

Isolement et contention dans les établissements de santé mentale

Isolement et contention dans les établissements de santé mentale

2016

**Le Contrôleur général
des lieux de privation de liberté**

Contrôleur
général
des LIEUX
de PRIVATION
de
Liberté

DALLOZ



Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

DALLOZ

31-35, rue Froidevaux, 75685 Paris cedex 14

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les copies ou reproductions « strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, tout comme le fait de la stocker ou de la transmettre sur quelque support que ce soit, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée pénalement par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

© ÉDITIONS DALLOZ – 2016
ISBN 978-2-247-16310-6

À propos de l'auteur

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est une autorité administrative indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007 à la suite de l'adoption par la France du protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Le CGLPL a concrètement débuté son activité le 13 juin 2008. Adeline Hazan a été nommée le 17 juillet 2014 pour un mandat de six ans non renouvelable.

Le Contrôleur général a pour mission de veiller à la protection de l'ensemble des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, qu'elles soient en prison, en garde à vue, dans un établissement de santé mentale, en centre de rétention pour étrangers, dans les geôles d'un tribunal, en centre éducatif fermé pour mineurs ou dans tout autre lieu dans lequel des personnes sont enfermées par la décision d'un juge ou d'une autorité administrative.

Le CGLPL s'assure ainsi que les droits à la vie, à l'intégrité physique et psychique ou à ne pas être soumis à un traitement inhumain ou dégradant sont respectés. Il lui revient également de veiller à un juste équilibre entre le respect des droits fondamentaux des personnes et les considérations d'ordre public et de sécurité, notamment en matière de droit à la vie privée et

VI familiale, au travail et à la formation, d'accès aux soins, ainsi qu'à la liberté d'expression, de conscience et de pensée. De même sont examinées les conditions de travail des personnels et des intervenants car ces dernières peuvent avoir des conséquences directes sur le traitement des personnes privées de liberté.

Le CGLPL peut visiter, à tout moment, tout lieu du territoire français où des personnes sont enfermées pour vérifier les conditions de vie des personnes privées de liberté et enquêter sur l'état, l'organisation et le fonctionnement de l'établissement. Les contrôleurs ont libre accès à l'ensemble des locaux et peuvent s'entretenir de manière confidentielle avec les personnes privées de liberté ainsi qu'avec le personnel et tout intervenant.

Dans le cadre de sa mission, le CGLPL formule des recommandations aux autorités publiques. Outre les rapports publiés à l'issue de chaque visite d'établissement, le Contrôleur général peut décider de publier au Journal Officiel des recommandations spécifiques à un ou plusieurs établissements ainsi que des avis généraux sur une problématique transversale. L'ensemble de ces documents est disponible sur le site Internet de l'institution (www.cglpl.fr).

Enfin, le CGLPL peut être saisi par toute personne physique (et les personnes morales qui ont pour objet les droits de l'homme) ; les contrôleurs du pôle saisines traitent les courriers directement envoyés par les personnes privées de liberté ou leurs proches en vérifiant les situations relatées et en menant des investigations, sur place si nécessaire, pour tenter d'apporter une réponse aux problèmes soulevés mais aussi pour identifier d'éventuels dysfonctionnements et, le cas échéant, proposer des recommandations pour prévenir toute nouvelle violation d'un droit fondamental.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

16/18 quai de la Loire

CS 70048

75921 Paris Cedex 19

Introduction

Aux termes de la loi du 30 octobre 2007, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a pour mission de veiller à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de leur dignité.

L'hôpital psychiatrique n'est pas par définition un lieu de privation de liberté, mais il peut s'y trouver des patients admis sans leur consentement, et dont la liberté d'aller et venir se trouve restreinte.

La problématique des droits des patients hospitalisés sans leur consentement, ainsi que celle de la prise en charge psychiatrique de l'ensemble des personnes privées de liberté, sont quasiment absentes du débat public, alors même qu'elles posent de véritables questions relatives aux droits fondamentaux.

Le législateur français a encadré les mesures d'hospitalisation sous contrainte en instaurant notamment un contrôle systématique du juge des libertés et de la détention. Des garanties pour les patients existent donc aujourd'hui, mais force est d'en constater les limites. En effet, certaines personnes, outre qu'elles sont hospitalisées sans leur consentement, peuvent être soumises à des mesures de contrainte physique (placées en chambre d'isolement ou sous contention), procédures exclues de tout contrôle judiciaire.

On croyait ces méthodes de contrainte physique remises en cause dans la seconde moitié du xx^e siècle par des écoles de

VIII psychiatrie et largement suppléées par les développements de la pharmacopée. Les visites du CGLPL dans les établissements de santé mentale¹ lui ont fait découvrir une utilisation de l'isolement et de la contention d'une ampleur telle qu'elle semble être devenue indispensable aux professionnels.

Ces contraintes physiques constituent, à tout le moins, une atteinte maximale à la liberté de circulation. La manière dont elles sont mises en œuvre est souvent humiliante, indigne, parfois dangereuse. Ainsi, paradoxalement, l'hôpital, havre de soins, laisse se perpétuer et se perpétuer, au fond de ses unités, des pratiques qui s'apparentent, dans certaines conditions, à des traitements inhumains et dégradants.

La quasi-absence de réflexion publique sur le développement de ces traitements laisse perplexe. Certes, faute d'instrument d'évaluation, il est difficile d'apprécier l'étendue de leur usage. De façon plus pernicieuse, il est difficile, même aux professionnels, de remettre en cause des méthodes qui leur ont été enseignées et dont ils usent de toute bonne foi et avec la conviction que c'est un soin, la preuve en étant – si besoin – qu'on ne le met œuvre que sur prescription.

L'assurance qu'isolement et contention ne sont mis en œuvre qu'en cas de crise et en dernier recours, la conviction – justifiée – que les professionnels ne recherchent que le bien du patient, la méconnaissance du fait psychiatrique réduite à l'image du « fou à lier » ne portent pas le citoyen à s'alarmer de leurs effets délétères, si tant est qu'il en ait seulement connaissance tant qu'il n'est pas directement concerné.

Les familles, entre accablement et désespérance, à la fois soulagées d'être déchargées de la prise en charge de leur proche par l'institution médicale et affligées d'avoir à y recourir, ne

1. Depuis sa création, le CGLPL a visité plus du tiers des établissements habilités à recevoir des patients en soins sans consentement dont la totalité des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) et des unités pour malades difficiles (UMD).

cherchent que rarement à lui demander des comptes sur les traitements qu'elle met en œuvre. Elles l'oseront encore moins si c'est en réponse à un comportement « honteusement » agité ou violent de leur parent que l'on y recourt.

Il n'appartient pas au Contrôleur général des lieux de privation de liberté d'apprécier la pertinence thérapeutique du recours aux mesures coercitives que sont l'isolement et la contention. Mais la loi lui a donné mission de veiller au respect des droits fondamentaux des personnes hospitalisées et soignées sans leur consentement et il constate que ces pratiques leur portent une atteinte certaine, plus au moins grave, plus ou moins étendue selon les circonstances. Cette atteinte est d'autant moins tolérable que les personnes qui les subissent sont dans un état de fragilité et de dépendance qui ne leur permet pas de s'en défendre.

Aussi, il doit être affirmé comme principe que ces pratiques ne peuvent être admises qu'en tout dernier recours, s'agissant d'une mesure de sécurité, si aucun autre procédé ne permet de prévenir tout danger pour le patient ou pour autrui. Il va de soi qu'à titre de mesure d'urgence, toute alternative doit être recherchée et que, le motif même de l'urgence implique que la durée de ces placements soit limitée à l'extrême nécessité. Par ailleurs, à défaut de valeur thérapeutique démontrée, le recours à la contention ou à l'isolement dans tout autre cadre doit être absolument proscrit.

Les visites conduites depuis huit ans dans les établissements psychiatriques ont permis au CGLPL de repérer certains des facteurs propices au développement de ces pratiques ou au contraire à leur limitation. Y participent notamment des mesures réglementaires, la sensibilité et la formation du personnel, l'organisation des soins, l'agencement des locaux, l'instauration d'une réflexion collective et éthique.

C'est la raison d'être de ce rapport et des recommandations adressées par le CGLPL aux professionnels de la santé mentale.

Chapitre 1

Des pratiques gravement attentatoires aux droits fondamentaux dont l'efficacité thérapeutique n'est pas prouvée

Section 1

L'isolement et la contention, tels que les met en œuvre la psychiatrie, appellent une vigilance toute particulière du CGLPL

La mise à l'isolement à l'intérieur même d'un lieu de privation de liberté ne se rencontre pas qu'en établissement psychiatrique. Ainsi en est-il des mises à l'écart préconisées à des fins de lutte contre la transmission de maladies infectieuses – qui sont réalisées en limitant à une seule pièce les possibilités de circuler d'une personne – pratiquées notamment dans les centres de rétention administrative. On citera de même les placements au quartier d'isolement de personnes détenues, à leur demande ou à celle de l'administration pénitentiaire. Le présent rapport qui limite son champ d'étude aux lieux de soins psychiatriques, ne traitera pas de ces mises à l'écart.

La pratique de la contention physique n'est pas non plus l'apanage de la psychiatrie, on la rencontre également dans de nombreux services de médecine ou en établissements médico-sociaux. Son usage est fréquent, notamment dans les services d'urgence et en gériatrie, les raisons le plus souvent invoquées étant le risque de chute (du brancard ou du lit), les états confusionnels avec déambulations et les états d'agitation, qu'ils

soient ou non le fait d'une intoxication alcoolique ou autre. De même, les services d'urgences hospitalières sont régulièrement conduits à prendre en charge des patients ayant une pathologie psychiatrique qui peuvent arriver dans une situation de crise avec des manifestations d'agitation voire de violence auto ou hétéro agressive ; ces tableaux cliniques peuvent conduire des équipes à attacher ces patients ou à les isoler.

Ces lieux et services ne relèvent pas de la compétence du CGLPL qui ne porte que sur les établissements où des personnes sont privées de liberté du fait d'une décision administrative ou judiciaire.

De même, la présente réflexion ne prendra en compte que la contention mécanique pratiquée en psychiatrie, celle qui consiste à utiliser des dispositifs matériels – liens, attaches, camisoles, pour empêcher ou limiter les mouvements. Elle écartera la contention chimique consistant en l'administration de médicaments sédatifs, souvent sous forme injectable, en situation de crise, afin de restreindre l'excitation psychique ou motrice. Toutefois, s'agissant de ces médicaments sédatifs, le CGLPL fait sienne la recommandation du Comité européen pour la prévention de la torture (CPT)¹ selon laquelle lorsque des moyens de « contention chimique » sont utilisés, ils doivent être assortis des mêmes exigences de traçabilité que les autres mesures de contention.

Enfin, il convient de préciser que par isolement, on entend toutes les situations où le patient est placé, sur décision d'un médecin ou d'un soignant, dans un espace fermé qu'il ne peut ouvrir, qu'il s'agisse de la propre chambre d'hospitalisation du patient ou d'une pièce prévue à cet effet. Les dénominations et les installations de ces dernières varient selon les lieux en agencement

1. CPT : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Le CPT, établi par la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, entrée en vigueur en 1989, est un mécanisme non judiciaire, à caractère préventif, qui visite les lieux d'enfermement dans les États membres du Conseil de l'Europe. Il adresse à l'issue de chaque visite un rapport détaillé à l'État concerné.

(cf. chapitre 2, section 1) et en dénomination : chambre d'isolement, de soins intensifs, sécurisée, d'apaisement, de contention. Le CGLPL a souvent cherché, en vain, ce qui pouvait justifier le terme chambre de « soins intensifs » : nul équipement technologique en ces lieux, nulle intervention plus spécialisée qu'à l'ordinaire si ce n'est, et encore pas toujours, une surveillance accrue.

Signe l'isolement le fait que le patient ne puisse pas sortir librement de ce lieu, quelle que soit la qualité de confort ou de soins.

Section 2

Ces mesures apparaissent comme la résultante de l'évolution des prises en charge des personnes souffrant de troubles mentaux

Les représentations populaires ont la peau dure : dans l'imagerie collective le « fou » a ses pages, difficilement modifiables. C'est, en tout cas un perturbateur – et on verra que l'appréciation connaît même un épanouissement clinique – et un perturbateur potentiellement (ou en tant que tel ?) violent et dangereux. Les esprits les plus amènes se soucient de sa dangerosité pour lui-même, d'autres s'alarment, et surtout alarment sur sa dangerosité pour autrui.

Avec la reconnaissance de la maladie, est venue la libération des chaînes comme le décrit le récit de la visite de Couthon à Bicêtre en 1792 : « Pinel le conduisit aussitôt au quartier des agités où la vue des loges l'impressionna péniblement. Il voulut interroger tous les malades. Il ne recueillit de la plupart que des injures et des apostrophes grossières. Il était inutile de prolonger plus longtemps l'enquête. Se tournant vers Pinel : “Ah ça citoyen, est-ce que tu es fou toi-même de vouloir déchaîner de pareils animaux ?” »¹. Mais la maîtrise physique des aliénés n'est pas pour autant totalement abandonnée et dans les lieux d'enfermement spécialisés, généralisés et répartis dans tout le territoire

1. Scipion Pinel, *Traité complet du régime sanitaire des aliénés*, Paris, 1836, p. 56.

avec la loi de 1838, le recours à la contention est loin d'être exclu notamment pour ceux qui ne se soumettent pas docilement au traitement « moral » de leur maladie.

Au cours du XIX^e siècle, l'usage de la contention mécanique se généralise, tant en France que dans le reste de l'Europe et aux États-Unis. Les procédés les plus ingénieux fleurissent : attaches en cuir, menottes pour attacher au lit, chaises de contrainte, camisole ou lit de protection¹. Seule l'Angleterre résiste en partie avec le *non-restraint movement* de l'aliéniste Conolly, inventeur de la chambre d'isolement capitonnée, alternative à la contention mécanique.

Après le traumatisme de la seconde guerre mondiale et son incidence sur les asiles frappés par une surmortalité estimée à plus de 40 000 malades décédés – principalement de faim et d'infections –, l'ère de la psychiatrie institutionnelle et la naissance de la politique de secteur – dont un des objectifs est d'assurer, le plus souvent possible, le traitement des patients en dehors de l'hôpital psychiatrique et au plus près de leur milieu de vie habituel – créent une révolution dans les pratiques. « Le désaliéniste est celui qui, ayant jeté aux orties le froc de l'aliéniste, se présente sur la place publique en disant : "Qu'y a-t-il pour votre service ?" » déclare le psychiatre Lucien Bonnafé. La profession se mobilise et réinvente la psychiatrie. Le traitement des patients en dehors de l'hôpital psychiatrique a pour effet de faire baisser considérablement le nombre de patients hospitalisés à temps plein (de 170 000 lits en 1970 à 50 000 lits en 1999). Corrélativement, sont ainsi hospitalisés des patients à la prise en charge plus compliquée avec des moyens humains en diminution.

Un nouveau virage s'amorce dans les années 1990 avec l'abandon progressif de la psychiatrie institutionnelle et à compter de 1993 l'extinction de la filière de formation spécifique d'infirmiers de secteur psychiatrique, ceux « qui faisaient le pari

1. Couverture cousue au lit enserrant étroitement le patient lui empêchant tout mouvement.

pour leurs patients, de pouvoir s'appuyer avec eux sur leur partie saine pour combattre la partie malade » (P. Delion). La psychopathologie, notamment psychanalytique, centrée sur la relation soignant-soigné, s'efface devant une clinique du symptôme, dans le sillage du DSM¹ né dans les pays anglo-saxons, mettant en difficulté les équipes pour analyser, comprendre et reprendre avec la personne malade.

Au début du siècle, le virage s'accroît avec le discours politique du tout sécuritaire qui stigmatise le fou non pour sa souffrance mais pour sa dangerosité. Les médias relaient le message selon lequel la société doit s'en protéger et une partie de la profession s'en empare et y répond par le retour à la mise à l'isolement – et s'il le faut sous contention – de ces malades, méthodes dont la tendance serait à la hausse.

Ainsi, jamais depuis que Pinel a libéré les fous de leurs chaînes, la contention et l'isolement n'ont vraiment disparu des pratiques.

Section 3

Alors qu'elles n'ont pas prouvé leur efficacité thérapeutique

L'ouvrage de science et pratique médicale « thérapeutique psychiatrique » écrit avec la collaboration de 153 spécialistes de l'ensemble des services universitaires de psychiatrie² consacre vingt pages à la pratique de l'électro-convulsivo-thérapie (ECT ou électrochocs) mais aucune au recours à la mise en chambre d'isolement et seulement une demi-page au recours à la contention. Il y est dit que la contention physique est un acte médical, constituant une prescription médicale à part entière ; il précise

1. DSM : diagnostic and statistical manual of mental disorders – ouvrage de référence publié par l'Association américaine de psychiatrie, décrivant et classifiant les troubles mentaux.

2. Thérapeutique psychiatrique – Jean-Louis Senon, Daniel Sechter, Denis Richard – Hermann – 1995.

qu'au mieux, un membre du personnel reste auprès du patient et ajoute que si cette présence infirmière n'est pas réalisable de manière constante, il faut alors une surveillance toutes les cinq à dix minutes.

Les débats dans la communauté psychiatrique entre les partisans et les détracteurs du recours à l'isolement et à la contention sont nombreux et ancestraux. Pour les uns, il a une vertu thérapeutique indéniable ; pour les autres, il est une mesure punitive ou de confort pour les équipes.

Il n'existe pas de soins ou de pratiques thérapeutiques qui n'aient leurs effets secondaires, or l'un des principaux préceptes appris aux étudiants en médecine est « *primum non nocere* », c'est-à-dire « en premier lieu, ne pas nuire ». Hippocrate définit ainsi le but de la médecine dans son traité des « *Épidémies* » : « Avoir, dans les maladies, deux choses en vue : être utile ou du moins ne pas nuire ». Il convient donc, avant d'utiliser une pratique à des fins thérapeutiques de prouver son efficacité, ou, à défaut, son innocuité.

Concernant les risques et les effets secondaires régulièrement dénoncés de ces pratiques, on retrouve notamment : décès par mort subite, asphyxie, décès par fausse route, thrombose, complications cardiaques. Les études sont nombreuses mais aucune ne permet d'affirmer formellement que les effets recensés chez les personnes sous contention ou placées à l'isolement sont directement en rapport avec ces pratiques.

Étonnamment, les études portant sur l'efficacité thérapeutique de l'usage de la contention ou de l'isolement sont peu nombreuses. Les défenseurs de ces pratiques leur attribuent des vertus reposant sur la restriction de l'environnement, la séparation physique d'avec les autres, la diminution des stimuli sensoriels ou encore la régression du patient, grâce à la relation maternante qu'il entretient avec les soignants durant le soin. Si certaines études estiment, sans pouvoir l'affirmer, que l'utilisation des chambres d'isolement permet la réduction du nombre d'épisodes de violence, d'autres concluent que

le renforcement en personnel et la formation des équipes sont plus efficaces pour répondre à ces épisodes. Aucune étude scientifique menée n'affirme l'efficacité thérapeutique de la contention ou de l'isolement.

L'utilisation de la contention mécanique peut être thérapeutique mais pas forcément pour le patient. Gray et Diers (1992) soulignent l'impact du stress des soignants sur les patients, contribuant ainsi à favoriser l'utilisation de la contention. Pour Outlaw et Cowery (1992), la contention mécanique est un événement à vertu anxiolytique pour l'équipe. Ils pensent que son utilisation n'est pas forcément utile pour le patient.

La procédure pour qu'un médicament obtienne une autorisation de mise sur le marché est longue et difficile et il n'est pas rare qu'un médicament en soit retiré du fait des risques qu'il fait courir à ceux qui le consomment. La pratique des électrochocs, toujours contestée par certains, a fait l'objet de très nombreuses études prouvant une certaine efficacité dans des indications bien précises et son utilisation peut être contestée par le patient à qui elle est proposée, à défaut, par la personne de confiance qu'il a désignée¹. Le recours à la contention et à l'isolement en psychiatrie ne fait l'objet d'aucune autorisation ni le plus souvent d'information aux proches au motif qu'il serait exigé par l'état clinique du patient et qu'en principe, il ne concernerait que des personnes hospitalisées sans leur consentement.

Au total, il s'agit de pratiques gravement attentatoires aux droits fondamentaux et dont la mise en œuvre pose problème en tant que telle et, en outre, telle qu'elle est pratiquée.

1. L'article L. 1111-4 du code de la santé publique dispose qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.



Chapitre 2

Une implication faible et discordante de la communauté hospitalière

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté recommande depuis 2009, suite à ses premiers constats effectués dans les services de psychiatrie, que le recours à l'isolement comme à la contention soit consigné dans un registre spécifiquement établi et que soit réalisé un suivi tant quantitatif que qualitatif de ces mesures. Cette recommandation a enfin été prise en compte par le législateur avec la loi du 26 janvier 2016 et le CGLPL sera très vigilant quant aux modalités de sa mise en œuvre dans les établissements hospitaliers ; mais à ce jour encore les professionnels ne disposent d'aucun recensement actualisé de ces mesures de contraintes.

Aucune instance scientifique ne recommande à proprement parler la mise en place de ces mesures de contrainte. Néanmoins, le CGLPL observe que parmi les établissements psychiatriques qu'il est amené à visiter, ceux qui ne recourent jamais à l'une ou l'autre de ces mesures font exception. Il observe également des pratiques très diverses selon les établissements et au sein de chacun d'eux selon les services, voire d'une unité à l'autre, même lorsqu'un protocole commun à l'établissement a été validé. Enfin, il relève que la mise en chambre d'isolement et la contention ne se rencontrent pas uniquement dans les services d'admission qui accueillent les malades au moment d'une crise dans l'évolution

10 de leur maladie ; loin de là, elles seraient plus fréquentes dans les services de longs séjours accueillant sur de longues périodes des patients stabilisés.

On pourrait s'attendre à ce que les différences de méthodes de prise en charge appliquées d'une unité à l'autre s'expliquent par celles des types de patients que chacune accueille selon son projet médical. En réalité, de l'avis même des professionnels des établissements, elles ne seraient que faiblement corrélées aux différences de diagnostics ou de situations cliniques des patients. Elles seraient plus à attribuer à des « cultures de service » traduisant des approches ou des points de vue divers des médecins ou des équipes : leur attention variable aux droits fondamentaux des patients et à la recherche d'alliance thérapeutique, leurs représentations et leurs peurs face à la violence réelle ou supposée de certaines personnes, leurs capacités à développer des alternatives et à offrir en elle-même une fonction contenante pour les patients (cf. chapitre 4, section 1).

Section 1

Des pratiques diversement appliquées mais existantes dans la quasi-totalité des établissements

La grande majorité des unités de soins visitées par le CGLPL disposent d'une, voire de deux chambres d'isolement et de matériel de contention. Certaines unités spécifiques, comme les unités pour malades agités et perturbateurs (UMAP) ou les unités de soins intensifs en psychiatrie (USIP) sont constituées majoritairement voire exclusivement de telles chambres.

Même certains secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire en sont équipés alors que le soin sous contrainte est interdit en prison.

I – Des indications diverses mais souvent problématiques

Une partie des isolements résulte de décisions qui ne sont pas guidées par l'état clinique du patient, aussi le référentiel de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

(ANAES devenue Haute autorité de santé) ne rend qu'un service modéré s'agissant des indications, il en est de même pour les autres préconisations ainsi qu'on le verra plus bas (cf. chapitre 3, section 2). De plus, ses indications sont parfois suivies avec une problématique souple.

A – Un référentiel de l'ANAES qui n'empêche pas les dérives

L'ANAES a élaboré en 1998 un référentiel relatif à la mise en chambre d'isolement dans lequel figurent cinq indications admises pour y recourir :

1. prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle sont inefficaces ou inappropriés ;
2. prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins ;
3. isolement intégré dans un programme thérapeutique ;
4. isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues ;
5. utilisation à la demande du patient.

Ce sont les deux premières indications qui sont le plus souvent évoquées par les professionnels de santé pour justifier une mise à l'isolement. Mais rares sont les équipes qui font état des moyens mis en œuvre avant d'y recourir, comme le préconise la première indication.

Les contrôleurs ont également souvent entendu que l'isolement était pratiqué à la demande du patient (cinquième indication) sans pouvoir réellement le vérifier à quelques exceptions près. Ils ont alors eu le sentiment que le patient avait fait sien le discours soignant parfois par résignation, parfois pour rendre la mesure plus supportable.

L'« isolement intégré dans un programme thérapeutique » (troisième indication) semble ne concerner que la prise en charge des personnes souffrant d'une anorexie sévère mais l'importance des contraintes imposées aux patients dans ce cadre justifierait que ces prises en charge n'aient lieu que dans des services

spécialisés ou, à défaut, que les praticiens s'entourent d'avis d'experts extérieurs au service et qu'ils saisissent le comité d'éthique. Par ailleurs, des travaux de recherche clinique devraient évaluer la pertinence de ces méthodes thérapeutiques.

Il est donc attendu que l'isolement ou la contention soit décidé pour faire face à une situation de crise qu'aucun autre moyen ne permet de résoudre. La crise étant par définition limitée dans le temps, l'isolement et la contention devraient en tout état de cause être utilisés de façon brève, le temps strictement nécessaire à sa résolution ou à la mise en œuvre d'un autre moyen permettant d'y mettre un terme.

Mais le CGLPL constate très fréquemment des situations de mise en chambre d'isolement répondant à des indications autres que celles évoquées dans ce référentiel. Ainsi, certains psychiatres évoquent-ils « l'obligation de placer un patient en isolement thérapeutique avant une séance de sismothérapie afin de s'assurer qu'il reste à jeun ou juste après une séance lorsqu'il existe un état de confusion mentale ». Ces pratiques ne sont ni opportunes ni adaptées (l'isolement ne pouvant que renforcer l'aspect très anxiogène de l'état confusionnel).

Pire encore, il arrive que l'isolement soit utilisé à des fins disciplinaires ou de sanction. Certains services vont jusqu'à établir un barème en jours d'isolement en fonction de la transgression des règles fixées par le règlement intérieur ou par le cadre de soins.

Le CGLPL relève que, en cette matière, la loi définit un cadre, au moins minimal, du respect des droits des patients puisque l'article L. 3211-3 du code de la santé publique relatif aux soins sans consentement exige que : « lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être **adaptées, nécessaires et proportionnées** à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée. (...) »

B – L'application de protocoles sans lien avec la clinique du patient

Le CGLPL a dénoncé dans un avis du 15 février 2011 relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office¹ la situation faite aux personnes détenues hospitalisées en application de l'article D. 398 du code de procédure pénale² et le dénonce régulièrement depuis. En effet, ces personnes font souvent l'objet d'un a priori négatif qui les fait considérer comme dangereuses et cherchant à s'évader. Leur placement en chambre d'isolement est quasi systématique, et ce indépendamment de leur état de santé. L'isolement se limite parfois à un temps d'observation, plus souvent il dure tout le temps de l'hospitalisation. Cette mesure de sûreté, nullement soignante et parfois associée à la contention, prive la personne d'un accès aux activités thérapeutiques du service. De façon plus générale, le mode de vie des personnes détenues hospitalisées est plus restrictif qu'en prison (interdiction d'accéder à la cour ou de regarder la télévision, de recevoir ou de contacter par téléphone les personnes autorisées par les autorités judiciaires et qu'elles peuvent appeler lorsqu'elles sont en prison ou qui viennent les y visiter). Ce régime de réclusion rigoureuse, qui fait prévaloir le statut de détenu sur la nécessité clinique, conduit régulièrement le patient à demander son retour en détention avant que son état ne le justifie.

1. L'avis du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté a été publié au journal officiel du 20 mars 2011. Il est consultable également sur le site Internet de l'institution (www.cglpl.fr). Le point 7 de cet avis concerne plus spécifiquement la pratique de mise en chambre d'isolement des personnes détenues hospitalisées.

2. Article D. 398 du code de procédure pénale : « Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique. (...) ».

Pourtant, l'article 46 de la loi pénitentiaire rappelle, si besoin est, que la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.

Dans ce contexte certains établissements ont recours aux forces de l'ordre pour la présentation des personnes détenues à l'audience du juge des libertés et de la détention (JLD). Elles sont, le cas échéant, menottées au sein de l'établissement bien que non désignées comme particulièrement à risque par l'administration pénitentiaire. D'autres établissements font appel au personnel de sécurité à chaque ouverture de la chambre d'isolement.

Cet usage systématique de l'isolement des personnes détenues est le fait de professionnels de santé qui se chargent de la mission pénitentiaire ; ils obéissent parfois à des exigences de la direction de l'hôpital, de l'administration pénitentiaire voire du préfet.

Toutefois certains personnels se disent très démunis face aux décisions qu'ils doivent appliquer sans aucune possibilité d'être entendus et très mal à l'aise avec ces approches exclusivement sécuritaires qui nuisent à la qualité des soins. Ils dénoncent une logique de « déresponsabilisation de l'institution sanitaire » et une « politique du parapluie » face à des risques qui ne sont pas d'ordre pathologique et ne relèvent pas de leur vigilance médicale.

RAPPORT D'UNE VISITE DU CGLPL RÉALISÉE EN 2015¹

À la demande du directeur de l'établissement, les patients détenus sont, (...), en plus de deux soignants de sexe masculin, escortés par des policiers du commissariat (...), depuis leur sortie de la chambre d'isolement jusqu'à leur retour dans ce lieu à l'issue de leur comparution. Selon les témoignages

1. Le présent ouvrage est ponctué d'extraits de rapports de visite, illustration concrète de situations observées par le CGLPL. Ne sont pas mentionnés les noms des établissements pour lesquels la procédure de publication des rapports est encore en cours.

recueillis, l'escorte policière est généralement composée de trois agents mais peut parfois en compter cinq, les patients sont souvent menottés pendant les trajets, peuvent parfois le rester pendant l'audience et les fonctionnaires de police assistent à l'audience.

De la même façon, ainsi que le CGLPL l'avait relevé dans son avis du 15 février 2011, il existe quelques établissements où ce systématisme n'est pas de rigueur, permettant des soins de qualité sans qu'il soit pour autant relevé un nombre d'évasions plus élevé.

Certains règlements intérieurs d'établissement hospitaliers prévoient un séjour systématique de certains patients à l'isolement au moment de l'admission. Tel est le cas, dans certains établissements, des patients hospitalisés sur décision du représentant de l'État voire à la demande d'un tiers ; ailleurs, ce passage concerne tous les patients non connus du service. Ces procédures dénotent une confusion entre la nécessité de porter une attention constante à un nouveau patient et celle de le placer à l'isolement. En effet, si le patient est alors « surveillé » (généralement toutes les heures), il n'est pas observé dans ses interactions avec les autres.

**RAPPORT ÉTABLI PAR LE COMITÉ
DE PRÉVENTION DE LA TORTURE
DU CONSEIL DE L'EUROPE
À L'ISSUE DE SA VISITE D'ÉTABLISSEMENTS
DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN FRANCE EN 2010**

Il n'appartient ni aux autorités pénitentiaires ni aux autorités préfectorales de solliciter des mesures d'isolement et/ou de contention ou de décider d'imposer ces mesures vis-à-vis de patients détenus souffrant de troubles psychiatriques sans l'avis d'un médecin allant dans ce sens. Dans le cas contraire, l'imposition de telles mesures risque de soumettre des patients vulnérables à des traitements inhumains et dégradants.

Cette politique d'isolement systématique, éventuellement doublée de contention, est constatée dans toutes les unités pour malades difficiles (UMD) à l'admission, pour des durées parfois de quelques heures, plus souvent de quarante-huit heures et pouvant atteindre quinze jours. Si l'on peut concéder qu'il soit nécessaire de disposer de modalités particulières pour observer un patient lors de son arrivée, il est difficile de comprendre le recours systématique à l'enfermement en chambre d'isolement indépendamment de l'état clinique du patient.

Dans certaines unités d'hôpital psychiatrique, les patients de retour d'un séjour en UMD sont systématiquement mis en chambre d'isolement. Stigmatisés et craints par les soignants qui les ont pris en charge avant leur départ, ils se voient privés de tout et soumis à un régime bien plus contraignant que celui qu'ils connaissaient à l'UMD. Ce régime, généralement non dicté par la clinique, s'avère indigne et contre-productif, l'enfermement risquant de faire réapparaître l'agitation et l'opposition souvent à l'origine du transfert en UMD.

Il arrive également qu'à l'occasion d'un transfert entre deux unités d'un même pôle, un patient qui circulait librement dans son unité d'origine, se retrouve placé en isolement strict dans la nouvelle unité, pour une période de vingt-quatre heures d'observation.

Dans certains établissements, les patients attendant d'être admis dans une UMD ou dans une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) sont soumis jusqu'à leur départ à des isolements de longue durée, pouvant atteindre plusieurs mois, éventuellement sous contention. Encore une fois, ces mises à l'écart ne sont pas toujours en rapport avec leur état clinique.

Dans ce contexte, le CGLPL recommande qu'il soit procédé rapidement à une évaluation des modalités de fonctionnement des UHSA et des UMD afin d'apprécier notamment le retentissement des conditions et des délais d'admission sur la prise en charge des patients qui attendent d'y être admis. Ces prises en charge sont en effet rarement compatibles avec une attitude thérapeutique.

Le CGLPL appelle aussi à une grande vigilance afin de s'assurer que les UMD et les UHSA offrent toujours des conditions de fonctionnement garantissant des soins respectueux des personnes et favorables à la promotion de leur autonomie. En effet, il a constaté certaines dérives sécuritaires des pratiques soignantes contre lesquelles il importe que des travaux cliniques et éthiques soient développés associant les patients ou leurs représentants.

Dans d'autres établissements, c'est en l'absence du psychiatre, en fin de journée ou en fin de semaine, que des situations de doute ou de tensions dégénèrent, conduisant les soignants à décider de mesures d'isolement. Ils s'appuient alors sur une prescription « si besoin » faite préalablement. Ainsi, paradoxalement, alors même que l'état clinique du patient requiert un entretien psychiatrique, le placement à l'isolement diffère de façon parfois prolongée cette consultation médicale. La situation peut alors se prolonger plus que de besoin, faute de psychiatre pour lever la mesure.

Le CGLPL a également constaté le recours à l'enfermement de patients, généralement dans leur propre chambre, aux fins de les mettre à l'abri des autres patients du service. Il s'agit généralement de mineurs en service de psychiatrie générale, de personnes atteintes de handicap psychique ou de personnes particulièrement vulnérables : on a ainsi vu enfermer des jeunes femmes pour les soustraire aux sollicitations insistantes ou comportements déplacés des patients masculins. Dans certains cas, ces personnes sont enfermées dans leur chambre en permanence à l'exception de quelques sorties pour la toilette, le temps des repas ou d'une activité thérapeutique. Cette situation inacceptable nécessite une organisation des services permettant que la sécurité soit assurée à l'ensemble des patients sans recourir à l'enfermement des plus vulnérables.

Une autre situation fréquemment rencontrée est celles des patients porteurs d'une pathologie chronique déficitaire ou des personnes autistes, parfois placées en chambre d'isolement pour des durées qui se comptent en semaines, en mois, voire

en années¹. Elles peuvent également être soumises à différentes mesures de contentions (au lit, dans des combinaisons ou autres cottes). Le plus souvent, le personnel soignant, de bonne volonté, est dépourvu de modalités alternatives de prise en charge et très peu soutenu par le corps médical. Il n'est pas rare que dans ce type de services, les médecins ne passent que de façon épisodique sans établir de réels projets de soins adaptés aux particularités cliniques de ces personnes, ni chercher l'aide des ressources développées dans d'autres structures notamment médico-sociales. Les possibilités de recours sont rares pour ces patients particulièrement fragiles.

Parfois encore, ces mesures sont prescrites plutôt pour pallier un problème structurel, avec un service qui reste ouvert mais des soignants qui ne peuvent en surveiller les entrées et sorties, du fait de la faiblesse des effectifs et du peu de soignants au contact des patients dans les espaces communs.

**RAPPORT DE VISITE DU CGLPL
AU CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ
DE LA CHARITÉ-SUR-LOIRE (2009)**

De nombreux patients ont déclaré aux contrôleurs qu'un refus de prise de médicament entraînait systématiquement la menace d'un placement en isolement avec contention et injection ; selon eux cette menace est régulièrement mise à exécution.

Enfin certains patients sont maintenus en chambre d'isolement, le cas échéant portes ouvertes, parfois avec du matériel de contention à demeure sur le lit, faute de place disponible dans l'unité de soins pour les accueillir plus dignement.

Ces pratiques systématiques sont incompatibles avec une approche respectueuse des droits, de la nécessaire proportionnalité des mesures

1. Le CGLPL a rencontré à deux reprises des dispositifs construits pour un patient en vue d'un isolement à vie.

de restriction de liberté et de l'individualisation des soins. Dans nombre de cas cités précédemment, le recours à l'isolement et à la contention sont constitutifs d'un traitement inhumain et dégradant.

II – Selon des modalités hétérogènes

Les modalités d'isolement sont organisées et gérées de façons tout aussi diverses que les motifs de leur décision selon les établissements et même, à l'intérieur de ceux-ci, selon les pôles, les services et les unités.

Le lieu de l'isolement peut être restreint aux chambres d'isolement aménagées et réservées à cet effet. Leur dénomination change : « chambre d'isolement », « chambre de soins intensifs », « pièce de contention », « chambre d'apaisement », « chambre de quiétude ». La dénomination est parfois rassurante, au moins pour le soignant, la réalité commune est toujours l'enfermement.

De façon générale, le patient y est revêtu d'un pyjama fourni par l'établissement, qui de plus n'est pas toujours à sa taille, et non le sien propre. Cette pratique est érigée en précaution, présumée prévenir tout risque d'atteinte à l'intégrité de la personne.

Dans la plupart des cas, l'enfermement dans une chambre d'isolement, ou dans une chambre ordinaire ne vise que les personnes hospitalisées sans leur consentement. L'enfermement de patients en soins libres n'est pas concevable puisqu'en raison de leur statut d'admission, ces derniers doivent pouvoir quitter à leur gré l'établissement de soins¹. On constate pourtant des exceptions et celles-ci ne concernent pas toujours des situations d'urgence rapidement corrigées par la fin de la contrainte ou, s'il est décidé de la maintenir, par le changement de statut de l'hospitalisation.

1. Article L. 3211-2 du code de la santé publique : « Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause. Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet. »

L'organisation de la chambre n'est pas normalisée : des sanitaires peuvent être installés à proximité, accessibles librement ou non. Le choix de leur disposition et de leur consistance est étonnant de motivation : tantôt il s'agit de prévenir « tout danger » et l'on trouve alors une cuvette en métal, voire le modèle de bloc WC-lavabo installé dans les quartiers disciplinaires des établissements pénitentiaires, visible depuis le fenestron de la porte ou par la caméra de surveillance ; soit, à l'inverse, le confort et le bien-être du patient sont recherchés et la salle d'eau, aux couleurs sereines, est séparée de la chambre, préservée d'une surveillance constante et offre un mobilier confortable, le miroir n'étant pas exclu.

Sa surface peut varier du plus exigu – 2,3 m de large sur 2,7 m de long soit 6,20 m², constaté dans un centre hospitalier spécialisé – ou dépasser 25 m². Ainsi, dans un établissement, une chambre d'isolement dont la surface dépassait largement 20 m² avait une hauteur de 6 m ; l'importance de la surface permettait à une équipe nombreuse d'intervenir mais on peut s'interroger sur l'effet apaisant du volume important entourant l'occupant attaché sur son lit.

L'éclairage naturel des chambres est très variable selon les sites ; le CGLPL a pu voir des chambres d'isolement sans aucune fenêtre ou avec des fenêtres si étroites qu'elles évoquent des meurtrières. Si le plus souvent les fenêtres peuvent être légèrement entrebâillées, dans de nombreuses situations aucune fenêtre ne peut être ouverte, rendant impossible toute aération naturelle. Une pièce sombre et sans aération extérieure participe sans aucun doute à augmenter le niveau d'angoisse de la personne qui s'y trouve enfermée.

Le mobilier diffère tout autant : s'il est la plupart du temps réduit à un lit, on trouve parfois des fauteuils, une table en mousse ou une tablette pour poser un objet. Le lit peut être composé d'un cadre en métal permettant la fixation de contention ; en pareil cas il est scellé au sol au milieu de la chambre ou la tête contre une cloison. Il peut aussi être composé de blocs de mousse

recouverts de toile plastique – qui peuvent également recevoir des sangles de contention – et simplement posés au sol. Le parti pris n'est pas toujours fondé sur une démarche médicale claire.

La chambre est accessible par une ou deux portes, avec ou sans sas de protection. Mais cette disposition est loin d'être mise en œuvre partout, notamment dans les établissements anciens.

Certaines chambres accèdent à un patio qui permet au patient de sortir à l'air, de fumer.

RAPPORT DE VISITE DU CGLPL AU CENTRE HOSPITALIER GEORGES DAUMEZON À BOUGUENAI (2013)

La chambre de soins intensifs (CSI) est équipée d'un bouton d'appel qui envoie un signal dans le bureau des infirmiers. L'extinction du signal n'est possible que depuis le sas de la chambre, ce qui oblige le personnel soignant à se déplacer jusqu'à la chambre. Comme l'accès aux toilettes est impossible, afin d'éviter que l'occupant n'appelle trop souvent, un seau hygiénique est placé dans sa chambre.

Il a été expliqué aux contrôleurs que, lorsque les médecins de l'établissement avaient critiqué l'absence d'accès direct entre la CSI et la salle d'eau, le projet était trop avancé et il n'était plus possible d'y remédier. Cette lacune est très critiquée par ces derniers à plusieurs titres : outre l'atteinte à la dignité du patient, le seau hygiénique peut présenter un danger pour lui-même – il est arrivé qu'un patient bute sur le seau dans la nuit – et pour le personnel soignant – il est arrivé qu'un patient jette le seau et son contenu à la figure d'un personnel soignant.

Il a été regretté l'absence de norme – et même de réflexion – nationale sur la composition d'une chambre de soins intensifs, qui aurait pu éviter une telle lacune dans une construction neuve.

En principe, une horloge doit permettre à l'occupant de se repérer dans le temps mais on a vu des chambres d'isolement où, pour voir l'heure, le patient devait regarder par la fenêtre une horloge à affichage digital (difficilement compréhensible lorsque l'on est « désorienté ») fixée sur le mur de la cour sur laquelle donnait la fenêtre et distante d'une quinzaine de mètres de celle-ci ; le patient pouvait lire l'heure à condition de ne pas être contenu et d'avoir une bonne vue... ou ses lunettes ce qui est rarement le cas des patients attachés.

La gestion de la période d'isolement est tout aussi variable sans que les motifs tenant à la clinique du patient soient toujours avancés. Dans certaines unités un protocole s'impose et est appliqué sans autre forme de réflexion, dans d'autres, l'accès au tabac ou à la lecture, les périodes de sortie, notamment dans la cour, sont modifiables et révisables au cours de l'isolement ou selon les patients. La durée peut également être protocolisée, selon le statut du patient – ainsi qu'on l'a mentionné (cf. chapitre 2, section 1) les entrants en UMD sont presque toujours placés à leur arrivée en chambre d'isolement pour une durée minimale de vingt-quatre heures – ou le statut du médecin prescripteur. Un infirmier a signalé que lorsque la mise en chambre de soins intensifs était prescrite par le médecin de garde, la durée de la prescription était toujours vingt-quatre heures alors même que l'état du patient ne le nécessitait pas toujours.

L'isolement peut être continu, ou « séquentiel » : le patient est placé régulièrement et pour une durée prédéterminée à l'isolement. La sortie est progressive ou directe.

Par ailleurs, le CGLPL a bien souvent constaté que l'isolement se déroule dans la chambre du patient, enfermement qui peut être programmé, régulier : dans une unité d'un centre hospitalier spécialisé, une patiente en soins libres hospitalisée depuis cinq ans faisait l'objet d'un protocole d'isolement quotidien dans sa chambre matin et après midi, de 10 h 30 à 12 h et de 14 h à 15 h 30, la prescription précisant « isolement plus contention éventuellement ».

À l'inverse, des chambres d'isolement sont utilisées pour l'hébergement faute de chambre disponible. En pareil cas, la porte reste ouverte mais, si une caméra est installée, la surveillance à distance reste possible.

Les modalités de contention ne sont pas plus uniformes : dans un établissement – où il y est exceptionnellement recouru, elle est limitée à deux membres diamétralement opposés parce « qu'il faut que la personne puisse bouger ». Ailleurs, à l'inverse, elle est totale : quatre membres attachés ainsi que le buste et le bassin, la dangerosité de toute modalité différente étant avancée : risque d'étranglement etc. Et le patient peut être attaché dans sa chambre, sur un fauteuil, en chambre d'isolement, sur son lit, dans un sécuridrap®.

Certains établissements ne disposent pas de chambre d'isolement et recourent exclusivement à la contention.

Au regard du caractère de soin de l'isolement et de la contention affirmé par une partie de la communauté médicale, la diversité des pratiques laisse perplexe sur la cohérence de l'indication et de sa mise en œuvre.

Au fond, selon les lieux et les conceptions pour répondre au besoin d'isolement, sont mis à disposition des patients des espaces pour s'isoler à leur convenance ou, au contraire, à disposition des soignants des chambres pour isoler.

III – Et avec une fréquence impossible à quantifier

Les autorités sanitaires ne disposent d'aucun outil fiable pour quantifier le recours à l'isolement et à la contention.

Les données fournies par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation hospitalière (ATIH) peuvent donner une indication mais leur fiabilité est loin d'être assurée. Selon l'ATIH, en 2014, près de 25 000 patients ont eu au moins une journée en isolement thérapeutique ; la durée de prise en charge en isolement thérapeutique est stable : autour de 15 jours par patient. Ce type de soins représente au moins 2 %

des journées à temps plein de psychiatrie (soit 378 000 journées). Toutefois ces données ne reflètent vraisemblablement pas la réalité, d'une part, parce que les informations ne sont pas correctement saisies, d'autre part, parce que le système d'information de l'ATIH ne prévoit pas d'enregistrer les isolements effectués ailleurs que dans les chambres prévues à ce strict effet.

Concernant la contention, « les statistiques dans ce domaine sont rares et aucun suivi n'existe au niveau national » (Joseph Halos, président de l'Association des directeurs d'établissements participant au service public de santé mentale). Une enquête réalisée par le secrétaire général de l'Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique, Christiane Santos, a néanmoins mis en évidence que « la pratique de la contention était utilisée partout » et qu'une moitié du personnel interrogé affirmait qu'elle était en augmentation ces dernières années.

Ainsi, bien que tous les observateurs de la question affirment une forte inégalité du nombre de recours d'un établissement à l'autre, il est difficile de mesurer les écarts. Les visites du CGLPL l'ont conduit à dégager certains repères qui, sans présenter de caractère arithmétique fiable, offrent néanmoins une base de réflexion et d'analyse.

Le rapport entre le nombre de lits d'hospitalisation et le nombre de chambres d'isolement est un premier indice dont la pertinence doit être modulée en fonction de leur taux d'utilisation. Les chambres peuvent être nombreuses mais inutilisées, et d'autres plus rares mais plus occupées. Il demeure que certains établissements disposent d'un très faible nombre de chambres d'isolement, voire – exceptionnellement – aucune, et d'autres sont abondamment équipés : ainsi, dans deux établissements visités de taille comparable (512 lits l'un, 412 l'autre) le premier dispose de trois chambres d'isolement au sens strict du terme et de vingt-quatre chambres d'apaisement, le second de quarante-six chambres d'isolement.

Le taux d'utilisation est rarement relevé avec précision. Souvent, seuls les services de sécurité, qui doivent être informés chaque jour de la présence de patients dans les chambres d'isolement, sont capables de donner des informations quantifiées.

Un établissement de 600 lits ne comportait « que » vingt-sept chambres d'isolement mais leur taux d'occupation atteignait 86 % ; les soignants d'une des unités de cet hôpital qui avait été soudainement privée de chambre d'isolement à la suite d'un incident avaient expliqué « on a appris à s'en passer, on prévient la crise, on fait différemment ».

Sur l'évolution des pratiques, les professionnels de santé rencontrés affirment que le recours à la contention ou à l'isolement augmente sans pouvoir le quantifier faute de traçabilité au sein de l'établissement et au niveau régional ou national. Les entretiens conduits avec les soignants font apparaître que la pratique s'est banalisée. Les infirmiers les plus âgés expliquent qu'autrefois, la « contention relationnelle » prévalait.

Ces différences de recours à l'isolement d'un établissement à l'autre sont d'autant plus difficiles à mesurer que l'acception de la mesure varie. Ainsi un psychiatre précise, s'agissant de son établissement, que « les procédures d'isolement sont tracées (dans le dossier du patient) mais pas les mises en “chambres de soins intensifs” [dénomination de son hôpital] ; de même, l'isolement séquentiel n'est pas mesuré ».

Dans les unités où des patients sont enfermés dans une chambre ordinaire, ceux-ci ne sont pas considérés comme étant « à l'isolement » et ne sont pas déclarés comme tels au service de sécurité. Pourtant, certains de ces patients ne sortent de leur chambre que quelques heures ou minutes par jour. Si, comme des contrôleurs l'ont constaté, des patients sont enfermés dans leur chambre pour être « protégés » d'autres patients, la mesure d'enfermement qui leur est appliquée de fait, ne résulte pas toujours d'une prescription et ne figurera pas dans leur dossier. Si des évaluations sont réalisées sur le fondement des dossiers médicaux, ces isolements ne seront pas comptabilisés.

IV – Une situation particulièrement préoccupante pour la pratique de la contention

Si le plus souvent les équipes disposent de protocoles pour la mise en chambre d'isolement, beaucoup plus rares sont celles qui en disposent pour la mise sous contention. Quand il existe, ce protocole s'appuie sur le guide de la HAS qui traite de la limitation des risques de la contention physique de la personne âgée (cf. chapitre 3, section 1) et ne traite jamais de la contention chimique.

A – Un usage à « bas bruit »

Le CGLPL a pu constater que la pratique de la contention est également très variable d'une unité de soins à l'autre (y compris au sein d'un même établissement) et donne parfois lieu à des propos tout aussi péremptoirs que contradictoires. A titre d'exemple si un psychiatre indique sur un site « cela se passe exclusivement en chambre d'isolement », un autre ailleurs indique « le plus souvent la contention se pose sur le lit du patient en chambre ordinaire sous réserve qu'elle soit individuelle sans qu'il soit nécessaire de placer le patient à l'isolement ; la porte de la chambre est alors fermée à clef pour éviter l'intrusion d'autres patients ».

De même, quand dans un établissement « il est fait usage de la contention uniquement lorsque le patient adopte un comportement auto-agressif », dans un autre « il est prévu que les personnes détenues soient systématiquement attachées à leur lit les premières heures de leur séjour. »

Enfin dans certains rares établissements le choix a été fait de ne jamais isoler les patients et de privilégier la mesure de contention en cas de besoin.

Les durées de mise sous contention sont elles aussi très variables ; si dans un établissement cela se limite à une ou deux heures, dans d'autres la personne peut être ainsi attachée pendant plusieurs jours, parfois plusieurs mois, avec le

plus souvent des modalités de mise en œuvre interdisant tout mouvement jusque vingt-trois heures par jour, sans présence soignante à côté et sans aucun système d'appel. L'inconfort est ainsi total pour la personne qui ne peut pas même satisfaire ses besoins élémentaires.

EXTRAITS DE DIVERS RAPPORTS DE VISITE DU CGLPL

– [...] un protocole de recours à la contention physique avait été élaboré mais [...] il demeurait un « débat interne » quand à l'opportunité de leur diffusion ; une crainte existe en effet de voir se développer cette pratique, aujourd'hui exceptionnelle et contraire à « l'esprit de l'établissement ».

– La contention est une pratique arrivée tardivement, aux alentours des années 2000, au sein de l'hôpital.

Le matériel utilisé pour la contention est constitué de sangles verrouillées par une serrure à clé. Chaque soignant détient une clé permettant d'ouvrir le système et de libérer ainsi le patient. Les sangles n'entravent que les poignets et les chevilles. Il n'existe pas de camisole intégrale au sein de l'établissement.

– Des soignants ont souligné le caractère particulier d'une telle mesure : « La contention est très difficile à vivre pour le patient mais aussi pour le soignant. »

– Chacun des soignants s'accordait à dire que le procédé demeurait violent et qu'un traitement médicamenteux adapté devait être mis à la disposition du patient, « l'un ne pouvant pas aller sans l'autre ». Toutes les mesures de contention se déroulent systématiquement en chambre d'isolement ; le patient est alors en pyjama.

L'insuffisante prise en compte des droits des personnes leur est préjudiciable, notamment dans les services accueillant des personnes âgées où se développe, parfois de façon insidieuse, un recours abusif à la contention physique au lit ou au fauteuil.

D'ores et déjà, la prise en compte des recommandations existantes de la HAS devrait permettre de trouver des modalités organisationnelles et de prise en charge alternatives permettant de réduire dans des proportions importantes ce recours.

De même dans des unités de soins accueillant certains patients autistes ou présentant des pathologies déficitaires, il arrive que les équipes soient parfois dans des impasses de prise en charge avec des personnes qui peuvent avoir des comportements auto ou hétéro agressifs ; ceci entraîne un recours important à des mesures de contention sur des personnes souvent hospitalisées en soins libres. Cette banalisation de la contention est faiblement interrogée par les équipes soignantes et les médecins souvent peu présents dans ces unités. Ces situations cliniques justifient un travail en lien avec d'autres équipes sanitaires ou médico-sociales pour trouver des alternatives à ces approches et l'élaboration de projets de soins ou de vie plus respectueux des personnes concernées.

Malgré le caractère violent de la contention et son aspect particulièrement attentatoire à la liberté de se mouvoir, les équipes ne font en général pas de revue de dossiers dans la suite de l'utilisation de telles mesures.

B – Une surveillance médicale approximative

La surveillance médicale est souvent insuffisante. Au regard des risques d'effets pathogènes liés à la position allongée, il est absolument indispensable qu'il soit régulièrement procédé à un examen somatique à la recherche des contre-indications et des effets secondaires. Or, il a été constaté à de multiples reprises que le médecin somaticien n'était pas informé de la mise en place de la mesure de contention rendant improbable ce suivi indispensable et attentif de la personne concernée.

Ainsi, le CGLPL a pu prendre connaissance d'une note interne dans un établissement qui précisait que « la contention doit être exceptionnelle et réduite aux situations d'urgence, il faut qu'elle soit validée dans les trois jours par un médecin ».

RAPPORT D'UNE VISITE DU CGLPL RÉALISÉE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ MENTALE

Des patients se voient prescrire des mises à l'isolement, avec ou sans contention, systématiques, à des créneaux précis de la journée, auxquelles s'ajoutent souvent des procédures « si besoin » ; de plus, des patients sont systématiquement contenus dans leurs lits pendant toute ou partie de la nuit. Il a été expliqué aux contrôleurs que le médecin n'était pas informé des placements en isolement et des procédures de contention dans l'heure qui suivait la décision – contrairement à ce que prescrit la procédure – mais par le rapport quotidien qui lui était envoyé en fin de journée par message électronique. Par ailleurs, les prescriptions sont réalisées avec une durée de validité d'un mois – donc supérieure aux vingt-quatre heures prescrites dans la procédure – et sont renouvelées à l'occasion des réunions de synthèse sans que le médecin voie nécessairement le patient concerné.

Enfin le CGLPL dénonce toute utilisation de menottes dans les lieux de soins et notamment leur utilisation, même exceptionnelle, par les personnels pénitentiaires aux fins de maîtriser un malade en situation de crise, tout particulièrement au sein d'une structure hospitalière, ce qui est constitutif d'un mauvais traitement.

RAPPORT DE VISITE DU CGLPL DE L'UNITÉ HOSPITALIÈRE SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉE DE TOULOUSE (2013)

Depuis l'ouverture de l'UHSA, il a été indiqué que des menottes avaient été utilisées lors d'interventions dans la zone d'hébergement et de soins ; cela reste exceptionnel et ne concerne que la maîtrise d'un patient détenu en « crise » ou fortement agité, qui doit être conduit en chambre d'isolement à la demande d'un médecin.

C – Des conditions de transport particulièrement sécurisées

La contention est assez couramment utilisée lors des transferts des personnes hospitalisées sans leur consentement afin de « sécuriser les conditions de transports assurés par les équipes hospitalières ». L'utilisation de moyens de contention adaptés au brancard permet de maintenir la personne pendant la durée du transport en ambulance. Le patient sera donc sanglé (ceinture de sécurité) et le soignant évalue la nécessité d'utiliser les moyens de contention fixant les poignets et les chevilles. Le plus souvent le médecin validera *a posteriori* cette utilisation.

Elle est également utilisée lors des transferts d'un patient d'un hôpital vers une UMD par exemple et ce quel que soit le traitement dont bénéficient le patient et son état clinique.

RAPPORT DE VISITE DU CGLPL DE L'UNITÉ POUR MALADE DIFFICILE D'EYGURANDE (2013) ÉVOQUANT LE TRANSFERT D'UN PATIENT DEPUIS SON HÔPITAL D'ORIGINE

Ce patient avait quitté son hôpital d'origine à 5 h 20 après avoir pris son petit-déjeuner. Il avait voyagé en position semi-allongée, sous contention, dans une ambulance, accompagné de deux soignants et deux chauffeurs [...]. Il avait bénéficié de deux arrêts pour fumer une cigarette et se rendre aux toilettes. Le voyage a duré sept heures trente.

L'utilisation de moyens de contention est, parfois, systématique s'agissant de personnes détenues. Il arrive que le médecin, qui n'est pas toujours présent pour examiner la personne, décide, après un échange téléphonique avec les soignants assurant le transport de la prison vers l'hôpital, d'une prémédication afin que le patient soit « sédaté » ; il est retenu par la sangle abdominale de sécurité, les quatre membres attachés au brancard (niveau maximum de contention) afin d'éviter toute tentative d'évasion.

Section 2

L'atteinte aux droits fondamentaux, point commun de ces disparités

Au-delà même de la restriction de liberté de circulation que constitue la contrainte physique, les conditions dans lesquelles cette mesure est mise en œuvre sont souvent par elles-mêmes attentatoires aux droits fondamentaux des patients. Le CGLPL a constaté que la perception de ces atteintes par les personnes qui les mettent en œuvre est inégale, souvent affaiblie par la banalisation de situations plaçant pourtant les patients dans une situation particulièrement indigne.

I – Droit à la prise en charge médicale et aux soins

Un des droits dont l'hôpital devrait être garant est le droit à la prise en charge médicale et aux soins pour les personnes hospitalisées. Or, les personnes en situation de crise ne bénéficient pas toujours, lorsqu'elles sont placées à l'isolement ou en contention, d'un examen médical qui doit pourtant être réalisé immédiatement afin d'éliminer une contre-indication à la mesure, ni toujours de la surveillance adéquate.

En pratique, les protocoles sont loin d'être correctement respectés. De fait, il apparaît, à travers l'analyse de différents dossiers, que :

– la prescription a quasiment toujours été anticipée avec une « prescription si besoin » qui, de surcroît, n'est pas toujours confirmée dans des délais brefs par une nouvelle prescription à la suite d'un examen médical du patient concerné ;

VISITE DU CGLPL RÉALISÉE EN 2015 : DEUX SITUATIONS D'ISOLEMENT RELEVÉES

– prescription « si besoin » du 7 juillet ; Mise en CIT¹ le 9 juillet à 13 h ; information selon laquelle le patient a été vu par un

1. CIT : chambre d'isolement thérapeutique.

psychiatre le lendemain à 18 h soit vingt-neuf heures après le placement en CIT. Sur le dossier on ne trace que deux entretiens médicaux pendant les cinq premiers jours en CIT ;
– mise en CIT avec contention pendant cinquante-trois heures et pendant cette période un dimanche sans trace de passage d'un médecin ni de surveillance infirmière entre 7 h et 13 h ce même dimanche.

– le suivi médical psychiatrique quotidien n'est pas effectif notamment les dimanches et les jours fériés, ou quand la mesure se prolonge. Par ailleurs, la mesure n'est, le plus souvent, pas tracée quand l'isolement thérapeutique se fait sur un mode séquentiel. Ainsi, lors de la visite d'un établissement, un psychiatre a déclaré, alors que le protocole prévoyait au moins deux visites par jour, « pour un nouveau patient on est vigilant et on le voit tous les jours alors que quand la situation d'isolement dure on est moins présent et on compte sur les infirmiers pour nous dire s'il y a un problème » ;

– alors même que l'isolement et la contention peuvent avoir des conséquences d'une extrême gravité sur la santé des patients, tout particulièrement quand les contre-indications n'ont pas soigneusement été éliminées, le médecin somaticien n'est pas informé de la mesure. Le CGLPL a récemment eu connaissance d'un placement en isolement associé à une contention chez un patient présentant une fracture de la cheville. Il a fallu vingt-quatre heures pour que le diagnostic soit posé ;

– la surveillance des personnes en chambre d'isolement, qui relève réglementairement de la compétence infirmière¹, n'apparaît pas systématique sur certaines plages horaires, diurnes ou nocturnes et le relevé des différents paramètres prévus par le protocole n'est pas toujours tracé dans la feuille prévue à cet effet

1. L'article R. 4311-6 du code de la santé publique précise que dans le domaine de la santé mentale, [...] l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants : [...] 3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement [...].

sans pour autant qu'il soit possible d'affirmer si c'est le fait de la levée de la mesure, d'un défaut de surveillance ou de traçabilité des actes réalisés ;

– une surveillance est effectuée le plus souvent, une fois par heure, ce qui est très insuffisant pour un patient qui va mal et interroge sur l'appellation parfois retenue de chambre de soins intensifs (cf. chapitre 1, section 1) ;

– dans certaines unités de soins accueillant des malades avec des pathologies déficitaires et chroniques, les personnes ne sont pas examinées par un médecin pendant plusieurs semaines alors même qu'elles sont isolées ou placées sous contention pendant des jours, voire des semaines ou même des mois. Que la mesure ait ou non un effet thérapeutique, l'absence de suivi médical et de prise en compte de l'évolution de la personne témoigne de la méconnaissance du droit à des traitements attentifs et proportionnés ;

– la mise en place de ces mesures en l'absence de recherche de stratégies alternatives, la non prise en compte de la façon dont les patients perçoivent leur prise en charge empêchent toute alliance thérapeutique indispensable à la qualité des soins et à leur efficacité ;

– le recours à ces mesures prive la plupart du temps les patients de toute activité thérapeutique, notamment d'entretien infirmier structuré permettant de « renouer le dialogue et de mettre des mots... »

RAPPORT D'UNE VISITE DU CGLPL RÉALISÉE EN 2016

Dans une unité, dix patients étaient enfermés dans leur chambre dont deux patients étaient en chambre d'isolement et huit patients étaient dans une chambre fermée dont certains vingt-trois ou vingt-quatre heures chaque jour le cas échéant avec une contention sur tout ou partie de ce temps, et ce depuis des mois, sans même une prise en compte des besoins physiologiques d'activités physiques quotidiennes

pour des adultes. Le passage chaque heure des soignants dans chacune des chambres ne peut suffire pour parler d'une approche thérapeutique et il y a naturellement un décalage important entre la perception des soignants qui ont une part importante de leur temps de travail consacrée à faire le tour des chambres vu le nombre de patients enfermés et la perception des patients qui voient passer rapidement un soignant quelques minutes chaque heure pour s'assurer que le patient va bien ou pour lui donner quelque chose qui est dans son placard ou pour l'accompagner aux toilettes etc.

II – Droit à la sécurité

Souvent la localisation de la (ou des) chambre d'isolement est très proche du bureau des soignants ce qui est de nature à faciliter leur intervention et une surveillance régulière de la personne qui y est placée. Parfois, en revanche, l'architecture du service est telle que cette chambre est totalement isolée à l'extrémité de l'unité, ce qui n'est pas dénué d'effets tant pour la charge de travail que pour la réalité de la surveillance du patient.

Le placement à l'isolement, comme sous contention, n'est pas dépourvu en lui-même d'effets secondaires défavorables et en tout état de cause ne met pas à l'abri de la survenue d'un autre problème de santé.

Et pourtant, il arrive que les chambres concernées soient totalement dépourvues de sonnette d'appel ou qu'elle ne fonctionne pas ou encore que le patient ne puisse y accéder car le bouton n'est pas accessible depuis son lit s'il y est fixé par des liens de contention. Si de nombreuses chambres d'isolement sont dotées de système d'appel, il est plus rare qu'il soit accessible à un patient placé sous contention même si le CGLPL a pu voir dans un établissement, un bouton d'appel intégré au lit pour garantir en permanence cet accès.

Ainsi les patients enfermés ne disposent d'autre moyen pour faire appel aux soignants que de taper à la porte ou de crier,

parfois vainement – « on ne les entend pas forcément » a-t-il été résumé par un soignant. Certains, attachés, n'ont d'autre choix que d'attendre le passage infirmier, parfois seulement toutes les deux heures, voire moins la nuit, pour obtenir à boire ou pour demander le bassin, ou, plus gravement, pour signaler un malaise ou un problème urgent.

Il a même pu être constaté dans un établissement que des patients pouvaient être enfermés dans leurs chambres à l'étage alors que le personnel soignant reste au rez-de-chaussée la majeure partie du temps ; ainsi bien que des tours de surveillance soient effectués régulièrement, les patients se retrouvent totalement isolés.

RAPPORT D'UNE VISITE DU CGLPL RÉALISÉE EN 2016

Un homme dans une chambre individuelle avec un placard fermé dont il ne dispose pas de la clef ; patient allongé dans son lit avec une montre au poignet, enfermé depuis plusieurs mois dans sa chambre dont il sort de 18 h 30 à 19 h 30 pour le dîner qui est pris en salle à manger ; une contention au lit lui est imposée de 9 h à 10 h, de 13 h à 15 h, de 20 h à 7 h soit quatorze heures sur vingt-quatre. Ce patient précise « j'aimerais bien sortir un peu du service ; ma sœur m'a fait sortir un jour il y a un an environ et j'aimerais bien qu'on le refasse » ce qui provoque un acquiescement du cadre de santé qui semble évoquer cela comme possible ; « ils [les soignants] viennent le matin à 8 h 30, à midi pour manger, à 15 h pour décontenir, à 16 h pour goûter et le soir je sors pour dîner » mais il accepte, suite à une remarque d'un soignant, de « reconnaître » que les soignants passent au moins six fois dans la chambre et pas seulement quatre. « On est le 12 ou le 13 ? » appelant une réponse du soignant indiquant que nous étions le 14. Un soignant faisant état devant le patient de sa grande angoisse, ce dernier précise « Non j'suis pas angoissé » ; « le docteur est venu dans ma chambre il y a bien un an ».

Le CGLPL demande expressément que toute personne mise en situation d'isolement ou de contention ait toujours accès à un dispositif d'appel auquel il doit être répondu immédiatement.

Par ailleurs, si en règle générale le protocole prévoit l'information systématique et en temps réel des services de sécurité-incendie de l'établissement, il a été constaté qu'elle n'était pas toujours transmise. Là encore, le préjudice peut être grave en cas d'incendie d'une unité, par exemple.

Aux fins de réduire les phénomènes de désorientation temporelle, il est nécessaire que les personnes puissent consulter une horloge si possible à aiguilles, or il en est très régulièrement constaté l'absence dans les chambres d'isolement visitées.

III – Droit à l'intimité

Le CGLPL a pu constater le développement de la surveillance des chambres d'isolement par des caméras dont les images peuvent être reçues dans le bureau des infirmiers. Dans certains cas, en fonction de leur charge de travail, plutôt que de se déplacer auprès de la personne isolée, les infirmiers se contenteront de vérifier son état à distance sur les écrans vidéo. Par ailleurs, le champ de vision de la caméra couvre souvent la totalité de la chambre : le lit mais aussi les toilettes, supprimant toute intimité au patient qui peut être « visionné » dans ses gestes les plus intimes. Le CGLPL déplore cette vidéosurveillance même s'il a pu être rencontré de très rares situations où les caméras sont désactivées au moment de la douche et des soins.

Il en est de même avec les fenestrons des portes de ces chambres qui permettent la visualisation non seulement de la chambre mais aussi des sanitaires et ce par le personnel mais également par les autres patients ou les visiteurs qui passent devant les portes.

De plus le CGLPL a pu constater que le renvoi d'images au bureau des infirmiers souvent vitré, pouvait parfois permettre une visibilité depuis les espaces communs ; ainsi les patients, les visiteurs ou toute autre personne (techniciens, par exemple), peuvent voir ce qui se passe dans la chambre d'isolement.

Enfin le CGLPL a pu voir des chambres équipées, en plus de la vidéosurveillance, de microphones et de caméras thermiques permettant d'entendre et d'observer les faits et gestes du patient depuis le poste de soins, même la nuit. Ces modes de surveillance sont attentatoires à la dignité des patients ; en outre, ils ne sauraient remplacer une présence régulière et fréquente auprès des patients placés en chambre d'isolement.

Dans quelques unités, les chambres sont contiguës au bureau infirmier sans qu'une attention suffisante ait été portée à l'insonorisation des locaux. Ainsi la personne placée en chambre d'isolement peut être entendue en permanence des infirmiers y compris quand elle reçoit de la visite (dans les rares situations où ce placement ne contre-indique pas toute visite). Réciproquement, elle peut entendre tout ce qui se dit dans le bureau infirmier, et connaître, si les soignants n'y sont pas attentifs des informations concernant d'autres patients suivis dans le service.

Il a été relevé par le CGLPL que dans certains établissements, pour aider à assurer la mise à l'isolement ou en contention des patients, ainsi que pour la prise des repas et la toilette des malades placés à l'isolement, les personnels soignants font parfois appel aux agents de sécurité. Cette pratique est contraire aux règles déontologiques des personnels concernés et met à mal l'intimité des patients.

IV – Droit de recevoir des visites

Dans la plupart des cas, le placement sous contrainte physique est assorti d'une prescription d'interdiction de visite ; les patients sont donc privés de contact avec leurs proches pendant tout le temps où ils subissent ces mesures. Cette interdiction concerne alors également la personne de confiance quand elle est désignée, ce qui ne permet pas à celle-ci de jouer le rôle qui est le sien auprès du patient concerné.

Il est parfois indiqué au CGLPL que « les patients placés en isolement peuvent avoir droit à des visites si leur état psychique

est stabilisé » ; ceci laisse perplexé sur la pertinence du maintien d'une mesure de privation de liberté aussi contraignante pour des patients dont l'état serait stabilisé.

De plus il arrive que des patients reçoivent de la visite dans une chambre non seulement vidéo-surveillée mais également sonorisée, ce qui ajoute une atteinte à la confidentialité des conversations.

Rares sont les établissements qui ont pensé l'architecture de l'espace d'isolement pour permettre aux personnes de recevoir leurs proches, lorsqu'ils y sont autorisés, dans un espace qui ne soit pas obligatoirement la chambre, mettant à leur disposition un salon où ils peuvent également prendre leur repas, s'asseoir ou aller et venir.

V – Droit au respect de la dignité

Si certains établissements disposent de chambres d'isolement incluant des sanitaires, nombreuses sont encore celles où les patients sont dans l'obligation d'utiliser une chaise percée ou un seau hygiénique, éventuellement sous le regard des soignants ou la vidéosurveillance. Dans certains établissements, cette situation peut perdurer malgré la réalisation de travaux de rénovation et de réhabilitation des locaux.

Le CGLPL a également pu constater que certaines chambres d'isolement dégageaient une forte odeur d'urine, soit que leur entretien laisse à désirer soit parfois que, même maintenues dans un parfait état de propreté, une odeur tenace et incommode persiste.

Le fait que certains patients soient maintenus attachés sur leur lit sans système d'appel peut les mettre dans une situation où ils n'ont parfois pas d'autre possibilité que de faire leurs besoins naturels sur eux ; cette situation qui leur est imposée est le plus souvent vécue comme très humiliante.

Les conditions dans lesquelles les personnes prennent leur repas sont peu respectueuses de leur dignité, le plus souvent en présence d'un, voire de deux soignants debout dans la chambre.

Si celle-ci ne dispose ni de table ni de chaise, la personne mange sur son lit quand n'est pas apportée une table d'appoint au moment du repas. Certains patients mangent assis par terre, utilisant leur lit comme une table.

Parfois ne leur sont remis comme couvert qu'une cuillère inadaptée pour certains plats (la viande doit alors être servie coupée voire mixée) comme la salade.

Au cours de ses visites en établissements psychiatriques, le CGLPL a de nombreuses fois constaté que le port du pyjama était imposé tout ou partie du temps aux personnes hospitalisées et toujours aux personnes isolées.

Le port du pyjama en psychiatrie trouve peut-être son origine dans la médicalisation qui marquait toute admission en service de psychiatrie afin d'éliminer une cause somatique à l'origine de la pathologie. Les modalités actuelles de recherche d'une étiologie somatique ne justifient en général pas la mise en pyjama. Pourtant le port du pyjama perdure dans beaucoup d'unités. Incapables de remettre en cause cette pratique, les professionnels de santé avancent d'autres explications, aussi variables que les équipes : besoin de médicaliser, moyen de repérer un malade tentant de sortir sans autorisation, nécessité de faire comprendre au patient qu'il est malade et à l'hôpital. Devant la diversité de ces réponses, le CGLPL s'interroge sur la motivation réelle de cette pratique ; elle semble davantage être une survivance d'habitudes anciennes à laquelle les personnels de santé tentent de trouver une justification quand ils ne l'utilisent pas pour sanctionner les patients « indisciplinés » comme le CGLPL l'a parfois constaté. Outre le fait que cette tenue est indigne ailleurs que dans un lit, elle induit évidemment une relation d'inégalité : le pyjama face à la blouse blanche.

Les motifs de l'isolement ou de la contention comme leurs modalités de mise en œuvre peuvent enfin être abusivement infantilisans. En effet, on peut admettre qu'une personne malade en période de régression, lors d'une situation de crise ou immédiatement après, accepte de s'en remettre totalement

aux soignants et éprouve un certain apaisement dans une mise en retrait. Mais, le patient est souvent, de fait, placé en situation d'infantilisation, quand l'indication n'est pas adaptée, par exemple dans les pathologies chroniques ou quand la mesure est employée aux fins de sanctions.

VISITE DU CGLPL DES SERVICES DE PSYCHIATRIE DES HÔPITAUX DE SAINT-MAURICE (2011)

Les contrôleurs ont rencontré un jeune patient autiste très déficitaire dont la situation particulière doit être évoquée. Âgé de 21 ans et hospitalisé depuis l'âge de 15 ans, ce patient se trouvait placé en isolement quasi total dans sa chambre depuis près d'une année. Toute entrée dans sa chambre se faisait avec quatre soignants, parfois avec des moyens de contention. L'épuisement du personnel n'avait d'égal que l'absence de solution d'avenir pour ce jeune homme. Dans de tels cas extrêmes, la situation du patient devrait être prise en compte, non pas seulement par le personnel de l'unité où il se trouve mais par l'ensemble de la communauté hospitalière, afin d'apporter une solution en adéquation avec le respect de la dignité humaine. L'emploi du temps qui lui est proposé est affiché dans sa chambre et mentionne pour chaque jour, le petit-déjeuner à 8 h 30, la douche de 10 h 30 à 11 h (une fois par semaine elle est assortie d'une pesée), un entretien médical à 11 h, le déjeuner à 12 h 30, le goûter à 16 h 30, le dîner à 19 h 15. Depuis [peu], deux sorties sont prévues par semaine : l'une, le mardi de 17 h à 17 h 30 dans une courive qui est alors fermée aux autres patients ; l'autre, le mercredi entre 17 h et 17 h 30 dans le parc, accompagnée par quatre soignants. Toute entrée, dans la cellule du patient, pour les repas, pour le conduire à la douche, l'emmener à ses deux sorties hebdomadaires se fait systématiquement avec quatre soignants dont deux hommes au minimum. Cela suppose que du

personnel masculin d'autres unités soient sollicités. Cet état de fait entraîne de multiples contraintes pour le personnel et des horaires souvent décalés pour le patient. Le personnel se dit « épuisé, sans solutions ; nous demandons à passer la main. Nous n'avons plus assez de temps pour les autres patients, nous sommes déçus de nous. »

V – Prise en compte des besoins physiologiques de mobilité physique

Bon nombre de personnes concernées par ces mesures de contrainte sont de fait soumises à des situations où elles ne peuvent satisfaire leur besoin physiologique de se mouvoir et de développer une activité physique élémentaire. Il est ainsi très fréquent de constater que la recommandation de l'ANAES (cf. chapitre 3, section 2) visant à ce que le séjour du patient en chambre d'isolement soit interrompu par des sorties de courte durée, durant la journée, n'est pas respectée.

Quelques établissements ont réfléchi l'organisation architecturale pour permettre aux personnes concernées de disposer de plus grands espaces de déambulation dans la zone dite d'isolement.

RAPPORT D'UNE VISITE DU CGLPL RÉALISÉE EN 2016

Situation d'une femme d'une cinquantaine d'années, en chambre d'isolement depuis six mois. La prescription d'isolement est renouvelée tous les sept jours comme la prescription associée de contention au lit de 9 h à 11 h, de 13 h à 15 h et de 20 h à 7 h soit quinze heures sur vingt-quatre. La chambre ne dispose d'aucune sonnette d'appel. L'isolement est strict, rien n'est introduit dans la chambre qui ne dispose ni de téléviseur ni de radio, ni livres ni occupation. Les repas sont pris en chambre d'isolement mais la patiente sort

de la chambre depuis quelques semaines pour regarder la télévision une heure par jour. La seule activité thérapeutique consiste en la participation, une heure par semaine, à un groupe sur l'image de soi.

Très peu de zones d'isolement offrent un patio à l'air libre permettant, outre d'agrandir l'espace disponible, de fumer. Toutefois, on peut regretter que ces espaces soient toujours exigus et très minéraux. En l'absence de tels dispositifs, dans certaines unités les personnes sont régulièrement accompagnées dans les cours extérieures accessibles aux autres patients. Ceci n'est parfois possible qu'après des sollicitations répétées des personnels par le patient, en particulier quand ce dernier souhaite fumer.

Cette absence de prise en compte des besoins d'espace, de sortie à l'extérieur et de possibilité de développer un minimum d'activités physiques, outre l'inconfort qu'elle entraîne, aggrave également les effets secondaires de fonte musculaire ou de prise de poids, en particulier quand les mesures sont prolongées pendant plusieurs mois.

RAPPORT D'UNE VISITE DU CGLPL RÉALISÉE EN 2014

À l'unité X un patient était entravé depuis cinq jours, lors du passage du CGLPL. À l'unité Y les patients peuvent être placés par les infirmiers sur un fauteuil de contention situé au sein de la salle de vie.

À l'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) la mise en chambre de soins intensifs (CSI) est systématique pour la période d'observation de quarante-huit heures pour les patients venant des services de psychiatrie et de quatre-vingt-seize heures pour ceux provenant d'établissements pénitentiaires. Dans le cas où le psychiatre décidait d'un placement en CSI, la durée minimale de séjour était obligatoirement de vingt-quatre heures.

VII – Le droit de fumer ou les modalités de gestion du tabac

Les modalités de gestion du tabac apparaissent souvent très peu respectueuses des droits des personnes. Certes, l'interdiction légale de fumer dans l'enceinte des établissements hospitaliers est applicable. Cependant, le tabagisme est une réalité très présente dans la majorité des services de psychiatrie, les personnes ayant des troubles psychiatriques fumant beaucoup plus que la population générale. Toutefois dans un contexte de faible prise en compte des aspects sanitaires de la dépendance tabagique, on ne peut que s'étonner du sort particulier qui est fait à ceux qui, dans un contexte de crise du fait de leur pathologie psychiatrique, sont soumis à des mesures d'isolement ou de contention.

La situation est paradoxale ; alors même que ce sont les périodes de stabilisation des troubles mentaux qui sont sans doute les meilleures pour envisager l'arrêt du tabac, ce qui est pourtant exceptionnellement proposé par les soignants aux personnes suivies en ambulatoire ou en fin de séjour hospitalier, ce sont les patients les plus en difficulté, ceux qui sont en crise, qui se voient imposer le plus souvent d'arrêter totalement de fumer. Un accompagnement minimal, au mieux un substitut nicotinique, leur sont prescrits sans autre forme d'accompagnement ; éventuellement on leur propose de réduire leur consommation à quelques cigarettes (deux, trois, quatre ou six selon les unités) qui sont fumées en présence d'un ou de deux soignants.

Ces cigarettes, quand il est possible d'en fumer, peuvent l'être soit à heures fixes comme c'est le cas le plus souvent, soit à la demande sous réserve d'attendre que les soignants soient disponibles, soit parfois à chaque intervention des soignants dans la chambre quand ceux-ci permettent l'ouverture de la fenêtre de la chambre (quand elle existe et qu'elle peut être ouverte). L'incohérence résultant de la violation du règlement intérieur rend impossible l'approche professionnelle de cette question.

On peut même parfois, de façon paradoxale encore, avoir une prescription médicale précisant le nombre de cigarettes possibles et les heures comme s'il s'agissait d'un médicament.

Ainsi, le tabac représente un enjeu important de la relation soignant-soigné notamment un enjeu de pouvoir et cristallise autour de la rigidité imposée à ces patients, une logique d'arbitraire, ce d'autant que l'ennui et l'inactivité, qui sont favorables au tabagisme, sont particulièrement pénibles pendant ces temps de retraits imposés.

EXTRAITS DE DIVERS RAPPORTS DE VISITE DU CGLPL

- Les cigarettes sont données une par une aux patients placés en chambre d'isolement qui fument en restant contenus sur le lit, une main étant détachée, à la fenêtre ou conduits dans la salle fumeur selon leur état : « on ne fait pas flamber les choses pour une cigarette ».
- Si un patient est à l'isolement alors il ne peut plus fumer.
- Il est interdit de fumer au sein de l'unité. Il est en revanche permis de le faire dans la cour grillagée. Des substituts nicotiques peuvent être proposés aux patients qui le demandent. Pour le patient placé en chambre d'isolement, [...] il était accompagné à l'extérieur pour fumer ou bien, si son état de forte agitation le nécessitait, il était muni d'un substitut nicotinique (patch).

VIII – La possibilité d'activités

En règle générale les patients qui sont placés à l'isolement ne bénéficient pas d'activités, qu'elles soient thérapeutiques ou occupationnelles, au moins pendant tout le temps de l'isolement strict. Cette règle est parfois très rigide : ainsi dans une unité « le médecin a précisé qu'aucune lecture, musique ou aucun objet personnel ne peut être introduit en chambre d'isolement ».

RAPPORT DE VISITE DU CGLPL DU CENTRE HOSPITALIER DE JURY (2012)

La chambre est occupée par un patient sous cinq points de contention. La pièce dispose d'un poste de télévision acheté

par la famille et d'une chaîne hi-fi intégrée dans un meuble fabriqué par un parent du patient. Selon les informations recueillies, « dès qu'on lève la contention, il faut un soignant en permanence avec lui, du fait des risques d'automutilation et d'ingestion de corps étrangers ».

Parfois les chambres d'isolement sont équipées d'une sonorisation commandée depuis le poste de soins.

Exceptionnellement la chambre est équipée d'un téléviseur éventuellement protégé par du plexiglas. Il est même une situation où le poste de télévision a été fourni par la famille comme cela est rapporté dans l'encadré ci-dessus.

L'ennui et la vacuité du temps sont parfois très pesants pour les patients concernés.

La décision d'alléger la mesure, qui passe souvent par une phase d'isolement séquentiel, est naturellement vécue très positivement par la personne concernée et lui permet le plus souvent de prendre son repas avec les autres patients, de pouvoir regarder une émission de télévision sur certains créneaux horaires et de participer à certaines activités occupationnelles accessibles sur l'unité d'hospitalisation voire à des activités thérapeutiques organisées.

IX – L'intervention du comité d'éthique

Les comités d'éthique des établissements se sont parfois saisis de ces sujets d'isolement et de contention, mais à ce jour peu ont proposé à l'établissement des positions fermes comme par exemple la suppression du recours à la contention dans l'établissement.

Certains se sont emparés de la question des conditions d'accès au tabac pour les patients isolés ou d'un aspect relatif aux libertés d'aller et venir.

Si certains sont encore en cours de réflexion, de façon surprenante, bon nombre n'ont pas été saisis ou ne se sont pas encore emparés des conditions dans lesquelles les patients sont contraints au sein même de l'établissement.

Section 3

Le vécu des patients

Les sentiments exprimés par les patients qui ont été placés en chambre d'isolement ou sous contention ne sont évidemment pas les mêmes selon la durée, la qualité de l'accompagnement par les soignants – visites fréquentes, entretiens – les conditions matérielles, les circonstances du placement. L'interprétation qu'ils ont de la décision qui est prise à leur égard imprègne leur perception mais le sentiment d'incompréhension voire de punition domine.

Les patients placés sous contention expliquent souvent éprouver de la haine à l'égard des personnes qui les attachent « c'est du viol moral » – a confié l'un d'entre eux. Ce sentiment d'être traité comme une bête – revient le qualificatif « c'est inhumain » – alimente un souhait de vengeance. La perception de l'enjeu de pouvoir avec l'équipe soignante, qui cherche la *compliance* au traitement, est exacerbée lorsque le malade est sous contrainte physique. Selon les propos recueillis de ceux qui ont fait l'expérience de la contention, l'impuissance – réelle puisque le malade ne peut pas se gratter simplement la joue, se moucher – alimente un sentiment de tristesse. L'humiliation est cuisante, et objective, lorsque faute de pouvoir appeler, puisque la contention empêche de pouvoir manœuvrer un bouton d'appel, ou d'avoir accès à des toilettes, les malades en viennent à se souiller.

Dans cette solitude, la colère ou l'anxiété montent, le sentiment d'incompréhension, puis, la rancune.

Dans sa thèse de médecine¹, Raphaël Carré relate le témoignage de patients. Parmi eux une femme : « Il faut quand même que ce soit une sanction. Il faut que l'on vous sanctionne pour ce que vous avez fait. Après, c'est sûr que généralement on n'y peut rien, c'est la maladie qui le veut ou c'est les médicaments qui le veulent. Et qu'on ne vous engueule pas systématiquement pour

1. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine « Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients ».

des choses pour lesquelles vous n'y êtes pour rien. Quand vous êtes maniaque en général et quand vous êtes sanglée en particulier, on n'arrête pas de vous traiter comme un chien comme si c'était votre faute. C'est vrai qu'on est pénible, c'est vrai qu'on peut être dangereux, c'est vrai qu'on est insultant. Il faudrait bien qu'ils se rendent compte qu'on est malade avant tout, on ne nous traite plus comme des malades on nous traite vraiment comme des forcenés. L'enfermement, c'est la même chose, c'est une sanction incroyable. On vous crie après. On vous crie tout le temps après comme si vous étiez un prisonnier. C'est une dégradation, une dégradation totale. Une injustice. Ce n'est pas du tout à la mesure de ce que vous avez fait. On n'a pas le droit de vous traiter comme ça. On pourrait le faire en laissant la personne digne de ce qu'elle est et non pas en la dégradant. C'est déjà assez pénible d'être sanglée, en plus on la dégrade verbalement. C'est ça le ressenti, de n'avoir aucun recours possible, à tous les niveaux, à la fois physique et psychologique. On vous ligote ».

Les patients disent nourrir l'idée que les soignants « jouissent » de sangler. La rancune s'installe souvent ; dans ces conditions, on a peine à concevoir que l'alliance thérapeutique ne soit pas brisée ou puisse trouver à s'installer.

Un témoignage publié dans une revue professionnelle résume ce que les patients rencontrés ont pu exprimer¹ :

« C'était long, trop long, l'enfer ! On m'a mise là car je m'étais alcoolisée lors d'une sortie à l'extérieur. Je n'étais pas méchante, juste un peu gaie. On m'a fait souffler dans l'alcootest. L'alerte lancée, dix personnes m'ont poursuivie... j'ai pris des coups, poussé des cris et demandé à porter plainte... Arrivée à la chambre d'isolement, j'ai été déshabillée... Toute nue comme un ver. Aujourd'hui, j'en rêve encore... plutôt, j'en fais des cauchemars. On est ici, à l'hôpital pour être soignée et pas pour être punie. On est humain, il y a d'autres solutions non ? Depuis je me pose des questions et il y a comme « un froid » en moi. Toute cette brutalité... et puis

1. *Revue Santé mentale* n° 139, juin 2009.

pourquoi m'avoir dénudée ? Je me suis sentie profondément humiliée. De plus on m'a attachée, pieds et mains liées ! Mise à nue devant tout le monde, en voilà des manières... Cette impression de "devoir penser" car on ne peut rien faire d'autre, ni écrire, ni discuter, ni écouter de la musique... Pour moi, c'était comme être un animal, très douloureux physiquement, même quand j'en parle maintenant. Une torture, surtout à cause des liens de contentions très serrés dont il me reste des séquelles... Je peux affirmer que ma relation avec les soignants a empiré... Si je raconte cette expérience à ceux qui ne l'ont jamais connue, ils ne me croiront pas... il devrait donc y avoir un règlement intérieur pour nous mettre au courant des règles appliquées en chambre d'isolement. Je suis sûre d'une chose, lorsqu'on a une grande souffrance, l'isolement ne suffit pas. L'idéal est de pouvoir parler à des équipes formées à l'écoute pour des personnes en grande souffrance et au bon moment. L'isolement ça ne guérit pas... c'est clair ! Pire, ce n'est pas thérapeutique. »

L'expérience de la contrainte physique fonde la certitude de menaces que les patients disent ressentir – notamment de mise en chambre d'isolement – s'ils ne se montrent pas suffisamment « dociles » avec les personnels soignants. L'un d'entre eux a expliqué aux contrôleurs « là je fais attention parce que sinon : isoloir ! ». Certains affirment prendre les médicaments pour ne pas être attachés.

Ces restitutions ne rendent pas compte de l'écart entre la perception du patient, en principe en crise lorsqu'il subit la contrainte, et le comportement réel des soignants. Mais il importe de prendre en compte la manière dont le patient perçoit l'humiliation, au-delà de la réalité objective de la situation. À cet égard, les professionnels insistent sur l'importance de reprendre en entretien avec la personne, les circonstances de l'utilisation des contraintes ultimes et l'effet qu'elle en ressent.

Les malades rencontrés ne sont pas nécessairement dans le déni du besoin de d'isolement, surtout d'apaisement, lorsqu'ils sont agités mais ils affirment que le résultat pourrait être obtenu par la présence constante, certains évoquent l'amitié et la compréhension.

Le CGLPL reçoit régulièrement des courriers de patients relatant leur sentiment de dévalorisation lors de mise sous contrainte physique.

Ces témoignages ainsi que ceux recueillis lors d'entretiens soulignent l'effet traumatisant pour les patients, le souvenir négatif qu'ils en gardent (assorti de la possible réminiscence de violences subies dans leurs antécédents) ; ces effets ne peuvent que nuire à la prise en charge et constituer un frein au développement de l'alliance thérapeutique voire à l'accès aux soins lors d'un épisode de crise ultérieure.



Chapitre 3

Un désintérêt des professionnels, frein à l'évolution préconisée des pratiques

La nécessité de protéger les malades mentaux placés à l'isolement ou contenus est identifiée dans les pays occidentaux où le recours à ces contraintes est accepté ; dans la plupart d'entre eux, ces pratiques sont encadrées par la loi.

Tel n'était pas le cas en France jusqu'en 2016. Pour autant, la communauté hospitalière n'a pas estimé utile de se saisir des questions éthiques et procédurales que le dispositif juridique national n'a ni précisé ni rigoureusement encadré.

Section 1

Le cadre législatif et réglementaire est évolutif en France comme dans un certain nombre de pays comparables

I – Rares sont les pays qui ont porté au plus haut niveau normatif l'encadrement des pratiques de contrainte

La situation en Islande est particulière puisque contention et isolement sont exclus des pratiques psychiatriques ; ce parti-pris doit être apprécié au regard de son taux de soignants qui est le plus élevé d'Europe : un soignant pour un patient.

A – Belgique

Aucun texte législatif n'est spécifique aux pratiques d'isolement et de contention en milieu psychiatrique. La préservation des droits fondamentaux dans le cadre de soins psychiatriques résulte donc de la combinaison de textes plus généraux tels que :

- la Constitution belge qui précise que i) la liberté individuelle est garantie, ii) chacun a droit au respect de sa vie privée et familiale, iii) chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine ;

- le code pénal qui sanctionne « ... celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention. Le délit requiert que l'absténant pouvait intervenir sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui... »

- la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux ne comporte pas de dispositions relatives au traitement des patients ;

- la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient qui concerne l'ensemble des soins y compris psychiatriques, précise que le consentement du patient à la mise sous contention doit être préalablement obtenu.

Les mesures de prévention de lésions corporelles, au nombre desquelles la contention et la procédure d'isolement, font partie des actes infirmiers autorisés par la loi. En Wallonie et à Bruxelles les directives régionales n'exigent pas une prescription médicale préalable à la mise sous contention au contraire de la directive flamande.

À Bruxelles, la tenue d'un registre et la rédaction d'un code de bonne conduite sont obligatoires (circulaire Weckx du 24 octobre 1990). En Wallonie la mesure de restriction sera notifiée dans un registre (circulaire du 26 octobre 2009 du service public de Wallonie). Cette circulaire précise que l'isolement est une mesure d'exception dans des circonstances de mise en danger de la santé du patient, de sa sécurité ou celle

d'autrui. Enfin dans la communauté flamande, les mesures privatives de liberté ne peuvent être prises qu'en concertation avec le médecin traitant.

B – Allemagne

Les actes de soins sans consentement en psychiatrie sont régulés en Allemagne par la loi sur la tutelle (*Betreuungsrecht*) applicable dans tous les états fédéraux. Les débats depuis une dizaine d'années dans le pays allaient vers un souhait de traiter dans deux lois séparées les admissions en hospitalisation sans consentement et les traitements non consentis. En 2011, la Cour constitutionnelle a rendu deux décisions sur les traitements non consentis chez les patients sous main de justice qui ont eu un impact majeur sur les pratiques en psychiatrie. Selon ces décisions, les lois encadrant les soins non consentis étaient anticonstitutionnelles. La Cour demandait à ce que les traitements médicamenteux non consentis ne soient appliqués qu'à des personnes sans possibilité aucune de consentement, en mesure de dernier recours, après une décision de la Cour s'appuyant sur l'avis d'un expert indépendant. Les autres cours étendirent cette notion, initialement destinée aux patients sous main de justice, à tous les patients et à tous les traitements non consentis. En conséquence les traitements non consentis ne pouvaient plus être appliqués à l'exception des situations d'extrême urgence. En 2013 de nouvelles lois ont répondu aux exigences de la Cour constitutionnelle. Ce n'est que très récemment qu'une nouvelle loi tient compte des mesures coercitives techniques telles que l'isolement ou la contrainte.

C – Pays Bas

La loi de 1994 relative aux admissions sans consentement en psychiatrie, *Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen* (BOPZ), autorise certains soins sans consentement dans des conditions très strictes. En cas d'urgence, isolement et contrainte mécanique ne peuvent être mis en œuvre que pour une durée de sept jours

au maximum. Ces traitements doivent être signalés à l'inspection de la santé. Dans le cas où les mesures devraient se poursuivre plus de sept jours, elles doivent être intégrées dans un plan de soins qui doit être approuvé par un psychiatre non impliqué dans le traitement. Le patient peut se retourner en justice contre le médecin ayant prescrit le traitement mais aussi contre l'expert.

D – Royaume-Uni

L'hospitalisation sans consentement est régie par le *Mental Health Act* de 1983. Un guide, régulièrement mis à jour, le *Code of Practice*, permet à tout un chacun qu'il soit professionnel de santé, agent administratif ou patient de bien comprendre les principes du *Mental Health Act*.

Le *Mental Health Act* ne traite pas des mesures d'isolement et de contrainte, c'est donc dans le *Code of Practice*, au chapitre 26 qui traite des réponses thérapeutiques sans risque aux comportements perturbés, que l'on trouve les recommandations guidant ces pratiques. Le chapitre débute par la nécessité d'un plan de réduction des pratiques limitant les libertés. Les autres recommandations sont assez similaires à celles développées dans les guides de bonnes pratiques. On note que la nécessité de disposer d'un registre des isolements et mises sous contrainte mécanique n'est pas du tout abordée.

E – Québec

L'article 118.1 de la loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), s'intéresse tout particulièrement à la question de l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle que sont la contention, l'isolement et les substances chimiques :

« La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures. »

En 2002, le ministre de la santé a publié des recommandations afin de mieux encadrer ces pratiques. Ces recommandations se déclinent en six principes :

- les substances chimiques, la contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent.

- les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en dernier recours.

- lors de l'utilisation de substances chimiques, de la contention ou de l'isolement à titre de mesures de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est la moins contraignante pour la personne.

- l'application des mesures de contrôle doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet d'une supervision attentive.

- l'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit, dans chaque établissement, être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le respect des protocoles.

- l'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chacun des établissements.

Les mesures de recours sont décrites dans une brochure d'un organisme de défense des droits en santé mentale :

« Vous désirez entreprendre une démarche de défense des droits après avoir vécu une mesure de contrôle ? Vous pouvez :

1. Demander à ce que votre désaccord concernant la mesure de contrôle soit inscrit à votre dossier.

2. Communiquer avec le groupe régional de promotion et de défense des droits en santé mentale qui peut :

- Vous informer sur vos droits.
- Vous accompagner dans l'exercice de vos droits.
- Vous aider à exercer un recours.

3. Vous pouvez porter plainte, en première instance, par écrit ou verbalement au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement en cause. En deuxième instance, si vous êtes insatisfait des réponses ou des conclusions du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services, vous pouvez vous adresser au Bureau du Protecteur du citoyen »

II – L'évolution des dispositifs adoptés par la France n'est pas pleinement satisfaisante au regard du respect des droits de l'homme

Alors que la mise en chambre d'isolement ou sous contention constitue la modalité la plus radicale de la privation de liberté, ces actes et leurs conséquences n'ont longtemps fait l'objet d'aucun encadrement législatif ou réglementaire.

A – « La loi Esquirol »

Depuis 1838¹, le législateur s'est soucié des conditions de prise en charge des malades mentaux, articulant la volonté de protection de la société et les soins de ces derniers. Elle prévoit les conditions matérielles de prise en charge : « chaque département

1. Loi n° 7443 sur les aliénés du 30 juin 1838.

est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés » (article 1) « placés sous la surveillance de l'autorité publique » (article 3). Les personnes qui y sont internées peuvent présenter une réclamation à l'une des autorités chargées de visiter les établissements : Le préfet (...), le président du tribunal, le procureur du Roi, le juge de paix, le maire de la commune, devant visiter les établissements privés au moins chaque trimestre et les établissements publics au moins chaque semestre.

La loi de 1838 rappelle enfin la spécificité du malade et la qualité de l'attention qui doit lui être portée : « Dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans ces hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pourvoir à leur logement, soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet. Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison » (article 24).

La loi se préoccupe en premier lieu de prévenir les placements arbitraires : elle exige la vérification de l'identité de la personne, de la réalité de la maladie et du besoin de traitement ainsi que, le cas échéant d'un placement par un tiers, de l'identité du tiers. L'ensemble devant être mentionné dans un registre. L'autorité judiciaire est prévenue du placement. La réalité du besoin d'hospitalisation doit être attestée par un certificat médical et la personne doit cesser d'« être retenue dès que les médecins de l'établissement auront déclaré (...) que la guérison est obtenue ». Elle devra même cesser d'être retenue dès que sa sortie est requise par un proche dans le cas d'un placement volontaire (devenu depuis soins psychiatriques sur demande d'un tiers).

Elle n'a pas toujours convaincu si l'on s'en réfère à l'opinion d'Albert Londres¹ : « La loi de 1838, en déclarant le psychiatre infallible et tout-puissant, permet les internements arbitraires et

1. *Chez les fous*, Albert Londres, 1925, éditions Arléa.

en facilite les tentatives. [...] Sous la loi de 1838, les deux tiers des internés ne sont pas de véritables aliénés. D'être inoffensifs, on fait des prisonniers à la peine illimitée. »

La préoccupation de maintien de l'ordre public n'intervient que dans la deuxième section qui porte sur les placements ordonnés par l'autorité publique des individus dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes. Si l'autorité publique est investie de la possibilité de placer, dans un établissement d'aliénés toute personne présentant cet état, ces placements doivent être motivés, leur prolongement justifié médicalement à échéance régulière.

Dans tous les cas, le placement dans un établissement d'aliénés constitue une privation de liberté qui justifie, ainsi que le prévoit la loi, qu'elle soit placée sous le contrôle de l'autorité judiciaire : celle-ci peut être saisie à tout moment, par « toute personne placée ou retenue » ou l'un de ses proches ainsi que par les personnes ayant demandé le placement, d'une demande de sortie (article 29).

La protection des biens de la personne placée est également prévue : « Sur la demande des parents, de l'époux ou de l'épouse, sur celle de la commission administrative ou sur la provocation, d'office, du procureur du Roi, le tribunal civil du lieu du domicile pourra, conformément à l'article 497 du Code civil, nommer, en chambre du conseil, un administrateur provisoire aux biens de toute personne non interdite placée dans un établissement d'aliénés. Cette nomination n'aura lieu qu'après délibération du conseil de famille, et sur les conclusions du procureur du Roi. Elle ne sera pas sujette à l'appel. »

Si elle entend assurer la protection des personnes contre les internements abusifs et présuppose que les aliénés « remis » aux établissements y seront soignés, la loi de 1838 ne se préoccupe en rien des modalités de traitement auxquels ils seront soumis, de la teneur et de la qualité des soins qui leur sont prodigués ni du respect de leurs droits par l'établissement. Passée sa porte, les praticiens et soignants sont maîtres dans le « royaume » de l'asile psychiatrique.

B – L'évolution de 1990

La loi n° 90-527 du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, n'a pas modifié l'équilibre entre protection des malades et protection de l'ordre public. Elle consacre la possibilité d'une hospitalisation libre pour toute personne souffrant de troubles mentaux précisant qu'« elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause ». Corrélativement, elle dispose que : « lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement (...) les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. Elle doit être informée dès l'admission et, par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits. ». Cette loi accentue la garantie contre les internements abusifs en multipliant et différenciant les avis médicaux fondant et validant l'enfermement. Parallèlement, elle subordonne la fin de l'hospitalisation des personnes reconnues pénalement irresponsables à deux avis médicaux concordants sur l'absence de dangerosité. Enfin, elle admet que la guérison, la réadaptation ou la réinsertion sociale des personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sans leur consentement, passe par des aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet.

S'agissant de la nature des soins, la loi indique que « tout protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur. »

Mais elle ne prévoit aucune modalité de vérification qu'il en soit bien ainsi. Elle est muette notamment sur la question des mises en chambre d'isolement ou du placement sous contention.

Les recommandations du Conseil de l'Europe et notamment la recommandation 2004/10 du 22 septembre 2004 appelaient une révision de la législation française.

RECOMMANDATION 2004/10 DU CONSEIL DE L'EUROPE

La recommandation 2004/10 du Conseil de l'Europe précise les droits de la personne souffrant de troubles mentaux. Elle est composée de trente-huit articles dont on peut retenir les articles suivants :

Article 6 – information : les personnes prises en charge pour des troubles mentaux doivent être informées individuellement de leurs droits en tant que patient et avoir accès à une personne ou instance indépendante pouvant les assister dans la compréhension de ceux-ci ;

Article 8 – restriction minimale : les personnes atteintes de troubles mentaux doivent avoir le droit d'être soignées dans l'environnement le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui ;

Article 12 – principes généraux des traitements pour trouble mental : soins dispensés par des personnels suffisamment qualifiés, avec plans de traitement personnalisés après consultation de la personne malade dont l'opinion doit être prise en compte, plan réexaminé régulièrement ; ce traitement n'est administré qu'avec le consentement de la personne ; si elle ne peut consentir, avec l'autorisation d'une autorité, d'une personne ou d'une instance désignée par la loi ; en urgence quand le consentement ou l'autorisation ne peuvent être obtenus, pour éviter des dommages graves pour la santé de la personne ou pour la sécurité d'autrui, le traitement médicalement nécessaire pourra être effectué immédiatement ;

Article 17 – critères pour le placement involontaire : la personne est atteinte d'un trouble mental, l'état de la personne

présente un risque de dommages graves pour sa santé ou pour autrui, le placement a un but thérapeutique, aucun autre moyen moins restrictif n'est disponible ;

Article 19 – traitement involontaire : celui-ci doit répondre à des signes et symptômes spécifiques, doit être proportionnel à l'état de santé de la personne malade, doit faire partie d'un traitement écrit et doit avoir pour objectif de mettre en place le plus rapidement possible un traitement acceptable par la personne ;

Article 20 – la décision de placement ne peut être prise que par un tribunal ou une instance compétente, sur la base d'un examen par un médecin qualifié ;

Article 25 – réexamen et recours : les personnes qui font l'objet d'un placement involontaire peuvent exercer un recours contre une décision, obtenir le réexamen à intervalle raisonnable de la légalité de la mesure, être entendues en personne ou par l'intermédiaire d'une personne de confiance, avec la possibilité d'être assistées d'un avocat, le tribunal doit prendre ses décisions dans des délais brefs avec une possibilité d'appel.

C – La réforme du 5 juillet 2011

Compte tenu des événements qui ont conduit à son adoption, on aurait pu attendre de la loi du 5 juillet 2011 qu'elle se penchât sur la question de l'isolement et de la contention. En effet, elle confirme la possibilité d'hospitaliser une personne sans son consentement mais reconnaît au procédé une atteinte caractérisée à la liberté individuelle du patient. Aussi institue-t-elle le contrôle systématique de l'autorité judiciaire, garant aux termes de la Constitution de la liberté individuelle, sur la décision d'hospitalisation sans consentement. Si les décisions de placement en hospitalisation d'office ou sur demande d'un tiers pouvaient, auparavant, être soumises au juge, elles ne l'étaient qu'à l'initiative du patient ou de ses proches. Le placement était *a priori* justifié, dans son principe et dans sa durée, et même dans l'indétermination de celle-ci. Désormais, la

décision d'hospitalisation sans consentement est systématiquement soumise au juge des libertés qui en contrôle le bien-fondé, dans le principe et dans la durée, ainsi que la régularité.

Mais ce changement de perspective n'est pas la traduction d'un vaste mouvement conceptuel de la profession médicale ou d'une évolution de la société sur la représentation du malade mental. Au contraire, l'inscription de cette loi à l'ordre du jour parlementaire résulte d'une injonction du Conseil constitutionnel, lui-même saisi par un particulier, d'une question prioritaire de constitutionnalité. Il s'agit donc de l'initiative d'un individu, certes soutenue par l'association Groupe information asile, et intervenant sur fond de recommandations européennes et dans un contexte d'évolution de la jurisprudence dans ce sens.

Et si la loi de 2011, modifiée en 2013, s'étend minutieusement sur les conditions de dispensation de soins sans consentement, dans le cadre d'une hospitalisation complète ou en ambulatoire, elle reste muette sur la nature de ces soins et n'en proscriit aucun.

Jusqu'à l'intervention de la loi du 26 janvier 2016, la mise en chambre d'isolement et le placement sous contention ressortissaient, selon l'acception générale en France, au registre du soin et, en conséquence, ne relevaient que du contrôle déontologique et éthique, le contrôle ou l'appréciation de leur efficacité relevant, eux, d'un autre domaine.

Si l'isolement et la contention ne sont pas réglementés dans leur mise en œuvre, cette dernière est toutefois encadrée, ou devrait l'être, par le respect des droits des patients. Parmi ceux-ci, le droit à la dignité, expressément garanti par l'article L. 1110-2 du code de la santé publique¹, qui ne souffre aucune exception, quel que soit le statut juridique de l'admission du patient.

S'agissant des personnes hospitalisées librement, l'article L. 3211-2 du code de la santé publique rappelle que : « une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement

1. Article L. 1110-2 du code de la santé publique : « La personne malade a droit au respect de sa dignité. »

pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause ». Parmi ces droits figure la liberté de circulation à l'intérieur de l'établissement, liberté qui ne saurait être remise en cause par un placement en isolement ou sous contention. Ces pratiques devraient donc être exclues pour les personnes en soins libres, on voit qu'il n'en est pas toujours ainsi aujourd'hui.

D – Le contexte conventionnel et l'évolution récente de la loi française

Des préconisations et recommandations ont été émises par des institutions nationales ou internationales, mais elles n'ont aucun effet contraignant.

L'Organisation des Nations Unies (ONU) a adopté en séance plénière du 17 décembre 1991, la résolution 46/119 « Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale ». Parmi les principes ainsi adoptés, le principe 11 est relatif au consentement au traitement ; son article 11 précise : « la contrainte physique ou l'isolement d'office du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui. Le recours à ces mesures ne doit durer que le temps strictement nécessaire à cet effet. [...] Tout patient soumis à la contrainte physique ou à l'isolement d'office doit bénéficier de conditions humaines et être soigné et régulièrement et étroitement surveillé par un personnel qualifié. [...] »

Le rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, a estimé en 2013 qu'il est essentiel que l'interdiction absolue de toutes les mesures coercitives et imposées, notamment le recours aux moyens de contention et à l'isolement pour des personnes

souffrant d'un handicap psychologique ou intellectuel, soit appliquée dans tous les lieux de privation de liberté, y compris les institutions psychiatriques et les centres de soins sociaux.

L'Organisation mondiale de la santé recommande de « s'abstenir de recourir à l'isolement et à la contention ».

Le comité des ministres du Conseil de l'Europe a édicté le principe de la restriction minimale¹ : « Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement disponible le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement disponible le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui. »

Par ailleurs, la position du CPT est très réservée :

« Le CPT a observé diverses méthodes de contrôle des patients agités et/ou violents, qui peuvent être utilisées séparément ou en combinaison : la surveillance constante (un membre du personnel se trouve en permanence aux côtés du patient et intervient si nécessaire), les techniques de contrôle manuel, les moyens de contention mécanique comme les sangles, les camisoles de force ou les lits clos, la contention chimique (qui consiste à administrer des médicaments à un patient contre son gré afin de contrôler son comportement) et l'isolement (placement d'un patient contre son gré seul dans une pièce fermée à clef). En règle générale, la méthode choisie pour un patient déterminé doit être celle qui est la plus proportionnée (parmi les méthodes disponibles) par rapport à la situation donnée ; ainsi, le recours automatique à la contention mécanique ou chimique n'est pas justifié dans les cas où une courte période de contrôle manuel combinée à l'utilisation de moyens psychologiques pour calmer le patient aurait suffi. (...) Pour ce qui est du placement à l'isolement, cette mesure n'est

1. Article 8 de la recommandation Rec (2004)10 du comité des ministres aux États membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux (adoptée par le Comité des Ministres le 22 septembre 2004).

pas nécessairement un bon moyen de remplacer le recours à la contention mécanique, chimique ou autre. La mise à l'isolement peut avoir un effet calmant à court terme, mais risque aussi de provoquer une désorientation et de l'anxiété, du moins chez certains patients. En d'autres mots, placer une personne dans une pièce d'isolement sans assortir cette mesure de garanties appropriées peut avoir un effet contraire à celui qui est recherché. Le CPT s'inquiète de la tendance observée dans plusieurs hôpitaux psychiatriques qui consiste à communément écarter le recours à d'autres moyens de contention au profit de l'isolement ».

À l'inverse, la jurisprudence administrative estime que « la contention physique des malades qui consiste à les maintenir alités membres supérieurs et inférieurs attachés par des sangles n'est utilisée, du fait de l'atteinte à la dignité du patient, qu'en dernier recours, après que le personnel soignant a d'abord usé des pouvoirs de la parole, de la pharmacopée à doses suffisantes et du placement en chambre d'isolement »¹.

Jusqu'à la promulgation de la loi du 26 janvier 2016, le législateur français, malgré l'intérêt de certains rapports, dont celui du député Denys Robiliard remis en décembre 2013 à l'Assemblée nationale, n'avait pas réglé le recours à l'isolement et à la contention ; ces mesures sont pourtant gravement attentatoires aux droits fondamentaux, au premier chef desquels celui de la liberté d'aller et venir.

Aucun cadre législatif ne limitait ces mesures ; ainsi l'hospitalisation sans consentement d'un patient permettait de porter l'atteinte à la liberté d'aller et venir des personnes à son maximum physique : une fois le droit de restriction établi sur le fondement d'un certificat médical, il était sans limite juridique.

Jusque très récemment, cette absence de cadre laissait place à toutes les interprétations, à toutes les pratiques, à toutes les soumissions des équipes soignantes dès lors qu'il s'agissait d'appliquer une prescription médicale, ou à toutes les initiatives dès lors qu'elles allaient être validées par un médecin qui les prescrivait

1. Cour administrative d'appel de Paris, requête n° 13PA02584, 6 mars 2014.

a posteriori. Seul le référentiel de l'ANAES, dépourvu de valeur contraignante, énumérait vingt-trois critères sur les pratiques de la mise en chambre d'isolement (cf. chapitre 3, section 2).

L'article 72 de la loi du 26 janvier 2016 donne enfin un cadre juridique aux pratiques d'isolement et de contention ; ainsi le nouvel article L. 3222-5-1 du code de la santé publique dispose : « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires. L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1 ».

En précisant les circonstances dans lesquelles il peut être recouru à la mise à l'isolement ou la contention et en obligeant la consignation dans un registre des mesures prises, ces dispositions sont de nature à initier une réflexion des équipes soignantes sur la banalisation de ces pratiques et, par suite, à en limiter la mise en œuvre (cf. chapitre 4, section 2).

En qualifiant de « décision » et non de « prescription »¹ les mesures d'isolement et de contention, ces dispositions changent singulièrement leur statut médical et juridique : elles ne bénéficient plus du caractère présupposé soignant qui s'attache à une prescription médicale. Jusqu'alors la jurisprudence administrative n'a eu l'occasion de statuer que sur la question de la réparation due à un patient du fait des conditions de placement en chambre d'isolement. Désormais il est possible de penser que toute décision d'isolement ou de contention sera susceptible d'un recours devant le juge administratif.

Section 2

Les recommandations de l'ANAES constituent une référence commune mais n'ont pas de valeur contraignante

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES²) a publié, en 1998, dans le cadre de sa politique visant à favoriser l'évaluation des pratiques professionnelles, un guide pour la réalisation d'audit clinique appliqué à l'utilisation de la chambre d'isolement en psychiatrie³. Par nature, donc, les critères que l'agence a dégagés, qui ne sont que des indications, sont dépourvus d'effet normatif.

Les critères de qualité proposés ont été construits à partir de l'expérience de professionnels complétée d'une analyse de la littérature et de recommandations d'experts. Les propos introductifs du guide expliquent que la démarche n'était pas tant liée au « principe même d'une action thérapeutique par l'isolement »

1. Ce choix est intervenu après de nombreux débats tant au sein de la communauté scientifique qu'au sein du Parlement.

2. L'ANAES a été remplacée par la Haute autorité de santé (HAS) en 2005.

3. Ce guide « Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie – juin 1998 » est téléchargeable sur le site de la HAS à l'adresse suivante : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf

qu'aux risques associés à cette pratique avec « au premier plan, le risque d'atteinte aux libertés individuelles, le risque d'incendie, ainsi que les risques liés à l'auto et l'hétéro-agressivité ».

D'entrée de jeu, ce guide précise que, « malgré les progrès des soins en psychiatrie, l'isolement à but thérapeutique est à la fois une pratique fréquente et l'objet d'incertitudes persistantes sur la pertinence et l'adéquation des conduites à tenir dans ce domaine ».

Il y est indiqué également que la définition de la qualité de cette pratique n'a pu intégrer « l'efficacité et l'efficience en raison du manque d'études portant sur l'évaluation du résultat et de son coût. De ce fait, et parce que des interrogations subsistent quant à la légitimité de cette pratique, une politique de diminution continue de l'isolement doit être conduite afin de réduire au minimum les isolements inappropriés ».

Les travaux ayant permis l'élaboration de ce guide ont été menés dans un contexte où il apparaissait déjà qu'il s'agissait d'une pratique non reconnue et non enseignée dans le cursus de formation des médecins comme dans celui des infirmiers, et d'une pratique mise en œuvre de façon très diverse tant en termes de fréquence que de durée de l'isolement selon les établissements.

Ces travaux de l'ANAES ont été conduits dans la suite de la parution d'une circulaire¹ ministérielle du 19 juillet 1993.

**CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE
DU 19 JUILLET 1993 RELATIVE À L'ACCUEIL
ET AUX MODALITÉS DE SÉJOUR
DES MALADES HOSPITALISÉS
POUR TROUBLES MENTAUX**

La circulaire du ministre chargé de la santé du 19 juillet 1993 rappelait les principes posés par le législateur : ainsi « le droit d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement

1. Circulaire ministérielle 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.

ne peut être remis en cause s'agissant des personnes qui ont elles-mêmes consenti à recevoir des soins psychiatriques. Ces personnes ne peuvent en aucun cas être installées dans des services fermés à clefs ni a fortiori dans des chambres verrouillées ». « Toutefois, en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte ». Elle rappelait également s'agissant des patients en hospitalisation sous contrainte : « les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement » et qu'en « toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée ». « Si le placement d'un patient au sein d'une unité fermée peut se révéler indispensable dans certaines circonstances, ces circonstances doivent être exactement appréciées et la durée du placement limitée à ce qui est médicalement justifié. Ainsi l'hébergement d'un malade dans une unité fermée doit-il répondre à une indication posée par un médecin et non pas relever d'une simple commodité du service ; il doit pouvoir être remis en cause à tout moment en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient... »

Elle poursuit en appelant également « les personnels des équipes de soins et les personnels de direction à la plus extrême vigilance quant au respect des règles de sécurité et à la surveillance que de tels malades requièrent ».

L'article L. 3211-3 du code de la santé publique reprend ces dispositions : « lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques [sans son consentement] ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et

proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée ».

En exposant ses critères d'appréciation, l'ANAES devait permettre aux équipes d'évaluer la qualité de leurs pratiques professionnelles en matière d'isolement, de mesurer les écarts entre les constats et le référentiel et leur permettre ainsi de rechercher les améliorations possibles.

Ce référentiel comporte vingt-trois critères qui précisent les points de bonne pratique à vérifier dans cette approche qualité et qui ont trait à la prescription, à la programmation des soins et de la surveillance, au respect des indications et des contre-indications, à rechercher les facteurs de risque susceptibles de mettre en jeu la sécurité des personnes, à s'interroger sur la conformité avec le statut d'hospitalisation, à l'information du patient et à l'entretien destiné à recueillir son vécu en chambre d'isolement (voir encadré ci-après).

Il précise notamment que la prescription médicale doit intervenir au plus tard dans l'heure qui suit le début de l'isolement et que celle-ci, ainsi que chaque renouvellement éventuel, est valable pour une durée maximale de vingt-quatre heures ; il mentionne la nécessité d'une visite médicale dans les deux heures suivant le début de l'isolement et de deux visites médicales par jour.

**RÉFÉRENTIEL ANAES ÉLABORÉ EN 1998
EN VUE DE L'AUDIT CLINIQUE
DE L'UTILISATION DES CHAMBRES
D'ISOLEMENT EN PSYCHIATRIE**

1. Les données concernant l'identité, les date et heure de début et de fin de mise en chambre d'isolement sont renseignées.
2. Si le patient vient d'une autre unité de soins, dans le cadre de ce qui est appelé un prêt de chambre d'isolement, le dossier du patient et toutes les informations nécessaires sont fournies, en temps utile.

- 3.** La mise en chambre d'isolement est réalisée sur prescription médicale, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la prescription doit être réalisée dans l'heure qui suit le début de l'isolement.
- 4.** L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de 24 heures.
- 5.** Le trouble présenté par le patient correspond aux indications de mise en chambre d'isolement et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique.
- 6.** Les contre-indications somatiques de la mise en chambre d'isolement sont identifiées et notées.
- 7.** Les facteurs de risque éventuels (suicide, automutilation, confusion, risques métaboliques, médicamenteux et liés à la thermorégulation) sont repérés et un programme spécifique de surveillance et de prévention est mis en place.
- 8.** La conformité de la mise en chambre d'isolement avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la prescription.
- 9.** L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la chambre d'isolement ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.
- 10.** L'entrée et la sortie du patient sont signalées aux services de sécurité incendie en temps réel.
- 11.** La mise en chambre d'isolement est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
- 12.** Le patient reçoit les explications nécessaires sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement. La nécessité d'informer l'entourage est examinée.
- 13.** En cas de recours à la contention physique, celle-ci est réalisée avec les matériels adéquats, en toute sécurité pour le patient et en tenant compte de son confort.
- 14.** Une visite médicale est assurée dans les deux heures qui suivent le début de l'isolement.
- 15.** Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour.
- 16.** Le rythme programmé de surveillance de l'état psychique est respecté.

17. Le rythme programmé de surveillance de l'état somatique est respecté.
18. La surveillance biologique prescrite est réalisée.
19. Le séjour du patient en chambre d'isolement est interrompu par des sorties de courte durée, durant la journée.
20. Un entretien centré sur le vécu du patient en chambre d'isolement est réalisé à la fin du processus.
21. L'hygiène du patient est assurée durant toute cette phase de soins.
22. L'état de propreté de la chambre est vérifié au moins deux fois par jour.
23. Les documents (feuille de surveillance, rapport d'accident...) sont intégrés au dossier du patient.

Les critères 5 et 6 précisent quelles sont les indications et les contre-indications de mise en chambre d'isolement et sont repris dans l'encadré ci-après.

**RÉFÉRENTIEL ANAES :
CRITÈRES PORTANT SUR LES INDICATIONS
DE MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT
ET CONTRE-INDICATIONS NON SOMATIQUES**

Critère 5 : Le trouble présenté par le patient correspond aux indications de mise en chambre d'isolement et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique.

Indications

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

Contre-indications

6. Utilisation de la chambre d'isolement à titre de punition.
7. État clinique ne nécessitant pas un isolement.
8. Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe soignante ou pour son confort.
9. Utilisation uniquement liée au manque de personnel.

Le contrôle général a pu constater que de nombreux établissements se sont saisis de ce guide pour formaliser dans les années suivantes, un protocole spécifique à la mise en chambre d'isolement, sous des intitulés divers mais qui reprennent pour l'essentiel les éléments du référentiel de l'ANAES.

Moins nombreux sont ceux qui ont effectivement réalisé des audits pour apprécier la conformité de leur pratique au protocole arrêté dans l'établissement et le cas échéant s'inscrire dans une démarche vertueuse en la matière.

S'agissant de la contention en psychiatrie, la HAS n'a publié aucune recommandation spécifique. La seule référence, parfois citée par les interlocuteurs rencontrés, résulte d'un travail mené par l'ANAES pour « limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » publiée en octobre 2000¹. Les conclusions sont l'importance des risques et la relative inefficacité de la contention chez les personnes de plus de 65 ans pour éviter notamment les chutes et l'intérêt de développer en alternative une évaluation médicale, psychologique et infirmière de la personne et des difficultés rencontrées avec la mise en place d'activités occupationnelles et une adaptation de l'environnement. S'il y est explicitement indiqué que ce document n'aborde pas « l'utilisation de la contention, associée ou non avec l'isolement, lors du traitement de troubles mentaux non liés à l'âge », la connaissance des critères qui y sont identifiés pour minimiser les dangers de la contention et surtout pour

1. Ce document est consultable sur le site de la HAS à l'adresse suivante : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf

réduire la prévalence des contentions et développer des alternatives, serait tout à fait nécessaire aux équipes travaillant en psycho-gériatrie.

Par ailleurs, la HAS, dans le cadre de son programme pluriannuel de travail relatif à la psychiatrie et à la santé mentale, en particulier s'agissant du thème « droits et sécurité en psychiatrie », a prévu l'élaboration d'une part d'un guide « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie » et d'autre part des fiches mémo sur la « Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie ». Ces documents devraient être publiés en 2016.

La HAS a retenu dans la procédure de certification des établissements de santé la nécessité de vérifier systématiquement dans la rubrique « droits et place des patients », le critère 10° « Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté ». Toutefois, l'analyse s'intéresse davantage à une évaluation des processus mis en œuvre dans l'établissement qu'à la réalité des pratiques, ce qui amène certains établissements à avoir une approche plus formelle que réellement soucieuse du respect des libertés individuelles ; le CGLPL a ainsi pu constater que certains établissements travaillaient sur leur démarche de certification mais maintenaient quasiment tous les patients, même ceux en service libre, en unités fermées et avaient un recours important à des mesures d'isolement ou de contention.

Enfin, doivent être mentionnés les apports de deux conférences de consensus¹ portant sur des thèmes dont le large champ inclut le domaine psychiatrique. Ces conférences ont dégagé un cadre de conduite à la fois technique et éthique pour les professionnels concernés y compris, donc, ceux de psychiatrie.

1. Une conférence de consensus est une méthode permettant de faire une synthèse des connaissances sur un thème précis, dans le but d'élaborer des recommandations. Elle met en évidence les points d'accord et de divergence et permet de dégager un consensus, afin de faciliter la prise de décision par les autorités compétentes.

La première, organisée en décembre 2002 par la société francophone de médecine d'urgence en décembre 2002, portait sur « l'agitation en urgence » et s'appuyait sur les règles méthodologiques de l'ANAES.

**CONFÉRENCE DE CONSENSUS
SUR L'AGITATION EN URGENCE,
SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE MÉDECINE
D'URGENCE, DÉCEMBRE 2002**

Les textes¹ issus de la conférence de consensus sur « l'agitation en urgence », précisent la fréquence des pathologies psychiatriques dans ces situations (62 % des cas) ; ils insistent sur la nécessité de maintenir en permanence une approche relationnelle avec le patient. « Le contact verbal doit permettre d'instaurer un climat de confiance dans l'objectif d'obtenir une alliance thérapeutique » et sur la nécessité d'avoir un nombre suffisant de professionnels présents. Pour ce qui est de la contention, il y est précisé qu'« il n'y a pas de preuve de son efficacité thérapeutique dans la littérature alors que des effets secondaires graves sont connus » et que « son recours n'est justifié qu'après l'échec des autres mesures de prise en charge ». « La contention physique devrait être une mesure d'exception et temporaire. Elle ne constitue pas à elle seule une mesure thérapeutique. Elle doit donc toujours être associée à une sédation médicamenteuse ». En matière de surveillance il est précisé que « le patient sous contention est un patient à risque, dépendant de l'entourage. Il ne doit en aucun cas être isolé et/ou enfermé » et la surveillance de ses paramètres vitaux doit être effectuée toutes les demi-heures au moins. Un protocole de contention d'un patient agité et violent est annexé dans lequel est repris une définition et les objectifs de la

1. Ce document est consultable sur le site « Urgences-online » à l'adresse suivante : www.urgences-serveur.fr/Agitation-en-urgence,459.html

contention ainsi que ses contre-indications et les modalités de réalisation pratique, ainsi qu'une fiche de traçabilité et de surveillance de la contention.

Il est remarquable que la majorité des établissements ne disposent pas de protocole relatif à l'utilisation de la contention. Un établissement a élaboré un protocole sur le seul point relatif à la surveillance infirmière mais dans ce cas particulier, le protocole a été réalisé sous le timbre de la direction des soins et est visé par les différents cadres de santé mais sans être visé par un médecin alors qu'il précise la rythmicité d'une surveillance médicale au moins chaque vingt-quatre heures.

La seconde, tenue en novembre 2004, avait pour sujet « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité¹ ».

**CONFÉRENCE DE CONSENSUS
SUR LA LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR,
SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE MÉDECINE
D'URGENCE, NOVEMBRE 2004**

Le jury de la conférence de consensus « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité » a notamment indiqué que « la restriction de la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux est rarement la conséquence de l'indifférence ou du manque d'humanité des personnels soignants » et que « le confinement injustifié, le manque de moyens et l'insuffisance de formation des professionnels sont les principales causes de la maltraitance en établissements ». Il

1. Les documents relatifs à cette conférence de consensus sont consultables sur le site de la HAS à l'adresse suivante :

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272394/fr/liberte-d-aller-et-venir-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux-et-obligation-de-soins-et-de-securite

affirme que « la liberté d'aller et venir ne saurait [...] être restreinte de manière systématique en fonction d'un risque simplement supposé [...] , la balance entre les risques réellement encourus par la liberté d'aller et venir, dans et hors de l'établissement, et les risques d'aggravation de l'état de santé, conséquences du confinement, doit être évaluée, discutée avec la famille et l'entourage et régulièrement réévaluée.

Il précise également que toute décision de confinement doit faire l'objet d'un protocole précis, être motivée, portée au dossier de la personne et écrit sur un registre consultable par les autorités de contrôle.

Il recommande de toujours privilégier une intervention humaine [...] à une fermeture automatique des locaux ou encore au recours à des moyens de confinement, voire de contention.

La contention est pour le jury une atteinte à la liberté inaliénable d'aller et de venir » et la « contention systématique doit être interdite ». Le jury insiste également sur le travail collégial au sein des équipes ainsi que sur la formation des professionnels et l'ouverture des lieux aux familles et aux bénévoles.

Les établissements se sont peu saisis des résultats de cette conférence de consensus pour travailler plus spécifiquement le sujet de la liberté d'aller et venir au sein de l'institution ou dans les différentes unités.

Si les résultats de ces travaux collectifs n'ont aucune valeur contraignante, ils apportent néanmoins un matériau dont peuvent s'emparer les établissements pour établir des règles de conduites pour les équipes soignantes. Certains l'ont fait.

Toutefois la méthode peut comporter, en elle-même, deux conséquences regrettables.

Le respect du protocole peut devenir une fin en soi au détriment de la pertinence et de l'efficacité du soin, avec l'objectif de ne pas voir sa responsabilité engagée ; il peut conduire certains professionnels, malgré eux ou à leur insu, à être parfois maltraitants et non respectueux des personnes et de leur dignité.

Par ailleurs, le CGLPL a également relevé que la volonté de disposer d'un protocole, notamment en vue d'obtenir une certification, a conduit à des démarches pernicieuses dénaturant l'objectif de recherche de qualité. Certains établissements ont largement modifié les critères de leur protocole par rapport à ceux de l'ANAES, pour qu'il soit conforme aux réalités locales, déplorables et peu respectueuses des patients, et donc applicable dans leurs unités. Autrement dit, en situation de fièvre, certains choisissent de changer l'étalonnage du thermomètre plutôt que de traiter le problème d'organisation des soins. Ainsi, dans tel établissement il est prévu une première période d'isolement d'une durée minimale de vingt-quatre heures, tel autre n'a pas retenu la nécessité de la visite biquotidienne ou bien la contre-indication prévue par le référentiel d'une utilisation à des fins de sanctions ; d'autres mentionnent pour les situations d'isolement au long cours, une prescription « qui ne peut excéder 7 jours ».

Section 3

L'absence de réflexion collective des professionnels a empêché l'élaboration de normes, ce qui a laissé une large place à l'arbitraire médical dans un contexte sécuritaire

I – Les effets d'un contexte sécuritaire

Que sous l'empire de leurs troubles, les malades mentaux puissent parfois commettre des actes néfastes pour autrui n'est pas un constat récent. L'article 64 du code pénal de 1810 a tiré une conséquence de ce que ces actes étaient imputables aux troubles : « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister ». Cependant que la loi de 1838 en tirait une autre en régissant l'enfermement des aliénés.

Il a fallu plus d'un siècle après la promulgation de cette loi pour admettre que le malade mental pouvait vivre et se soigner hors de l'hôpital. Il demeure qu'il ne bénéficie pas de la représentation qui s'attache à toute maladie : souffrance, fragilité, besoin de soins et de compassion. Il évoque au contraire l'incompréhension, l'imprévisibilité, la violence et finalement, la dangerosité.

Pourtant, ainsi que l'exposait Guy Lefranc, rapporteur de la loi du 5 juillet 2011¹, « la réalité, c'est que les personnes atteintes de troubles psychiatriques dans la population générale (hors personnes sans domicile fixe) sont douze fois plus victimes d'agressions physiques, 130 fois plus victimes de vols et ont vingt-cinq ans d'espérance de vie en moins que leurs concitoyens. L'enquête « Samenta » (santé mentale et addictions chez les personnes sans logement), réalisée sous la direction d'Anne Laporte (Observatoire du Samu social de Paris) et de Pierre Chauvin (Inserm) en 2009 sur Paris et la petite couronne, a montré que les schizophrènes qui vivent dans la rue sont plus souvent victimes que responsables de violences. Le rapport « Violence et santé mentale » (Anne Lovell, 2005), demandé par le Gouvernement suite à l'assassinat de deux infirmières à Pau en 2004, a montré que seuls 2,7 % des actes violents sont commis par des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Enfin, selon *Archives of general psychiatry*, la plus importante revue psychiatrique au monde, le risque que des personnes atteintes de troubles psychiatriques commettent des actes violents est faible. Ces actes sont en général réalisés avec des facteurs associés (facteurs sociaux et biographiques : passé violent, délinquance, abus physiques, abus de substances, chômage, etc.) que l'on retrouve dans la population générale. Et si la prise de substances (alcool et drogues) est assez fréquente chez les patients atteints de pathologies psychiatriques, elles sont avant tout une « automédication », consommées dans une logique d'apaisement des souffrances, de diminution des voix, etc., rarement dans une logique de plaisir ».

1. Rapport n° 3189 fait au nom de la commission des affaires sociales en première lecture, déposé à la Présidence de l'Assemblée nationale le 2 mars 2011.

L'impératif de sécurité publique qui imprègne le débat politique a trouvé dans la présumée dangerosité du malade mental matière à rassurer le citoyen d'une crainte plus alimentée par le traitement médiatique d'événements dramatiques, mais exceptionnels, que par la réalité statistique d'un quelconque danger. Il faudra effectivement attendre l'audition publique de la Haute autorité de santé de mars 2011 pour avoir des éléments précis sur la dangerosité psychiatrique dans une « étude des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur »¹. Sans que personne n'ait auparavant mesuré, ni même cherché à le faire, la réalité de la dangerosité que représenteraient les personnes souffrant de troubles mentaux, la loi s'est plus préoccupée de les enfermer et de les contraindre aux soins que de les protéger des conséquences pour eux-mêmes de leur désarroi.

Les peurs sociales se retrouveront ainsi dans les rapports parlementaires successifs qui amalgament, dans leurs présupposés, dangerosité et troubles mentaux : en juillet 2005, le rapport « Santé, justice et dangerosité » où, dans l'introduction, Jean François Burgelin écrit que la commission a dû reconnaître que dangerosité et maladie mentale ne se superposent pas : « La société, largement influencée par le discours médiatique, associe donc à tort la folie des actes criminels particulièrement graves à celle de leur auteur, et a de ces derniers une représentation qui repose sur des présupposés aussi partiels que contestables »². Il en sera de même pour le rapport Goujon Gauthier au Sénat sur les « Mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses » en juin 2006 et du rapport de Jean-Pierre Garraud « Réponses à la dangerosité » en novembre 2006. La confusion des genres trouvera son apogée

1. HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude des facteurs de risque de violences hétéro-agressives chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, mars 2011.

2. *Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive*, Rapport de la commission Santé-Justice, avril 2005.

dans la loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté quand, dans le débat parlementaire, la rétention sera envisagée pour les personnes dangereuses « parce qu'elles présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité », en avançant, pour certains parlementaires, que la rétention puisse se faire à l'hôpital psychiatrique en hospitalisation d'office, avant que ne soient retenus finalement par le législateur les centres socio-médico-judiciaires¹.

Les peurs sociales se retrouvent également dans les projets de loi confondant objectif sanitaire et sécurité intérieure : la loi prévention de la délinquance est élaborée durant l'année 2006 ; à l'instigation du ministre de l'intérieur, elle projette de réformer la loi sanitaire de 1990 régissant les soins sans consentement dans une loi de sécurité intérieure : contrôle des sorties d'essai des hôpitaux psychiatriques, modification de la durée du diagnostic, faculté pour le préfet d'ordonner à tout moment une expertise psychiatrique, mise en place d'un fichier national des hospitalisations d'office et dans son article 20 sont exclues de l'hospitalisation à la demande d'un tiers les personnes dont les troubles portent atteinte à la sûreté des personnes. Devant la pression des professionnels ces articles seront retirés au dernier moment de la loi définitive promulguée le 5 mars 2007.

Le discours prononcé par Nicolas Sarkozy, alors Président de la République, lors de sa visite à l'hôpital Erasme d'Antony (Hauts-de-Seine) le 2 décembre 2008, quelques semaines après le meurtre d'un étudiant grenoblois par une personne souffrant de troubles mentaux, alimentait cette logique en déclarant : « J'ai été choqué par cette affaire. Voilà une personne – le futur

1. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté recommande que le dispositif de rétention de sûreté soit supprimé dans son avis relatif à la rétention de sûreté paru au journal officiel du 5 novembre 2015 et consultable sur le site Internet du CGLPL : www.cgpl.fr/2015/avis-relatif-a-la-retention-de-surete/

meurtrier – qui avait déjà commis plusieurs agressions très graves dans les murs et hors les murs ! Voilà une personne éminemment dangereuse qui bénéficiait pourtant de deux sorties d'essai par semaine ! Et j'entends dire que rien n'indiquait que cette personne pouvait à nouveau passer à l'acte, que rien n'avait été fait pour renforcer sa surveillance ? (...) ces faits divers doivent tous nous interroger sur les lacunes qu'ils peuvent révéler dans le système d'organisation et de fonctionnement de la prise en charge. Surtout lorsque ces drames ne peuvent être imputés à la fatalité. (...) Mon devoir, notre devoir, c'est aussi de protéger la société et nos concitoyens. L'espérance, parfois ténue, d'un retour à la vie normale, ne peut pas primer en toutes circonstances sur la protection de nos concitoyens. Les malades potentiellement dangereux doivent être soumis à une surveillance particulière afin d'empêcher un éventuel passage à l'acte ».

De pareilles affirmations jettent le doute sur la probabilité d'un retour à « la vie normale » – concept nébuleux s'il en est – et diffusent implicitement la certitude d'une consubstantialité de la dangerosité à la maladie mentale. Largement relayées par les médias et assorties de l'autorité morale du statut de son auteur, elles renforcent une représentation déjà bien ancrée.

Le ressassement d'un droit à la sécurité et, en arrière-fond, la médiatisation sulfureuse d'événements dramatiques finissent par perturber même la perception des professionnels de santé mentale. La dangerosité du malade ne résulte plus de la pathologie qu'il convient de soigner mais du motif de la prise en charge qui détermine la façon dont le malade est traité.

La lutte contre la « dangerosité » devient une fin qui infuse les pratiques et notamment légitime le recours à l'isolement et à la contention pour limiter les risques (ou les effets) de gestes violents. Favorise cette dérive l'effritement des connaissances cliniques qui a pour conséquence que l'on méconnaît la clinique de certains patients. On qualifie de dangereuses des situations ou des patients qui ne le sont pas sans pour autant chercher à

prévenir le passage à l'acte autrement que par l'enfermement. Au pire, on favorise le développement de comportement dangereux chez les patients par des attitudes inappropriées.

Le risque – réel, lui – est de banaliser ces procédés et de les voir mis en œuvre dans des contextes où la notion de dangerosité est plus confuse. La menace est en place de voir la commodité se substituer insidieusement au souci de protection contre des difficultés qui ne ressortissent pas toutes au danger et alors même que le danger, lorsqu'il est avéré, peut être écarté par des approches de soin du type désescalade.

La dangerosité n'est jamais permanente ni définitive, elle est fondamentalement contextuelle, liée à la clinique de la maladie. Elle impose un examen approfondi du patient. Si des mesures spécifiques peuvent s'envisager lors d'un instant semblant à risque d'un passage à l'acte violent, elles ne sauraient représenter le mode de prise en charge des personnes réputées dangereuses.

La mise en chambre d'isolement et le placement sous contention, qui constituent une atteinte extrême à la liberté d'aller et venir, ne seront exempts de caractère d'illégalité que dans la mesure où elles sont « nécessaires et proportionnées »¹. À défaut, ces mesures, outre qu'elles constituent dans leurs modalités pratiques un traitement inhumain et dégradant, peuvent être regardées comme une séquestration arbitraire. Si la qualification de « prescription » qui s'attachait à ces méthodes jusqu'à l'intervention de la loi du 26 janvier 2016 a permis de jeter un voile sur leurs conséquences juridiques, le passage à la qualification de « décision » devrait modifier singulièrement cette approche.

1. Article L. 3211-3 du code de la santé publique : « Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée ».

II – Entre prescription médicale et pression des équipes soignantes

Selon les interlocuteurs institutionnels rencontrés par le CGLPL, le recours à l'isolement et à la contention est en augmentation. Faute de recueil de données national ou simplement régional il est impossible d'objectiver cette augmentation. Cependant, les témoignages des médecins et soignants anciens dans la profession sont concordants ; certains rappellent même une époque où les établissements n'étaient pas équipés de chambre d'isolement ce qui semble devenu inconcevable.

Sans qu'il soit aisé de déterminer précisément les causes de cette tendance à la croissance, certaines observations méritent tout de même l'attention.

Hormis pour les isolements prévus par des protocoles ou des règles internes (cf. chapitre 2, section 1), de façon générale, les soignants expliquent isoler dans toute situation non gérable par la relation et la parole. Or, ils affirment constater une augmentation de la violence des patients. Que cette perception corresponde ou non à la réalité, la difficulté des équipes pour prendre en charge cette violence est, elle, croissante, comme si ce qui était perçu comme gérable ne l'était plus. Deux éléments d'évolution relativement récente peuvent l'expliquer. En premier lieu, avec l'abandon de la formation spécifique d'infirmier psychiatrique, les équipes se sont progressivement dépeuplées des soignants spécialisés qui avaient choisi d'emblée le travail auprès des malades mentaux et dont la formation les rendait plus proches des spécificités cliniques des troubles présentés par leurs patients. Le départ progressif de ces « infirmiers solides et expérimentés » a, par ailleurs, privé les équipes de la transmission de l'expérience et d'un savoir-faire de soignants plus sereins face à la violence et la crise, plus à l'aise dans la relation au patient agité et exercés à l'anticipation et au désamorçage des situations porteuses de difficultés.

En second lieu, la diminution des effectifs, outre qu'elle a pu conduire à des situations de surmenage, a nourri le sentiment

d'une faiblesse face à la violence, faiblesse que les patients ressentent comme angoissante. Ainsi, les équipes, qui estiment ne pas disposer de suffisamment de soignants, justifient-elles de prévenir la violence par un placement en isolement préventif. S'il n'est pas contestable que la taille des équipes soit un facteur de difficulté, le CGLPL a vu des établissements où dans une unité, deux soignants – dont au moins un infirmier – étaient seuls en charge des patients dont le nombre pouvait monter jusqu'à dix-sept ; lorsque l'un des soignants était en entretien, l'autre restait seul avec les patients présents. L'unité ne disposait d'aucune chambre d'isolement. Certes, en cas d'agitation particulière, les patients pouvaient être laissés dans leur chambre dont le mobilier avait été retiré mais cette situation ne durait jamais plus de quelques heures.

Parfois les soignants se plaignent d'être abandonnés par les médecins et de souffrir de manque d'étayage par ces derniers. Le CGLPL a trop souvent constaté que la présence médicale était faible, parfois simplement anecdotique dans certaines unités : passage une ou deux demi-journées par semaine, dans le pire des cas juste pour la réunion de synthèse. Certains patients expliquent ne voir le psychiatre qu'une fois par mois, et moins souvent encore pour certains malades chroniques.

Selon certains médecins, beaucoup de collègues ont renoncé à s'impliquer en cas de crise ; en pratique la gestion de celle-ci est laissée à l'équipe soignante, facilitée implicitement par les prescriptions « si besoin » qui seront, en effet, appliquées s'il est impossible d'obtenir l'intervention rapide d'un médecin.

Il a été indiqué que le nombre de placements en isolement était plus important en fin de journée et au cours des week-ends ; la durée de ces placements est, en outre, supérieure à ce que nécessiterait la gestion de la crise mais le médecin qui est supposé se déplacer dans les heures qui suivent pour les valider ou les lever n'est pas toujours disponible. L'interne de service qui est alors appelé pour confirmer le placement ou décider après vingt-quatre heures sa levée, prend rarement la décision d'y mettre fin. Prendre la décision de modifier la prescription d'un senior est difficilement

concevable pour un interne. Au surplus, ainsi que l'a expliqué l'un d'entre eux, « on ne se pose pas de question ; en psychiatrie où tout est anormal, le seuil de l'étrangeté est très élevé ».

Certains professionnels, notamment le « collectif des 39 »¹, soutiennent que les médecins « ont baissé les bras » faisant prévaloir le recours au traitement chimique sur toute autre approche de la maladie. Certains chefs de service ont « interdit » la psychanalyse et la thérapie institutionnelle qui placent le soignant dans une relation d'accompagnement et non de contrainte par rapport au patient. La corrélation entre l'abandon de ces écoles thérapeutiques et le recours à l'isolement et à la contention mériterait d'être évaluée.

Ainsi, se dessine un cercle vicieux selon lequel les équipes insuffisamment formées, insuffisamment soutenues, font pression auprès des médecins pour recourir à des pratiques d'isolement qui, dans un premier temps les soulagent et les dispensent de faire face autrement à l'agitation et à la violence, mais dont la gestion pèsera finalement sur le fonctionnement de l'unité. Ces méthodes alimentent également chez le soignant un sentiment de culpabilité, d'être un persécuteur ce que certains expriment « je me sens mauvais quand j'attache ». Quand le patient « agité » est devenu dans le vocabulaire médical – et même institutionnel² – un patient « perturbateur », la punition teinte le soin. Mais, finalement, le patient ressortant « calmé » de l'isolement, puisqu'il y reste tant que l'apaisement n'est pas obtenu, chacun est convaincu que c'est un mal nécessaire pour un bien, et se dispense d'envisager d'autres techniques pour obtenir ce résultat.

Les patients ne sont pas en situation de contester le « traitement », son principe et sa durée. S'ils se sentent coupables de leur maladie et de leur comportement pénible pour l'entourage,

1. Le « Collectif des 39 » est né suite à l'appel lancé par trente-neuf professionnels de plusieurs horizons, après le discours de Nicolas Sarkozy à Antony le 2 décembre 2008.

2. Si l'on en juge par l'acronyme UMAP : unité pour malades agités et perturbateurs.

ce qui est le cas de nombre d'entre eux, ils se soumettent à l'imperium médical : l'isolement et ce qui l'accompagne, pyjama, absence de communication, de tabac, contentions le cas échéant. Ils se convainquent, ou sont convaincus, que cette mesure est mise en œuvre pour leur bien et sont désolés d'avoir causé tant de souci aux soignants. Certains patients affirment que leur mise en chambre d'isolement et/ou sous contention est inévitable, que leur apaisement n'aurait pu être obtenu par d'autres voies.

Le diamètre le plus étroit de ce cercle vicieux peut-être atteint avec la posture de patients qui passent de la *compliance* à une complaisance déculpabilisante. Le CGLPL a trop souvent rencontré des équipes qui expliquent que certains patients, souvent des chroniques, demandent à être attachés ou isolés, en dehors de toute circonstance d'urgence : « s'ils le demandent, c'est qu'ils savent eux-mêmes qu'ils en ont besoin ». Ces patients ont en effet expérimenté que cette pratique avait un effet bénéfique sur leur agitation présente ou potentielle, mais savent surtout qu'ils vont alors être l'objet d'une attention plus soutenue de l'équipe soignante. Second bénéfice, par leur demande ils renvoient un signe positif, perçu par l'équipe soignante comme un renforcement de l'alliance thérapeutique puisque sa démarche est validée par celui qui en fait l'objet. Ces patients deviennent des protagonistes au moins rassurants, voire – et c'est à déplorer – valorisants pour l'équipe qui met en œuvre ces méthodes. Ce faisant, ils inversent un contretransfert de l'équipe, de négatif en positif.

Les contrôleurs ont ainsi rencontré un patient qui demandait à être placé sous contention pour s'endormir. L'équipe prenait le temps chaque soir de l'attacher, dans un souci de faciliter son endormissement, et enlevait ces contentions une fois la personne endormie. Si la volonté de bien faire de cette équipe ne saurait être mise en cause ou en doute, il y a lieu de s'interroger sur les conditions d'installation de ce rituel, notamment sur les raisons pour lesquelles n'avait pas été privilégié l'accompagnement de ce patient vers l'abandon de cette habitude qui, à tout le moins, lui enlevait toute autonomie pour s'endormir.

De façon plus préoccupante, les contrôleurs ont rencontré des patients mis en chambre d'isolement pendant des mois qui avaient fini par se convaincre qu'ils ne pouvaient pas – voire n'avaient pas le droit – de se rendre dans les espaces communs parce que la proximité avec d'autres patients les perturbait. Ils n'envisageaient pas que l'isolement dans lequel ils étaient maintenus depuis des mois nourrissait précisément cette faiblesse et que le soin aurait été, au contraire, de les habituer à l'espace et de les accompagner dans la reconquête d'une capacité de relation avec d'autres.

Entre retrait des médecins et soumission des patients, le recours accru à des pratiques de contrainte témoigne sans doute d'un manque de travail clinique, médical et infirmier. Sont sans doute également insuffisantes les réunions de synthèse autour des situations individuelles complexes, permettant de donner du sens aux situations et d'élaborer une réponse clairement soignante.

III – Une absence de conception partagée de la liberté des patients

Les professionnels de la psychiatrie ne se sont qu'insuffisamment approprié les apports des démarches initiées par la HAS et les conférences de consensus. Faute de démarche collective à un niveau pertinent, le respect des droits des patients ne prend pas la place qu'il devrait dans la réflexion sur les conditions de mise en œuvre de contraintes physiques.

A – Le droit des patients à leur liberté de circulation ne fait pas l'objet d'une réflexion d'ensemble de la profession psychiatrique

La variété observée par le CGLPL des modes de prise en charge des malades n'apparaît pas, en tant que telle, comme un signe de confusion. Au contraire, elle peut témoigner d'une recherche diversifiée et constante de performance dans l'efficacité

et la qualité du soin. Dans un domaine où l'optimum n'est pas univoque et généralisable, elle peut manifester également une adaptation fine des pratiques aux personnes et aux lieux. Toutefois, cette diversité est également générée par une absence de réflexion collective institutionnalisée sur la nécessité, l'utilité et donc la légitimité des limites apportées aux restrictions du droit d'aller et venir des patients.

Dans l'organisation des établissements et de leurs unités, le choix des modalités de prise en charge des patients considérés comme les plus difficiles – « agités », « dangereux » – se répercute sur les conditions de vie, voire de prise en charge, des autres.

Il a été partout constaté que lorsque des patients, considérés comme ne pouvant circuler librement hors de l'unité, sont hébergés avec des personnes qui ne relèvent pas de ce degré de surveillance, l'unité est en pratique fermée : impossible d'en sortir sans l'intervention d'un soignant. Il est rarement envisagé de permettre matériellement à une partie des patients de sortir de façon autonome (attribution de clef-passe, ouverture par code etc.). La restriction la plus forte s'applique donc à tous. À l'inverse, l'ouverture de l'unité entraîne un enfermement plus intense des premiers patients, dans leur propre chambre ou dans une chambre d'isolement.

Le choix du régime de fonctionnement d'une unité n'est pas toujours explicite, ni le résultat d'arbitrages réfléchis et discutés au regard de ses effets attentatoires aux libertés et aux droits. Il peut être simplement la continuation d'habitudes jamais remises en cause, ou la décision personnelle du chef de l'unité s'imposant à tous. Au surplus, l'hébergement dans une même unité de patients relevant de régimes distincts en matière de liberté d'aller et venir est souvent imputable à la gestion de l'établissement, elle-même le résultat d'une application stricte, voire cadastrale, de la sectorisation. Dans certains établissements hospitaliers, chaque unité héberge les patients d'un secteur ou même d'un sous-secteur géographique. Le choix de l'unité d'hébergement est alors fondé sur le domicile plutôt que sur la nature des pathologies ou

sur la cohérence des projets thérapeutiques à développer pour prendre en compte la réalité des besoins des patients. À chaque fois qu'un patient interdit de sortie y est hospitalisé, c'est-à-dire en pratique tout le temps, l'unité est fermée pour tous, verrouillée par l'obsession de prévenir le risque de fugue.

L'atteinte au droit de circulation n'est pas contestée mais admise comme une conséquence, fâcheuse, malheureuse, regrettable mais inévitable. Le patient hospitalisé étant un sujet de soins avant d'être un sujet de droit, le respect du droit de circuler n'est pas une norme fondamentale autour de laquelle se réfléchit et s'organise le fonctionnement des établissements et des unités.

Il n'est pas contestable que la conciliation des conditions de soins et du respect des droits des patients peut se révéler complexe à gérer, notamment lorsque les locaux n'ont pas été conçus dans cette perspective. Pour autant, le CGLPL a visité des établissements qui font la démarche inverse, organisant les parcours de soins et le fonctionnement des unités de façon à maximiser les possibilités de circulation, notamment pour les patients les plus problématiques, en adaptant les organisations.

Si, au surplus, domine la conviction que le placement à l'isolement ou sous contention est un soin, elle fait écran à toute prise en considération des droits du patient et dispense d'envisager, sous l'angle du respect de ces droits, des alternatives à la contrainte comme mode de prise en charge. La prééminence du malade comme sujet, qui peut se prévaloir de droits, plus qu'objet de soins, portée entre autres, par la thérapie institutionnelle a fait long feu. Cette approche a disparu des enseignements.

Les réflexions architecturales ne sont pas plus imprégnées de ces préoccupations. Les quelques recommandations architecturales évoquées portent sur la sécurité – sas d'accès aux chambres d'isolement, modes de surveillance – et parfois sur le niveau de confort. L'effet des partis pris est examiné en termes de facilité de soins ou de surveillance, secondairement en termes d'atteinte à la dignité. Nombre de soignants ont déploré que les patients des chambres d'isolement puissent être vus par d'autres – et les

voir – à travers le fenestron de la porte, expliquant que cela pouvait « exciter » ou perturber les uns ou les autres. Qu'être visible en pyjama, contentionné ou en train de faire ses besoins naturels constitue une atteinte à la dignité et à l'intimité est présenté comme un tracas secondaire. Pourtant, le président de la conférence des présidents des commissions médicales d'établissement de santé mentale a émis des doutes sur la pertinence de la surveillance, directe ou par vidéo, de l'espace de toilettes.

B – Cette carence prive de fondement commun toute démarche de contrôle ou de prévention des dérives

Le référentiel des bonnes pratiques élaboré par la HAS est le plus souvent connu des équipes. Toutefois, outre que ces dernières ne le suivent pas toujours (cf. chapitre 2, section 1), ces recommandations ne portent qu'une fois la décision prise et n'abordent ni la question de la pertinence, ni celle des mesures préventives ou alternatives, ni celle de la durée des contraintes physiques.

Faute de norme ou simplement d'indicateur, il est impossible aux professionnels de se repérer, d'évaluer et de réfléchir sur leurs pratiques. Les entretiens conduits par le CGLPL au cours de ses visites confirment le constat, relevé par les professionnels qui ont étudié la question des contraintes physiques, que les équipes n'ont pas de repère pour mesurer l'importance du recours à ces pratiques. L'une pourra affirmer que l'isolement a été long et, précisions apportées, indiquera qu'il a duré quelques heures, d'autres pourront évoquer plusieurs journées, voire semaines, comme une mesure banale et courante, qui ne les soucie pas. La contention est familière à certaines, entrée dans un protocole qui, en tant que tel, n'est pas sujet à discussion. D'autres, ainsi qu'il a été rapporté, peu habituées à cette mesure répondent qu'elles y ont eu recours « plusieurs fois » alors que la dernière fois se situait plusieurs années en arrière.

Ce flou laisse se développer en toute bonne intention – ou en parfaite obéissance – des recours de plus en plus fréquents à des contraintes physiques.

Les familles sont dépourvues de critères pour mesurer si les traitements apportés à leurs proches sont exagérés ou inappropriés. Au demeurant, elles ne sont pas systématiquement informées des conditions de mise en isolement ou sous contention de leur proche ; elles peuvent difficilement intervenir et sont rarement bienvenues à le faire. Le CGLPL a ainsi été saisi par une famille du placement pendant plus d'une année d'un proche en chambre d'isolement sans pouvoir obtenir de modification de sa prise en charge.

Enfin, alors que la mise en chambre d'isolement et la contention sont des atteintes radicales au droit de circuler et intrinsèquement pour la seconde, une atteinte à la dignité et l'intimité du patient, le juge des libertés n'est pas appelé à intervenir sur ces mesures.

Le juge administratif a affirmé à plusieurs reprises que la contention physique des malades constitue une atteinte à la dignité du patient et par suite, ne doit être utilisée qu'en dernier recours après que le personnel soignant a d'abord utilisé des pouvoirs de la parole, de la pharmacopée à doses suffisantes et des chambres d'isolement. Par suite, il en subordonne l'utilisation aux circonstances où le patient « fait preuve d'agressivité » ou « cherche à se faire violence »¹ et ouvre la possibilité d'invoquer le caractère fautif de la mesure si elle était mise en œuvre dans un autre cadre. En ce qui concerne les conditions matérielles et la durée de placement en chambre d'isolement, il rappelle « l'obligation générale qui pèse sur les établissements de soins, et tout particulièrement sur ceux d'entre eux qui sont amenés à accueillir des patients fragilisés par des troubles mentaux, de respecter leur dignité et de veiller à ce que les modalités d'exécution des

1. Cour administrative d'appel de Marseille, 25 janvier 2007, requête n° 05MA01245.

mesures de placement en chambre d'isolement ne les soumettent pas à une épreuve qui excède le niveau de souffrance inhérent à toute mesure d'isolement non librement décidée »¹.

Dans ces conditions, la communauté médicale et soignante doit être rapidement incitée à construire une réflexion concertée sur le bénéfice de ces pratiques au regard de l'atteinte aux droits des patients qu'elles comportent et d'en définir les limites sous peine de voir le juge se substituer à elle et sanctionner ce qu'il considérera comme excessif.

Section 4

Le désintérêt institutionnel pour l'évaluation des pratiques de contraintes est surprenant au regard de leur incidence en termes de gestion des ressources humaines

Une absence d'évaluation institutionnelle des conséquences des choix de prise en charge est étonnante alors que l'incidence des pratiques de contrainte sur le fonctionnement des unités et, plus largement, des établissements est, semble-t-il, loin d'être neutre.

I – Des autorités sanitaires insuffisamment impliquées sur ce sujet

Le plan « psychiatrie et santé mentale 2011-2015 » élaboré par le ministère chargé de la santé et le ministère chargé des solidarités, en cours d'évaluation, se fixait comme objectif de « donner à tous les Français une juste compréhension des enjeux d'une politique ambitieuse de santé mentale et d'offrir un cadre commun d'action à l'ensemble des acteurs engagés dans la lutte contre les troubles psychiques et la construction de réponses

1. Cour administrative d'appel de Marseille 21 mai 2015, requête n°13MA03115.

permettant d'envisager la vie avec et malgré ces troubles ». La prévention des ruptures dans les parcours de vie des personnes concernées, quel que soit leur lieu de vie, y compris celles en grande précarité ou en milieu pénitentiaire était repérée comme un enjeu majeur dans une optique de prévention.

Ce plan n'aborde les mesures d'isolement et de contention qui sont prises à l'encontre de personnes hospitalisées qu'indirectement, à propos, d'une part des questions de sécurité, d'autre part de formation.

Au titre de la question de la sécurité (sécurité des patients vis-à-vis d'eux-mêmes, mais aussi des autres patients, des professionnels et de la société), le plan insiste sur le fait qu'elle est étroitement liée à celle de la qualité des soins et de la bienveillance. Les établissements sont invités, pour la gestion des risques, à intégrer « les réflexions cliniques, éthiques, [à] se centrer sur la qualité de l'organisation et du soin, la qualité du fonctionnement institutionnel et [à] prévoir [et] institutionnaliser le regard de tiers » et à intégrer les avis du CGLPL. Le paragraphe se conclut par « les démarches de gestion des risques, y compris de risques professionnels, doivent impérativement concerner, en liaison avec les aidants : [...] les pratiques de contention et d'isolement, pratiques toujours à haut risque, et qui peuvent aussi révéler des difficultés à anticiper des situations de crise... ».

Le plan saisit en outre l'opportunité de la mise en place du développement professionnel continu (DPC) avec sa dimension d'évaluation des pratiques professionnelles pour indiquer que « concernant les thèmes de DPC, les professionnels pourront utilement retenir l'amélioration de la capacité des professionnels à gérer les risques de passages à l'acte auto et hétéro-agressifs des personnes prises en charge. L'évaluation portera notamment sur la réduction des accidents de travail, des tentatives de suicide, et du recours à la contention (événements pouvant faire l'objet d'évaluation systématique des pratiques professionnelles) ».

Les pratiques de contrainte susceptibles de porter atteinte au respect des droits fondamentaux, si elles n'ont pas été oubliées

dans ce plan, n'y sont donc que peu abordées. Les autorités sanitaires nationales n'envisageaient pas de mettre explicitement en place un recueil d'informations, ni au sein de chaque établissement ni au niveau national, pour apprécier la réalité de l'évolution de ces pratiques et suivre une stratégie explicite de réduction du recours à ces mesures.

Le caractère particulièrement attentatoire aux droits fondamentaux de ces pratiques, et l'absence de démonstration de leur caractère thérapeutique, nécessite pourtant que le ministère de la santé affirme une politique explicite de réduction du recours à ces pratiques ; elle implique la mobilisation effective des différents leviers permettant aux professionnels et aux équipes de développer, au quotidien, les approches alternatives.

Il conviendrait notamment que la tutelle n'ait pas des exigences contradictoires avec cette politique : dans un établissement visité, elle a considéré comme insuffisante la capacité d'isolement et demandé que de nouvelles chambres soient créées ce qui a été très mal compris par les soignants.

II – Des pratiques qui ne sont pas institutionnellement étudiées dans leur environnement et leurs effets professionnels

Chaque soignant d'une unité psychiatrique sait qu'il aura à gérer des patients en crise, dangereux ou agités. Le CGLPL constate, sans le valider, que le choix d'isoler ou de contenir au cours de cette phase ne fait plus guère débat actuellement en France.

Les visites et entretiens conduits ont permis de mesurer que, au sein des unités, l'unanimité est moins forte s'agissant de la durée de ces mesures ou de leur application dans des circonstances qui ne relèvent pas de l'urgence. Encore une fois, l'appréciation du caractère excessif de cette durée est éminemment variable selon les interlocuteurs rencontrés – au-delà de quelques heures pour les uns, de quelques jours pour les autres ; mais dans tous les cas, les

malaises et divergences apparaissent et divisent les équipes au-delà de cette durée. Certains confient « je me sens mal d'attacher », « j'aimerais mieux éviter », d'autres se persuadent « c'est pour le bien du patient, ça le calme » ou se défendent « on ne fait pas ça pour le plaisir ». Pour tous, l'obéissance à la « prescription » fait écran à l'expression ouverte de la gêne ou de la désapprobation mais l'absence de consensus peut peser sur l'harmonie de fonctionnement des équipes. Aucun soignant ne conteste qu'il préférerait ne pas avoir à y recourir mais l'institution ne dispose pas toujours de lieu d'expression de ces difficultés. Selon un interlocuteur « une équipe "isolée" est une équipe qui isole ».

De toute évidence, chaque établissement devrait étudier les éléments de la prise en charge favorisant ou conduisant à des situations de crise pour en minimiser la survenue ou l'incidence. À titre d'exemple, il a été indiqué que des patients agressent des soignants lorsque ceux-ci ne sont pas disponibles car cette indisponibilité les angoisse ; or, à l'agressivité des patients, les soignants par peur du geste violent et s'ils se sentent insuffisamment solides ou soutenus, répondent par une mise à l'isolement. Une analyse des causes de l'indisponibilité (effectif insuffisant ou tâches administratives trop nombreuses effectuées loin des patients ou organisation inappropriée des activités, etc.) aurait permis de mieux répondre aux besoins des patients et évité de nourrir les motifs d'agitation.

À l'inverse, et tout autant, les conditions permettant de prévenir les situations de crise, ou, celle-ci survenue, de la gérer différemment devraient être explorées et recherchées. Tous les interlocuteurs rencontrés s'interrogent sur l'importance d'une présence médicale et infirmière suffisante, de la formation et de la technicité des soignants, d'une architecture adaptée, du nombre et de la qualité des activités thérapeutiques et occupationnelles, de l'accès au parc. S'il est impossible de mesurer l'importance relative de ces facteurs et leur exhaustivité, on peut au moins s'étonner que ce questionnement ne soit pas institutionnellement repris.

Aucune étude à l'échelle nationale ne s'est saisie des circonstances et des conséquences des recours à des contraintes physiques des patients sur le fonctionnement des unités et des établissements. Deux démarches de réflexion conduites à l'échelle locale méritent d'être évoquées. Leurs conclusions soulignent l'intérêt d'étendre ce type d'études à une échelle plus large ; la pertinence des conclusions en serait validée et leur appropriation par l'ensemble de la profession plus sûre.

En 2008, un audit inter-hospitalier portant sur l'isolement thérapeutique a été organisé par la Fédération régionale Nord Pas-de-Calais de recherche en santé mentale¹. Dix-sept établissements ont participé à cette enquête : quarante-sept secteurs ont été volontaires (quarante-quatre secteurs ont renvoyé leur questionnaire, deux ne l'ont pas fait et un secteur a indiqué ne pas pratiquer l'isolement thérapeutique).

À l'issue de cet audit, un certain nombre de préconisations ont été édictées, parmi lesquelles :

« – **Type de chambre** : la possibilité d'une chambre d'isolement devrait systématiquement faire l'objet d'une réflexion lors de l'élaboration du projet de soins de service.

– **Circonstances de la mise en chambre d'isolement** : la mise en chambre d'isolement devrait rester une réponse au traitement des troubles psychopathologiques. Le diagnostic, même temporaire, devrait être énoncé en clair.

– **Les facteurs de risque** : pour chaque risque identifié un programme de surveillance est mis en place. Cependant la surveillance systématique de la température de la chambre d'isolement n'est pas retrouvée dans une grande majorité des établissements enquêtés. Chaque programme de surveillance des risques devrait s'inscrire dans un protocole identifié.

– **Conformité de la modalité d'hospitalisation avec l'isolement** : dès qu'il y a nécessité d'isolement thérapeutique voire de

1. Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord-Pas-de-Calais, 3 rue Malpart, 59000 Lille – www.santementale5962.com

contention dans le cadre de l'hospitalisation libre, elle devrait revêtir un caractère exceptionnel et être limitée le plus possible dans le temps. La préoccupation sur le bien-fondé de la transformation du statut d'hospitalisation se pose alors : le patient bénéficie-t-il encore du discernement nécessaire au consentement éclairé au soin ?

– **Informations délivrées :** le patient devrait recevoir une information accessible et loyale sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de son isolement. Systématiquement l'équipe soignante devrait apprécier la nécessité d'informer l'entourage du patient. L'information donnée aux patients du service peut être nécessaire pour dédramatiser la situation génératrice de stress et d'incompréhension.

– **Contention physique :** la disparité du matériel est constatée. Dans un tiers des situations celui-ci n'est pas adéquat en termes de confort pour le patient, voire en termes de sécurité.

– **Mesure scandée par des sorties brèves :** les sorties brèves sont insuffisamment instaurées. Le but consiste surtout à humaniser l'isolement par des sorties brèves (contact avec les autres personnes, possibilité de fumer, etc.) et permettre l'évaluation de l'apaisement des troubles du comportement.

– **Sortie de chambre d'isolement :** un entretien systématique centré sur le vécu de la mesure d'isolement n'est pas retrouvé dans la majorité des cas. Systématiser la possibilité d'un entretien de restitution du vécu de l'isolement par le patient. Ce type d'entretien spécialisé devrait être assuré par un professionnel maîtrisant cette situation. »

Un deuxième audit a été réalisé en 2010 afin d'évaluer les modifications éventuelles des pratiques au regard des préconisations élaborées en 2008. Les principaux résultats sont :

– une diminution du recours à l'isolement thérapeutique de 38 %, évaluée à partir de deux semaines tests précédant les deux audits ;

– une plus grande conformité du régime d'hospitalisation (changement de statut dans les douze heures) pour les patients en soins libres mis à l'isolement ;

- l'entrée du patient en isolement est plus souvent signalée en temps réel aux services de sécurité (61 % au lieu de 56 %) ;
- le matériel de contention utilisé correspond à chaque fois aux normes de sécurité et est plus confortable pour les patients ;
- la visite médicale pour confirmer ou infirmer la mise en isolement est réalisée plus rapidement qu'auparavant ;
- le nombre de patients n'ayant pas reçu de visite médicale quotidienne a été diminué de moitié. Cependant en 2010, les deux patients n'ayant pas reçu de visite médicale sont restés un jour pour l'un et onze jours (non d'affilée) pour l'autre sans voir un médecin.

Une étude clinique et contextuelle¹ a été conduite au centre hospitalier Sainte-Marie de Rodez (Aveyron). Une enquête prospective concernant soixante mises en chambre d'isolement a été réalisée en reprenant notamment le référentiel édité par l'ANAES en 1998. Le questionnaire de cette enquête, comportant vingt-cinq items, étudie divers paramètres tels que le motif et les circonstances du déclenchement de la mesure, l'indication, le diagnostic, la durée, le déroulement de l'accompagnement en chambre d'isolement, la fréquence de la surveillance psychique et somatique, l'évolution du patient et de sa relation avec l'équipe ainsi que le vécu émotionnel et contre-transférentiel de l'équipe.

Les résultats de cette étude font apparaître une durée moyenne d'isolement de quatre-vingt-sept heures (soit trois jours et quinze heures) avec une grande variabilité de durée. Les auteurs précisent que ces différences sont dues à l'état du patient mais aussi à de nombreux autres facteurs tels que l'organisation du service, le type de population ou les habitudes soignantes. La contention physique a dû être utilisée lors de neuf mises en chambre d'isolement (15 %) pendant une durée moyenne de six heures, avec pour principaux motifs l'agitation psychomotrice et l'hétéro-agressivité.

1. *Utilisation de l'isolement thérapeutique : une étude clinique et contextuelle* – Kivits P., Thémines J., Rohmer G., Unité intersectorielle fermée, CH Sainte Marie, Rodez.

Les consignes de surveillance psychique des patients (visite par un infirmier une fois par heure et par un psychiatre une fois par jour) ont pu être réalisées. Cependant la surveillance somatique a été problématique lors de treize situations (22 %) en raison de l'inadéquation des consignes ou de la difficulté à les appliquer auprès de patients agités ou opposants ; sept patients (12 %) souffraient en outre d'une affection organique non stabilisée.

Cette étude a donné lieu à une adaptation des pratiques professionnelles :

- harmonisation de la surveillance psychique et somatique des patients ;
- réalisation systématique d'un entretien ciblé sur le ressenti du patient après la période d'isolement ;
- pérennisation des temps d'échanges hebdomadaires sur le vécu de l'équipe.

L'absence quasi générale d'implication des autorités des établissements dans ces objectifs de minimisation des mesures coercitives laisse d'autant plus perplexe qu'outre la responsabilité éthique qui pèse sur eux, il leur appartient d'optimiser la gestion de leurs ressources humaines.

III – Alors que leur coût en termes de ressources humaines n'est pas neutre

La mise en œuvre de pratiques auxquelles les équipes n'adhèrent pas alimente le *turnover* : dans certains établissements, les unités fermées, celles où l'on contient le plus les patients, ne sont pas prisées par les soignants qui cherchent à les quitter. Ainsi, dans un établissement visité, un classement implicite des unités s'était établi et les soignants nouvellement recrutés devaient passer quelques années dans les plus fermées – les moins demandées – s'ils voulaient ensuite rejoindre les unités plus ouvertes voire, situation la meilleure, les activités ambulatoires du secteur (CMP, hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel...).

Par ailleurs, le coût en temps de travail de soignant d'un patient isolé, enfermé et/ou contenu est important : l'application des protocoles de surveillance perturbe le fonctionnement de l'unité, ou le devrait s'il est appliqué rigoureusement. La surveillance régulière – au minimum une fois par heure – du patient isolé et/ou contenu mobilise au moins un soignant, parfois deux sont exigés par le protocole. S'y ajoute le temps de gestion du dossier – enregistrement des consignes dans le dossier et désormais dans un registre, inscription des paramètres vitaux et observation sur la feuille de surveillance, suivi des examens médicaux. En outre, chaque soignant est susceptible à tout moment de devoir interrompre son activité pour intervenir directement ou en appui d'un collègue ou répondre à l'appel du patient. Si celui-ci ne dispose pas de moyen d'appel, il crie, fait du bruit ou frappe à la porte pour obtenir une intervention.

En définitive, un patient à l'isolement est une perturbation non seulement pour les équipes mais également pour les autres patients.

Si la mise à l'isolement ou sous contention relève de la responsabilité du médecin pour la décision et de l'équipe soignante pour la mise en œuvre, l'établissement n'est pas totalement dépourvu de responsabilité dans les facteurs favorisant le recours. Il a donc sa part à prendre dans la recherche de sa limitation ; c'est à lui qu'appartient notamment d'initier ou d'accompagner les politiques de nature à la favoriser.

Cette absence d'évaluation institutionnelle et l'incapacité à veiller à ce que les équipes ne perdent pas de vue le sens de leurs missions est d'autant plus incompréhensible que l'incidence du malaise qu'éprouvent les soignants à pratiquer ces contraintes est loin d'être neutre sur le fonctionnement des unités et établissements.



Chapitre 4

Restreindre le recours à la contrainte physique à des circonstances strictement énumérées

S'il n'appartient pas au CGLPL d'apprécier la pertinence thérapeutique du recours à la contrainte physique, il relève toutefois que cette efficacité n'est toujours pas démontrée – même si elle apporte parfois des issues favorables dans le traitement d'anorexies sévères – et que les autorités sanitaires n'ont pas engagé de recherches significatives visant à la vérifier.

En revanche, il constate que ces mesures portent atteinte aux droits fondamentaux de ceux qui en sont l'objet, atteinte plus au moins grave, plus ou moins étendue selon les circonstances.

Aussi, doit être affirmé comme principe présidant à toute réflexion sur cette question qu'aucune personne souffrant de troubles mentaux ne devrait être soumise à l'isolement ou à la contention, à raison de ses troubles de comportement ; toutefois, le CGLPL ne peut ignorer que parfois les faits et gestes des patients en crise peuvent présenter un danger pour l'entourage ou pour eux-mêmes. Dans ce cas, et après avoir recherché vainement des solutions alternatives, dans une logique de dernier recours, le CGLPL admet qu'il puisse être recouru, à titre exceptionnel et pour une durée strictement limitée, à une mesure de contrainte physique. En tout état de cause la diminution du recours à ces mesures d'isolement ou de contention doit être instamment recherchée.

Le CGLPL ne peut donc que se réjouir de ce que l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016, codifié à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, incite les établissements psychiatriques à engager une politique visant à limiter les recours à l'isolement et la contention.

Mais cette incitation risque de ne rester qu'un vœu pieux si elle n'est pas accompagnée de mesures de nature, d'une part, à prévenir les situations problématiques, d'autre part, à encourager les pratiques alternatives par une réflexion concertée et élargie à l'ensemble des parties prenantes à la prise en charge des malades.

Section 1

L'efficacité de la prévention passe par le renforcement des capacités à gérer les situations de débordement et la mise en place de stratégies de « désescalade »

I – Envisager et enseigner les autres pratiques possibles

Il existe des établissements où quelques unités – exceptionnellement toutes – ne disposent pas de chambre d'isolement, certaines ayant fait le choix de s'en passer, ou de continuer à s'en passer. Pour autant, dans la plupart des cas, leurs équipes n'excluent pas d'utiliser, en dernier recours, les chambres disponibles dans les autres unités, ce que les tenants du caractère incontournable de l'isolement et de la contention soulignent comme un argument à l'appui de leurs certitudes.

Il demeure qu'à défaut de chambre d'isolement, les soignants sont conduits à mettre en œuvre d'autres méthodes de gestion des crises.

La « contention » relationnelle, par la présence et la parole soignantes, en est une mais il a souvent été opposé au CGLPL qu'elle était difficile à mettre en œuvre en raison du déficit en personnel. Pourtant, la mise en chambre d'isolement ou la contention requièrent tant pour les réaliser que pour la surveillance ultérieure des patients, des ressources humaines importantes.

Il n'est pas contesté que des patients puissent nécessiter d'être isolés des autres ou le rechercher. Mais cet isolement peut être ménagé dans des conditions moins coercitives que l'enfermement en chambre d'isolement. Les ressources architecturales peuvent être sollicitées pour mettre à disposition des lieux ou des dispositifs dans lesquels les patients puissent se mettre à l'abri des stimulations sans pour autant se faire enfermer ou être attachés.

L'isolement des autres, notamment en cas d'agitation, peut être également obtenu, à l'inverse, dans d'autres espaces disponibles et par des sorties au grand air.

Il est remarquable de constater que des unités accueillant des patients souffrant de troubles envahissants du développement ou gravement déficitaires peuvent avoir des pratiques radicalement opposées. Soit, et le cas est relativement fréquent, elles ne recourent qu'exceptionnellement à ces mesures, alors que leurs patients sont souvent agités ou développent des comportements qui peuvent être perçus comme violents ; lors des contrôles, il a été expliqué dans certaines de ces unités : « si on attachait ces patients lorsqu'ils sont agités ou désordonnés, on les attacherait tout le temps ». Soit, au contraire, elles arguent des pathologies de leurs patients et du comportement de ceux-ci pour s'autoriser un recours accru, voire constant, à la contrainte physique.

II – Soutenir les équipes soignantes

Selon Jean-Claude Pénocet, président d'un syndicat de psychiatres¹, « Quand une équipe a peur il est certain que le médecin va prescrire des contentions », il poursuit « la contention est un indicateur de la bonne ou de la mauvaise santé de la psychiatrie. Plus la psychiatrie va mal, plus la contention sera utilisée ». Un représentant des usagers (FNAPSY²) a indiqué de son côté avoir constaté qu'« une équipe maltraitée devient maltraitante ».

1. SPH : syndicat des psychiatres des hôpitaux.

2. FNAPSY : fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie.

La mise en œuvre de méthodes alternatives à l'isolement et à la contention suppose que les équipes soignantes y soient non seulement sensibilisées mais également formées. Sentir qu'ils maîtrisent d'autres outils est de nature à conduire les professionnels à modifier leur analyse de l'agitation et de la violence et à leur permettre de les aborder, le cas échéant, plus sereinement.

Les décisions d'isolement ou de contention relèvent de la compétence médicale. Cependant, en pratique, dès lors qu'elle est prise dans l'urgence et dans un contexte de crise, dans la majorité des cas l'initiative vient des infirmiers et la décision est validée ensuite dans les meilleurs délais par un médecin. Aucun soignant ne se réjouit d'enfermer, aucun d'entre eux n'a le sentiment d'être professionnellement très performant lorsqu'il en vient à attacher. Cependant, lorsque ces pratiques sont répétitives, elles se banalisent et la communauté des soignants peut perdre tout recul sur l'analyse de ses choix implicites et de ses effets. Le phénomène sera accentué si une équipe est stable et que les intervenants extérieurs ne sont pas suffisamment fréquents ou nombreux ou autorisés pour remettre en cause les habitudes. Dans la routine, la référence aux droits des patients et la perception de l'atteinte qui y est portée s'assoupit. Dans cette banalisation non dénuée de bienveillance, les patients abandonnent leur exigence de dignité.

Lors de visites, les contrôleurs ont constaté une accoutumance étonnante aux pratiques coercitives, tant de la part des soignants que des patients : le placement de patients en chambre d'isolement ou sous contention pendant des mois finissait par faire partie d'un quotidien exécuté et, à la longue impensé dans son ampleur.

Le rôle, et donc la responsabilité, du ou des médecins d'une unité dans la révision régulière des pratiques professionnelles d'une équipe est fondamental. Si l'alternative à l'isolement ou la contention est perçue comme une prise de risque, elle ne sera suivie, ou même proposée, par l'équipe que si celle-ci se sent accompagnée et soutenue par le médecin dans la démarche.

À l'inverse, lorsque le médecin n'intervient que rarement dans l'unité, la routine autour de solutions les moins audacieuses, ou les plus prudentes comme l'isolement, s'installe nécessairement.

La diversification de la composition des équipes serait de nature à ouvrir le regard qu'elles peuvent porter sur elles-mêmes.

Travailler sous le regard des autres est une précieuse source d'auto-contrôle, d'auto-évaluation. À ce titre, les interlocuteurs professionnels rencontrés s'accordent sur la place des proches et des usagers. Selon le président de la conférence des présidents de CME des hôpitaux spécialisés, les familles des patients sont le levier essentiel de l'amélioration de la prise en charge.

De leurs côtés les représentants rencontrés des familles (UNAFAM¹) comme des usagers (FNAPSY) souhaitent que se développent, localement, des partenariats bienveillants entre les professionnels et eux. Selon eux cette pratique favoriserait le dénouement de certaines situations complexes avec le développement d'approches alternatives à la contrainte ; elle permettrait aussi de les associer à une réflexion éthique collective qui se doit d'être d'autant plus exigeante que les patients concernés sont le plus souvent en grande difficulté pour faire valoir leurs points de vue.

Le rôle de l'institution n'est pas moins décisif : il lui appartient d'offrir régulièrement aux soignants la possibilité de réévaluer leurs pratiques auprès de pairs, de s'ouvrir à d'autres approches et, fondamentalement, de s'y former pour les expérimenter utilement. Elle doit permettre, voire organiser, les échanges entre les équipes, favoriser la mobilité pour permettre aux agents d'exercer dans d'autres contextes. Elle doit également offrir la possibilité de recourir à un infirmier clinicien (ou tout autre professionnel) ayant développé une expertise clinique sur ces sujets pour aider à l'analyse d'une situation dans une unité ou un service et y permettre le développement d'alternatives pour la prise en charge de la personne concernée.

1. L'UNAFAM est une association reconnue d'utilité publique qui accueille, soutient, et informe les familles confrontées aux troubles psychiques d'un des leurs.

III – Des mesures préventives doivent être étudiées

La diminution du recours aux contraintes physiques passe également par l'identification des processus qui conduisent à prendre ces mesures, en vue de les éviter ou de diminuer leurs effets délétères.

Les établissements et les équipes gagneraient à repérer les lieux et circonstances qui sont sources de montée de la violence ou de l'agitation, mais également travailler avec d'autres établissements pour comprendre ce qui, dans l'organisation de la prise en charge, y est propice.

Ces circonstances tiennent en partie aux règles de vie qui peuvent comporter des mesures anxiogènes ou causant une tension excessive comme le rationnement excessif du tabac, l'accès insuffisant à la cour extérieure, l'impossibilité stricte de se rendre librement dans sa chambre. Elles le sont en elles-mêmes si elles sont injustifiées, conduisant à un sentiment d'arbitraire, ou implicites et pouvant donc être enfreintes involontairement. Dans les modalités de la prise en charge, l'insuffisance d'activités, de sorties à l'air, d'espaces agréables pour recevoir des visites nourrissent les difficultés.

**SITUATION MENTIONNÉE
DANS LE RAPPORT D'ACTIVITÉ 2013
DU CGLPL**

Un homme venait d'être admis à l'hôpital et est allé fumer à 21 h 30 dans le patio alors que c'est théoriquement interdit après 21 h. À cette occasion les échanges entre le personnel et ce patient ont entraîné un climat de violence ce qui a conduit à placer le patient en chambre d'isolement après une injection intramusculaire de neuroleptique.

L'organisation architecturale des lieux d'hébergement, où les patients passent l'essentiel de leurs journées, peut favoriser

les montées en tension lorsque chacun ne trouve aucune échappatoire au regard des autres patients, lorsqu'il est impossible de regarder la télévision sans perturbation, ou écouter de la musique en paix.

Les situations humiliantes, comme le port du pyjama hors de la chambre ou les attaches, l'absence d'intimité dans les gestes élémentaires sont source d'exaspération pour qui les subit.

De même, doivent être repérés ceux des comportements et des émotions des soignants qui favorisent la montée des anxiétés ou des frustrations des patients favorisant les passages à l'acte violent. La peur, l'inquiétude, la fatigue, le surmenage, l'insuffisance des effectifs sont toujours signalés comme des facteurs de risque de débordement des patients, insuffisamment ou mal contenus par une relation thérapeutique trop rare, trop lâche ou improprement affirmée. À ce titre, la supervision des équipes doit être généralisée et effectuée par les professionnels expérimentés.

Les facteurs de ces difficultés du personnel doivent être analysés pour en minimiser la survenue.

En dernier lieu, il a été souvent avancé que la prise en charge du patient dans une unité d'accueil d'urgence dépourvue de chambre d'isolement, à son arrivée, permettait de répondre à la situation de crise et de la calmer dans un lieu où il n'est pas destiné à rester et donc d'éviter de l'installer dans un contexte de contrainte.

Section 2

L'évaluation qualitative et quantitative de ces mesures est nécessaire

L'obligation portée par la loi du 26 janvier 2016 de diminuer le recours aux mesures de contrainte physique ne peut être que saluée. Mais, comme observé, aucun système d'information ne permet actuellement d'évaluer, ne serait-ce que quantitativement et localement, l'ampleur de ces recours. Le

renseignement du registre prévu par cette loi devrait permettre non seulement de quantifier ces recours mais également, compte tenu des mentions renseignées, « 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 », de cerner certaines des circonstances dans lesquelles la décision est prise.

Les données de ce registre offriront à chaque unité un outil d'auto-observation et les éléments d'une réflexion d'équipe : indications, fréquence selon les moments de la journée, de la semaine, incidence de la composition de l'équipe de service.

Le but visé de réduction sera d'autant plus rapidement atteint que les unités pourront non seulement évaluer l'évolution de leurs propres données, mais également les comparer à celles de leurs pairs. Ceci suppose qu'un système d'information harmonisé soit établi par les autorités sanitaires nationales pour que les données locales puissent être consolidées à l'échelon régional et national et ainsi permettre une analyse des informations à tous les niveaux ; à ce titre le CGLPL regrette que cela n'ait pas été pris en compte dans la loi du 26 janvier 2016.

Il convient toutefois de repérer l'apparente contradiction entre l'objectif de mesure pour diminuer les recours et celui de quantification pour en tirer une conséquence de financement. De fait, les prises en charge des patients les plus compliqués, comme ceux qui font le plus souvent l'objet de mesures de contrainte physique, sont les plus coûteuses en moyens. Il convient de veiller à ce que les méthodes de tarification ne conduisent pas à favoriser financièrement les pratiques d'isolement.

Ces informations devraient faire l'objet d'une communication à chaque réunion de la commission médicale d'établissement (CME), cette instance devant en faire une analyse plus approfondie, prenant en compte les réalités unité par unité et en considérant la pathologie des personnes concernées.

Section 3**Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles**

Ainsi qu'on l'a vu, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont, dans l'ensemble, respectées et intégrées dans les protocoles locaux, ce qui appelle deux observations.

En premier lieu, le respect du protocole finit parfois par prévaloir sur tout autre élément d'évaluation de la qualité du geste effectué (cf. chapitre 3, section 2). Par exemple, si le protocole indique que l'unité entière doit être fermée lorsque deux soignants entrent dans la chambre d'isolement, cette obligation est respectée même lorsqu'il n'est pas prévu que le patient soit détaché pendant cette visite.

En second lieu, à l'extrême, lorsque le protocole qui résulterait des recommandations de bonnes pratiques ne peut être mis en place, un autre protocole, conforme à ce qui est concrètement possible de réaliser en l'état du fonctionnement de l'unité est élaboré : dans un établissement, les contrôleurs ont ainsi vu un protocole adaptant les durées de contrainte à la fréquence du passage – une fois par semaine – du psychiatre.

Ainsi, la « protocolisation » s'accompagne parfois de la perte de sens, confondant outil et objectif de soins. On ne saurait trop recommander de développer des actions de diffusion, en vue de son appropriation par les équipes, du guide méthodologique en cours de validation à la HAS « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie » qui doit être prochainement publié ainsi que les outils qu'il propose.

Pour ne pas encourager ces effets négatifs, la démarche de certification ne doit pas se limiter à exiger et vérifier l'existence de protocoles mais elle doit examiner la réalité des pratiques et introduire le suivi d'un taux de recours à l'isolement et à la contention dans le compte qualité de chacun des établissements. Il convient, en effet, d'éviter qu'un établissement ayant établi des protocoles mais ayant un recours important à l'isolement et la

contention soit mieux « apprécié » qu'un établissement n'ayant pas établi de protocole mais ne recourant pas à ces mesures, ainsi qu'il a pu être rapporté au CGLPL.

Enfin, les protocoles appliqués devraient être actualisés annuellement, en prenant notamment en compte les éléments ressortant de l'analyse des mesures fournies par le système d'information.

Section 4

Organiser un contrôle extérieur

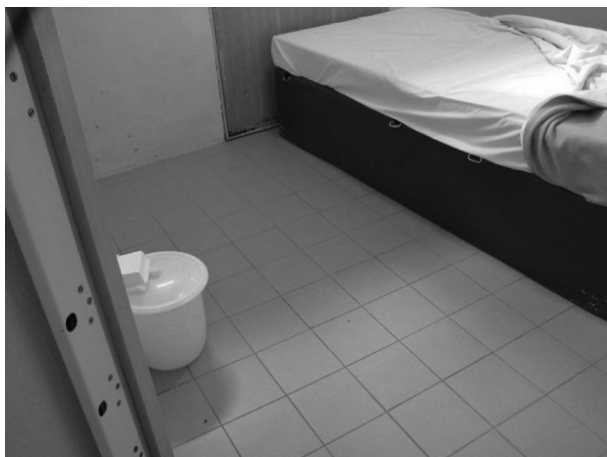
Le recueil des données quantitatives sur le recours aux mesures de contrainte doit également éclairer les contrôles extérieurs de l'établissement.

Certains de ces contrôles sont déjà prévus par la loi pour les établissements habilités à accueillir des patients en soins sans consentement, ceux de l'autorité judiciaire qui doit visiter chaque année l'établissement et celui de la commission départementale des soins psychiatriques.

Il serait utile que l'autorité judiciaire, garante des libertés individuelles, soit destinataire régulièrement du nombre des décisions de contrainte physique prises dans l'établissement, unité par unité, mois par mois.

Les familles, par le biais des associations présentes dans l'établissement, ainsi que la commission des relations avec les usagers (CDU)¹ ont tout autant vocation à connaître ces éléments.

1. En application de l'article L. 1112-3 du code de la santé publique, la commission des usagers a « dans chaque établissement de santé [...] pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.



Chapitre 5

Recommandations

Principes

- Toute privation de liberté est attentatoire aux droits fondamentaux ; aussi tout doit être mis en œuvre pour apaiser la personne en situation de crise avec des approches alternatives à une mesure de contrainte physique. Si en dernier recours, la décision d'un placement en chambre d'isolement ou sous contention doit être prise les modalités de sa mise en œuvre doivent garantir au mieux le respect des droits des patients.

- L'isolement et la contention dans la chambre du patient doivent être proscrits notamment au regard du risque de banalisation ainsi que celui d'une insuffisante traçabilité.

- Le port du pyjama et le retrait des effets personnels, en chambre d'isolement, ne doivent pas être systématiques mais être justifiés cliniquement.

- Il doit être mis fin au caractère systématique de pratiques d'isolement, qu'il s'applique aux personnes détenues, à l'entrée dans une unité de soins ou à toute autre situation.

Traçabilité

- Le registre prévu par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique doit être renseigné pour toute mesure d'isolement ou de contention mise en œuvre, quel que soit le lieu de prise en charge de la personne concernée.

- Toute décision d'isolement ou de contention doit être documentée dans le dossier patient : l'établissement doit pouvoir apporter la preuve du caractère de dernier recours de la mesure.
- Les informations collectées par les établissements doivent faire l'objet d'une consolidation régionale et nationale, ce qui nécessite la création d'un système d'information cohérent et intégré.

Droits

• L'information de la personne concernée doit être assurée au moment de la prise de décision d'isolement ou de contention avec la remise d'un support écrit précisant ses droits et les modalités de prise en charge et d'accompagnement induites par cette mesure. Ces informations doivent également être affichées dans la chambre d'isolement.

• Le patient doit, de façon systématique, être invité à préciser le nom de la personne à prévenir de la mesure prise (personne de confiance ou parents pour un mineur) ou à *ne pas prévenir* le cas échéant.

• Les modalités de recours contre la décision d'isolement ou de contention doivent être précisées au sein de chaque établissement (médecin médiateur de l'établissement par exemple et juge administratif). Elles doivent être affichées dans toutes les chambres d'isolement et sur le support écrit de notification des droits remis à la personne. Elles doivent être communiquées à la personne de confiance, aux parents d'un mineur ou à tout proche informé à la demande du patient concerné.

Décision et suivi médical

Forme de la décision médicale

• La décision médicale d'une mesure d'isolement ou de contention ne peut être prise qu'après un examen médical psychiatrique effectif de la personne, et en prenant en compte, autant que faire se peut, l'avis des membres de l'équipe soignante.

- La décision doit être motivée afin de justifier du caractère « adapté, nécessaire et proportionné » de la mesure ; les informations sur l'état clinique du patient lors de la décision doivent être explicitées.
- La décision doit préciser ce qui a été vainement mis en œuvre préalablement afin de justifier qu'elle est prise en dernier recours.
- Dès la prise de la mesure, les professionnels de santé concourant à la prise en charge du patient concerné doivent rechercher, dans un cadre pluridisciplinaire, les moyens de la lever dans les plus brefs délais.
- Aucune décision de contrainte physique ne peut être prise par anticipation ou avec l'indication « si besoin ».
- Les termes de l'évaluation des bénéfices au regard des risques doivent être explicités dans le dossier du patient.

Suivi et surveillance

- La durée d'une mesure de contrainte physique doit être la plus courte possible et ne saurait dépasser la situation de crise ; en toute hypothèse il ne saurait être possible de prolonger, sans une nouvelle décision également motivée, l'isolement au-delà de vingt-quatre heures et la contention au-delà de douze heures.
- La surveillance et la prise en charge somatique doivent être assurées avec notamment un examen somatique obligatoire dans la première heure, pour évaluer les contre-indications.
- Au-delà de la surveillance des paramètres vitaux et de l'assistance pour la satisfaction des besoins élémentaires, la présence soignante doit garantir la réponse thérapeutique adaptée à la situation clinique du patient¹ et à ses besoins.

1. Le CPT estime, quant à lui, dans le rapport adressé suite à sa visite en 2010 en France qu'en cas de mise sous contention, un membre du personnel soignant devrait être présent en permanence pour maintenir un lien thérapeutique avec le patient et l'assister (élimination des urines et des selles / accès aux toilettes et salle d'eau, hydratation, alimentation, etc.). La vidéosurveillance ne saurait

- Un examen médical biquotidien de toute personne soumise à une contrainte physique doit être garanti.
- Le séjour en chambre d'isolement ou la contention doivent être régulièrement interrompus par des sorties de courte durée à l'air libre ; seules des circonstances exceptionnelles peuvent justifier l'impossibilité des sorties et doivent alors être explicitées.
- Un entretien doit être réalisé avec la personne concernée à la fin de toute mesure de contrainte physique en vue d'évoquer le contexte clinique de sa souffrance, son vécu de cette mesure et les modalités susceptibles d'en prévenir une nouvelle.

Évaluation

- Pour atteindre l'objectif de limitation du recours aux mesures de contrainte physique dans les lieux de soins et ce dans le cadre d'une stratégie explicite, les autorités sanitaires doivent disposer des outils de pilotage et de suivi requis.
- Au plan national, le recensement des informations, le suivi et l'évaluation de celles-ci doivent être confiés à une instance qui garantisse une approche pluridisciplinaire et une analyse plurifactorielle.
- Au plan régional, le recours aux mesures d'isolement et de contention doit être un critère systématiquement pris en compte dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'agence régionale de santé (ARS) et l'établissement de santé autorisé en psychiatrie.
- Les ARS sont destinataires des rapports annuels des établissements prévus par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique et font une analyse critique comparative des modalités

remplacer une telle présence continue du personnel. Dans le cas d'une mise en chambre d'isolement sans recours à la contention, le membre du personnel peut se trouver hors de la chambre d'isolement, à condition que le patient puisse bien voir le membre du personnel et que ce dernier puisse continuellement observer le patient et l'entendre. Il est également essentiel d'effectuer un entretien de fin de mise en isolement avec le patient concerné.

de recours à l'isolement ou à la contention dans les établissements de leur région ; ce document doit être diffusé annuellement aux commissions départementales des soins psychiatriques et aux autorités judiciaires compétentes de la région.

- Au niveau de l'établissement, ce même article L. 3222-5-1 impose des obligations précises en matière de tenue de registre, d'élaboration d'une politique pour limiter le recours aux pratiques d'isolement et de contention et l'évaluation de sa mise en œuvre.

- L'implication de la commission médicale d'établissement (CME) en la matière doit se traduire par un suivi à chacune de ses réunions de la situation, prenant en compte les réalités par unité de soins et en fonction de la pathologie des personnes concernées. Cette politique doit être intégrée dans la politique de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement.

- Toute contention doit être déclarée comme un événement indésirable et faire l'objet d'une revue systématique.

- Un travail institutionnel doit être mené, avec des professionnels tiers, sur toutes les mises en chambre d'isolement dans une logique de supervision ; Il doit permettre une analyse des enjeux dans la relation entre patient et soignants (soumission, résignation, récompense).

Information

- Le président et le procureur du tribunal de grande instance, dans le cadre de leur compétence prévue par l'article L. 3222-4 du code de la santé publique, doivent être destinataires d'une liste mensuelle statistique des décisions d'isolement ou de contention prises dans les établissements de santé mentale de leur ressort.

- Une information similaire devra être portée mensuellement à la connaissance des membres de la commission départementale des soins psychiatriques et aux membres de la commission des usagers de l'établissement.

Conditions matérielles

- L'architecture des chambres d'isolement doit garantir des conditions de séjour correctes en termes de superficie, luminosité, accès à l'eau et aux sanitaires, etc. L'aménagement de ces chambres doit être favorable à l'apaisement et permettre de disposer d'une literie de qualité avec la position allongée tête relevée possible ; il doit permettre de s'asseoir et de manger dans des conditions dignes et offrir la possibilité de visualiser une horloge. Un équipement télévisuel et musical doit pouvoir y être utilisé en toute sécurité.

- Les dispositifs de vidéosurveillance en chambre d'isolement doivent être proscrits car ils portent atteinte à la dignité et à l'intimité. Ils ne sont, de plus, pas nécessaires si la présence soignante est adaptée à la clinique de la personne.

- Toute personne placée en chambre d'isolement ou sous contention doit toujours avoir accès à un dispositif d'appel auquel il doit être répondu immédiatement.

- Les personnes placées en chambre d'isolement doivent pouvoir recevoir leurs visiteurs dans des conditions respectueuses.

- Toute personne placée en chambre d'isolement doit conserver son lit dans une chambre ordinaire pendant toute la période de l'isolement.

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

Études et formation

- Le développement de la recherche médicale et soignante sur les pratiques professionnelles préventives doit être suscité dans le but de réduire le recours à des mesures d'isolement et de contention.

- La formation des médecins, des soignants et des équipes notamment sur la violence et sur les droits fondamentaux des patients doit être renforcée.
- Une large diffusion doit être assurée aux recommandations professionnelles élaborées par la Haute autorité de santé qui sont de nature à limiter le recours aux mesures de contrainte physique ou chimique et à garantir une meilleure qualité de la prise en charge des personnes concernées par ces pratiques. Elle doit être accompagnée d'une démarche visant à en garantir l'appropriation par tous les professionnels concernés.
- Un troisième cycle en soins doit être organisé afin de permettre aux soignants infirmiers de développer une expertise clinique reconnue.

Prévention

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



Table des matières

| | |
|---|-----|
| À propos de l'auteur | V |
| Introduction | VII |
| Chapitre 1 | 1 |
| Des pratiques gravement attentatoires aux droits fondamentaux dont l'efficacité thérapeutique n'est pas prouvée | |
| - Section 1 | 1 |
| L'isolement et la contention, tels que les met en œuvre la psychiatrie, appellent une vigilance toute particulière du CGLPL | |
| - Section 2 | 3 |
| Ces mesures apparaissent comme la résultante de l'évolution des prises en charge des personnes souffrant de troubles mentaux | |
| - Section 3 | 5 |
| Alors qu'elles n'ont pas prouvé leur efficacité thérapeutique | |
| Chapitre 2 | 9 |
| Une implication faible et discordante de la communauté hospitalière | |
| - Section 1 | 10 |
| Des pratiques diversement appliquées mais existantes dans la quasi-totalité des établissements | |
| - I. Des indications diverses mais souvent problématiques | 10 |
| A. Un référentiel de l'ANAES qui n'empêche pas les dérives | 11 |
| B. L'application de protocoles sans lien avec la clinique du patient | 13 |
| - II. Selon des modalités hétérogènes | 19 |
| - III. Et avec une fréquence impossible à quantifier | 23 |
| - IV. Une situation particulièrement préoccupante pour la pratique de la contention | 26 |
| A. Un usage à « bas bruit » | 26 |
| B. Une surveillance médicale approximative | 28 |

| | |
|--|----|
| C. Des conditions de transport particulièrement sécurisées | 30 |
| - Section 2 | 31 |
| L'atteinte aux droits fondamentaux, point commun de ces disparités | |
| - I. Droit à la prise en charge médicale et aux soins | 31 |
| - II. Droit à la sécurité | 34 |
| - III. Droit à l'intimité | 36 |
| - IV. Droit de recevoir des visites | 37 |
| - V. Droit au respect de la dignité. | 38 |
| - V. Prise en compte des besoins physiologiques de mobilité physique . . | 41 |
| - VII. Le droit de fumer ou les modalités de gestion du tabac | 43 |
| - VIII. La possibilité d'activités | 44 |
| - IX. L'intervention du comité d'éthique | 45 |
| - Section 3 | 46 |
| Le vécu des patients | |
| Chapitre 3. | 51 |
| Un désintérêt des professionnels, frein à l'évolution préconisée des pratiques | |
| - Section 1 | 51 |
| Le cadre législatif et réglementaire est évolutif en France comme dans un certain nombre de pays comparables | |
| - I. Rares sont les pays qui ont porté au plus haut niveau normatif l'encadrement des pratiques de contrainte | 51 |
| A. Belgique | 52 |
| B. Allemagne | 53 |
| C. Pays Bas | 53 |
| D. Royaume-Uni | 54 |
| E. Québec | 54 |
| - II. L'évolution des dispositifs adoptés par la France n'est pas pleinement satisfaisante au regard du respect des droits de l'homme . . . | 56 |
| A. « La loi Esquirol » | 56 |
| B. L'évolution de 1990 | 59 |
| C. La réforme du 5 juillet 2011 | 61 |
| D. Le contexte conventionnel et l'évolution récente de la loi française . . | 63 |
| - Section 2 | 67 |
| Les recommandations de l'ANAES constituent une référence commune mais n'ont pas de valeur contraignante | |

| | | |
|---|-----|-----|
| - Section 3 | 78 | 125 |
| L'absence de réflexion collective des professionnels a empêché l'élaboration de normes, ce qui a laissé une large place à l'arbitraire médical dans un contexte sécuritaire | | |
| - I. Les effets d'un contexte sécuritaire | 78 | |
| - II. Entre prescription médicale et pression des équipes soignantes | 84 | |
| - III. Une absence de conception partagée de la liberté des patients | 88 | |
| A. Le droit des patients à leur liberté de circulation ne fait pas l'objet d'une réflexion d'ensemble de la profession psychiatrique | | |
| | 88 | |
| B. Cette carence prive de fondement commun toute démarche de contrôle ou de prévention des dérives | | |
| | 91 | |
| - Section 4 | 93 | |
| Le désintérêt institutionnel pour l'évaluation des pratiques de contraintes est surprenant au regard de leur incidence en termes de gestion des ressources humaines | | |
| - I. Des autorités sanitaires insuffisamment impliquées sur ce sujet | 93 | |
| - II. Des pratiques qui ne sont pas institutionnellement étudiées dans leur environnement et leurs effets professionnels | 95 | |
| - III. Alors que leur coût en termes de ressources humaines n'est pas neutre | 100 | |
| Chapitre 4 | 103 | |
| Restreindre le recours à la contrainte physique à des circonstances strictement énumérées | | |
| - Section 1 | 104 | |
| L'efficacité de la prévention passe par le renforcement des capacités à gérer les situations de débordement et la mise en place de stratégies de « désescalade » | | |
| - I. Envisager et enseigner les autres pratiques possibles | 104 | |
| - II. Soutenir les équipes soignantes | 105 | |
| - III. Des mesures préventives doivent être étudiées | 108 | |
| - Section 2 | 109 | |
| L'évaluation qualitative et quantitative de ces mesures est nécessaire | | |
| - Section 3 | 111 | |
| Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles | | |
| - Section 4 | 112 | |
| Organiser un contrôle extérieur | | |

| | | |
|-----|--|-----|
| 126 | Chapitre 5 | 115 |
| | Recommandations | |
| | - Principes | 115 |
| | - Traçabilité | 115 |
| | - Droits | 116 |
| | - Décision et suivi médical | 116 |
| | Forme de la décision médicale | 116 |
| | Suivi et surveillance | 117 |
| | - Évaluation | 118 |
| | - Information | 119 |
| | - Conditions matérielles | 120 |
| | - Études et formation | 120 |
| | - Prévention | 121 |