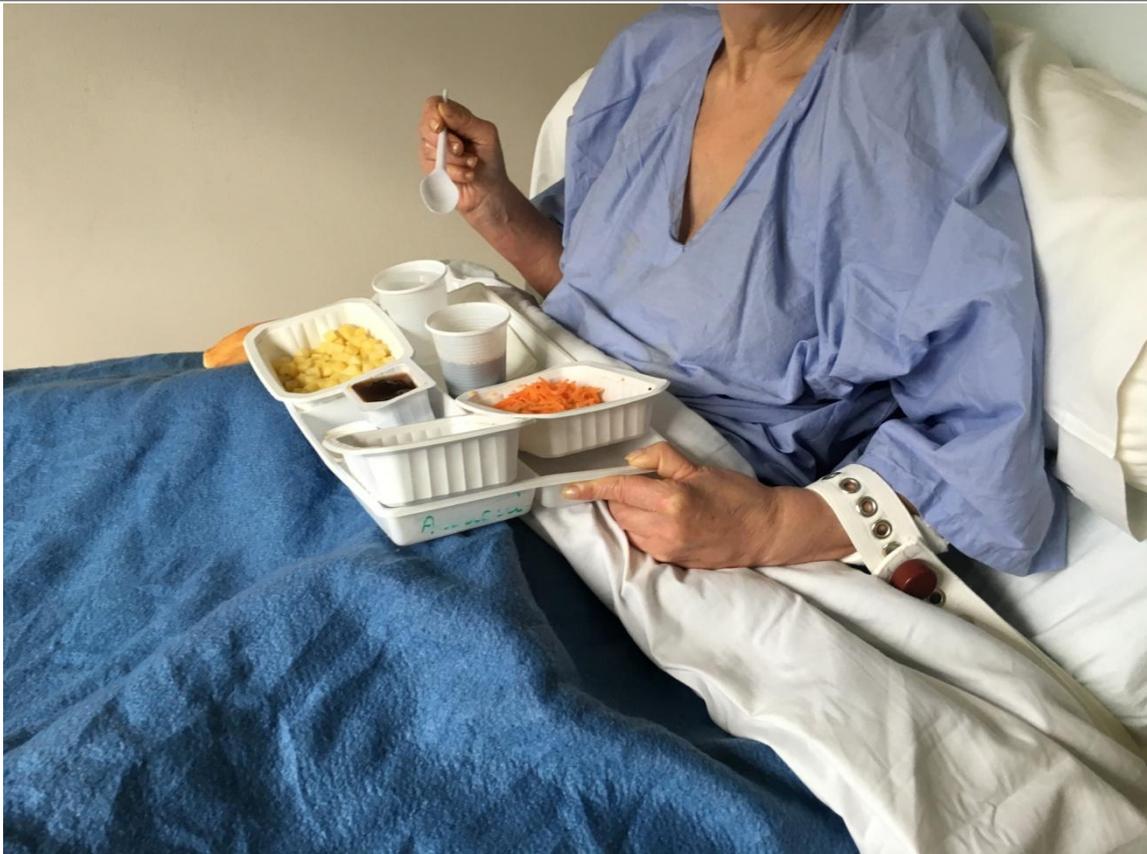

Rapport thématique

Isolement et contention dans les établissements de santé mentale

Dossier de presse



© CGLPL

Le Contrôleur Général des lieux de privation de liberté a pour mission de veiller à ce que les personnes enfermées 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 s'y trouve des patients admis sans leur consentement, dont la liberté d'aller et venir est restreinte. Et au sein de ces établissements, certaines personnes peuvent être soumises à des mesures de contrainte physique (placées en chambre d'isolement ou sous contention).

Il n'appartient pas au CGLPL d'apprécier la pertinence thérapeutique du recours à ces mesures coercitives. Mais il lui revient de s'assurer du respect des droits fondamentaux des personnes hospitalisées sans leur consentement et dans ce cadre il constate que ces pratiques leur portent une atteinte certaine, plus au moins grave, plus ou moins étendue selon les circonstances.

Les visites conduites depuis huit ans dans les établissements psychiatriques ont permis au CGLPL de dresser une série de constats et de recommandations, présentés dans ce rapport, premier d'une série d'analyses thématiques sur les situations dont le CGLPL a à connaître.

Eléments de contexte

Depuis sa création en 2008, le CGLPL a réalisé 121 visites d'établissements de santé mentale concernant 112 structures, soit près de 40% des 284 établissements recensés¹.

Le terme générique d'**établissement de santé mentale** fait référence à plusieurs types de lieux dans lesquels peuvent être prises en charge des personnes atteintes de troubles mentaux : centres hospitaliers spécialisés et services psychiatriques au sein d'hôpitaux généraux, unités pour malades difficiles (UMD) et unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les patients détenus.

La réflexion du CGLPL a porté sur l'**usage de la contention mécanique**, consistant à utiliser des dispositifs matériels – liens, attaches, camisoles – pour empêcher ou limiter les mouvements. La contention chimique, consistant en l'administration de médicaments sédatifs, a été écartée. S'agissant de ces médicaments sédatifs, le CGLPL fait sienne la recommandation du Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) selon laquelle l'usage de la contention chimique doit être assorti des mêmes exigences de traçabilité que les autres mesures de contention.

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 sa propre chambre ou d'une pièce prévue à cet effet (chambre d'isolement, de soins intensifs, sécurisée, d'apaisement, de contention...).

Les constats du CGLPL : des pratiques diverses mais généralisées

➤ *Une généralisation du recours à l'isolement et à la contention*

Alors même que leur efficacité thérapeutique n'est pas formellement prouvée, les pratiques de mise à l'isolement ou sous contention connaissent une recrudescence depuis une vingtaine d'année, dont les facteurs sont multiples : réduction des effectifs, changement dans la formation des professionnels, évolution de l'approche psycho pathologique, présence insuffisante des médecins dans les unités de soin, manque de réflexion d'ensemble sur la liberté de circulation des patients, etc.

A cela s'ajoute le développement d'un impératif de sécurité publique imprégnant le débat politique qui 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. Ainsi le malade mental 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.

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. La grande majorité des unités de soins visitées disposent d'une, voire de deux chambres d'isolement et de matériel de 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.

Une nécessaire traçabilité

Le CGLPL recommande depuis 2009, suite à ses premiers constats dans les services de psychiatrie que le recours à l'isolement et à la contention soit consigné dans un registre spécifique 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 ; mais à ce jour encore les professionnels ne disposent d'aucun recensement actualisé de ces mesures de contraintes.

¹ Données aux 30 avril 2016.

➤ *Une diversité des motifs d'usage de l'isolement et de la contention*

Il est 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.

Pourtant, le CGLPL constate très fréquemment des situations de mise en chambre d'isolement résultant de décisions qui ne sont pas guidées par l'état clinique du patient. Pire encore, il arrive que l'isolement soit utilisé à des fins disciplinaires ou de sanction, certains services allant jusqu'à établir un barème en jours d'isolement en fonction de la transgression des règles fixées.

Certains règlements intérieurs d'établissement hospitaliers prévoient un séjour systématique des patients à l'isolement au moment de l'admission. Cette pratique 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. De même le CGLPL observe une pratique de placement systématique des personnes détenues en chambre d'isolement pendant toute la durée de leur séjour.

Le CGLPL a également constaté le recours à l'enfermement de patients, 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 d'handicaps psychiques ou de personnes particulièrement vulnérables.

Ces pratiques systématiques sont incompatibles avec une approche respectueuse des droits, de la nécessaire proportionnalité des mesures de restriction de liberté et de l'individualisation des soins.

➤ *Des modalités très hétérogènes de mise en œuvre*

Les modalités d'isolement sont organisées et gérées de façons très diverses selon les établissements et même, à l'intérieur de ceux-ci, selon les pôles, les services et les unités. On pourrait s'attendre à ce que ces différences de méthodes s'expliquent par celles des types de patients. En réalité, elles seraient plus à attribuer à des « cultures de service » traduisant des approches ou des points de vue divers des médecins ou des équipes.

L'organisation de la chambre n'est pas normalisée : des sanitaires peuvent être installés à proximité, accessibles librement ou non ; sa surface peut varier du plus exigu – 6,20 m² – ou dépasser 25 m² ; l'éclairage naturel des chambres est très variable (le CGLPL a pu voir des chambres d'isolement sans aucune fenêtre ou avec des fenêtres si étroites qu'elles évoquent des meurtrières). 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. Certaines chambres accèdent à un patio qui permet au patient de sortir à l'air, de fumer.

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. 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.

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.

Des atteintes aux droits fondamentaux des patients

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.

➤ *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, le CGLPL constate que 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.

Les prescriptions sont quasiment toujours anticipées avec une « prescription si besoin » qui n'est pas toujours confirmée dans des délais brefs par une nouvelle prescription à la suite d'un examen médical du patient concerné. Le suivi médical psychiatrique quotidien n'est pas effectif notamment les dimanches et les jours fériés. Et alors même que l'isolement et la contention peuvent avoir des conséquences d'une extrême gravité sur la santé des patients, le médecin somaticien n'est pas toujours informé de la mesure.

La surveillance des personnes en chambre d'isolement est effectuée, le plus souvent, une fois par heure, ce qui est très insuffisant pour un patient qui va mal. En outre cette surveillance n'apparaît pas systématique à certaines plages horaires et n'est pas toujours tracé dans la feuille prévue à cet effet sans pour autant qu'il soit possible d'affirmer si c'est le fait de la levée de la mesure ou d'un défaut de surveillance.

➤ *Droit à la sécurité*

Il arrive que les chambres d'isolement 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.

➤ *Droit à l'intimité*

Le CGLPL a pu constater le développement de la surveillance des chambres d'isolement par des caméras. 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.

De plus le renvoi d'images au bureau des infirmiers, souvent vitré, permet parfois 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.

➤ *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 perplexe 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.

➤ *Droit au respect de la dignité*

Si certains établissements disposent de chambres d'isolement avec 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 de 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 y 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.

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, sans réelle justification médicale.

➤ *Prise en compte des besoins physiologiques de mobilité*

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 respecté.

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.

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 du 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.

➤ *La possibilité d'avoir des 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 ».

Parfois les chambres d'isolement sont équipées d'une sonorisation commandée depuis le poste de soins. Exceptionnellement la chambre est équipée d'un téléviseur. 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.

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, 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.

Des patients disent aux contrôleurs ressentir la menace de mise en chambre d'isolement s'ils ne se montrent pas suffisamment « dociles » avec les personnels soignants. Certains affirment prendre les médicaments pour ne pas être attachés. 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.

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.

Les recommandations du CGLPL [extraits]

➤ **Principes**

- 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 des patients**

- 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 ainsi que les modalités de prise en charge et d'accompagnement induites par cette mesure. Ces informations doivent être affichées dans la chambre d'isolement.
- Les modalités de recours contre la décision d'isolement ou de contention doivent être précisées au sein de chaque établissement et 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 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 ».

➤ ***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.
- 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.

➤ ***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.

➤ ***Formation du personnel***

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

➤ ***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.
- Une présence soignante adaptée aux spécificités des unités de soins et des patients qui y sont hospitalisés doit être garantie.