu était négatif et à 21,7% qu'il était très négatif.

Dans les deux situations on constate que les internes ont un vécu plus négatif que les psychiatres, qui ont pour leur part un vécu le plus souvent neutre, lors de la prescription de CSI et de contention. En regardant l'échantillon global, le vécu est plus négatif concernant la prescription de contention comparativement à la CSI. (Figure 3)

Figure 3 : vécu des répondants lors de la prescription de CSI et de contention, N=38

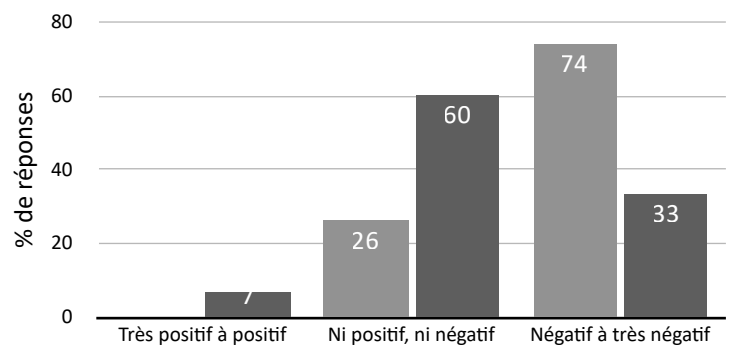


■ Internes ■ Psychiatres



Vécu lors de la prescription de CSI

■ Internes ■ Psychiatres



Vécu lors de la prescription de contention

4. Législation

La quasi-totalité des participants (n=37) a estimé avoir connaissance de la législation actuelle encadrant les prescriptions de CSI et de contentions en psychiatrie.

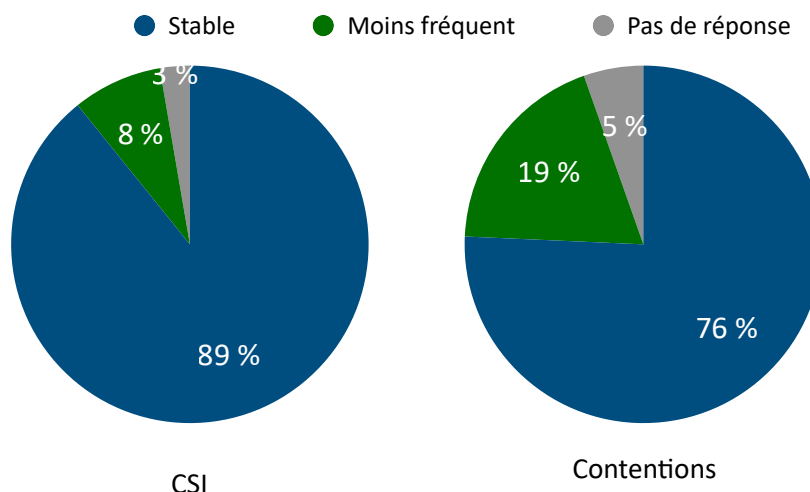
La majorité des répondants, soit 56,8% d'entre eux, ont considéré ce changement législatif comme négatif, et ils étaient 32,4% à le juger difficile mais nécessaire. Seuls 8,1% d'entre eux ont considéré ce changement comme positif.

Neuf répondants ont laissé un commentaire libre concernant ce changement législatif. Pour 6 d'entre eux c'est un changement qui va dans le bon sens, cependant la plupart dénoncent la difficile application de cette nouvelle loi. On retrouve parmi les principales critiques la lourde charge de travail administrative exigée par la loi, due notamment à la multiplication des certificats, et également la « rigidité » du texte de loi : « C'est un changement qui dans l'idée est positif (...) mais la loi est trop rigide », « ces conditions d'applications sont catastrophiques et n'amènent que surplus de formalités et imbroglios administratifs ».

La majorité des répondants a estimé que ce changement de législation n'avait pas entraîné de changement concernant les durées moyennes de prescriptions sur l'hôpital Saint Jacques : 70,3% des répondants ont jugé que les durées moyennes de prescription de CSI étaient stables, et ils sont 56,8% à faire le même constat concernant la contention.

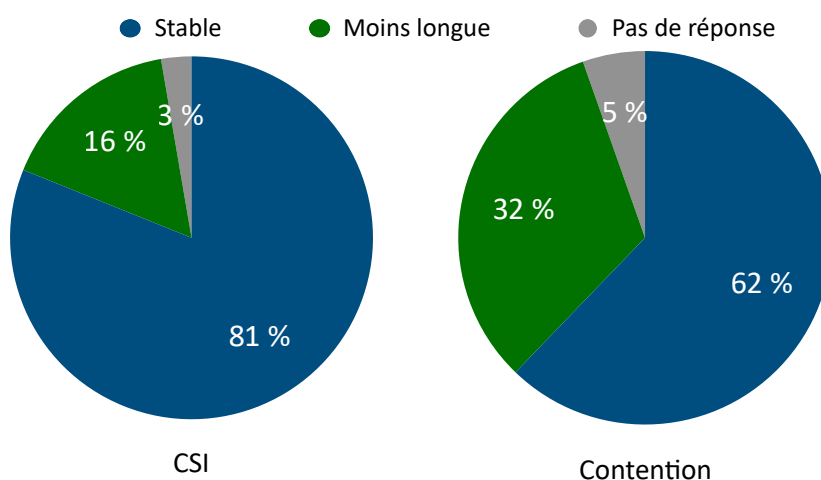
Concernant les pratiques personnelles des sujets interrogés, la très grande majorité ont estimé qu'ils avaient autant recours à la prescription de CSI (91,7%) et de contention (80%) malgré le changement législatif récent. Aucun d'entre eux n'a estimé avoir plus fréquemment recours à l'un ou l'autre de ces moyens. Seuls 8,3% des répondants ont estimé avoir moins fréquemment recours à la prescription de CSI, et 20% avoir moins fréquemment recours à la prescription de contention. (Figure 4)

Figure 4 : fréquence de recours à la prescription de CSI ou de contention après le changement législatif, N=37



La majorité des répondants ont estimé que les durées moyennes de leurs prescriptions de CSI et de contention étaient stables malgré le changement législatif (83,3% de l'échantillon global concernant les CSI et 65,7% concernant les contentions). On constate toutefois que la moitié des internes interrogés ont estimé que la durée moyenne de leurs prescriptions de contention était moins importante depuis le changement de législation (contre 7,7% des psychiatres). Ils n'étaient en revanche que 18,2% à estimer que la durée moyenne de leurs prescriptions de CSI était moins importante. Aucun des sujets interrogés n'a estimé que la durée moyenne de ses prescriptions était plus importante. (Figure 5)

Figure 5 : durée moyenne de prescription de CSI et de contention après le changement législatif, N=37

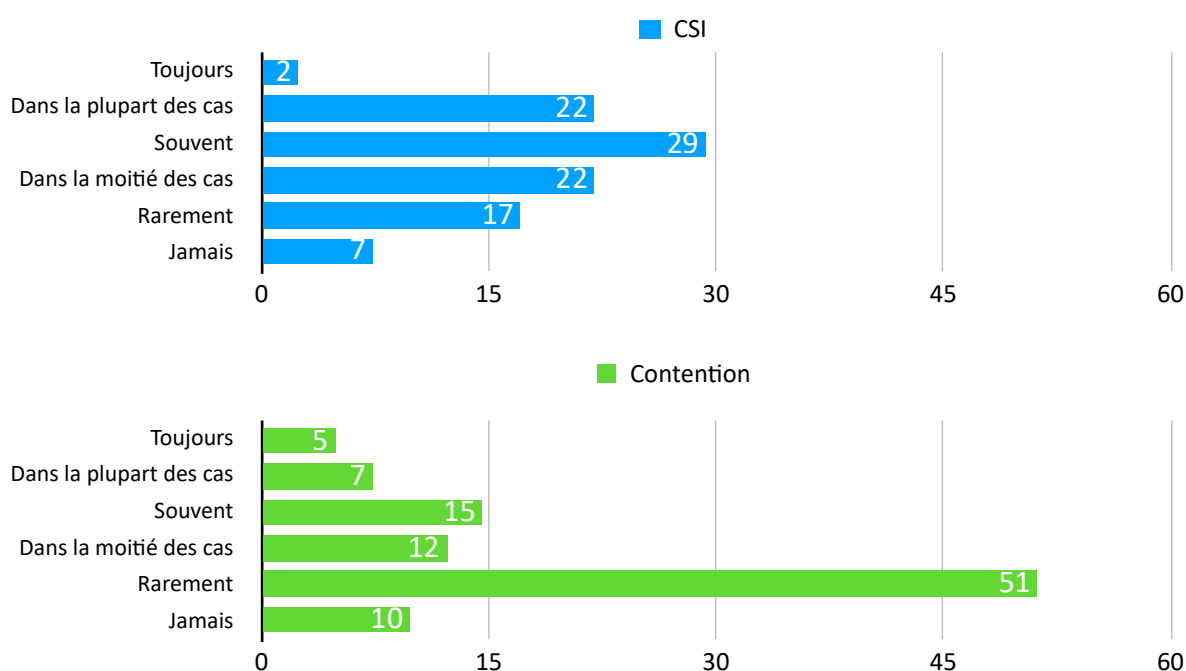


5. Alternatives et outils

Les questions suivantes portaient sur l'existence d'alternatives à la prescription de CSI et de contention. On constate que les réponses diffèrent entre les deux pratiques. En effet, des alternatives à la CSI sont possibles pour la majorité des participants : dans la plupart des cas pour 22% d'entre eux et souvent pour 29,3% d'entre eux. Ils sont également 22% à estimer que des alternatives sont possibles dans la moitié des cas. En revanche concernant le recours à la contention, plus de la moitié de l'échantillon global (51,2%) a estimé que des alternatives étaient rarement possibles.

Un seul sujet a estimé que les alternatives étaient toujours possibles concernant la CSI et 2 sujets concernant la contention. Il n'y en a en revanche jamais pour 3 répondants concernant la CSI pour 4 répondants concernant la contention. (Figure 6)

Figure 6 : existence d'alternatives à la CSI et à la contention (en %) N=41



A) ISOLEMENT

Plusieurs alternatives à la CSI ont été proposées par 29 sujets. Nous avons pu dégager plusieurs thèmes dans l'analyse de ces réponses.

• Chambre d'apaisement :

La principale alternative à la CSI retrouvée dans les réponses est la prise en charge du patient dans un espace d'apaisement (citée à 16 reprises). Parmi ces réponses, le côté « sensoriel » des espaces d'apaisement est cité 5 fois, dont 3 fois via l'appellation « Snoezelen ». L'espace Snoezelen, créée dans les années 1970 aux Pays-Bas, est un espace de stimulation multisensorielle ayant pour principaux objectifs le plaisir et l'apaisement. L'espace d'apaisement peut être aménagé ou non : le temps d'apaisement peut se faire dans un espace hors CSI qui n'est pas spécialement prévu à cet effet.

- **Accompagnement soignant :**

On retrouve également parmi les éléments les plus cités dans les réponses la proposition d'un accompagnement soignant individuel et renforcé (cité à 11 reprises). Cet élément est contrebalancé par la nécessité d'une augmentation du nombre de soignants dans les unités, ce qui est précisé à 10 reprises parmi les réponses. Un des répondants juge que : « Le principal recours devrait être la présence en plus de soignants qualifiés », un autre rajoute que ce temps passé avec les soignants nécessite « des effectifs corrects et une charge de travail moins lourde pour que le personnel soit disponible ».

- **Formation spécifique :**

L'importance de la formation spécifique pour les soignants amenés à intervenir dans les situations de crise est soulignée à 4 reprises dans les réponses : « avoir une formation Omega pour tous les soignants ». L'accompagnement soignant peut se faire à l'aide d'entretiens, grâce à des techniques de communication non violente, de réassurance ou de pacification par la parole (cité 8 fois). Il peut également se faire à l'aide de médiations thérapeutiques (cité 4 fois), avec des moyens de décharge physique par exemple (cité 2 fois). De plus, 4 répondants mentionnent la rédaction de « plan de crise » et l'anticipation des situations à risque d'agitation comme une alternative à l'utilisation de l'isolement.

- **Traitement médicamenteux :**

Le recours aux moyens médicamenteux comme alternative est cité 9 fois. Le terme « sédation » est utilisé à 3 reprises parmi les réponses.

B) CONTENTION

Des alternatives à la contention ont été proposées par 20 sujets. Nous avons également pu dégager plusieurs thèmes dans les réponses proposées.

- **Traitement médicamenteux :**

Le recours à des moyens médicamenteux efficaces est cité dans plus de la moitié des cas (à 12 reprises), et le terme « sédation » est retrouvé 8 fois. Un des participants fait d'ailleurs le lien entre le traitement médicamenteux administré au patient et la durée de la mesure de contention « sédation chimique permettant de retirer rapidement les contentions ».

La principale alternative à la contention mécanique retrouvée dans les réponses est donc la contention chimique.

- **Accompagnement soignant :**

L'accompagnement soignant renforcé et l'augmentation des moyens humains est à nouveau retrouvé parmi les réponses (cité 8 fois). Cet accompagnement soignant renforcé doit se faire notamment lors des passages en CSI qui doivent être plus fréquents pour plusieurs des participants.

Une des réponses souligne l'importance de « la réassurance de l'équipe soignante ». Une autre réponse suggère que « les contentions servent souvent à rassurer les soignants ». Cette réponse pointe également une utilisation des contentions « très hétérogène selon les hôpitaux ».

- **Autres :**

Il était précisé dans l'intitulé de la question qu'il était fait référence ici aux alternatives à la contention mécanique, or nous retrouvons parmi les alternatives proposées deux moyens qui peuvent être considérés comme des moyens de contentions mécaniques, d'après la définition donnée par la HAS (cf Première Partie - Définitions) mais qui diffèrent des sangles habituellement utilisées au sein de l'hôpital Saint Jacques : il s'agit de l'utilisation de draps sécurisés et de couvertures lestées.

C) OUTILS SPÉCIFIQUES

La majorité des répondants (61% d'entre eux) ont déclaré avoir connaissance d'outils théoriques leur permettant d'être guidés dans les situations de violence.

On retrouve parmi les outils les plus cités la formation OMEGA (citée à 19 reprises) et également les techniques de communication non violente (citées 3 fois). Le programme OMEGA, qui est disponible pour tous les soignants au sein du CHU de Nantes, a pour objectif la formation à la gestion des situations de violence et d'agressivité.

Seuls 48,8% des répondants ont pu bénéficier d'une formation spécifique concernant la gestion des situations de violence, représentant seulement 5 des 23 internes ayant participé au questionnaire. Tous les sujets ayant bénéficié d'une formation spécifique ont cité la formation OMEGA. Parmi les sujets n'ayant pas bénéficié de formation, ils sont 81% à avoir déclaré être intéressés par ce type de formation.

Concernant le recours à la contrainte, 56,1% des sujets ont indiqué qu'il n'y avait pas de temps spécifique dans leur service pour évoquer le recours à la contrainte. Parmi eux, 72,4% ont indiqué ressentir le besoin de bénéficier de ce type de temps.

V. Discussion de l'étude

A la lecture de ces résultats, plusieurs éléments retiennent notre attention. Tout d'abord le questionnaire ci-dessus a été diffusé à 120 psychiatres et internes, et 41 d'entre eux ont accepté d'y participer soit 34%, malgré plusieurs relances. Ce chiffre pourrait témoigner d'un possible désintérêt vis-à-vis de ces questions concernant l'isolement et la contention. Néanmoins, nous remarquons une importante implication de la part des participants, notamment dans les commentaires libres, démontrant l'**intérêt des participants pour ce sujet**. De plus, de nombreux psychiatres du PHU 8 n'exerçant pas en secteur adulte ne sont jamais confrontés à ces pratiques, et ne se sont donc probablement pas sentis concernés par ce questionnaire.

Ensuite, nous pouvons constater que pour 76% des répondants, le recours à l'isolement possède des **vertus thérapeutiques**. Comme nous avons pu le développer dans la Première Partie, l'efficacité thérapeutique de l'isolement n'a encore jamais pu être prouvée scientifiquement. (26) (27) (79) Pourtant, la plupart des prescripteurs semblent attachés à cette croyance malgré le manque de preuve scientifique. La croyance dans de potentielles vertus thérapeutiques de la contention, bien que partagée par 40% des répondants, semblent tout de même moins répandue. Par ailleurs, ces indications ne respectent pas le

cadre posé par la loi, qui prévoit que l'isolement et la contention ne puissent être prescrits que pour protéger vis-à-vis d'un risque auto ou hétéroagressif.

D'autre part, nous constatons que plus de 23% des participants ont identifié des situations pour lesquelles la **prescription d'isolement était systématique**, au-delà de toute considération clinique. Les prescriptions systématiques, protocolisées, ont été à de nombreuses reprises dénoncées par le CGLPL dans ses différents rapports, et ne sont pas autorisées par la loi.

Malgré ces différents éléments, nous constatons que beaucoup des répondants jugent leur utilisation satisfaisante : 44,7% concernant la CSI et 21,1% concernant les contentions.

Un autre élément qui a retenu notre attention est le vécu des participants lors de la prescription d'isolement. En effet, environ la moitié d'entre eux (47,4%) ont déclaré avoir un vécu neutre lors de la prescription d'isolement, et **18,4% ont un vécu positif à très positif**. Comme nous l'avons exposé dans la Première Partie, le vécu des patients ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement est dans la très grande majorité des cas négatif et souvent traumatique. (23) Nous constatons donc une importante différence entre le vécu des prescripteurs et celui des patients, ces derniers ne percevant que rarement l'effet bénéfique d'une telle mesure.

Le vécu lors de la prescription de contention est **majoritairement négatif** à très négatif chez les participants à notre étude, contrairement à la prescription d'isolement. La différence se retrouve également entre les internes et les psychiatres : les premiers ont un vécu majoritairement négatif pour l'isolement ainsi que pour la contention, alors que les seconds ont un vécu majoritairement neutre dans les deux situations. Nous pouvons faire l'hypothèse d'une plus grande acceptabilité de ces mesures chez les psychiatres avec un possible phénomène d'habituation, comparativement aux internes qui y ont été moins souvent confrontés.

La différence de perception entre l'isolement et la contention, retrouvée dans la littérature (39), l'est également dans notre étude, avec un vécu **plus négatif concernant la contention** et un objectif thérapeutique plus souvent recherché lors de la prescription d'isolement.

Les résultats de cette étude nous montrent que la plupart des participants estiment **ne pas avoir modifié leurs pratiques** concernant l'utilisation de l'isolement et de la contention, malgré le changement de législation. En effet, la fréquence de recours à l'isolement et à la contention ainsi que la durée moyenne des prescriptions est stable pour la très grande majorité des répondants. Pourtant, le nouveau texte de loi prévoit des durées maximales de prescription et insiste sur la notion de « dernier recours », il exige également une multiplication des évaluations cliniques et des certificats médicaux, il paraît alors étonnant que les prescripteurs n'aient pas modifié leurs pratiques.

Le changement récent de législation est **considéré comme négatif** pour la majorité de l'échantillon, pourtant l'objectif de cette loi est d'aller vers un moindre recours aux moyens de contrainte. La plupart des critiques formulées à l'encontre de texte se font sur la forme, moins sur le fond. Les commentaires concernant ce changement pointent les **difficultés d'application** de la loi et la **charge de travail supplémentaire imposée**, sans moyens humains et matériels adéquats pour y répondre. Parmi les

commentaires libres laissés en fin de questionnaire, nous pouvons en citer quelques-uns, qui abordent les difficultés liées à cette nouvelle loi :

- « le budget alloué à la psychiatrie, le travail demandé à des équipes en souffrance et en manque d'effectifs devraient être évoqués »
- « pression administrative (certificats) énorme alors que manque de temps médical »
- « difficultés d'organisation des services qui se traduisent par des mainlevées pour vices de procédure mettant en danger des patients »

Dans son rapport d'activité sur l'année 2021, le CGLPL constate que ces difficultés sont rencontrées par la plupart des établissements et regrette le manque d'accompagnement des services dans l'application de cette loi, alors même que la psychiatrie française traverse actuellement une **crise profonde**. (43) Il rajoute qu'une large consultation des professionnels aurait été nécessaire dans la rédaction de ce texte de loi, afin qu'il puisse correspondre au mieux à la réalité des pratiques.

La majorité des sujets estiment que des alternatives à l'isolement sont **possibles dans la plupart des cas**, et plus rarement pour la contention. Nous pouvons supposer, au regard de ces réponses, que la contention est davantage utilisée en « dernier recours » que l'isolement, puisqu'il n'y a plus d'alternatives possibles au moment de sa mise en œuvre.

La principale alternative à l'isolement proposée dans les réponses est l'utilisation d'un **espace d'apaisement**. Actuellement il n'existe pas encore de chambre d'apaisement aménagée fonctionnelle sur l'hôpital Saint Jacques mais un projet est en cours, les premières chambres d'apaisement devraient pouvoir être utilisées dans les prochains mois. Dans son guide méthodologique pour « mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence », publié en 2016, la HAS propose 14 outils d'amélioration des pratiques parmi lesquels figure l'outil n°6 « mise en place d'espaces d'apaisement ». Elle définit ce lieu comme « un espace dédié spécialement aménagé pour permettre aux patients hospitalisés en psychiatrie de s'isoler et de retrouver leur calme lorsqu'ils reconnaissent les signes avant-coureurs d'une perte de contrôle pouvant provoquer des comportements violents (auto ou hétéroagressifs) ». Il est précisé que l'espace d'apaisement n'est pas une vraie alternative à l'isolement et à la contention, puisque son utilisation doit se faire de manière volontaire et qu'elle intervient en amont de la crise. Par ailleurs, la HAS indique que les études sur le sujet semblent montrer que la présence et l'utilisation d'un espace d'apaisement permettait de réduire le recours à l'isolement et à la contention. (74)

Une autre alternative souvent retrouvée dans les réponses à notre étude est l'utilisation d'un **traitement médicamenteux efficace**, à visée sédatrice. Une étude menée aux Pays-Bas durant 7 ans s'est intéressée à l'impact de l'utilisation des traitements sédatifs sur le recours à l'isolement. Les auteurs ont montré que privilégier l'utilisation d'une médication forcée en première intention lors des situations de crise permettait de réduire les durées et la fréquence du recours à l'isolement ainsi que la fréquence des agressions sur le personnel soignant. (75) Néanmoins, l'administration d'un traitement à un patient par la contrainte reste une mesure coercitive, qui soulève également des questionnements éthiques.

Un autre élément qui revient régulièrement dans les réponses est la **formation des soignants**. En 1992 la formation spécifique d'infirmier psychiatrique disparaît, et le nombre d'heures d'enseignement en psychiatrie diminue fortement : cet enseignement passe de 1000 heures à 440 heures et diminue encore

plus en 2009 pour ne représenter finalement que 100 heures. La proportion d'infirmiers ayant bénéficié d'une formation spécifique en psychiatrie dans les services diminue d'année en année, or la psychiatrie est une discipline médicale particulière qui nécessite des connaissances spécifiques. En effet, on sait qu'une meilleure formation des équipes contribue à diminuer le recours à l'isolement et à la contention. (18) La lecture clinique de l'agressivité exige des savoirs spécifiques, afin de donner du sens aux symptômes. Il est également nécessaire de savoir repérer les prodromes d'une agitation, afin de pouvoir agir en amont grâce à des techniques spécifiques de désescalades, nécessitant également une formation spécifique. On constate d'ailleurs dans les réponses à notre étude que l'isolement et la contention peuvent parfois être prescrit pour « rassurer » l'équipe soignante : des professionnels mal ou insuffisamment formés à la pratique de la psychiatrie peuvent plus facilement se retrouver en difficulté et en insécurité lors d'une situation de tension. En 2016, la HAS a publié un guide méthodologique de 63 pages intitulé « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie ». Ce guide, dont la finalité est de renforcer les compétences des équipes soignantes, propose 15 programmes différents abordant la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Il propose également 14 outils d'amélioration des pratiques, ayant comme objectif, entre autres, de limiter le recours à l'isolement et à la contention. (57)

Certains commentaires laissés en fin de questionnaire traduisent une volonté d'avoir des espaces de parole supplémentaires, dans une **volonté d'amélioration des pratiques** : « des temps de débriefing réguliers dans les services pour évoquer les cas de patients placés en CSI et/ou contentionnés sur de longues périodes seraient nécessaires », « volonté d'un espace d'échange entre les unités/secteurs sur les pratiques, les difficultés, s'ouvrir à d'autres façon de faire ».

Cette étude comporte plusieurs limites. Tout d'abord, elle porte sur un échantillon de petite taille puisque seulement 41 sujets y ont participé, et n'inclut que des psychiatres du même établissement. De plus, certaines réponses peuvent être difficiles à interpréter et ce questionnaire aurait probablement nécessité des questions ouvertes supplémentaires afin de préciser certaines réponses. Certains termes peuvent prêter à confusion, comme le terme « alternative » par exemple : certains ont pu l'interpréter comme de la prévention primaire, d'autres comme de la prévention secondaire, ce qui a pu influencer certaines réponses.

Cette étude nous permet de recueillir, de manière anonyme, le point de vue des psychiatres sur le changement législatif récent et sur leurs propres pratiques. Ces éléments nous permettent de mieux percevoir les difficultés rencontrées en pratique dans l'application de cette loi, et d'envisager des solutions pour y remédier. Les résultats de l'étude nous montrent que les prescripteurs n'ont pas le sentiment d'avoir modifié leurs pratiques, malgré le changement de loi. Il semblerait intéressant d'approfondir davantage les raisons de cette absence de changement, en menant une étude à l'aide d'entretiens semi-dirigés par exemple. Nous constatons aussi que la plupart des participants ont proposé des alternatives à l'isolement, il pourrait être pertinent de se pencher sur ces différentes propositions et d'interroger également les équipes infirmières, afin de réfléchir à ce qu'il serait possible de mettre en place sur l'établissement. Enfin, il

semblerait également intéressant de confronter nos résultats au vécu des équipes infirmières ainsi que des patients lors de l'utilisation de l'isolement et de la contention.

VI. Conclusion de l'étude

Le recours à l'isolement et à la contention sont des pratiques qui restent rares parmi l'échantillon interrogé, et qui sont, pour quasiment tous les participants, utilisées principalement pour **prévenir un risque de passage à l'acte** auto ou hétéroagressif. Le vécu est globalement **négatif pour la contention** et **neutre pour l'isolement**.

La majorité des participants ont jugé que la modification de l'article L3222-5-1 était un **changement négatif**, et la plupart ont estimé **ne pas avoir modifié leurs pratiques** en terme de fréquence et de durée moyenne de prescription d'isolement et de contention. Les alternatives à l'isolement sont souvent possibles pour la majorité, contrairement aux alternatives à la contention. De **nombreuses propositions d'alternatives** ont été faites par les participants à l'étude.

Troisième partie : Analyse des registres

I. Introduction de l'étude

Comme nous venons de le voir, les psychiatres de l'hôpital Saint Jacques n'ont pas perçu de différence concernant les durées moyennes de prescription de CSI et de contention sur l'établissement depuis le changement de loi, et n'ont pas non plus modifié leur pratique. Un des objectifs de cette nouvelle loi étant de diminuer le recours à ces pratiques, qu'en est-il en réalité au sein de l'hôpital Saint Jacques ?

II. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact de la modification de l'article L3222-5-1 du CSP sur les prescriptions d'isolement et les prescriptions de contention des psychiatres de l'hôpital Saint Jacques en terme de durée moyenne de prescription par épisode (chaque épisode correspondant à une hospitalisation), et de taux d'utilisation par patient (proportion de patients isolés ou contentonnés parmi le nombre total de patients hospitalisés) et par hospitalisation.

III. Matériel et méthode

Pour répondre à cet objectif nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective, descriptive et monocentrique sur l'Hôpital Saint-Jacques, en comparant les prescriptions d'isolement et de contentions de l'année 2019 avec celles de 2021, et également celles de 2020 avec celles de 2021 (la modification de la loi étant intervenue à la fin de l'année 2020). L'année 2020 ayant été fortement impactée par la pandémie de COVID-19, nous avons choisi de prendre également en compte l'année 2019 dans notre étude. En 2020, une des unités ouvertes de l'établissement a été transformée en « unité COVID » avec 15 lits dédiés à l'accueil de patients ayant besoin de soins psychiatriques et souffrant d'une infection à COVID-19 (au lieu de 29 lits).

1. Recueil des données

Le recueil des données s'est fait grâce à l'obtention des différents registres auprès de l'unité de gestion des patients en psychiatrie (UGEPP) après accord du chef de pôle. Ces registres sont établis sous forme numérique et mentionnent toutes les mesures d'isolement et de contention de l'établissement. Nous avons obtenu les registres anonymisés contenant l'ensemble des prescriptions d'isolement et l'ensemble des prescriptions de contentions du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2021 sur l'hôpital Saint Jacques.

Les données concernant l'activité globale de l'hôpital ont été fournies par le service de direction du pôle et par le Service d'Information Médicale.

2. Description des registres

Il existe 5 registres différents en 2019 et en 2020, numérotés de A à E :

- Le registre A correspond aux mesures d'isolement dans un espace dédié conformément aux bonnes pratiques,
- Le registre B correspond aux mesures d'isolement en dehors d'un espace dédié,
- Le registre C correspond aux mesures de contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement conformément aux recommandations de bonnes pratiques,
- Le registre D correspond aux mesures de contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement et en dehors des cas d'exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique,
- Le registre E correspond aux mesures de contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement conformément aux exceptions prévues par les recommandations de bonnes pratiques.

Les exceptions sont précisées dans le guide de la HAS datant de 2017 (2).

En 2019, les prescriptions d'isolement en chambres sécurisées sont tracées dans le registre B, alors qu'elles apparaissent dans le registre A en 2020 et 2021. De plus, en 2021, le registre E est vide et ne contient aucune mesure.

Chaque registre contient un numéro de mesure anonyme, un identifiant patient anonyme, la date et l'heure de début et de fin de mesure, la durée en heure de chaque mesure, un numéro d'épisode anonyme, l'âge du patient concerné et la modalité d'hospitalisation. Les registres sont organisés par année, un même patient peut donc avoir deux identifiants patients différents entre l'année 2019 et l'année 2020 par exemple. Sur les registres, une « mesure » correspond à une prescription sur le logiciel et un « épisode » correspond à une hospitalisation. Il peut donc y avoir plusieurs mesures par épisode, et plusieurs épisodes par patient.

Nous avons choisi dans notre travail de calculer la durée en heure correspondant à chaque épisode, c'est-à-dire la **durée de prescription par hospitalisation**, qui paraît plus représentative du temps réel passé en isolement ou avec des contentions. Pour ce faire, nous avons additionné toutes les durées correspondant au même numéro d'épisode pour chaque patient, en analysant les registres A et B pour les prescriptions d'isolement et les registres C, D et E pour les prescriptions de contentions. Nous parlerons d'une « mesure d'isolement » ou une « mesure de contention » pour évoquer ces durées cumulées dans la

partie Résultats. Dans notre écrit, une « mesure d'isolement » correspond donc à une hospitalisation avec au moins un séjour en isolement, sans durée minimale de prescription.

Un même épisode peut apparaître dans plusieurs registres à la fois pour la même année. Par exemple pour l'année 2019 un patient peut faire l'objet d'une mesure d'isolement en CSI associée à des contentions mécaniques dans un premier temps de son hospitalisation, et ensuite faire l'objet d'une mesure d'isolement dans une chambre sécurisée par la suite : le numéro d'épisode correspondant à l'hospitalisation de ce patient apparaîtra donc dans les registres A (isolement en CSI) et C (contentions mécaniques) puis B (isolement en chambre sécurisée). Dans ce cas précis, nous avons additionné les durées de chaque mesure apparaissant dans le registre A avec celle du registre B pour l'épisode correspondant pour rendre compte de la durée d'isolement, et les durées de chaque mesure apparaissant dans le registre C pour cet épisode pour la durée des contentions.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons inclus toutes les prescriptions d'isolement et toutes les prescriptions de contentions présentes dans les registres et dont les durées sont supérieures à 0, entre le 1er janvier 2019 et le 31 décembre 2021.

Les prescriptions égales à 0 (qui sont probablement des erreurs) n'ont pas été prises en compte.

4. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du site internet BiostaTGV. Un test de Student a été réalisé afin de comparer les durées moyennes d'isolement entre l'année 2019 et 2021 et entre 2020 et 2021, ainsi que les durées moyennes de contention entre 2019 et 2021 et entre 2020 et 2021. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

IV. Résultats

Des résultats complémentaires sont à retrouver en annexe 4.

1. Activité globale

Tableau 2 : activité globale des 5 secteurs de psychiatrie adulte (5 unités ouvertes + 5 unités fermées) de l'hôpital Saint Jacques concernant les hospitalisations à temps plein

	Nombre de patients hospitalisés	Nombre total d'hospitalisations	Durée moyenne d'une hospitalisation (en jours)	Taux d'occupation global
2019	2168	3873	30,7	85,7 %
2020	2112	3513	30,8	84,7 %
2021	2222	3768	27,9	79,8 %

D'après les données du tableau 2, on constate en 2021 une diminution de la durée moyenne d'hospitalisation de 9,3% par rapport aux années précédentes, ainsi qu'une diminution du taux d'occupation des services de 5,8% par rapport à 2020 et de 6,8% par rapport à 2019. Les durées moyennes

d'hospitalisation ainsi que le taux d'occupation des services sont globalement stables entre 2019 et 2020, bien que cette dernière année ait été fortement impactée par la pandémie de COVID-19.

En 2021 la file active de patients hospitalisés en secteur adulte est en augmentation de 5,2% par rapport à 2020 et de 2,5% par rapport à 2019. Le nombre total d'hospitalisations est également en augmentation de 6,8% par rapport à 2020, et en diminution de 2,7% par rapport à 2019.

En moyenne, un patient a été hospitalisé 1,7 fois sur l'année en 2021. Ce chiffre est globalement stable par rapport à 2020 et 2019.

Tableau 3 : activité globale des unités fermées de psychiatrie adulte de l'hôpital Saint Jacques concernant les hospitalisations à temps plein

	Nombre de patients hospitalisés	Nombre total d'hospitalisations	Durée moyenne d'une hospitalisation (en jours)	Taux d'occupation global
2019	972	1926	24,3	86,3 %
2020	952	1754	25,5	88,6 %
2021	972	1494	23,0	81,8 %

En 2021 on constate que 43,7% des patients hospitalisés sur l'un des secteurs de psychiatrie adulte de l'hôpital Saint Jacques l'a été dans une unité fermée, alors que ces unités représentent 35% du total des lits disponibles. Ce chiffre semble globalement stable puisqu'il représente 45,1% des patients en 2020 et 44,8% des patients en 2019.

De plus, en 2021, 40% des hospitalisations ont eu lieu dans une unité fermée. Ce chiffre est en baisse puisqu'il représente 50% des hospitalisations en 2020 et en 2019.

2. Isolement

Tableau 4 : données concernant le nombre de prescriptions d'isolement (registre A + B)

	2019	2020	2021
Nombre total de séjours avec isolement	571	542	536
Nombre total de patients concernés	442	414	411

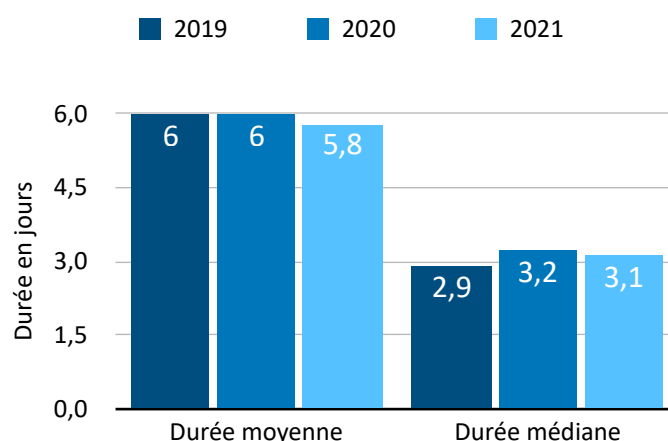
D'après les données du tableau 4 et du tableau 2, on remarque qu'en 2019 les patients ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement représentent 20,4% du total des patients hospitalisés sur l'établissement durant cette même année, soit plus d'un patient sur cinq. En 2020, ce sont 19,6% des patients hospitalisés qui ont fait l'objet d'une mesure d'isolement. En 2021 ce chiffre est en diminution, puisque ce sont **18,5% des patients hospitalisés** cette année-là qui ont fait l'objet d'une mesure d'isolement.

Le taux d'isolement par hospitalisation représente 14,7% des hospitalisations en 2019 et 15,4% des hospitalisations en 2020. Ce chiffre est en légère baisse en 2021 puisqu'il représente alors **14,2% du total des hospitalisations**.

Tableau 5 : données concernant les durées de prescriptions d'isolement (en heures)

	2019	2020	2021
Durée moyenne	144,7	145,7	138,8
Durée médiane	69,0	77,0	76,5
Durée maximale	6370	3 700	4 431
Ecart-type	353	276	278

Figure 7 : graphique représentant les durées moyennes et les durées médianes d'isolement (en jours)

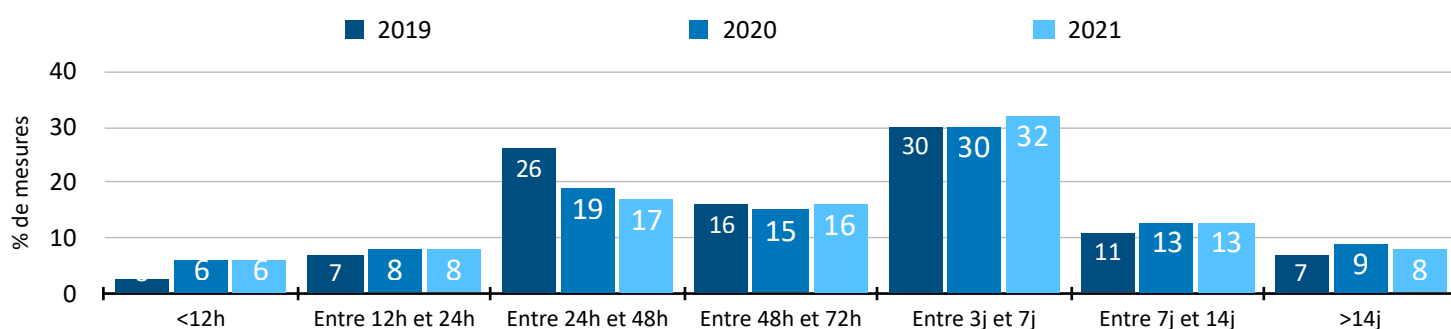


Ces résultats nous montrent que la durée moyenne d'isolement sur l'établissement est stable entre 2019 et 2020 et représente en moyenne 6 jours. En 2021 cette durée moyenne atteint **5,8 jours** donc semble en légère baisse par rapport à 2019 et 2020. Les tests statistiques réalisés ne montrent **pas de différence significative** entre les durées moyennes d'isolement de l'année 2019 comparativement à l'année 2021 ($p=0,64$), et entre l'année 2020 et l'année 2021 ($p=0,62$).

Concernant la durée médiane, la durée la plus courte est de 2,9 jours en 2019. Cette durée augmente légèrement en 2020 à 3,2 jours pour à nouveau diminuer très légèrement en 2021 et atteindre 3,1 jours.

La durée d'isolement maximale la plus élevée est celle de l'année 2019 et correspond à une durée de 265 jours soit environ 9 mois et demi d'isolement. Cette durée diminue fortement en 2020 pour atteindre 154 jours soit environ 5 mois et demi, puis elle augmente à nouveau en 2021 et atteint 185 jours soit environ 6 mois et demi.

Figure 8 : répartition des mesures d'isolement selon la durée (en heures)



Nous n'avons pas réalisé de test statistique concernant les données de la figure 8, cependant nous constatons que la répartition du nombre des mesures d'isolement en fonction de la durée est globalement identique entre les 2019 et 2021, et entre 2020 et 2021. Environ 30% des mesures d'isolement ont une durée comprise entre 3 et 7 jours en 2020 et 2019, et 32% en 2021.

Pour rappel, la version du 16 décembre 2020 de l'article L3222-5-1 du CSP indique que les mesures d'isolement ne peuvent être prises que pour « une durée maximale de douze heures ». Ces mesures peuvent être renouvelées « dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures ». On constate d'après les données de la figure 8 que lors de l'année 2021, 94% des mesures d'isolement ont une durée supérieure à douze heures et **69% de ces mesures sont supérieures à quarante-huit heures** (Annexe 4), soit bien au-delà des préconisations de l'article L3222-5-1.

• **Situations particulières**

Tableau 6 : nombre de patients mineurs et de patients hospitalisés en soins libres ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement

	2019	2020	2021
Patients en soins libres	89	89	35
Patients mineurs	36	24	24

Alors que l'article L3222-5-1 indique que les mesures d'isolement ne peuvent être prises que pour des patients « en hospitalisation complète sans consentement », des mesures d'isolement ont été prescrites pour **35 patients hospitalisés en soins libres** durant l'année 2021 sur l'établissement, soit **8,5% du total des patients isolés**. Parmi ces 35 patients, 3 patients ont fait l'objet de 2 hospitalisations différentes avec une mesure d'isolement à chacune de ces hospitalisations. Dans 31,6% des cas le mode d'hospitalisation a été modifié au cours de l'épisode. La durée moyenne d'isolement pour les patients en hospitalisation libre est de **35,5 heures en 2021** soit beaucoup plus courte que la durée d'isolement moyenne globale.

On peut également constater d'après le tableau 5 que le nombre de patients hospitalisés en soins libres ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement a diminué de 61% en 2021, comparativement aux années 2019 et 2020. On peut faire l'hypothèse que la nouvelle législation encadrant l'isolement a eu un impact sur ces prescriptions.

L'isolement des mineurs (hors patients mineurs hospitalisés en SPDRE) est stable en 2021 comparativement 2020 et en légère baisse comparativement à 2019. La législation actuelle, bien que n'abordant pas spécifiquement la situation des patients mineurs, n'autorise l'isolement que pour les patients hospitalisés sous contrainte ce qui n'est pas le cas des patients répertoriés dans le tableau ci-dessus. (cf *Première partie-II-4.Situation particulière: l'isolement et la contention des mineurs*).

Par ailleurs nous avons pu constater que le registre B qui correspond aux mesures d'isolement en dehors d'un espace dédié, concerne 18 patients différents en 2021 (Annexe 4). Le nouvel encadrement légal n'autorisant plus l'isolement en dehors d'un espace dédié, nous pouvons nous questionner sur l'existence même d'un tel registre en 2021. Ce chiffre est malgré tout en baisse comparativement à l'année précédente, durant laquelle les mesures du registre B ont concerné 64 patients. Toutefois le chiffre de

l'année 2020 est à relativiser, cette année ayant été marquée par la pandémie de COVID-19. Nous ne pouvons pas exclure la possibilité que le nombre de mesure d'isolement dans des espaces non dédiés, donc en chambre standard, ait pu être augmenté cette année-là du fait de la confusion possible entre isolement et confinement sanitaire en chambre. La comparaison avec l'année 2019 est impossible car comme précisé plus haut, l'isolement en chambre sécurisée est comptabilisé dans le registre B en 2019 ce qui n'est plus le cas les années suivantes.

3. Contention

Tableau 7 : données concernant le nombre de prescriptions de contention (registres C + D + E)

	2019	2020	2021
Nombre total de séjours avec contention	181	188	222
Nombre total de patients concernés	149	165	190

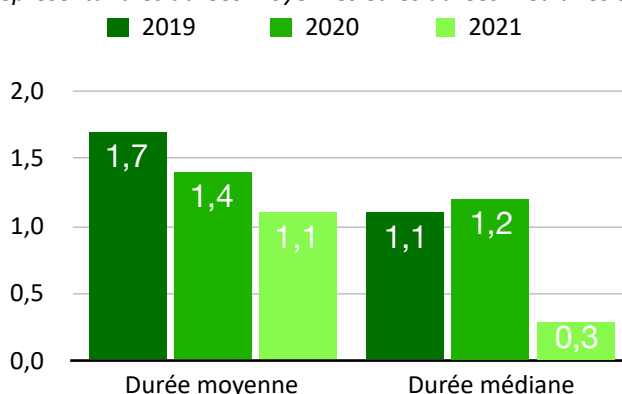
D'après le tableau 7 ci-dessus, on constate que durant l'année 2019 les patients ayant fait l'objet d'une mesure de contention représentent 6,9% du total des patients hospitalisés sur l'établissement cette même année. En 2020 ce chiffre atteint 7,8% des patients hospitalisés, et en 2021 il atteint **8,5% du total des patients hospitalisés**. On constate donc que la proportion de patients concernés par des mesures de contention mécanique augmente chaque année entre 2019 et 2021.

Le taux d'utilisation des contentions par hospitalisation augmente également chaque année entre 2019 et 2021 : en effet, il représente 4,7% du total des hospitalisations en 2019, puis 5,4% en 2020 et enfin il atteint **5,9% des hospitalisations** en 2021.

Tableau 8 : données concernant les durées de prescriptions de contentions (en heures)

	2019	2020	2021
Durée moyenne	41,6	33,2	26,8
Durée médiane	27,0	28,0	8,3
Durée maximale	663	173	891
Ecart-type	66,8	29,0	87,0

Figure 9 : graphique représentant les durées moyennes et les durées médianes de contention (en jours)

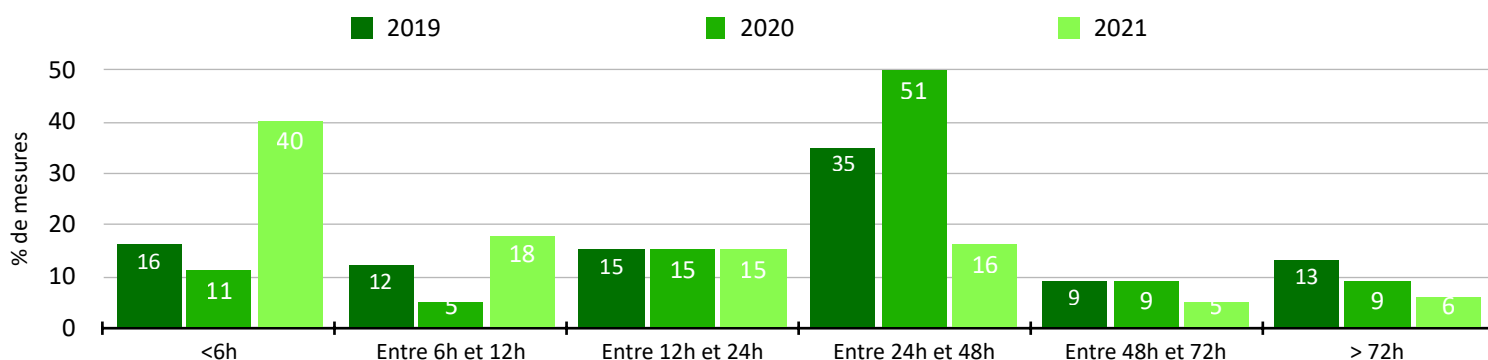


D'après le tableau 8 et la figure 9, on constate que la durée moyenne de prescription de contention mécanique diminue entre 2019 et 2021. Cette durée moyenne passe de 1,7 jours en 2019 à 1,4 jours en 2020 et enfin **1,1 jours en 2021**. Les tests statistiques réalisés ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre la durée moyenne de prescription de contention en 2019 comparativement à celle de 2021, bien que le **seuil de significativité soit très proche (p=0,06)**. On ne retrouve pas non plus de différence significative lorsque l'on compare la durée moyenne de l'année 2020 à l'année 2021 (p=0,34).

Concernant les durées médianes, on constate de manière descriptive qu'il existe une importante diminution de ce paramètre en 2021 comparativement à l'année 2019 et à l'année 2020. En effet, la durée médiane de contention est de 0,3 jours en 2021 contre 1,1 et 1,2 jours respectivement en 2019 et 2020, soit quasiment 4 fois moins élevée.

Concernant les durées maximales, on note d'importantes variations notamment entre l'année 2020 et l'année 2021 : cette durée maximale passe de 7,7 jours en 2020 à 37,1 jours en 2021 soit plus d'un mois.

Figure 10 : répartition des mesures de contention selon la durée (en heures)



Nous n'avons pas réalisé de test statistique sur les données de la figure 10. Cependant nous pouvons constater que la répartition des mesures de contention en fonction de la durée est différente en 2021 comparativement aux années 2019 et 2020. En effet en 2021, **40% des patients ont été contentonnés moins de 6 heures** et la majorité l'ont été moins de 12 heures. L'article L3222-5-1 du Code de la Santé publique alors en vigueur stipule que la mesure de contention ne peut être prise que pour « une durée maximale de six heures » et peut être renouvelée « dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures ». On peut faire l'hypothèse que ce changement de législation encadrant la prescription de contentions mécaniques est à l'origine des changements observés en 2021 concernant les durées de prescriptions.

• Situations particulières

Tableau 9 : nombre de patients mineurs ou hospitalisés en soins libres ayant fait l'objet d'une mesure de contention selon l'année

	2019	2020	2021
Patients en soins libres	11	13	6
Patients mineurs	3	2	4

D'après les données du tableau 9, on constate que le nombre de patients en soins libres contentonnés a **diminué de moitié environ** en 2021 comparativement à 2020 et 2019, bien que ces chiffres restent très faibles (**3,2% du total des patients contentonnés en 2021**). Il est donc difficile de tirer des conclusions de cette observation. En 2021, le mode d'hospitalisation a été modifié pour un seul des six patients hospitalisés en soins libres et ayant été contentonnés. La durée moyenne des contentions pour les patients en soins libres est de **26,1 heures**, soit quasiment identique à la durée moyenne globale retrouvée sur l'établissement.

Concernant les patients mineurs contentonnés, les chiffres sont également très faibles et il n'y a pas de différence importante observée en 2021 comparativement à 2020 et 2019.

L'article L3222-5-1 stipule également que la mesure de contention ne peut être prise que « dans le cadre d'une mesure d'isolement », ce qui est également rappelé dans le rapport annuel isolement/contention de l'année 2021 du CHU de Nantes. Hors le registre D de l'année 2021, qui correspond pour rappel aux mesures de contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement, contient 118 mesures de contention qui concernent 115 patients différents.

V. Discussion de l'étude

Les résultats de cette étude nous montrent que la modification de l'article L3222-5-1 n'a **pas entraîné de changement significatif** concernant la durée moyenne d'isolement sur l'hôpital Saint Jacques. La proportion globale de patients ayant fait l'objet de mesure d'isolement semble en diminution comparativement aux années 2020 et 2019, ainsi que la proportion de patients en soins libres isolés durant cette année 2021. Le **taux d'utilisation de l'isolement** par hospitalisation est également **en légère baisse**.

Concernant les prescriptions de contention mécanique cette étude montre qu'il n'y a **pas eu de différence significative** concernant la durée moyenne de prescription, bien que l'on observe une importante diminution de la durée médiane. La **proportion de patients** ayant fait l'objet d'une mesure de contention parmi les patients hospitalisés en secteur adulte semble **en augmentation** en 2021 comparativement aux années 2020 et 2019, tout comme le taux d'utilisation de contention par hospitalisation.

Ces résultats interrogent, en effet un des objectifs de cette nouvelle législation est de diminuer le recours à l'isolement et à la contention, en imposant plusieurs évaluations cliniques par jour et en limitant les durées maximales autorisées. Pourtant, malgré ces changements législatifs fondamentaux, nous n'avons pas observé de changement majeur dans les pratiques.

Nous constatons que les durées moyennes de prescription d'isolement sur l'hôpital Saint Jacques semblent **diminuer au cours des années** : dans son travail de thèse réalisé sur l'année 2016, Olivier Haibe retrouvait une durée moyenne d'isolement de 6,9 jours sur l'hôpital Saint Jacques (80), contre 5,8 jours pour l'année 2021 dans notre étude. Par ailleurs, les durées moyennes d'isolement semblent bien moins importantes sur l'hôpital Saint Jacques que les données fournies par le RIM-P : en effet, la durée moyenne d'isolement retrouvée en 2017 par le RIM-P est de 11,9 jours soit plus du double de celle retrouvée dans notre étude pour 2021. Néanmoins, nous retrouvons des taux d'utilisation d'isolement par patient plus élevés sur l'hôpital Saint Jacques puisque ce chiffre représente 18,5% du total des patients hospitalisés sur

l'établissement en 2021, contre 9,8% du total des patients hospitalisés en psychiatrie en France en 2017 selon le RIM-P.

Nous pouvons également rapprocher nos résultats des chiffres exposés par le CGLPL dans son rapport d'activité de 2021, qui résultent d'une analyse des registres de plusieurs établissements visités entre 2018 et 2021. Dans ce rapport, les chiffres se rapportant à la période 2020-21 proviennent de 12 établissements pour l'isolement et 10 établissements pour la contention. (43) (Annexe 6)

Tableau 10 : résultats de notre étude et chiffres issus du rapport d'activité 2021 du CGLPL

	Saint Jacques (2021)	CGLPL (2020-21)
% de patients isolés parmi la file active	18,5 %	22,7 %
Durée moyenne isolement (heures)	139	125
% de patients contentionnés parmi la file active	8,5 %	5,1 %
Durée moyenne contention (heures)	27	24

D'après le tableau 10 ci-dessus, on constate que la **proportion de patients isolés** parmi la file active semble **moins importante à l'hôpital Saint Jacques**, comparativement aux établissements analysés par le CGLPL (18,5% des patients à Saint Jacques, contre 22,7% dans le rapport du CGLPL). Cependant, la **proportion de patients contentionnés est, elle, supérieure** au sein de l'hôpital Saint Jacques : elle représente 8,5% des patients hospitalisés, contre 5,1% dans le rapport du CGLPL.

Concernant les **durées moyennes**, on constate que celles retrouvées pour l'année 2021 sur l'**hôpital Saint Jacques sont supérieures** aux chiffres présentés dans le rapport du CGLPL, que ce soit pour l'isolement (139 heures à Saint Jacques contre 125 heures dans le rapport) ou pour la contention (27 heures à Saint Jacques contre 24 heures dans le rapport).

De plus, la proportion de patients hospitalisés en soins libres et ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement, parmi tous les patients isolés, est beaucoup moins élevée sur l'hôpital Saint Jacques : elle représente 8,5% des patients en 2021, contre 19,8% dans le rapport du CGLPL.

Globalement, les chiffres retrouvés sur l'hôpital Saint Jacques concernant les taux d'utilisation de l'isolement et de la contention par patient ainsi que les durées moyennes semblent **se rapprocher des chiffres moyens retrouvés par le CGLPL** sur plusieurs établissements, bien que ces chiffres restent globalement plus élevés sur l'hôpital Saint Jacques. Toutefois, le rapport d'activité sus-cité fait état de pratiques très hétérogènes et les données rapportées ne concernent que quelques établissements, il paraît donc difficile d'en tirer des conclusions. De plus les données rapportées par le CGLPL ont été collectées sur deux années, 2020 et 2021, contrairement aux données de notre étude : l'année 2020 a été fortement impactée par la pandémie de COVID, et la modification de l'article L3222-5-1 a eu lieu entre les deux années. Ces éléments compliquent également l'interprétation de ces chiffres.

Cette étude comporte plusieurs limites à prendre en compte dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord nous avons choisi d'analyser les durées de prescriptions par épisode, c'est-à-dire par hospitalisation, cependant un patient peut faire l'objet de plusieurs mesures d'isolement et/ou de

contention mécanique durant une même hospitalisation avec des temps de sorties entre chaque mesure, ce qui n'a pas été pris en compte dans le calcul de nos durées moyennes. Par ailleurs, les durées indiquées sur les registres ne rendent pas compte des temps de sortie accordés au patient faisant l'objet d'une mesure d'isolement (parfois des journées entières), et donc du temps réel passé en isolement.

Sur les registres de 2021, on retrouve 250 prescriptions d'isolement égales à 30 heures et 39 prescriptions de contention égales à 30 heures. Sachant que la durée par défaut sur le logiciel de prescription est de 30 heures nous pouvons imaginer dans certaines de ces situations, la prescription n'a pas été arrêtée sur le logiciel alors que la mesure avait pris fin en réalité. De plus on constate également que plusieurs mesures peuvent se chevaucher dans les cas où la mesure précédente n'a pas été arrêtée avant de prescrire le renouvellement, ce qui peut artificiellement augmenter les durées observées.

Plusieurs éléments ont pu également influencer sur les prescriptions d'isolement et de contention, en dehors du changement de législation. La pandémie de COVID-19 évoluant depuis 2020 a eu d'importantes conséquences sur l'hôpital en général notamment en majorant l'absentéisme soignant, ce qui peut causer une majoration du recours aux mesures de privation de liberté dans les services. De plus, cette situation sanitaire exceptionnelle a été à l'origine de nombreuses restrictions, qui ont également pu être observées dans les établissements psychiatriques : la frontière entre mesure d'isolement et confinement sanitaire est parfois ténue et malgré les mises en garde du CGLPL, la confusion persiste. (78)

Enfin nous avons recueilli les données sur une seule année pour évaluer l'impact de la nouvelle législation, sachant que le décret d'application de l'article L3222-5-1 n'a été rendu public qu'au mois de mars 2021, donc au cours de l'année analysée. Il semble important de poursuivre cette analyse sur les années à venir afin d'observer un potentiel changement dans les pratiques.

Cette étude nous permet toutefois d'avoir une vision de l'impact d'un changement législatif très récent sur des pratiques de prescription. L'isolement et la contention sont des pratiques qui concernent la majorité des psychiatres de secteur, et les changements organisationnels imposés par cette nouvelle loi ont eu des répercussions sur le quotidien de nombreux d'entre eux, sans pour autant qu'ils ne modifient leurs pratiques de prescription. Cette étude permet également de faire un état des lieux de l'utilisation de l'isolement et de la contention sur l'hôpital Saint Jacques, en l'absence de données nationales disponibles.

Ces résultats peuvent être rapprochés des résultats du questionnaire exposés dans la Deuxième Partie. L'impression d'une absence de changement concernant les durées moyennes et la fréquence de recours, partagée par la majorité des participants, se vérifie lors de l'analyse des registres. Cette absence de changement interroge d'autant plus que le vécu des participants lors de la prescription de contention est globalement négatif. De plus, la très grande majorité de l'échantillon a estimé que des alternatives à l'isolement étaient possibles au moins dans la moitié des cas, avec des nombreuses propositions concernant ces alternatives : comment expliquer alors que la durée moyenne de l'isolement soit restée inchangée, alors que des alternatives semblent possibles ?

VI. Conclusion

La comparaison des durées moyennes de prescription d'isolement sur l'hôpital Saint Jacques, avant et après la modification de l'article L3222-5-1 du CSP, n'a **pas montré de différence significative**. Les durées moyennes sont largement supérieures aux durées maximales prévues par loi, puisqu'elles atteignent 6 jours en 2019 et en 2020 et **5,8 jours en 2021**. Le taux d'utilisation de l'isolement par patient semble en diminution entre 2019 et 2021, **de 20,4% à 18,5%**, ainsi que le taux d'utilisation de l'isolement par hospitalisation. Le nombre de patients hospitalisés en soins libres ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement est également en baisse en 2021.

Concernant la contention, les tests réalisés n'ont pas mis en évidence de différence significative concernant les durées moyennes de prescription, bien que nous soyons très **proche du seuil de significativité (p=0,06)** lorsque l'on compare l'année 2019 à l'année 2021. Ces durées moyennes, bien qu'observant une importante diminution entre 2019 et 2021, restent supérieures aux durées maximales prévues par la loi (1,7 jours en 2019, 1,4 jours en 2020 et **1,1 jours en 2021**). Le taux d'utilisation de la contention par patient, lui, augmente chaque année entre 2019 et 2021, passant **de 6,9% à 8,5%**, tout comme le taux d'utilisation de la contention par hospitalisation. Le nombre de patients mineurs et de patients en soins libres ayant fait l'objet d'une mesure de contention reste très faible, quel que soit l'année analysée.

Au vu de ces différents résultats, nous avons souhaité dans une dernière partie, développer une réflexion plus globale sur l'isolement et la contention en psychiatrie et présenter quelques exemples de moindre recours.

Quatrième partie : Réflexion globale sur l'isolement et la contention

A) MOINDRE RECOURS : QUELQUES EXEMPLES

L'isolement et la contention en psychiatrie sont, depuis 2016, définies dans la législation comme des pratiques de « dernier recours ». Cette notion de dernier recours sous-entend que d'autres recours sont possibles, et on sait par exemple que certaines équipes n'ont jamais (ou quasiment jamais) recours ni à l'isolement ni à la contention. Quels sont les moyens utilisés dans ces unités pour fonctionner sans ces moyens de contraintes ? Ce fonctionnement est-il possible et applicable dans tous les établissements psychiatriques ?

Nous retrouvons plusieurs exemples de moindre recours à ces moyens de contrainte à l'étranger. En Islande, les contentions mécaniques sont très peu voire jamais utilisées. Pour faire face aux situations qui pourrait justifier un recours aux contentions, beaucoup de soignants sont formés à des techniques de désescalade, ainsi qu'à une technique particulière nommée « contrôle et contention » qui consiste à contenir physiquement le patient au sol durant quelques minutes. Les services de psychiatries disposent d'équipes « de défense ou de réponse à la violence » qui interviennent rapidement dans les situations de violence. (69)

Aux Etats-Unis, dans l'état de Pennsylvanie, une étude menée en 2001 et 2010 a mis en évidence une diminution significative du recours global à l'isolement et à la contention mécanique et physique, sans que ce changement de pratique n'entraîne une augmentation des agressions entre patients et sur les soignants. Un programme nommé « Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use » (Annexe 5) contenant six stratégies de base pour la réduction de l'utilisation de l'isolement et de la contention a été mis en place dans de nombreux hôpitaux durant la période d'étude, contribuant à la diminution observée. Une formation systématique du personnel soignant a également été organisée et des équipes d'intervention spécialement formées à la gestion des moments de crise ont été mises en place dans chaque établissement psychiatrique de l'Etat. De plus, la législation en matière d'isolement et de contention est très restrictive dans cet Etat, et limite l'utilisation de la contention physique à un maximum de 10 minutes et celle de l'isolement et des contentions mécaniques à un maximum de 30 minutes, renouvelable par tranche de 30 minutes, et ce depuis 2005. La diminution du recours aux mesures d'isolement et de contention n'a pas été accompagnée d'une augmentation de la sédation chimique des patients. D'ailleurs, la prescription de traitement « si besoin » est interdite dans cet Etat depuis 2005. (70)

Une étude menée en Suisse entre 2010 et 2012 s'est intéressée à la fréquence du recours à l'isolement en fonction de l'ouverture ou de la fermeture des unités de soins. Cette étude a comparé 6 services différents : 2 services habituellement ouverts et 4 services fermés dont 2 qui ont été ouverts durant une période de l'étude. Les résultats montrent une diminution significative de la fréquence du recours à l'isolement dans les unités nouvellement ouvertes, sans augmentation parallèle dans les autres unités. (71) Une autre étude menée en 2013 s'est, elle, intéressée à l'impact de l'environnement physique des unités de soins dans le recours à l'isolement. Cette étude a permis d'identifier plusieurs facteurs qui semblent influencer sur la prévalence de l'isolement : on constate qu'une augmentation du niveau de confort et de l'intimité du patient via un espace personnel plus grand, ainsi qu'un meilleur contact visuel avec les soignants semblent associés à une diminution du recours à l'isolement. (20) D'autres études ont montré que la présence et l'utilisation d'une salle multisensorielle dans un service permettait de diminuer le recours à l'isolement.

En France, nous pouvons citer l'exemple d'une unité du CH de Saint-Cyr au Mont D'or qui a réduit de 30% le recours à l'isolement et de 60% la durée d'isolement entre 2016 et 2017 à l'occasion d'une restructuration de l'établissement. Cette unité fermée possédait initialement 35 lits dont 2 chambres d'isolement et 2 chambres d'apaisement, une restructuration de l'établissement en 2016 a entraîné une suppression de 10 lits comprenant les 2 chambres d'apaisement. L'effectif soignant a également été réduit, passant de 5 soignants par séquence de travail en journée à 3 soignants. Par la suite, plusieurs actions ont été engagées à l'occasion d'une réflexion sur le moindre recours à l'isolement et à la contention. La porte d'entrée du service a été ouverte, ainsi que celle du bureau infirmier qui est devenu un lieu de rencontre. Le rôle de l'infirmier en psychiatrie a été ré-interrogé, et les tâches non afférentes aux soins ont été supprimées (qui correspondent généralement aux tâches liées au contrôle des mesures de privation de liberté, comme la gestion des affaires personnelles, des sorties de l'unité, des visites etc). L'unité a également été réaménagée. Ce changement de pratique a permis une diminution majeure des situations de violence, ainsi qu'une diminution de 30% de l'absentéisme soignant. (72)

L'unité de réhabilitation psychosociale du CH Saint-Jean de Dieu situé à Lyon a vu sa chambre d'isolement fermer à l'occasion d'un projet de pôle, soutenu par la direction de l'établissement, en 2018. Cette fermeture, qui a suscité des craintes et des interrogations de la part de l'équipe soignante, a finalement permis aux professionnels de développer d'autres types de réponses : là encore, la porte du bureau infirmier est restée ouverte et ce dernier est devenu un lieu de rencontre. Le positionnement soignant a évolué, et le temps soignant libéré par la suppression de la chambre d'isolement a permis une meilleure disponibilité auprès des patients. (73)

Ces exemples nous suggèrent différentes stratégies afin de réduire le recours à l'isolement et à la contention : mettre en place un programme spécifique de réduction de ces pratiques et une formation systématique pour tous les soignants, aller vers une ouverture des services, supprimer ou au moins diminuer les privations de liberté annexes (restrictions de l'accès aux affaires personnelles, mise en pyjama, restrictions des visites et des temps de sortie) ce qui permet entre autres de libérer du temps infirmier, transformer la place et de rôle du bureau de soins infirmiers, réaménager les unités quand cela est possible, mettre en place des salles multisensorielles. D'autres stratégies existent et ne sont pas citées ici.

B) RÉFLEXIONS AUTOUR DU CHANGEMENT LÉGISLATIF

L'isolement et la contention semblent être aujourd'hui des pratiques profondément ancrées dans les habitudes soignantes, à tel point qu'il paraît difficile et parfois même impossible de faire autrement. Pourtant les différents exemples cités ci-dessus nous prouvent que le recours à l'isolement et à la contention n'est pas indispensable dans la pratique de la psychiatrie : il est possible de faire sans, et les services ayant abandonné cet usage n'ont pas vu d'augmentation des agressions physiques en parallèle. Il est important de rappeler que l'on a su faire autrement, et notamment à une époque où les neuroleptiques n'existaient pas encore. Comment expliquer que ce ne soit plus le cas aujourd'hui ?

La création de l'article L3222-5-1 du CSP en 2016 a entraîné un changement législatif fondamental en inscrivant l'isolement et la contention dans la loi, en transformant ce qui était jusqu'alors une prescription médicale en décision médicale de privation de liberté. La HAS a publié par la suite un guide méthodologique afin de « mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence », détaillant 15 programmes et 14 outils d'amélioration des pratiques. Dans quelles mesures ces recommandations ont-elles été appliquées par les établissements psychiatriques ? Il n'a en tout cas pas été observé de changement fondamental dans les pratiques soignantes sur l'ensemble du territoire national.

Isoler quelqu'un dans une pièce dont il ne peut sortir librement, l'attacher à un lit, constituent d'importantes privations de liberté pour lesquelles, au regard de l'article 66 de la Constitution française, l'implication de la justice via le juge des libertés et de la détention paraissait indispensable. Une nouvelle réforme était donc inéluctable. Cependant, il semble regrettable que cette réforme soit mise en place dans un contexte de crise : crise sanitaire d'une part liée à la pandémie de COVID-19, mais également une crise hospitalière plus globale liée à la pénurie de personnel médical et paramédical, à un manque de moyens humains et matériels, entraînant une dégradation des conditions de travail et un épuisement professionnel. La psychiatrie, « parent pauvre de la médecine française », est touchée de plein fouet par cette crise. C'est le constat que fait Mme Dominique Simonnot, CGLPL, dans son rapport d'activité de 2021 (43). Dans ce

rapport, elle dénonce l'instabilité juridique combinée à un défaut d'accompagnement des services, et juge le contenu de la réforme « décevant ».

Par ailleurs, plusieurs interrogations persistent quant à l'application de ce texte de loi, et notamment la possibilité ou non d'isoler ou de contenir les patients hospitalisés en soins libres. En effet, le texte de l'article L3222-5-1 dans sa dernière version précise que l'isolement et la contention « ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement ». L'instruction de la DGOS datant du 29 mars 2022, relative à l'accompagnement des établissements psychiatriques pour la mise en œuvre des nouvelles dispositions législatives, insiste sur le respect des libertés fondamentales des patients et particulièrement la liberté « d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement », notamment pour les patients en soins libres. Cependant, ce texte laisse la possibilité aux professionnels de mettre en place « pour des raisons tenant à la sécurité du patient ou d'autrui, des mesures de protection pendant quelques heures », sans citer directement l'isolement et la contention. Cette instruction semble sous-entendre qu'il est possible, de manière exceptionnelle et temporaire, d'isoler ou de contenir des patients hospitalisés en soins libres, sans forcément avoir à mettre en place une mesure de soins sans consentement, et semble en contradiction avec le texte de loi.

Le fait de proscrire l'isolement et la contention pour les patients en soins libres risque non pas d'en diminuer le recours, mais d'augmenter les mesures de soins sans consentement, qui sont également des mesures privatives de liberté.

Malgré l'accueil critique réservé à cette réforme par les professionnels, tout le monde ou presque s'accorde à dire qu'il est nécessaire de diminuer le recours aux moyens de contrainte. Il semble aujourd'hui indispensable d'engager une réflexion collective sur nos pratiques, impliquant tous les membres du personnel médical et paramédical, de l'administration mais également la direction des établissements. Le moindre recours nécessite un changement profond dans l'organisation des services qui doit être porté de manière institutionnelle, en mettant à disposition des équipes des moyens humains et matériels supplémentaires.

Enfin, l'appellation « chambre de soins intensifs » pour désigner les chambres d'isolement interroge. Pour rappel il n'existe à l'heure actuelle aucune preuve scientifique de l'efficacité thérapeutique de l'isolement, et le principal motif de prescription évoqué par les participants à notre étude (et le seul autorisé par la loi) est la prévention d'un risque pour le patient lui-même et pour les autres. Quels sont les « soins intensifs » prodigués dans cette chambre d'isolement, en dehors d'une surveillance infirmière plus rapprochée ? Nous pouvons nous interroger sur la pertinence de mettre le soin au premier plan dans la désignation de ces chambres, avec pour principal risque une plus grande acceptabilité du recours à l'isolement.

C) VERS UNE SUPPRESSION DE LA CONTENTION ?

Est-il toujours adapté d'associer l'isolement et la contention, sans nuancer ces deux pratiques ? On constate que le vécu des soignants durant la mise en œuvre des mesures de contention est plus négatif que lors de l'isolement d'un patient, dans la littérature ainsi que dans notre étude. De plus, les effets

indésirables provoqués par la contention semblent plus fréquents et plus graves que ceux induits par l'isolement. Ces éléments questionnent sur son utilisation. (76)

A la fin du XVIII^{ème} siècle, Jean-Baptiste Pussin et Philippe Pinel libéraient les aliénés de leurs chaînes, engageant une réflexion sur l'utilisation de la contention, et tentant d'instaurer un traitement plus humain des aliénés. Plus de deux siècles plus tard, nous trouvons des sangles de contentions dans la majorité des services de psychiatrie. Dans son ouvrage intitulé *Recherches sur les centres nerveux* (1876), Valentin Magnan consacre un chapitre entier à la Camisole. Dans cet écrit, il dénonce l'utilisation des moyens de contention mécanique et notamment la contention au lit : « Ce qu'il faut éviter avant tout, ce qu'il faut proscrire avec la plus grande énergie, c'est l'immobilisation, la fixation au lit, dont nous connaissons à présent tout le péril. (...) beaucoup de ces malades meurent, on ne peut désormais se le dissimuler, parce qu'on les immobilise sur le lit ». Le risque de décès associé aux mesures de contention a été mis en évidence dans plusieurs études. (33) (37) Dans le Manuel alphabétique de psychiatrie datant de 1965, au chapitre « contention » page 135, cette pratique est qualifiée comme étant « une survivance d'un autre âge » et il est indiqué qu'elle devrait pouvoir être évitée dans tous les cas à l'hôpital. (77)

En l'absence de preuve scientifique de l'efficacité thérapeutique de la contention, et devant de nombreux risques d'effets indésirables allant jusqu'au décès, son utilisation interroge et certains auteurs recommandent sa suppression. (76) Un célèbre principe éthique, et un des premiers enseigné aux étudiants en médecine, est le suivant : **d'abord ne pas nuire**. Les effets indésirables induits par la contention ne sont-ils pas plus importants que les effets bénéfiques attendus ?

Conclusion

Le recours à l'isolement et à la contention sont des pratiques répandues en psychiatrie, bien que très hétérogènes sur l'ensemble du territoire. Ces mesures, dont l'efficacité thérapeutique n'a à ce jour jamais été prouvée scientifiquement, présentent de nombreux risques d'effets indésirables, allant jusqu'au décès.

Le CGLPL a dénoncé de nombreux abus concernant le recours à ces pratiques ces dernières années. L'article L3222-5-1 du CSP, créé en 2016 et instaurant pour la première fois un encadrement législatif de ces mesures, a été modifié à plusieurs reprises ces deux dernières années. La version actuelle, datant de janvier 2022, a permis d'instaurer des durées de prescriptions maximales (24 heures pour la contention et 48 heures pour l'isolement) renouvelables seulement de manière exceptionnelle, et de rendre systématique le contrôle du JLD pour chaque mesure d'isolement et de contention.

Notre étude, menée sur l'hôpital Saint Jacques à Nantes, avait pour objectif d'évaluer l'impact de cette réforme sur l'utilisation de l'isolement et de la contention par les psychiatres via un auto-questionnaire en ligne et une analyse des registres. En interrogeant directement ces derniers sur leurs pratiques, nous avons constaté que la plupart d'entre eux estimaient ne pas avoir modifié leurs prescriptions d'isolement et de contention en terme de fréquence et de durée moyenne malgré le changement de loi. Ils ont d'ailleurs jugé que ce **changement était négatif** pour la plupart. Le vécu lors de la prescription est globalement **neutre pour l'isolement** et **négatif pour la contention**. Les participants ont

estimé que **des alternatives étaient possibles** dans la plupart des cas pour l'isolement, et rarement pour la contention. Plusieurs propositions d'alternatives ont été faites par les participants à cette étude.

L'analyse des registres n'a **pas montré de différence significative** concernant les durées moyennes de prescription d'isolement et de contention (bien que les tests statistiques aient donné des résultats proches du seuil de significativité pour cette modalité) avant et après la modification de la loi. Les durées moyennes de prescription d'isolement sur l'hôpital Saint Jacques sont largement inférieures à celles retrouvées dans le RIM-P : **5,8 jours en 2021** à Saint Jacques, contre 11,9 jours en 2017 selon le RIM-P. Cependant elles restent supérieures aux durées maximales prévues par loi. Le taux d'utilisation de l'isolement est plus élevé à l'hôpital Saint Jacques puisqu'il concerne **18,5% des patients hospitalisés en 2021**, contre 9,8% des patients selon le RIM-P en 2017. La durée moyenne de contention sur l'hôpital Saint Jacques est également supérieure à la durée maximale prévue par la loi puisqu'elle atteint **1,1 jours**.

Malgré une nouvelle loi encadrant les mesures d'isolement et de contention, il n'y a pas eu de changement significatif dans les pratiques des psychiatres de l'hôpital Saint Jacques à Nantes. Cette absence de changement est également constatée sur d'autres établissements par le CGLPL, dans son rapport d'activité sur l'année 2021. Il semble aujourd'hui indispensable d'engager une réflexion collective sur nos pratiques, afin d'aller vers une diminution du recours à ces moyens de contrainte.

Bibliographie

1. HAS (2017). Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandations pour la pratique clinique
2. HAS (2017). Contention mécanique en psychiatrie générale
3. Coldefy, M. (2016). Les données administratives de l'isolement. Dans *Santé Mentale*, n° 210
4. Alezrah C., Bobillo, J. (2004). Portes ouvertes ou fermées en hospitalisation à temps plein ? Dans *L'Information Psychiatrique*, n°80
5. Baratta, A. (2009). L'utilisation de la chambre d'isolement comme soin en psychiatrie adulte Partie I Étude pilote au Centre de Brumath (EPSAN, Alsace Nord). Dans *Perspectives Psy*
6. Senon, J. Carré, R. Porteau, S. Clénet, A. Dujardin, V. Haoui, R. (2018). Contention en psychiatrie : de nouvelles approches pour mieux la comprendre – Epidémiologie de la contention : première étude en France sur 13 établissements psychiatriques (FERREPSY-Occitanie). Dans *French Journal of Psychiatry*
7. Sigaud, T. Gay, A. Granet, C. Massoubre, C. (2014). Pratique de l'isolement chez des patients hospitalisés sous contrainte dans un service universitaire d'urgences psychiatriques. Revue de 266 dossiers. Dans *Annales Médico-Psychologiques*, n°173
8. HAS (2015). Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie, en vue de la réalisation de fiches mémo
9. Daou M, et al. (2020). Attitude des psychiatres et internes en psychiatrie au Liban vis-à-vis de la contention et du consentement éclairé. Dans *Encéphale*
10. Hazan, A. (2016). L'isolement entre soin et sanction. Dans *Santé Mentale*, n°210
11. Senon, J-L. (2021). Coercitions en psychiatrie et violence de la société. Dans *Santé Mentale*, n°260
12. Steinert, T. et al. (2009). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. Dans *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*
13. Dumais, A. et al. (2011). Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in a Canadian psychiatric hospital: a 2-year retrospective audit. Dans *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*
14. Matthiasson, P. (2017). Moins de soins sous contrainte : l'expérience islandaise. Dans *L'Information Psychiatrique*
15. Beghi, M., Peroni, F., Gabola, P., Rossetti, A., & Cornaggia, C. M. (2013). Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry : A systematic review. *Riv Psichiatr*, 13.
16. Clenet, A. (2018). Incidence et caractéristiques de l'utilisation de la contention mécanique dans 11 établissements de psychiatrie en Occitanie
17. De Benedictis, L. (2010). Les facteurs influençant l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions en milieu psychiatrique intrahospitalier
18. Mauras, T. et al. (2017). Isolement et contention : de la prescription à la décision. *Encéphale*
19. Pettit, SA., Bowers, L., Tulloch, A., et al. (2017) Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units. Dans *J Adv Nurs*;73:966–76.

20. Van Der Schaaf, P. S., Dusseldorp, E., Keuning, F. M., Janssen, W. A., Noorthoorn, E. O. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. Dans *The British Journal of Psychiatry*, 202, 142–149
21. Moreau, D. (2016). Isolement : enquête sur des usages « ordinaires ». Dans *Santé Mentale*, n°210
22. Olivier Anglade et al. (2007). L'isolement et la contention : un tabou ?, Dans Pierre Delion, Corps, psychose et institution, ERES « Hors collection »
23. Cano, N. et al. (2010). L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques, Dans *L'Encéphale*
24. Olivier Anglade et al. (2007). L'isolement et la contention : un tabou ?, Dans Pierre Delion, Corps, psychose et institution, ERES « Hors collection »
25. Fisher, W, M.D. (1994). Restraint and Seclusion : A review of the Literature. Dans *American Journal of Psychiatry*
26. Nelstrop, L. et al. (2006). A Systematic Review of the Safety and Effectiveness of Restraint and Seclusion as Interventions for the Short-Term Management of Violence in Adult Psychiatric Inpatient Settings and Emergency Departments
27. Norvoll, Ruud, Hynnekleiv (2015). Seclusion in emergency psychiatry. Dans *Tidsskr Nor Laegeforen*
28. Fernández VI, Karavokyros S, Lagier F, Bauer L, Védie C. (2019). Soigner sans contention physique, quels enjeux psychiques ? De la contention à la contenance. Dans *Evolution psychiatrique* 85(3)
29. CPT (2012). Le recours à la contention dans les établissements psychiatriques, cpt.coe.int
30. CPT (2017). Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes
31. ANAES (1998). L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie
32. Strout, T. (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature. Dans *International Journal of Mental Health Nursing*
33. Rakhmatullina, M. Taub, A. Jacob, T. (2013). Morbidity and Mortality Associated with the Utilization of Restraints, A Review of Literature. Dans *Psychiatric Quarterly*
34. Holmes, D. Rioux, D. Jacob, J-d. Corneau, P. (2016). Contention physique : l'expérience des patients. Dans *Santé Mentale*, n° 210
35. Kersting, X., Hirsch, S., Steinert, T. (2019). Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review. Dans *Front. Psychiatry* 10:400.
36. Leboucher, A., C, Fleury (2021). Les méthodes de contention en psychiatrie : Etat de l'art. solidarités-sante.gouv.fr
37. Kersting, X., Hirsch, S., Steinert, T. (2019). Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review. Dans *Front. Psychiatry* 10:400.
38. Leboucher, A., C, Fleury (2021). Les méthodes de contention en psychiatrie : Etat de l'art. solidarités-sante.gouv.fr
39. Guivarch, J. Cano, N. (2012). Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques, Dans *L'Encéphale*
40. Guidi, J. Sigaud, J-P. Guiot, F. (2018). Etude rétrospective concernant les mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte. *L'information psychiatrique*, n°94

41. Nadereau, L. et al. (2013). A propos de la chambre d'isolement en pédopsychiatrie. Etude au sein d'une unité d'hospitalisation pour adolescents. Dans *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°61
42. CGLPL (2018). Rapport annuel d'activité de 2017
43. CGLPL (2022). Rapport annuel d'activité de 2021
44. Carré, R., Morlhon, L., & Ponet, B. (2019). Enfermement et contention. *Empan*, n°114
45. Esquirol, J-E. (1818). Des établissements des aliénés en France, et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés. gallica.bnf.fr
46. Quétel, C. (2012). Chapitre Premier, La loi de 1838 sur les aliénés. Dans *Histoire de la folie*.
47. Londres, A. (1925). *Chez les fous*.
48. Ministère de l'intérieur (1857). Asiles publics d'aliénés, Règlement du service intérieur. psychiatrie.histoire.free.fr
49. Ministère de l'intérieur (1857). Circulaire ministérielle d'explication du modèle de règlement intérieur du 20 mars 1857. psychiatrie.histoire.free.fr
50. Veil, S. (1993). Circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux
51. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002. Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. legifrance.gouv.fr
52. Combret, M. (2021). Penser autrement pour faire autrement. *Santé mentale*, n°260
53. Sarkozy, N. (2008). Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur la réforme de l'hôpital psychiatrique, notamment la prise en charge des patients à risque, à Antony. vie-publique.fr
54. Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT)
55. CGLPL (2014). Rapport annuel d'activité de 2013.
56. CGLPL (2015). Rapport annuel d'activité de 2014
57. HAS (2016). Guide méthodologique : Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie
58. HAS (2017). Isolement en psychiatrie générale
59. HAS (2017). Contention mécanique en psychiatrie générale
60. Panfili, J-M. (2017). Contrôle des pratiques de contention et d'isolement (Art. L. 3222-5-1 du CSP) : vers une compétence du juge judiciaire (CA Versailles, 24 octobre 2016). *Droit Déontologie & Soins*, n°17
61. Raoul-Cormeil, G. Mauger-Vielpeau, L. (2021). Isolement, contention et soins psychiatriques. Point d'étape entre deux réécritures (CSP, art. L. 3222-5-1). *Annales médico-psychologiques*, n°179
62. Instruction N° DGOS/54/2021/89 du 29 avril 2021 relative à l'accompagnement des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la mise en oeuvre du nouveau cadre relatif aux mesures d'isolement et de contention
63. Décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021. legifrance.gouv.fr
64. S. Toy-Riont, F. Gaini, C. Monteil et al. (2021). Une loi folle peut-elle être un mal nécessaire ? Dans *Annales médico-psychologiques*

65. Communiqué de presse, 21 décembre 2020. La promulgation de l'Article 84 de la Loi de financement de la sécurité sociale : Comment rajouter de la crise à la crise ! cme-psy.fr
66. Communiqué de presse, 17 février 2021. Article 84 de la LFSS et son décret d'application aussi inapplicables que symptomatiques. dg-chru.fr
67. Enquête Adesm sur les conditions de mise en oeuvre de la loi du 14 décembre 2020 sur l'isolement et la contention, www.adesm.fr
68. CGLPL (2021). Rapport annuel d'activité de 2020
69. Matthiasson, P. (2017). Moins de soins sous contrainte : l'expérience islandaise. Dans *L'Information Psychiatrique*
70. Smith, G. M., Ashbridge, D. M., Davis, R. H., Steinmetz, W. (2014). Correlation Between Reduction of Seclusion and Restraint and Assaults by Patients in Pennsylvania's State Hospitals. Dans *Psychiatric Services*, 66(3), 303-309
71. Jungfer, HA., Schneeberger, AR., Borgwardt, S. et al. (2014) Reduction of seclusion on a hospital-wide level: successful implementation of a less restrictive policy. Dans *J Psychiatr Res*
72. Rohr, L., Lanquetin, J. (2017). Moindre recours, comment faire ? Dans *Santé Mentale*, n°222
73. Serna, L., Lanoix, C., Lootgieter, F. (2021). « Sans chambre d'isolement, on a gagné en assurance ». Dans *Santé Mentale*, n°260
74. HAS (2017). Mise en place d'espaces d'apaisement, n°06 outil pour l'amélioration des pratiques.
75. Verlinde, A. A., Noorthoorn, E. O., Snelleman, W., Van Den Berg, H., Snelleman – van der Plas, M., Lepping, P. (2017). Seclusion and enforced medication in dealing with aggression: A prospective dynamic cohort study. Dans *European Psychiatry*, n°39, 86-92
76. Friard, D. (2017). Limiter l'isolement, supprimer la contention. Dans *Santé Mentale*, n°222
77. Porot. A. (1965). Manuel alphabétique de psychiatrie. Troisième Edition. Dans *Bibliothèque de psychiatrie*
78. CGLPL (2022). COVID 19 : nouvelle alerte du CGLPL sur la situation des personnes enfermées, 13 janvier 2022. cglpl.fr
79. Rohr, L. (2021). Mesures coercitives : état de la littérature. Dans *Santé Mentale*, n°260
80. Haibe, O. (2017). Etat des lieux de l'utilisation de l'isolement en Psychiatrie au CHU de Nantes, au CHS de Blain et au CH de Bouguenais. Réflexion pour une amélioration des pratiques à la lumière des dernières recommandations de la HAS.

Annexes

Annexe 1. Textes de loi

Art. L3222-5-1 du Code de la Santé Publique

Version en vigueur du 28 janvier 2016 au 16 décembre 2020

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

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

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

Art. L3222-5-1 du Code de la Santé Publique

Version en vigueur du 16 décembre 2020 au 24 janvier 2022

I.-L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.

II.-La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de douze heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures.

La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de six heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de vingt-

quatre heures.

A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au delà des durées totales prévues aux deux premiers alinéas du présent II, la mesure d'isolement ou de contention, dans le respect des autres conditions prévues aux mêmes deux premiers alinéas. Le médecin informe sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure, ainsi que les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 dès lors qu'elles sont identifiées. Le médecin fait part à ces personnes de leur droit de saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure en application du même article L. 3211-12 et des modalités de saisine de ce juge. En cas de saisine, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures.

Les mesures d'isolement et de contention peuvent également faire l'objet d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en application du IV de l'article L. 3211-12-1.

Pour l'application du présent II, une mesure d'isolement ou de contention est regardée comme une nouvelle mesure lorsqu'elle est prise au moins quarante-huit heures après une précédente mesure d'isolement ou de contention. En-deçà de ce délai, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement et de contention qui la précèdent et les dispositions des trois premiers alinéas du présent II relatifs au renouvellement des mesures lui sont applicables.

L'information prévue au troisième alinéa du présent II est également délivrée lorsque le médecin prend plusieurs mesures d'une durée cumulée de quarante-huit heures pour l'isolement et de vingt-quatre heures pour la contention sur une période de quinze jours.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent II.

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

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

Art. L3222-5-1 du Code de la Santé Publique

Version en vigueur depuis le 24 janvier 2022

I.-L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.

La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée, dans les conditions et selon les modalités prévues au premier alinéa du présent I, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures, et fait l'objet de deux évaluations par vingt-quatre heures.

La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée, dans les conditions et selon les modalités prévues au même premier alinéa, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures, et fait l'objet de deux évaluations par douze heures.

II. - A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues au I, les mesures d'isolement et de contention, dans le respect des conditions prévues au même I. Le directeur de l'établissement informe sans délai le juge des libertés et de la détention du renouvellement de ces mesures. Le juge des libertés et de la détention peut se saisir d'office pour y mettre fin. Le médecin informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical.

Le directeur de l'établissement saisit le juge des libertés et de la détention avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention, si l'état de santé du patient rend nécessaire le renouvellement de la mesure au-delà de ces durées.

Le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures à compter du terme des durées prévues au deuxième alinéa du présent II.

Si les conditions prévues au I ne sont plus réunies, il ordonne la mainlevée de la mesure. Dans ce cas, aucune nouvelle mesure ne peut être prise avant l'expiration d'un délai de quarante-huit heures à compter de la mainlevée de la mesure, sauf survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient qui rendent impossibles d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui. Le directeur de l'établissement informe sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la nouvelle mesure.

Si les conditions prévues au même I sont toujours réunies, le juge des libertés et de la détention autorise le maintien de la mesure d'isolement ou de contention. Dans ce cas, le médecin peut la renouveler dans les conditions prévues audit I et aux deux premiers alinéas du présent II. Toutefois, si le renouvellement d'une mesure d'isolement est encore nécessaire après deux décisions de maintien prises par le juge des libertés et de la détention, celui-ci est saisi au moins vingt-quatre heures avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de sa précédente décision et le médecin informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical. Le juge des libertés et de la détention statue avant l'expiration de ce délai de sept jours. Le cas échéant, il est à nouveau saisi au moins vingt-quatre heures avant l'expiration de chaque nouveau délai de sept jours et statue dans les mêmes conditions. Le médecin réitère l'information susmentionnée lors de chaque saisine du juge des libertés et de la détention.

Pour l'application des deux premiers alinéas du présent II, lorsqu'une mesure d'isolement ou de contention est prise moins de quarante-huit heures après qu'une précédente mesure d'isolement ou de contention a pris fin, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement ou de contention qui la précèdent.

Les mêmes deux premiers alinéas s'appliquent lorsque le médecin prend plusieurs mesures dont la durée cumulée sur une période de quinze jours atteint les durées prévues auxdits deux premiers alinéas.

Les mesures d'isolement et de contention peuvent également faire l'objet d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en application du IV de l'article L. 3211-12-1.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent II.

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

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

Annexe 2. Auto-questionnaire

1) Quelle est votre tranche d'âge ?

20-29 ans

30-39 ans

40-49 ans

50-59 ans

60 ans et plus

2) Vous êtes ?

Un homme

Une femme

3) Quel est votre statut ?

Interne

Psychiatre

4) Quel est votre type d'activité ?

Activité de secteur

Autre

5) Dans votre pratique générale, à quelle fréquence avez-vous recours à la prescription de CSI ?

Quotidiennement

Souvent

Rarement

Jamais

6) Lorsque vous prescrivez une CSI pour un patient, la plupart du temps, quels sont le ou les objectif(s) recherché(s) ?

Thérapeutique

Prévention d'un risque autoagressif

Prévention d'un risque hétéroagressif

Mise à l'abri du patient

Mesure disciplinaire

Prévention du risque de fugue

Autre

Si « autre » précisez :

7) Existe t-il des cas particuliers pour lesquels la prescription de CSI est systématique pour vous ?

Oui

Non

Si « oui » lesquels :

Patient admis en Soins à la demande d'un représentant de l'état

Patient admis en soins sous contrainte, inconnu de l'établissement

Patient admis après un temps d'hospitalisation en UMD (Unité pour malades difficiles)

Patient admis après un temps d'hospitalisation en USIP (Unité de soins intensifs psychiatriques)

Patient détenu

Patient mineur

Patient hospitalisé suite à un geste hétéroagressif

Patient ayant des antécédents de passage à l'acte hétéroagressif à l'hôpital

Patient avec risque auto agressif

Autre

Si « autre », précisez :

8) Dans votre pratique générale, à quelle fréquence avez-vous recours à la prescription de contentions ?

Quotidiennement

Souvent

Rarement

Jamais

9) Lorsque vous prescrivez des contentions pour un patient, la plupart du temps, quels sont le ou les objectif(s) recherché(s) ?

Thérapeutique

Prévention d'un risque auto agressif

Prévention d'un risque hétéro agressif

Mise à l'abri du patient

Mesure disciplinaire

Prévention du risque de fugue

Autre

Si « autre » précisez :

10) Comment jugez-vous votre utilisation des CSI ?

Très satisfaisante

Satisfaisante

Ni satisfaisante ni insatisfaisante

Peu satisfaisante
Pas du tout satisfaisante

11) Quel est votre vécu lorsque vous avez recours à la prescription de CSI ?

Très positif
Positif
Ni positif, ni négatif
Négatif
Très négatif

12) Comment jugez-vous votre utilisation des contentions ?

Très satisfaisante
Satisfaisante
Ni satisfaisante ni insatisfaisante
Peu satisfaisante
Pas du tout satisfaisante

13) Quel est votre vécu lorsque vous avez recours à la prescription de contentions ?

Très positif
Positif
Ni positif, ni négatif
Négatif
Très négatif

14) Avez-vous connaissance de la législation actuelle encadrant les prescriptions d'isolement et de contentions en service de psychiatrie ? (Article L3222-5-1 du CSP version du 16/12/2020 puis celle du 24/01/2022)

Oui
Non

15) Que pensez-vous de ce récent changement de législation ?

C'est un changement positif
C'est un changement négatif
C'est un changement difficile mais nécessaire
Je n'ai pas d'avis sur la question

Commentaire libre

16) Pensez-vous que ce changement de législation a entraîné un changement dans l'utilisation des CSI sur l'hôpital Saint Jacques ?

La durée moyenne des prescriptions est plus importante
La durée moyenne des prescriptions est stable
La durée moyenne des prescriptions est moins importante

17) Le récent changement de législation a-t-il provoqué un changement concernant la fréquence de vos prescriptions de CSI ?

J'ai plus fréquemment recours à la prescription de CSI
J'ai autant recours à la prescription de CSI
J'ai moins fréquemment recours à la prescription de CSI

18) Le récent changement de législation a-t-il provoqué un changement concernant la durée de vos prescriptions de CSI ?

La durée de mes prescriptions de CSI est plus longue
La durée de mes prescriptions de CSI est aussi longue
La durée de mes prescriptions de CSI est moins longue

19) Pensez-vous que ce changement de législation a entraîné un changement dans l'utilisation des contentions sur l'hôpital Saint Jacques ?

La durée moyenne des prescriptions est plus importante
La durée moyenne des prescriptions est stable
La durée moyenne des prescriptions est moins importante

20) Le récent changement de législation a-t-il provoqué un changement concernant la fréquence de vos prescriptions de contentions ?

J'ai plus fréquemment recours à la prescription de contentions
J'ai autant recours à la prescription de contentions
J'ai moins fréquemment recours à la prescription de contentions

21) Le récent changement de législation a-t-il provoqué un changement concernant la durée de vos prescriptions de contentions ?

La durée de mes prescriptions de contentions est plus longue
La durée de mes prescriptions de contentions est aussi longue
La durée de mes prescriptions de contentions est moins longue

22) Pensez-vous qu'il y ait des alternatives à la prescription de CSI ?

Toujours
Dans la plupart des cas
Souvent
Dans la moitié des cas
Rarement

Jamais

A quel(s) type(s) d'alternative(s) à la CSI pensez-vous ?

23) Pensez-vous qu'il y ait des alternatives à la prescription de contentions mécaniques ?

Toujours

Dans la plupart des cas

Souvent

Dans la moitié des cas

Rarement

Jamais

A quel(s) type(s) d'alternative(s) à la contention pensez-vous ?

24) Avez-vous connaissance d'outils théoriques permettant de vous guider dans la prise en charge des situations de violence ?

Oui

Non

Non concerné(e)

Si oui, lesquels ?

Si non, seriez-vous intéressé(e) pour savoir où les trouver ?

Oui

Non

Non concerné(e)

25) Avez-vous pu bénéficier d'une formation spécifique concernant la gestion des situations de violence ?

Oui

Non

Non concerné(e)

Si oui, laquelle ?

Si non, seriez-vous intéressé(e) par ce type de formation ?

Oui

Non

Non concerné(e)

26) Y a-t-il des temps spécifiques dans votre service pour parler du recours à la contrainte ?

Oui

Non

Non concerné(e)

Si non, ressentez-vous le besoin de bénéficier de ce type de temps ?

Oui

Non

Commentaire libre

Si cela vous intéresse, voici une liste non exhaustive d'alternatives possibles à la prescription de contentions et/ou d'isolement en psychiatrie (dans les moments de crise) :

- Rédiger en amont, avec le patient, un plan d'action en cas de situation de crise en utilisant ses ressources personnelles

- Utiliser des techniques de désescalade par la parole

- Proposer un entretien soignant, ou un temps d'échange informel avec le patient (par exemple : pause cigarette, sortie accompagnée dans le parc)

- Proposer un temps de médiation individuelle

- Proposer des activités de décharge (salle de sport avec sac de frappe par exemple)

- Changer l'environnement du patient, en le changeant de chambre ou de service par exemple, ou en l'installant dans une chambre d'isolement en laissant la porte ouverte

- Proposer au patient de s'isoler du groupe et de passer un temps dans sa chambre

- Utiliser des techniques de stimulation sensorielle, dans une salle ou un espace d'apaisement (type environnement Snoezelen par exemple)

- Utiliser des approches psychocorporelles : proposer au patient de la balnéothérapie si disponible ou simplement un bain, utiliser des vêtements ou couvertures lestées, utiliser les draps pour border le patient dans son lit

- Utiliser une technique d'immobilisation thérapeutique, c'est-à-dire une immobilisation manuelle courte par les soignants, permettant de maintenir le contact visuel et verbal avec le patient
- Proposer au patient un traitement médicamenteux efficace, en l'impliquant activement dans la décision et en lui laissant un maximum de choix

Bibliographie :

- *Judy Haefner , Ifeoma Dunn & Marilyn McFarland: A Quality Improvement Project Using Verbal De-Escalation to Reduce Seclusion and Patient Aggression in an Inpatient Psychiatric Unit, Issues in Mental Health Nursing (2020)*
- *A.Leboucher, C.Fleury: Les méthodes de contentions en psychiatrie : état de l'art, Travail préparatoire au projet « de la contention involontaire au sujet se contenant » (2021)*
- *Oostermeijer S, Brasier C, Harvey C, et al. Design features that reduce the use of seclusion and restraint in mental health facilities: a rapid systematic review. BMJ Open 2021*
- *Guide méthodologique : Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie, HAS 2016*
- *Lanquetin, J.-P. Moindre recours : « Et vous, comment faites-vous ? » 260. Santé Mentale (2021)*
- *Gagnon, MP., Desmartis, M., Dipankui, M.T. et al. Alternatives to Seclusion and Restraint in Psychiatry and in Long-Term Care Facilities for the Elderly: Perspectives of Service Users and Family Members. Patient 6, 269–280 (2013)*
- *Kontio R, Välimäki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A, Joffe G. Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint? Nurs Ethics. 2010 Jan;17(1):65-76*

Annexe 3. Réponses complémentaires au questionnaire

5) Dans votre pratique générale, à quelle fréquence avez-vous recours à la prescription de CSI/de contention mécanique ?

	Quotidiennement	Souvent	Rarement	Jamais	Total
CSI	6 (15%)	11 (27,5%)	20 (50%)	3 (7,5%)	40
Contentions	1 (2,6%)	3 (7,9%)	34 (89,5%)	0	38

6-8) Lorsque vous prescrivez une CSI/des contentions pour un patient, la plupart du temps, quels sont le ou les objectif(s) recherché(s) ?

	CSI	Contentions
Thérapeutique	29 (76,3%)	15 (39,5%)
Internes	17 (73,9%)	8 (34,8%)
Psychiatres	12 (80%)	7 (46,7%)
Prévention d'un risque auto agressif	37 (97,4%)	35 (92,1%)
Internes	23 (100%)	23 (100%)
Psychiatres	14 (93,3%)	12 (80%)
Prévention d'un risque hétéro agressif	37 (97,4%)	37 (97,4%)
Internes	22 (95,7%)	22 (95,7%)
Psychiatres	15 (100%)	15 (100%)
Mise à l'abri du patient	18 (47,4%)	7 (18,4%)
Internes	13 (56,5%)	6 (26,1%)
Psychiatres	5 (33,3%)	1 (6,7%)
Mesure disciplinaire	0	0
Internes	0	0
Psychiatres	0	0
Prévention du risque de fugue	2 (5,3%)	1 (2,6%)
Internes	1 (4,3%)	0
Psychiatres	1 (6,7%)	1 (6,7%)
Autre	0	0
Internes	0	0
Psychiatres	0	0
Total	38	38
Internes	23	23
Psychiatres	15	15

10-12) Comment jugez-vous votre utilisation des CSI/des contentions ?

	CSI	Contention
Très satisfaisante	1 (2,6%)	2 (5,3%)
Internes	0	1 (4,3%)
Psychiatres	1 (6,7%)	1 (6,7%)
Satisfaisante	17 (44,7%)	6 (15,8%)
Internes	9 (39,1%)	4 (17,4%)
Psychiatres	8 (53,3%)	2 (13,3%)
Ni satisfaisante, ni insatisfaisante	13 (34,2%)	17 (44,7%)
Internes	8 (34,8%)	9 (39,1%)
Psychiatres	5 (33,3%)	8 (53,3%)
Peu satisfaisante	6 (15,8%)	10 (26,3%)
Internes	6 (26,1%)	7 (30,4%)
Psychiatres	0	3 (20%)
Pas du tout satisfaisante	1 (2,6%)	3 (7,9%)
Internes	0	2 (8,7%)
Psychiatres	1 (6,7%)	1 (6,7%)
Total	38	
Internes		23
Psychiatres		15

11-13) Quel est votre vécu lorsque vous avez recours à la prescription de CSI/de contention ?

	CSI	Contention
Très positif	1 (2,6%)	1 (2,6%)
Internes	0	0
Psychiatres	1 (6,7%)	1 (6,7%)
Positif	6 (15,8%)	0
Internes	3 (13%)	0
Psychiatres	3 (20%)	0
Ni positif, ni négatif	18 (47,4%)	15 (39,5%)
Internes	8 (34,8%)	6 (26,1%)
Psychiatres	10 (66,7%)	9 (60%)
Négatif	12 (31,6%)	16 (42,1%)
Internes	12 (52,2%)	12 (52,2%)
Psychiatres	0	4 (26,7%)
Très négatif	1 (2,6%)	6 (15,8%)
Internes	0	5 (21,7%)
Psychiatres	1 (6,7%)	1 (6,7%)
Total	38	
Internes		23
Psychiatres		15

15) Que pensez-vous de ce récent changement de législation ? Commentaire libre

- C'est un changement qui dans l'idée est positif, c'est pertinent de voir un patient en CSI deux fois par jour,

mais la loi est trop rigide et en devient stupide en obligeant un médecin de garde à se lever au milieu de la nuit pour voir un patient qu'il ne connaît pas et pour qui se faire réveiller n'a aucun intérêt thérapeutique. Idem pour les certificats qui rendent la pratique de la psychiatrie de secteur très lourde.

- Changement allant sans doute dans le bon sens mais on sait depuis longtemps que l'augmentation de l'iso /contentions est due à une manque criant d'effectif soignant
- effet positif cependant sur l'arrêt du pyjama systématique en CSI
- l'idée est bonne de revoir de façon plus rapprochée les patients en CSI mais l'application est trop rigide et n'a pas plus de sens clinique
- Le changement de réglementation avait un peut-être objectif louable, celui de diminuer une pratique mal vécue trop fréquente. Néanmoins ces conditions d'applications sont catastrophiques et n'amènent que surplus de formalités et imbroglios administratifs.
- Les limites horaires ne sont pas assez flexibles pour être pertinentes appliquées sur le terrain. Cependant c'est une bonne chose qu'il y ait plusieurs évaluations
- Multiplication des certificats parfois non transmis à temps
temps perdu pour la clinique

de plus initialement prévu pour protéger des abus mais vu la désertification de certains services cela perd son sens puisque non réalisable là où il y en aurait le plus besoin

- ne change pas ma pratique mais ajoute beaucoup de travail administratif
- trop chronophage

17-20) Le récent changement de législation a-t-il provoqué un changement concernant la fréquence de vos prescriptions de CSI/contention ?

	CSI	Contention
Plus fréquemment recours	0	0
Autant recours	33 (91,7%)	28 (80%)
Internes	20 (90,9%)	16 (72,7%)
Psychiatres	13 (92,9%)	12 (92,3%)
Moins fréquemment recours	3 (8,3%)	7 (20%)
Internes	2 (9,1%)	6 (27,3%)
Psychiatres	1 (7,1%)	1 (7,7%)
Total	36	35
Internes	22	22
Psychiatres	14	13

18-21) Le récent changement de législation a-t-il provoqué un changement concernant la durée de vos prescriptions de CSI/contention ?

	CSI	Contentions
Durée plus longue	0	0

		CSI	Contentions
Durée stable	Internes	30 (83,3%)	23 (65,7%)
	Psychiatres		
Internes		18 (81,8%)	11 (50%)
	Psychiatres	12 (85,7%)	12 (92,3%)
Durée moins importante	Internes	6 (16,7%)	12 (34,3%)
	Psychiatres		
Internes		4 (18,2%)	11 (50%)
	Psychiatres	2 (14,3%)	1 (7,7%)
Total	Internes	36	35
	Psychiatres		
		22	22
		14	13

22-23) Pensez-vous qu'il y ait des alternatives à la prescription de CSI/de contention ?

		CSI	Contentions
Toujours	Internes	1 (2,4%)	2 (4,9%)
	Psychiatres		
		0	1 (4,3%)
		1 (5,6%)	1 (5,6%)
Dans la plupart des cas	Internes	9 (22%)	3 (7,3%)
	Psychiatres		
		5 (21,7%)	1 (4,3%)
		4 (22,2%)	2 (11,1%)
Souvent	Internes	12 (29,3%)	6 (14,6%)
	Psychiatres		
		8 (34,8%)	4 (17,4%)
		4 (22,2%)	2 (11,1%)
Dans la moitié des cas	Internes	9 (22%)	5 (12,2%)
	Psychiatres		
		6 (26,1%)	2 (8,7%)
		3 (16,7%)	3 (16,7%)
Rarement	Internes	7 (17,1%)	21 (51,2%)
	Psychiatres		
		3 (13%)	14 (60,9%)
		4 (22,2%)	7 (38,9%)
Jamais	Internes	3 (7,3%)	4 (9,8%)
	Psychiatres		
		1 (4,3%)	1 (4,3%)
		2 (11,1%)	3 (16,7%)
Total	Internes	41	41
	Psychiatres		
		23	23
		18	18

A quel(s) type(s) d'alternative(s) à la CSI pensez-vous ?

- Accompagnement individualisé à un ou plusieurs soignants - chambre apaisement
- accompagnement soignant renforcé, traitement médicamenteux ponctuel, temps d'apaisement dans un espace hors CSI
- Apaisement par la parole. médicaments. plus de moyens humains. pièce d'apaisement sensoriel
- Augmentation du nombre de soignants afin de permettre une surveillance plus rapprochée.

augmentation du personnel soignant pour pouvoir passer plus de temps avec les patients et faire de la réassurance, de l'accompagnement de crise. Faire de la pacification. Avoir une formation à Omega pour tous les soignants (mais se fait déjà beaucoup à StJacques ce qui est bien).

- chambre d'apaisement, accompagnement soignant renforcé et soutenu
- chambre d'apaisement utilisée au quotidien, accompagnement soignant +++ si formation soignante suffisante
- chambre d'apaisement, médiation, entretiens, plan de crise
- Chambre d'apaisement
- Chambre sécurisée, chambre d'apaisement snoezelen, plus de personnel pour prévenir certains passages en CSI
- Contenance soignante. traitement, salle d'apaisement
- Disponibilité des soignants: pacification, occupationnel, gérer des problèmes source de tensions et de frustration. proposition d'espace d'apaisement ou de défoulement
- Entretien individualisé, médication
- Entretiens réguliers, médiations thérapeutiques, chambre d'apaisement
- Je pense à des pièces d'apaisement, avec des abords sensoriels (visuels, sonores, ou tactiles notamment)
- Le principal recours devrait être la présence en plus de soignants qualifiés. Les chambres aménagées sont une possibilité à défaut.
- médicamenteuses médiations, anticipation des situations à risque d'agitation
- Petite unité protégée, chambre Snoezelen; plan de crise ;
- plus de soignants pour avoir plus de prise en charge individuelle avec un patient en crise
- Possibilité d'aller dans une cour sécurisée ad hoc, ou dans une petite unité plus contenante, avec davantage de soignants. Je ne serai pas surpris que l'architecture et l'environnement des hôpitaux jouent énormément dans les pratiques de contention.
- présence soignante mais peu de disponibilité des équipes compte tenu de l'évolution des conditions de travail/effectifs
- prise en charge institutionnelle
- sédation /parole /temps hors de l'unité
- Sédation par traitement adapté
- Snoezelen, cadre institutionnel, sédation,
- Techniques de communication non violente, anticipation, prévention des crises, formation des personnels, organisation des soins, architecture des locaux, directives anticipées...
- Temps personnel avec des soignants ce qui nécessite des effectifs corrects et une charge de travail moins lourde pour que le personnel soit disponible. Médiation avec décharge physique (sac de frappe par exemple)...
- Traitement si besoin, disponibilité du personnel qui serait en nombre suffisant, chambre d'apaisement
- Unité plus cadrante type USIP ou plus de personnel pour répondre aux différentes demandes

A quel(s) type(s) d'alternative(s) à la contention pensez-vous ?

- sédation
- Sédation
- Couverture lestée
- CSI avec mise en place de thérapeutiques adapte

- davantage de soignants lors des passages en CSI (les contentions servent souvent à « rassurer les soignants », d'ailleurs leur utilisation est très hétérogène selon les hôpitaux), et traitement médicamenteux adapté
- drap sécu, plus de sédation
- En venir aux contentions est la dernière étape d'un processus d'escalade.
- Idem : « Possibilité d'aller dans une cour sécurisée ad hoc, ou dans une petite unité plus contenante, avec davantage de soignants. Je ne serai pas surpris que l'architecture et l'environnement des hôpitaux jouent énormément dans les pratiques de contention. »
- Idem : « Petite unité protégée; chambre Snozelen; plan de crise ; »
- idem CSI : « présence soignante mais peu de disponibilité des équipes compte tenu de l'évolution des conditions de travail/effectifs »
- idem que pour la CSI : « Techniques de communication non violente, anticipation, prévention des crises, formation des personnels, organisation des soins, architecture des locaux, directives anticipées... »
- Majoration de la sédation et des moyens humains (surveillance plus rapprochée). Avec réassurance de l'équipe soignante.
- médicamenteuses, médiation
- meilleure sédation et accompagnement soutenu afin de rassurer et mieux évaluer
- Peu d'idées, souvent utilisées dans des situations, rares, mais qui le nécessitent
- Plus de passages infirmiers, plus de médiations pour les patients, structures plus adaptées
- présence soignante, dialogue, traitement, plan de crise
- Sédation chimique. CSI
- Sédation partt adapte
- une sédation chimique efficace permettant de retirer rapidement les contentions

24) Avez-vous connaissance d'outils théoriques permettant de vous guider dans la prise en charge des situations de violence ? Si oui, lesquels ?

- formation omega (x9)
 - Omega (x7)
 - Articles internationaux, techniques de communication non violente
 - Formation gestion de la violence
- Formation à la psychopathologie et à la clinique
- Oméga, pharmacologie, approches centrée émotions, CNV
 - outils formation omega
 - recommandations nationales (ars, etc.) formation omega, CNV

Commentaire libre en fin de questionnaire :

- Des temps de débriefing réguliers dans les services pour évoquer les cas de patients places en CSI et/ou contentonnés sur de longues périodes seraient nécessaires.
- De même le budget alloué à la psychiatrie, le travail demandé à des équipes en souffrance et en manque d'effectifs devraient être évoqués. Il est nécessaire de prendre soin des soignants pour améliorer leur

capacités à être présents auprès du patients, être à l'écoute et moins dans la maltraitance. On ne peut pas maltraiter les soignants et espérer que ces derniers ne deviennent pas maltraitants à leur tour.

- L'article 84 est une hérésie "politique" qui fait perdre un temps de soin précieux qui serait plus utile auprès du patient et des équipes que derrière notre ordinateur. De plus cela désorganise les soins quotidiens pour les médecins, les IDE et les Cadres, rajoute des gardes "administratives" et donc des repos de garde etc. Cela entraîne également une perte de temps judiciaire (JLD) qui serait plus utile ailleurs ..
- nouvelle législation très contraignante et chronophage nécessitant plus de présence de praticien hospitalier
- Nouvelle loi très contraignantes, très chronophage. Implication du JLD dans ce domaine sans articulation avec la psychiatrie. Pression administrative (certificats) énorme alors que manque de temps médical (et que le temps médical peut permettre de diminuer les recours à l'isolement-contention). Difficultés d'organisation des services qui se traduit par des mainlevées pour vices de procédures mettant en danger des patients. Pas de réflexion préalable aux lois sur la psychiatrie, alors que repenser l'organisation de la psychiatrie est indispensable.
- On nous impose le mieux, on voudrait le mieux, mais sans moyen humain pour le faire
- Très beau sujet de thèse, libérons les tabous, trouvons des alternatives, travaillons avec les patients et leurs proches...
- Volonté d'un espace d'échange entre les unités/ secteurs sur les pratiques, les difficultés, s'ouvrir à d'autres façon de faire

Annexe 4. Résultats complémentaires de l'analyse des registres

Tableau 1 : description des registres de l'année 2019

	Nombre de séjours concernés	Nombre de patients concernés	Durée moyenne d'une mesure (en heures)
Registre A	468	366	126
Registre B	200	171	118
Registre C	113	93	48
Registre D	75	68	24
Registre E	6	6	50

Tableau 2 : description des registres de l'année 2020

	Nombre de séjours concernés	Nombre de patients concernés	Durée moyenne d'une mesure
Registre A	516	393	135
Registre B	70	64	136

	Nombre de séjours concernés	Nombre de patients concernés	Durée moyenne d'une mesure
Registre C	127	115	35
Registre D	67	66	25
Registre E	2	2	30

Tableau 3 : description des registres de l'année 2021

	Nombre de séjours concernés	Nombre de patients concernés	Durée moyenne d'une mesure
Registre A	531	408	137
Registre B	21	18	56
Registre C	104	92	40
Registre D	118	115	7
Registre E	0	0	0

Figure 1 : répartition des mesures d'isolement selon la durée (en heures)

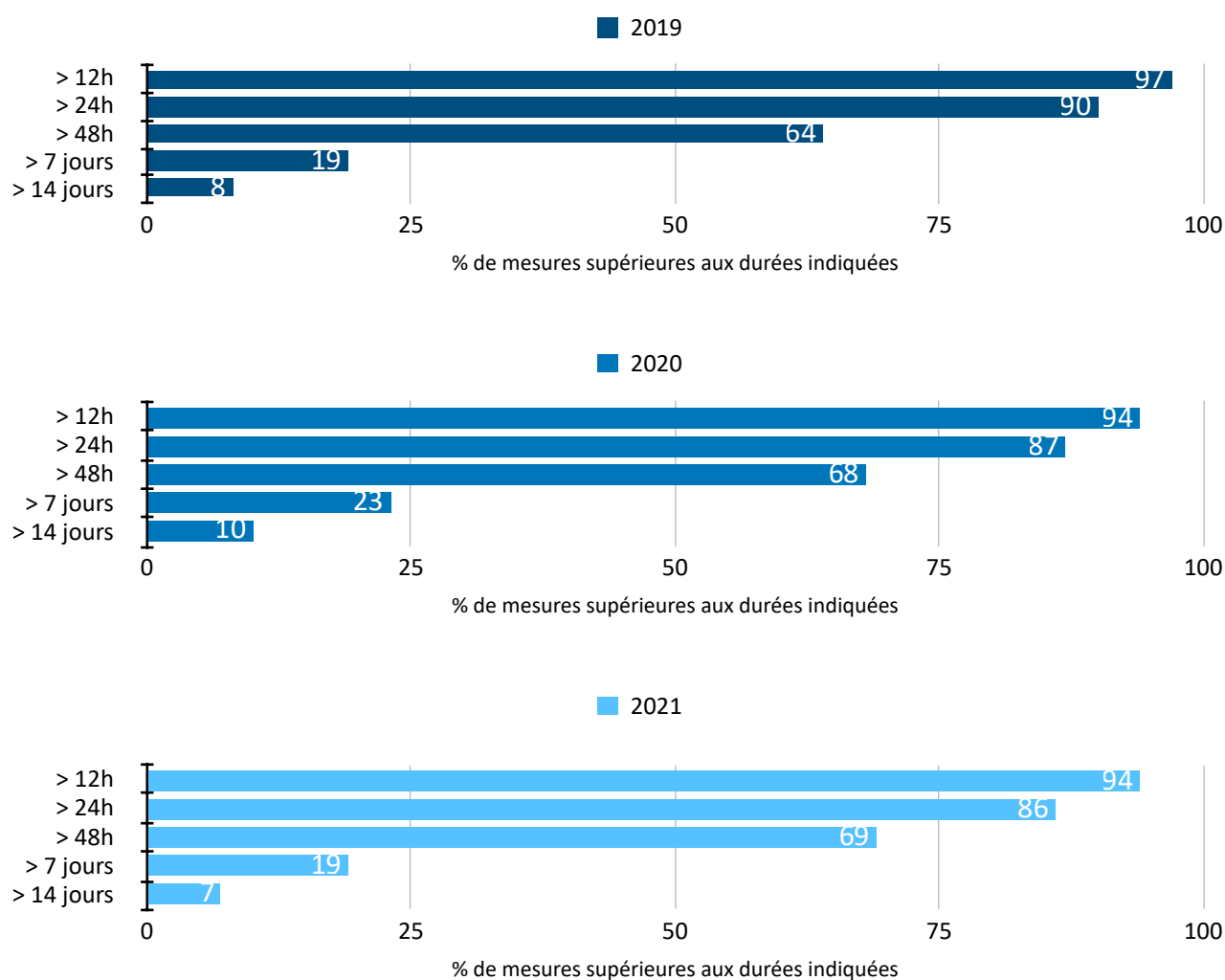
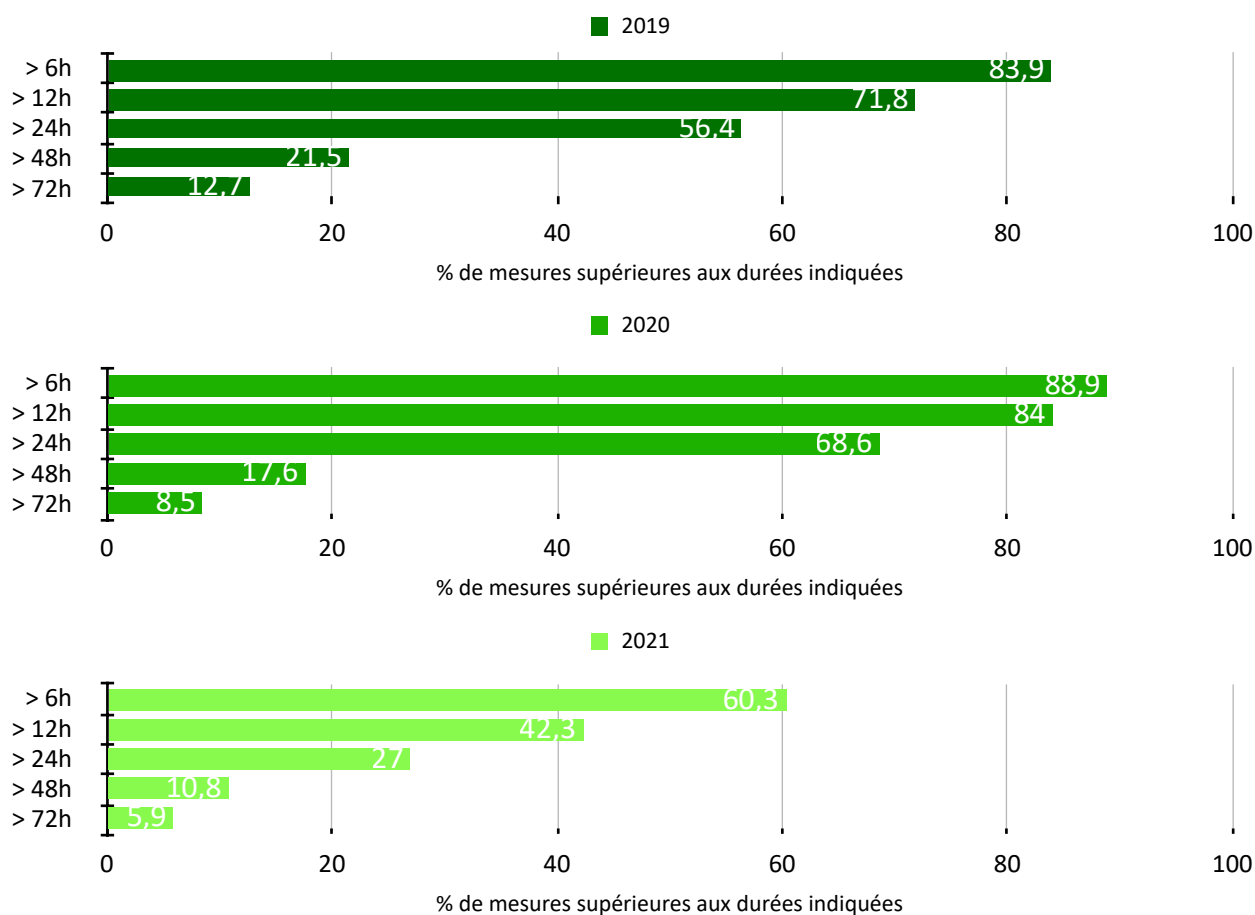


Figure 2 : répartition des mesures de contention selon la durée (en heures)



Annexe 5. Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use

Publié par le National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD - www.nasmhpd.org)

1. Leadership : implication de la direction des établissements psychiatriques dans une politique de réduction de l'isolement et de la contention
2. Utilisation des données existantes : collecter des données précises concernant l'utilisation des moyens de contraintes, et se servir de ces données pour changer les pratiques
3. Formation initiale et continue du personnel soignants
4. Utilisations des outils de préventions existants pour lutter contre le recours à l'isolement et à la contention
5. Implication des usagers dans la réduction de l'isolement et de la contention
6. Utilisation de techniques de débriefing après l'utilisation de l'isolement ou de la contention

Annexe 6. Tableaux issus du rapport d'activité 2021 du CGLPL

Période	Isolement		Contention		
	Établissements analysés	Pourcentage des admis	Établissements analysés	Pourcentage des admis	Pourcentage des isolés
2018-19	14	16,6 %	12	4,9 %	28,4 %
2020-21	12	22,7 %	10	5,1 %	25,7 %
Total	26	19,3 %	22	5 %	27,11 %

Période	Isolement			Contention		
	Moyenne tous hôpitaux	Moyenne minimale	Moyenne maximale	Moyenne tous hôpitaux	Moyenne minimale	Moyenne maximale
2018-19	134	73	236	28	8	87
2020-21	125	29	300	24	8	48

Période	Nombre d'établissements	Patients en soins libres isolés au regard de la file active	Part des patients en soins libre isolés au regard du nombre des isolés
2018-19	8	4,4 %	24,1 %
2020-21	4	3,2 %	19,8 %
Total	12	3,8 %	22,2 %

Annexe 7. Vignette clinique

M. L., 36 ans, est adressé en hospitalisation sur son secteur de psychiatrie, en unité fermée, en janvier 2021 où je le rencontre pour la première fois. L'hospitalisation se fait alors en SPPI avec pour motif une décompensation maniaque d'un trouble bipolaire.

Sur le plan des antécédents psychiatriques, ce patient est connu pour un trouble bipolaire de type I et suivi depuis l'âge de 28 ans. Il a été hospitalisé en psychiatrie à 2 reprises en 2013 puis en 2017, en SPDT puis en SPDRE, à chaque fois dans un contexte de décompensation maniaque avec caractéristiques psychotiques.

A partir de 2018, M.L est suivi sur le CMP de son secteur à Nantes. L'année suivante, il est hospitalisé à l'hôpital Saint Jacques à deux reprises sur des temps courts, à sa demande, devant une symptomatologie dépressive faisant suite à une rupture amoureuse.

Sur le plan addictologique, M.L a eu une consommation quotidienne de cannabis jusqu'en 2013, qu'il a arrêté après sa première décompensation psychiatrique. Il rapporte une consommation d'alcool variable, majorée lors des phases de décompensation psychique. Il déclare également des consommations occasionnelles de cocaïnes, de LSD, d'ecstasy et de Kétamine.

Sur le plan des antécédents somatiques, M. L. souffre d'un syndrome d'apnée du sommeil sévère (indice d'apnée/hypopnée à 64) avec indication à la mise en place d'une machine à pression positive continue. Il présente également des symptômes faisant suspecter une narcolepsie (hypersomnolence diurne, hallucinations hypnagogiques et paralysie du sommeil).

M. L. est originaire de l'Est de la France, il est issu d'une fratrie de cinq garçons dont il est le quatrième. Ses parents ont divorcé alors qu'il était âgé de 17 ans et ont gardé de bonnes relations. M. L. a fait des études d'informaticien à Paris où il est resté vivre quelques années, puis a déménagé à plusieurs reprises pour des raisons professionnelles.

M. L. a eu plusieurs relations amoureuses au cours de sa vie, dont les séparations l'ont à chaque fois mis très à mal. Il n'a pas d'enfant.

M. L. se présenta aux urgences médico-psychologiques le 6 janvier 2021, adressé par SOS médecin qui fut alerté par les proches de monsieur qui nourrissaient des inquiétudes grandissantes à son égard, devant un comportement inhabituel. Le début des symptômes faisait suite à un déménagement : M. L. vivait en colocation et a déménagé dans un appartement seul.

Lors de l'examen clinique, il présenta un tableau de décompensation maniaque. En effet, il se montra tachypsychique avec un contact familier et un discours empreint de ludisme. Il resta en position de toute puissance, refusant les soins proposés dans un déni total des symptômes. Il présenta également une instabilité psycho-motrice avec une tension psychique sous-jacente, qu'il tenta de contenir dans un premier temps mais se montra rapidement insultant et menaçant. Il accepta cependant de prendre un traitement sédatif per os, puis fut transféré dans une unité fermée de l'hôpital Saint Jacques, en SPPI.

M. L. arriva dans l'unité au cours de la nuit, il fut alors pris en charge en CSI dès son arrivée et des contentions furent posées immédiatement (4 membres + ventrale) devant la crainte d'un passage à l'acte hétéroagressif. Les contentions seront supprimées après 24h. Durant les premiers jours M. L. adopta une position haute avec un sentiment de toute puissance. Il présenta alors une accélération psychique qu'il tenta de contenir tant bien que mal. Il put se montrer impulsif et menaçant par moment, contestant les soins psychiatriques sans consentement, la prise des traitements, et restant dans le déni total de sa pathologie. Après des temps de sortie progressifs dans l'unité, M. L. intégra une chambre ordinaire après quatre jours. A plusieurs reprises durant la suite de son hospitalisation, il évoqua un vécu traumatique du temps passé en isolement et notamment des contentions. Il décrit un sentiment d'incompréhension, de déshumanisation et d'impuissance, notamment lors des multiples passages infirmiers durant lesquels des renforts étaient appelés : en effet, M. L. décrira plusieurs scènes où il fut entouré par des dizaines de soignants inconnus, alors qu'il n'était pas libre de ses mouvements. Il pointa également un manque d'informations médicales concernant la prise en charge en isolement. Le vécu traumatique de la CSI et des contentions viendra fortement compromettre l'alliance thérapeutique pour le reste de la prise en charge.

M. L. resta opposé aux soins pendant toute la durée de son hospitalisation, contestant chacune des décisions médicales : la poursuite des soins hospitaliers sous contrainte, les traitements prescrits, le refus de permissions de sortie, etc. A plusieurs reprises des renforts ont dû être appelés durant les entretiens médicaux, devant une tension psychique majeure difficile à contenir faisant suite au refus médicale d'une

sortie définitive. Aucune véritable interaction ne pourra se faire lors de cette hospitalisation, M. L. restera dans une position défensive et dans le déni total de sa pathologie. La décision d'une sortie définitive rapide sera prise, afin de tenter de préserver une alliance thérapeutique très fragile. Un traitement par LITHIUM sera instauré, et un suivi ambulatoire mis en place.

Une semaine après la sortie, M. L. est de nouveau adressé en hospitalisation sur son secteur, toujours en SPPI, dans un contexte de voyage pathologique. En effet, il est retrouvé errant dans une forêt en Vendée, marchant pieds nus, tenant des propos délirants de thème mystico-ésotérique et mégalomane. La prise en charge initiale est à nouveau faite en CSI, toujours devant la crainte d'un passage à l'acte hétéroagressif, M. L. pouvant se montrer menaçant envers les soignants et dans un état d'agitation psychomotrice. La symptomatologie est la même que celle présentée lors de la précédente hospitalisation, avec une position haute toujours tenue fortement et un déni des troubles au premier plan. Des temps de sortie dans l'unité sont rapidement organisés, durant lesquels M. L. peut se montrer très vite déstabilisé du fait d'une hypersyntonie. Un transfert en chambre sécurisée est organisé après quatre jours passés en CSI. Cette chambre sécurisée sera fermée à clef la nuit, afin de favoriser un apaisement psychique et permettre une resynchronisation du cycle veille-sommeil.

Durant cette hospitalisation, M.L. abordera à nouveau le vécu traumatique des contentions posées lors de la précédente hospitalisation, qu'il utilisera comme un des arguments expliquant son opposition aux soins. Il expliquera avoir une conception différente des maladies psychiques et des traitements nécessaires, avec un vécu très déshumanisant et infantilisant des hospitalisations sous contrainte.

L'alliance thérapeutique reste donc très fragile, M.L. se montrant revendiquant devant chaque soin et chaque décision médicale. Il demande à contacter son avocat pour faire appel de la décision de soins sans consentement et demande également à s'entretenir avec le Défenseur des Droits, ce qui lui est accordé. A notre grand étonnement, le JLD ordonne la mainlevée de la mesure de soins sans consentement au motif que le certificat initial n'est pas assez circonstancié, malgré une symptomatologie maniaque toujours bien présente. L'annonce de cette mainlevée nous parvient en fin de journée, et la décision de la mise en place d'une nouvelle mesure de soins sans consentement est prise après un contact téléphonique avec le père de monsieur qui accepte de signer une demande de tiers. Un certificat médical initial de SPDTu est alors rédigé immédiatement, mais le père du patient ne peut nous fournir les documents nécessaires à la demande de tiers dans l'immédiat. Une régularisation de la situation est alors prévue pour le lendemain matin.

Au cours de la nuit qui suit, l'interne en psychiatrie de garde sur l'établissement réalise, comme le demande la loi en vigueur, une réévaluation clinique de l'isolement en chambre sécurisée dont fait l'objet M.L. Cependant, devant une confusion concernant le mode actuel d'hospitalisation du patient, la décision est prise de ne pas reconduire la mesure d'isolement pour la nuit (en accord avec le psychiatre de garde), M. L. étant alors considéré comme hospitalisé en soins libres. Cette levée d'isolement n'a pas eu de conséquences dommageables pour le patient ou pour les autres.

La mesure de SPDTu est levée lors du certificat médical à 24h, devant une symptomatologie s'étant atténuée. De plus, M. L. dit accepter de prendre régulièrement son traitement et de se rendre aux rendez-vous médicaux et infirmiers sur le CMP de son secteur. Il accepte également de rester hospitalisé une nuit

supplémentaire mais demande sa sortie définitive dès le lendemain. Le traitement de sortie comprend du LITHIUM et de l'ARIPRAZOLE sous forme retard.

(Cette partie sera analysée et discutée à la fin de la présentation clinique)

Par la suite, M. L. ne se rend à aucun rendez-vous prévu sur le CMP, et rapidement devient injoignable sur son téléphone portable. Il est à nouveau hospitalisé au mois d'avril 2021 après avoir été interpellé par les forces de l'ordre alors qu'il arrachait des plaques d'immatriculation sur une grande place du centre-ville de Nantes. La symptomatologie reste identique aux précédentes hospitalisations, le sentiment de toute puissance étant au premier plan avec des idées délirantes mégalomaniaques mais également des idées délirantes de persécution envers la psychiatrie et les soignants. Le tableau clinique semble évoluer vers un tableau de fureur maniaque avec une très grande agitation psycho-motrice. L'hospitalisation se fait en SPDT et c'est sa mère qui signe alors la demande de tiers. Lors du transfert entre les urgences et le service, M. L. agresse physiquement un soignant et se montre alors très insultant et très menaçant.

A son arrivée dans l'unité, il est une nouvelle fois pris en charge en CSI et des contentions sont posées devant l'agressivité présentée. Il refuse les traitements sédatifs per os, des injections intramusculaires sont donc nécessaires à plusieurs reprises. Les contentions sont levées après 12 heures, mais M. L. tente de forcer le passage de la CSI et des contentions sont à nouveau posées très brièvement. En effet devant le vécu traumatique des contentions lors de la première hospitalisation, ces dernières sont retirées après quelques heures. Des temps de sortie progressifs dans l'unité sont organisés et après six jours, un transfert en chambre ordinaire a lieu.

Rapidement lors de cet épisode, M. L. demandera à contacter le procureur afin de contester son hospitalisation : en effet, il explique ne pas comprendre la raison de sa prise en charge en psychiatrie car, selon lui, il aurait dû être placé en garde à vue après son interpellation. Le déni des troubles restera au premier plan, avec le maintien d'une position haute sans aucun décalage possible. Malgré tout, il pourra évoquer lors des entretiens médicaux la grande solitude dans laquelle il se trouve, laissant transparaître une douleur morale majeure.

Lors d'une sortie dans le parc de l'hôpital, accompagné d'un infirmier, M. L. profite d'un moment d'inattention de ce dernier pour fuguer de l'hôpital.

Il est une nouvelle fois en rupture de soins, ne répondant à aucun appel ni des soignants, ni de ses proches. C'est donc sans grande surprise qu'il est ré-adressé en hospitalisation en juin 2021, cette fois en SPDRE, après avoir brisé la vitre d'un voisin en tenant des propos délirants mégalomaniaques et de persécution.

M. L. est pris en charge en CSI dès son admission, et cette prise en charge durera deux mois. Il nécessitera également la pose de contentions à plusieurs reprises, sur des durées très courtes, après des passages à l'acte hétéroagressifs sur des soignants. Plusieurs fois, lors de tentatives de sortie de CSI, M. L. se montrera menaçant envers les autres patients et très imprévisible, allant jusqu'à agresser physiquement un patient hospitalisé dans l'unité, dans une grande impulsivité. Il se montrera également agressif physiquement envers les soignants, levant le poing de manière menaçante lors des soins, ou jetant son plateau repas vers les médecins par exemple. Aucun échange n'est alors possible dans ces moments de

grande tension psychique, il reste par ailleurs fermement opposé aux soins psychiatriques. D'importants traitements sédatifs sont alors nécessaires pour tenter de contenir chimiquement M. L., son état clinique fluctue entre une sédation physique et une sthénicité majeure. L'équilibre thérapeutique est alors très difficile à trouver. Progressivement, M. L. présente un tableau d'allure confusionnel avec une dysarthrie fluctuante, une perte d'autonomie majeure et un discours incohérent. Des examens complémentaires sont alors réalisés, ne retrouvant pas d'explications somatiques à cette confusion. La symptomatologie confusionnelle s'atténue après quelques semaines, mais l'équilibre thérapeutique entre sédation et agressivité reste très fragile.

Durant cette hospitalisation, M. L. évoquera pour la première fois des hallucinations accoustico-verbales, qui seraient présentes déjà depuis plusieurs mois. L'échange sera quasi impossible pendant les deux premiers mois, et les idées délirantes toujours très présentes malgré plusieurs adaptations thérapeutiques.

En parallèle la situation sociale de M. L. se dégrade peu à peu : il est alors sous le coup d'une procédure d'expulsion de son logement pour des impayés de loyers ainsi que des plaintes du voisinage pour des troubles du comportement, et il présente également plusieurs dettes.

Une demande d'admission en UMD, réalisée peu de temps après l'admission de M.L., est acceptée et un transfert est réalisé après trois mois d'hospitalisation. Au moment d'écrire ces lignes, M.L. est toujours pris en charge en UMD.

Discussion du cas clinique

Cette présentation clinique illustre les difficultés parfois rencontrées par les psychiatres dans la composition nécessaire avec le domaine judiciaire. Ici, la mainlevée ordonnée par le JLD intervient alors que les symptômes maniaques sont encore bien présents, générant une forte inquiétude à la fois dans l'équipe soignante, mais également parmi les proches du patient. La confusion qui a suivi, entraînant une levée de l'isolement la nuit suivante, pose également plusieurs interrogations : cet isolement a été levé sur des considérations légales, sans prendre en compte l'aspect clinique et le risque potentiel que cela pouvait représenter pour le patient ou pour les autres. La loi doit-elle avoir plus de poids dans les décisions médicales que l'évaluation clinique ? Finalement, cette levée d'isolement n'a pas eu de conséquence négative et le lendemain, lors de la rédaction du certificat médical des 24h, une levée de la mesure de soins sans consentement a été demandée par le psychiatre. La levée de l'isolement a-t-elle permis de reconsidérer l'état clinique du patient et d'accélérer la levée de la contrainte ? Un regard extérieur, celui du JLD, prendrait ici tout son sens. Néanmoins, l'évolution de ce patient après la levée de cette mesure de contrainte nous fait dire que des soins psychiatriques étaient indispensables à ce moment-là.

Nous constatons également les effets secondaires possibles d'une prise en charge en CSI et de la pose de contentions, ainsi que les répercussions importantes que ces effets secondaires peuvent avoir sur la suite de la prise en charge. Ici, le patient évoque un vécu traumatique de la CSI et des contentions, sur lequel il reviendra à plusieurs reprises et lors de chacune de ses hospitalisations. Ce vécu traumatique a eu un impact important sur la relation thérapeutique avec ce patient, avec qui l'alliance est restée très fragile. Nous pouvons également faire l'hypothèse que le tableau confusionnel présenté lors de la dernière hospitalisation ait pu être provoqué, ou au moins aggravé, par la prise en charge prolongée en CSI.

Enfin, cette présentation illustre la très grande difficulté rencontrée par les équipes soignantes, devant des patients qui peuvent se montrer agressif physiquement : ici, les contentions ont été levées dès que possible, cependant elles ont été nécessaires à de nombreuses reprises devant la violence du patient.

La prise en charge de ce patient, fortement opposé aux soins et dans le déni de ses troubles, a nécessité en permanence de recourir à des moyens de contrainte. Cette prise en charge, parfois mal vécue par les soignants, a été l'occasion de nombreuses discussions au sein de l'équipe pluriprofessionnelle.

Titre de Thèse :

**Isolement et contention en psychiatrie :
Analyse de l'impact des modifications de l'article L3222-5-1 sur les pratiques et le vécu des
psychiatres de l'Hôpital Saint Jacques à Nantes**

RESUME

L'isolement et la contention sont des pratiques répandues dans les services de psychiatrie générale, bien que très hétérogènes selon les territoires. Ces pratiques ont fait l'objet de nombreux abus dénoncés par le CGLPL. Une nouvelle loi encadrant ces pratiques est en vigueur depuis janvier 2022, après plusieurs modifications successives : elle vise à instaurer un contrôle systématique du JLD pour chacune de ces mesures, et précise quelles en sont les durées maximales autorisées. Les établissements psychiatriques ont rencontré de nombreuses difficultés dans l'application de cette nouvelle loi. Notre étude vise à évaluer l'impact de ce changement législatif sur les pratiques et le vécu des psychiatres de l'hôpital Saint Jacques à Nantes. Cette étude a montré que les psychiatres n'avaient pas l'impression d'avoir modifié leur pratique, et qu'ils jugeaient pour la plupart que ce changement législatif était négatif. L'analyse des registres a en effet montré qu'il n'y avait pas eu de changement significatif concernant les durées moyennes d'isolement et de contention après le changement de loi. De nombreuses propositions d'alternatives à l'isolement et à la contention ont été faites par les participants à cette étude. Ces résultats amènent à s'interroger sur nos pratiques concernant l'isolement et la contention, et suggèrent qu'une réflexion globale est nécessaire afin d'amorcer un changement et d'aller vers un moindre recours.

MOTS-CLES

psychiatrie ; isolement ; contention ; contrainte ; législation