



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**NOTE DE CADRAGE**

# Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie

En vue de la réalisation de fiches mémo

**Date de validation par le collège : Juillet 2015**

## L'équipe

Ce document a été réalisé par M. Cédric PAINDAVOINE, chef de projet au Service Bonnes pratiques professionnelles.

La recherche documentaire a été effectuée par M. Philippe CANET documentaliste, avec l'aide de Mme Sylvie LASCOLS.

L'organisation logistique et le travail de secrétariat ont été réalisés par Mme Marie-Catherine JOHN.

Cette note de cadrage est téléchargeable sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de santé  
Service Communication  
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex  
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Document n'ayant pas fait l'objet d'une relecture  
orthographique et typographique

## Sommaire

<b>1. Présentation du thème .....</b>	<b>4</b>
1.1 Saisine .....	4
1.2 Contexte du thème .....	4
1.3 Épidémiologie .....	10
1.4 Enjeux.....	12
<b>2. Cadrage du thème de travail .....</b>	<b>15</b>
2.1 Données disponibles (états des lieux documentaire) .....	15
2.2 Délimitation du thème.....	20
2.3 Patients ou usagers concernés par le thème.....	21
2.4 Professionnels concernés par le thème .....	21
<b>3. Modalités de réalisation .....</b>	<b>22</b>
3.1 Modalités de mise en œuvre .....	22
3.2 Méthode de travail envisagée .....	22
3.3 Composition qualitative et quantitative des groupes.....	22
3.4 Productions prévues et outils d'implémentation et mesure d'impact envisagés .....	24
3.5 Communication et diffusion .....	24
3.6 Calendrier prévisionnel.....	24

## 1. Présentation du thème

Cette note de cadrage vise à présenter le projet de fiches mémo sur la thématique : Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie.

### 1.1 Saisine

La Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ont saisi la HAS pour la réalisation d'un travail relatif aux « recours à des thérapeutiques exceptionnelles en psychiatrie : contention et chambres d'isolement ».

La demande a été inscrite au programme pluriannuel de la HAS relatif à la psychiatrie et à la santé mentale<sup>1</sup> (programme psychiatrie et santé mentale, thème 3 « Droits et sécurité en psychiatrie », objectif n°1 « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence, améliorer la gestion des mesures de restriction de liberté », livrable n°2 « Fiches mémo : "Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie" »).

Le but est d'actualiser, et de contextualiser à la psychiatrie pour la contention, les travaux conduits par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) afin de promouvoir des pratiques qui soient adaptées, quand nécessaires, chez des patients pouvant faire l'objet de soins psychiatrique sous contrainte.

### 1.2 Contexte du thème

#### ► Principaux rapports

Depuis plusieurs années, diverses autorités appellent l'attention sur les recours aux mesures de contention et d'isolement, considérant que leur usage n'est pas toujours motivé par des raisons thérapeutiques et qu'il convient de les encadrer. De même, de nombreux rapports européens et français publiés depuis 2004 recommandent la mise en place de registres de suivi de ces pratiques dans les établissements de santé exerçant une activité de psychiatrie.

Ainsi, le comité des ministres du Conseil de l'Europe<sup>2</sup> recommande en 2004 que :

« Le recours à l'isolement ou à la contention ne devrait intervenir que dans des établissements appropriés, dans le respect du principe de restriction minimale, afin de prévenir tout dommage imminent pour la personne concernée ou pour autrui, et rester toujours proportionné aux risques éventuels ; le recours à de telles mesures ne devrait intervenir que sous contrôle médical, et devrait être consigné par écrit de façon appropriée ; la personne faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention devrait bénéficier d'un suivi régulier ; les raisons du recours à ces mesures, et la durée de leur application, devraient être consignées dans le dossier médical de la personne et dans un registre. Cet article ne s'applique pas à la contention momentanée (Article 27 relatif à l'isolement et la contention).

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 (Article 8 relatif au principe de la restriction minimale).

<sup>1</sup> Une note d'orientation relative à ce programme a été présentée et validée par le Collège le 17 octobre 2013.

<sup>2</sup> Conseil de l'Europe. Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2004.

[https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(2004\)10&Language=lanFrench&Ver=original&Site=COE&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(2004)10&Language=lanFrench&Ver=original&Site=COE&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864)

Le personnel devrait être formé de façon appropriée dans les domaines suivants, protection de la dignité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales des personnes atteintes de troubles mentaux ; compréhension, prévention et contrôle de la violence ; mesures qui permettent d'éviter le recours à la contention ou à l'isolement ; circonstances limitées dans lesquelles différentes méthodes de contention ou d'isolement peuvent être justifiées, compte tenu des bénéfices et des risques éventuels, et application correcte de telles mesures (Article 11 relatif aux normes professionnelles) ».

Le rapport au Gouvernement de la République française établi par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) à l'issue de la visite qu'il a effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010<sup>3</sup> indique que « les pratiques relatives à la mise en chambre d'isolement et la contention mécanique variaient considérablement d'un établissement visité à l'autre, voire d'un service de psychiatrie générale à l'autre ». Il rappelle que « la mise en chambre d'isolement (ou toute mesure similaire) et la mise sous contention sont des mesures extrêmes qui peuvent être prises afin de faire face à un risque imminent de blessures ou un état de violence aiguë. Il importe de veiller à ce que chaque mise en chambre d'isolement et recours à la contention soit prescrit par un médecin ou, du moins, porté à son attention sans attendre afin d'obtenir son autorisation ; dans ce contexte, il convient d'éviter que le personnel soignant ait une autorisation générale du médecin d'utiliser ces moyens en cas de nécessité. Il est également impératif que tous les autres moyens appropriés aient été tentés avant d'avoir recours à ces mesures. La mise en chambre d'isolement et la contention ne doivent pas non plus être maintenue plus que nécessaire ; le Comité estime à cet égard que l'utilisation de moyens de contention mécanique pendant des jours, sans interruption, ne saurait avoir de justification et s'apparente à un mauvais traitement. Les protocoles devraient indiquer clairement l'ensemble des moyens pouvant être utilisés (mise en chambre d'isolement ou autre mesure apparentée, moyens de contention appliqués, etc.), les circonstances dans lesquelles ils peuvent être appliqués, la surveillance requise et les mesures à prendre une fois que cesse la contention ».

Dans ce rapport, le CPT formule les recommandations suivantes :

- « Le CPT recommande aux autorités françaises de veiller à ce que les protocoles de mise en chambre d'isolement et mise sous contention soient revus dans les établissements psychiatriques visités, ainsi que dans tout autre établissement/service de psychiatrie ayant recours à la mise en chambre d'isolement et à la contention mécanique [...]. A cette occasion, la révision des protocoles doit donner lieu à l'élaboration de consignes écrites sur la procédure à suivre, les fiches à remplir et les renseignements qui doivent y figurer. En outre, il serait souhaitable qu'une attention particulière soit accordée au respect des préceptes évoqués plus haut dans le cadre des prochains cycles de certification des établissements et services de psychiatrie » (paragraphe 172).
- « Le CPT appelle les autorités françaises à mettre en œuvre sa recommandation de longue date visant à ce que tout recours à l'isolement (allant au-delà de quelques minutes) et à la contention mécanique soit consigné dans un registre spécifiquement établi à cet effet dans chaque service (outre les dossiers des patients). Les éléments à consigner dans ce registre doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel. Ce registre doit être accessible aux organismes de contrôle en visite dans les établissements/services de psychiatrie » (paragraphe 174).

---

<sup>3</sup> Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre au 10 décembre 2010. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2012.  
<http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2012-13-inf-fra.pdf>

Consécutivement à ce rapport, le Gouvernement de la République française a apporté les éléments de réponse suivants<sup>4</sup> :

- « Les protocoles de mise en chambre d'isolement doivent être conformes aux recommandations édictées par la Haute Autorité de santé (HAS), lesquelles prévoient notamment que tous les éléments relatifs à la mise en chambre d'isolement figurent dans le dossier du patient ».
- « Il n'existe en revanche pas de recommandation prescrivant comme bonne pratique la mise en place d'un registre spécifique sur le recours aux chambres d'isolement. Cela étant, le recueil d'information médicalisé pour la psychiatrie ("RIM-Psy") permet de connaître pour chaque établissement la fréquence et les conditions de recours à ce type de prise en charge ».
- « En outre, lors de la certification des établissements de santé, les experts visiteurs portent une attention particulière à la gestion des mesures de restriction de liberté, laquelle compte au nombre des pratiques exigibles prioritaires en psychiatrie. Un nouveau guide à l'intention des experts visiteurs est d'ailleurs en cours de réalisation, dans lequel il est insisté sur les éléments à contrôler systématiquement en cas de mise en place de mesure de restriction de liberté (existence d'un protocole précis, indications médicales, rythme des réévaluations et traçabilité dans le dossier du patient, formation des professionnels concernés) ».
- « Enfin et de manière générale, le Comité doit être informé de ce que la HAS sera invitée à redéfinir les règles de bonnes pratiques en matière de recours à la contention et aux chambres d'isolement dans le cadre du plan "Psychiatrie santé mentale" actuellement en cours d'élaboration ».

Dans le rapport d'information<sup>5</sup> de la mission parlementaire sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, le député Denys Robiliard, évoque «un recours problématique à la pratique de la contention et à l'isolement thérapeutique », et formule les recommandations suivantes :

- « Votre Rapporteur recommande de considérer qu'isolement thérapeutique et contention sont des solutions de dernier recours qui relèvent d'une prescription médicale individuelle prise pour une durée limitée dont la mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte » (proposition n° 15).
- « Votre Rapporteur préconise donc de constituer un registre administratif dans chaque établissement d'hospitalisation psychiatrique, consultable notamment par la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, recensant les mesures d'isolement ou de contention prises et précisant l'identité des patients, le médecin prescripteur, les dates et heures de début et fin des mesures, le nom et la qualification du personnel ayant surveillé leur mise en œuvre » (proposition n° 15). Il rappelle à cette occasion que le contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Jean-Marie Delarue, demande depuis cinq ans [...] que les mesures d'isolement et de contention soient retracées dans des registres ad hoc, que la plupart des établissements ne tiennent pas, au motif que ces mesures sont déjà inscrites dans les dossiers médicaux » et alors qu'il s'agit d'une norme du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants.
- « De plus, votre Rapporteur recommande de rendre exceptionnelles les pratiques restrictives de liberté et ainsi de s'assurer au niveau du ministère de la santé, des agences régionales de santé, des établissements de santé mentale et de la Haute Autorité de santé que les restrictions aux libertés individuelles de patients faisant l'objet de soins psychiatriques sous

---

<sup>4</sup> Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Réponse du Gouvernement de la République française au rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) relatif à sa visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2012.  
<http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2012-14-inf-fra.pdf>

<sup>5</sup> Robiliard D. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Paris: Assemblée nationale; 2013.  
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>

contrainte soient adaptées, nécessaires et proportionnées à leur état mental et à la mise en œuvre du traitement requis » (proposition n° 14).

Par ailleurs, les travaux de la commission des affaires sociales ayant examiné ledit rapport y sont retranscrits, et notamment la contribution de Jean-Pierre Barbier : « Il pourrait être intéressant pour dépassionner ce débat de s'appuyer sur la Haute Autorité de santé qui est à même de mener un travail de consensus, en lien avec les professionnels et les représentants des patients qui peut élaborer des recommandations de bonnes pratiques. Sans être contraignantes, elles pourraient constituer des références pour les malades et leurs proches ».

Dans le rapport d'activité 2014 du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)<sup>6</sup>, Adeline Hazan nommée en juillet 2014 établit les constats suivants :

- « Dans les centres hospitaliers spécialisés et les établissements de santé habilités à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement, la traçabilité des mises à l'isolement et des mesures de contention n'est généralement pas assurée. Il est ainsi difficile de vérifier si ces mesures de soins, qui relèvent d'une prescription médicale, n'ont pas une autre finalité de nature punitive ».
- « La personne mise en chambre d'isolement doit faire l'objet d'une information particulière lui permettant de comprendre la mesure qui lui est appliquée et d'en prévenir les effets anxiogènes voire traumatisants. Les protocoles de mise en chambre d'isolement prévoient généralement qu'une information doit être délivrée au moment du placement, puis que le patient doit recevoir une "information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge" et qu'enfin, un entretien soit mené lorsque le patient a regagné sa chambre d'origine afin de recueillir "le vécu du patient en chambre d'isolement". Ces dispositions ne sont toutefois pas toujours mises en œuvre dans les établissements de santé. Le CGLPL observe que le passage de psychiatres dans les chambres d'isolement est très inégal ; deux fois par jour dans tel établissement, toutes les 24 heures pour décider du maintien ou de la levée de la mesure dans tel autre. De même, de grandes disparités existent quant au temps consacré par les médecins aux entretiens de fin de placement lorsqu'ils existent. Le CGLPL a recueilli de nombreux témoignages de patients estimant avoir été totalement délaissés durant leur séjour en chambre d'isolement : certains expriment le sentiment d'avoir été punis par les personnels de santé ; beaucoup font état des restrictions difficiles à accepter sans en comprendre les motifs (sorties de la chambre limitées, aucun objet autorisé, interdiction de fumer, indignité liée à l'obligation d'utiliser un seau hygiénique, conditions matérielles dégradées...) ; une grande majorité indique avoir souffert d'un manque d'information et de considération. Tandis que la parole est indispensable pour comprendre une mise en chambre d'isolement et soulager les angoisses, la visite des infirmiers auprès des patients isolés se limite trop souvent à la satisfaction des besoins élémentaires et à la surveillance des constantes ».
- « Le CGLPL reçoit régulièrement des lettres de patients faisant état de leur sentiment de dévalorisation ou des menaces qu'ils disent ressentir – notamment de mise en chambre d'isolement – s'ils ne se montrent pas suffisamment "dociles" avec les personnels soignants. Le respect de la dignité des personnes hospitalisées sans leur consentement implique de prendre en considération la manière dont le patient perçoit l'humiliation, au-delà de la réalité objective de la situation ».
- « La situation des jeunes aussi dans les établissements de santé : là encore, la question du respect des droits fondamentaux est posée, par le recours à l'isolement, par le principe de cette rupture, purement fonctionnelle, entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie des adultes autour de quinze ans. Les contrôles effectués en 2014 ont à nouveau montré des situations d'enfants parfois jeunes, hospitalisés dans des unités d'adultes, souvent faute de place en

---

<sup>6</sup> Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2014. Paris: Editions Dalloz; 2015.  
[http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2015/04/CGLPL\\_rapport-2014\\_version-web\\_3.pdf](http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2015/04/CGLPL_rapport-2014_version-web_3.pdf)

nombre suffisant dans les unités de pédopsychiatrie. Il est évident que cette situation soulève un grave problème de sécurité pour les enfants et adolescents ».

Dans ce même rapport, Adeline Hazan formule les recommandations suivantes :

- « Au regard de la restriction d'autonomie qu'elle engendre et des angoisses qu'elle peut générer, le CGLPL recommande que la mise en chambre d'isolement s'accompagne d'un suivi effectif et d'entretiens systématiques au début, à la fin et tout au long du séjour de la personne ».
- « Dans les services de psychiatrie des hôpitaux, il est inadmissible que toutes les chambres d'isolement ne soient pas équipées de bouton d'appel ou que les boutons d'appel ne soient pas accessibles aux malades alités, plus encore attachés. À défaut d'être immédiatement visibles ou audibles en permanence, les personnes privées de liberté doivent pouvoir signaler leur besoin d'une assistance, par le truchement de dispositifs d'interphonie ou de boutons d'appel fonctionnant également la nuit ».

Son prédécesseur, Jean-Marie Delarue, écrivait dans son rapport d'activité 2013<sup>7</sup> que « Parmi les mesures restrictives de liberté, le placement en chambre d'isolement, autrement nommée chambre de soins intensifs, et le placement sous contention, sont les plus évidemment attentatoires aux libertés », indiquant qu'« Il n'est pas question de discuter ici le fait que certains patients particulièrement agités, dangereux pour eux-mêmes et pour les autres, puissent nécessiter le recours à l'isolement voire à la contention. Il n'en reste pas moins qu'une telle décision devrait répondre à des critères précis et des conditions déterminées, ce qui n'est pas toujours le cas » et précisant que « Si les chambres d'isolement sont des espaces impressionnants, c'est surtout parce qu'elles sont dépourvues de toute décoration, de mobilier et parfois de commodités (un seau est alors laissé aux patients) ; ces chambres ne sont pas toujours équipées d'un bouton d'appel, ni d'horloge permettant au patient de se repérer dans le temps. Les malades peuvent y être entravés, sanglés à leur lit par une main et un pied ; le moindre geste de la vie quotidienne – se nourrir, uriner – place alors la personne dans des conditions humiliantes ».

Jean-Marie Delarue formulait alors, dans ce même rapport, les recommandations suivantes :

- « À l'instar d'une recommandation du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, le contrôleur général recommande une nouvelle fois que, dans les hôpitaux psychiatriques, le recours à la contrainte physique d'un patient (contrôle manuel, instruments de contention physique, isolement) soit consigné dans un registre spécifiquement établi à cet effet ainsi que dans le dossier médical du patient. Les éléments à consigner doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin l'ayant prescrite ou approuvée dans un délai raisonnable. Ces patients devraient en outre faire l'objet d'un suivi médical accru. Ce registre devrait être soumis au contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques » (recommandation n°10 : Instaurer des protocoles et une traçabilité des mises sous contention et à l'isolement).
- « Le contrôleur général recommande une modification de la composition des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC). La désignation systématique d'associations d'usagers ou de familles de malades et de professionnels du droit leur conférerait une plus grande autonomie. La CRUQPEC devrait obligatoirement être consultée à propos des règlements intérieurs des unités et des équipements des chambres d'isolement » (recommandation n°10 : Renforcer le rôle des instances de concertation pour évaluer les contraintes imposées aux patients).

Ayant rencontré le contrôleur générale des lieux de privation de liberté le 11 septembre 2014, la Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers spécialisés a indiqué dans un communiqué de presse daté du 22 septembre 2014,

---

<sup>7</sup> Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2013. Paris: Editions Dalloz; 2014. [http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2014/04/CGLPL\\_rapport-2013\\_version-WEB.pdf](http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2014/04/CGLPL_rapport-2013_version-WEB.pdf)

avoir « fait part de son souhait de l'installation d'un observatoire national des libertés permettant d'objectiver au sein des services de psychiatrie la réalité des pratiques d'isolement et de contention [...] donnant suite à la proposition 15 du rapport Robiliard ».

### ► Aspects juridiques

Aucune disposition législative ou réglementaire n'encadre spécifiquement les mesures de contention et d'isolement en France. Toutefois, la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen, ayant valeur constitutionnelle, dispose à l'article 7 que « Nul homme ne peut être accusé, arrêté ni détenu que dans les cas déterminés par la Loi, et selon les formes qu'elle a prescrites. Ceux qui sollicitent, expédient, exécutent ou font exécuter des ordres arbitraires, doivent être punis ; mais tout citoyen appelé ou saisi en vertu de la Loi doit obéir à l'instant : il se rend coupable par la résistance ». Par ailleurs, l'article 34 de la Constitution de la cinquième République française prévoit que « la loi fixe les règles concernant : [...] les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques [...] ».

Selon Jean-Marc Panfili<sup>8</sup>, « toute mise en chambre d'isolement ou contention devrait donc être considérée comme illégale, sauf à considérer que l'hospitalisation sous contrainte implique isolement et contention ». Il ajoute que « ces mesures graves de restrictions de liberté nécessiteraient des dispositions législatives bien plus précises et exigeantes. », « [...] le législateur aurait dû définir les circonstances exceptionnelles dans lesquelles ces procédures sont autorisées dans le champ sanitaire et veiller à ce que la contrainte physique et l'internement d'office ne soient utilisés que comme des procédures de dernier recours. En particulier la législation devrait explicitement interdire l'usage de contrainte physique et d'isolement comme forme de punition ».

Dans leur approche juridique, Renaud Bouvet & al<sup>9</sup> exposent une circulaire du ministre de la Santé du 19 juillet 1993<sup>10</sup>. Celle-ci rappelle que la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux (art. L.326-2 du code de santé publique de l'époque) donne aux personnes hospitalisées librement en psychiatrie les mêmes droits que ceux qui sont reconnus aux personnes hospitalisées pour une autre cause, et notamment celui d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement dans lequel ils sont soignés. Cette liberté fondamentale ne peut donc pas être remise en cause s'agissant de personnes qui ont elles-mêmes consenti à recevoir des soins psychiatriques. La contention et l'isolement de patients faisant l'objet de soins psychiatriques libres ne peut alors être mis en œuvre<sup>11</sup>, sauf à reconsidérer le régime de l'hospitalisation comme le soulignent les auteurs qui précisent que ce principe a été réaffirmé par le Conseil d'Etat et la Cour de Cassation, respectivement en 2012 et 2013.

Concernant les mesures de contention et d'isolement des patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement, les auteurs renvoient à l'article L.3211-3 du code de la santé publique qui dispose que : « lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques [sans consentement] 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 ». Les auteurs en déduisent que « le placement en chambre d'isolement et le recours à la contention doivent être considérés comme une composante de la prise en charge

<sup>8</sup> Panfili JM. Contention et isolement, des contraintes exceptionnelles ? Objectif Soins Management 2013;(213):18-22

<sup>9</sup> Bouvet R, Abondo M, Le Gueut M. Isolement et contention en psychiatrie : quels fondements juridiques ? Rev Droit Santé 2014;(62):1626-31.

<sup>10</sup> Direction générale de la Santé. Circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux. Bulletin officiel 1993;93/35:51-52

<sup>11</sup> Ladite Circulaire prévoit toutefois les cas d'urgence : « 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 ».

psychiatrique, dont l'indication doit être adaptée et proportionnée à l'état mental du sujet et à la mise en œuvre du traitement. La question de l'appréciation de leur opportunité et de leur contrôle par le juge se résout donc assez classiquement ».

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (dont certaines dispositions ont été modifiées par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013<sup>12</sup>) a réformé 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. Toutefois, cette législation récente ne définit, ni ne précise les conditions de mise en œuvre de mesures de contention et d'isolement.

Récemment, l'Assemblée nationale a voté en première lecture une disposition du projet de loi Santé<sup>13</sup> qui encadre et limite le placement en chambre d'isolement et la contention en psychiatrie. Ainsi, ce projet de loi, dans son article 13 quater (nouveau) faisant suite à un amendement tenant compte des travaux en commission (l'article 13 a été entièrement réécrit par amendement du Gouvernement), dispose que :

« Le placement en chambre d'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 du code de la santé publique. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, il mentionne le nom du psychiatre l'ayant décidée, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Ce 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 de placement en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour en limiter le recours et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers et au conseil de surveillance.

Les modalités de mise en œuvre du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État. »

Ce projet de loi de modernisation du système de santé devrait être examiné en séance publique mi-septembre. Compte tenu de la procédure accélérée décidée par le gouvernement, il ne devrait pas y avoir de seconde lecture après la réunion de la commission mixte paritaire.

### 1.3 Épidémiologie

Dans son rapport<sup>14</sup>, Denys Robiliard constate que les statistiques sont rares et qu'aucun suivi n'existe au niveau national, mais que son attention a été attirée (lors de ses déplacements et de ses auditions) sur la recrudescence d'un recours problématique à la contention et à l'isolement

<sup>12</sup> Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal Officiel 2013;29 septembre:16230.

<sup>13</sup> Assemblée nationale. Projet de loi de modernisation de notre système de santé, adopté par l'assemblée nationale en première lecture. Article 13. Paris : Assemblée nationale ; 2015.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/ta/ta0505.pdf>

<sup>14</sup> Robiliard D. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Paris: Assemblée nationale; 2013.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>

thérapeutique et sur l'inégalité des situations d'une région à l'autre, alors que la nature des maladies soignées n'est pas sensiblement différente.

Pour étayer ce constat, il relate notamment les propos de Jean-Marie Delarue, à l'époque Contrôleur général des lieux de privation de liberté, auditionné le 21 février 2013 : « nous pressentons quelquefois que des mesures de confort sont adoptées, notamment la nuit ; des médecins signent des ordonnances "si besoin", l'initiative revenant dès lors aux soignants » en rappelant que ce dernier demande « depuis cinq ans [...] que les mesures d'isolement et de contention soient retracées dans des registres *ad hoc*, que la plupart des établissements ne tiennent pas, au motif que ces mesures sont déjà inscrites dans les dossiers médicaux » et alors qu'il s'agit d'une norme du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT).

La DGS et la DGOS, dans leur saisine adressée à la HAS, renvoient au système d'informations relatif à la psychiatrie (RIM-P)<sup>15</sup> géré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), et indiquent que, d'après ce recueil, le pourcentage de journées à temps plein déclarées en isolement thérapeutique par les établissements de santé est passé de 1,5 % en 2008 à 1,9 % en 2012 et que, s'agissant de la contention, le recueil de données sur cette pratique sera à l'avenir inclus au sein de ce système d'informations à l'instar de ce qui est fait pour le recours aux chambres d'isolement.

Par ailleurs, une revue de littérature réalisée en 2010<sup>16</sup> relative aux études s'intéressant aux chambres d'isolement conclut à une diversité des pratiques tant au niveau international que sur le territoire français, et à une utilisation de la chambre d'isolement en France (avec une prévalence de 5%) semblant être plus élevée que dans les études nord-américaines mais restant inférieures aux pratiques en Suisse (17,8%), Allemagne (7,8%) et Grèce (9,55%), tout en précisant qu'en France peu d'études sur le sujet ont été publiées.

Cette même revue de littérature fait état d'une étude publiée en 2009<sup>17</sup> concernant l'utilisation des chambres d'isolement au sein de l'établissement public de santé Alsace Nord, pour laquelle les données sont similaires à ce qui était déjà constaté dans les études précédentes hormis un élément, à savoir le mode d'hospitalisation des patients placés en chambre d'isolement (la majorité d'entre eux étaient hospitalisés en hospitalisation libre et 15% d'entre eux sont restés en chambre d'isolement 72 heures ou plus, sans qu'aucune mise en conformité du mode d'hospitalisation n'ait été réalisée).

Enfin, l'auteur invite au respect des contre-indications au placement contraint d'un patient en isolement émises par l'Anaes<sup>18</sup>, s'agissant d'une situation à risque sanitaire, car selon une étude réalisée en 1996<sup>19</sup>, un accident grave (incendie, suicide, embolie pulmonaire, hypoglycémies) aurait été constaté dans près de 50% des services de psychiatrie en France à l'occasion d'une mise en chambre d'isolement.

<sup>15</sup> Les tableaux RIM-P nationaux présentent une synthèse de l'activité de psychiatrie des établissements de santé sur le modèle des tableaux produits sur la plateforme e-PMSI. Ils sont établis à partir de la base RIM-P nationale consolidée; celle-ci étant constituée de l'ensemble des fichiers de résumés (résumés par séquence anonyme (RPSA), résumés d'acte ambulatoire anonyme (R3A), activité ambulatoire agrégée) transmis par les établissements de santé et validés par leurs services régionaux de tutelle. Le recueil du RIM-P a été institué au second semestre de 2006.

<sup>16</sup> Baratta A, Morali A. Chambres d'isolement en psychiatrie : état des lieux en France. *Médecine & Droit* 2010;2010(102):86-89.

<sup>17</sup> Baratta A. L'utilisation de la chambre d'isolement comme soin en psychiatrie adulte. Partie I : étude pilote du centre de Brumath (EPSAN, Alsace Nord). *Perspective Psy* 2009;48(3):278-285.

<sup>18</sup> Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Paris: ANAES; 1998.

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>

<sup>19</sup> Riou M, Morello R. Les chambres d'isolement en milieu psychiatrique. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1996;44(3):214-220.

## 1.4 Enjeux

Le recours à la contention et l'isolement en psychiatrie est un sujet très sensible au regard des questions qu'il soulève. Ces questions sont essentiellement d'ordre légal et éthique vis-à-vis du respect des libertés individuelles, du rôle et de la fonction des intervenants, de la légitimité des mesures de contention et d'isolement, de la prise en compte de l'intérêt général, de la sécurité du patient et de celle d'autrui, ainsi que d'ordre clinique et organisationnel vis-à-vis de la qualité de la prise en charge, de la pertinence des mesures et de leur impact, des conditions de mises en œuvre et des moyens disponibles.

Il faut noter l'article 432-4 du code pénal<sup>20</sup>. Celui-ci dispose que :

- Le fait, par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, agissant dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, d'ordonner ou d'accomplir arbitrairement un acte attentatoire à la liberté individuelle est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende.
- Lorsque l'acte attentatoire consiste en une détention ou une rétention d'une durée de plus de sept jours, la peine est portée à trente ans de réclusion criminelle et à 450 000 euros d'amende.

Dans son article, Jean-Marc Panfili<sup>21</sup> fait état de la jurisprudence en la matière :

- « Suite à une décision de la Cour administrative d'appel (CCA) de Nantes, le non recours à la contention peut engager la responsabilité de l'établissement public de santé si ce traitement est seul à même d'assurer la protection du patient et des tiers (CAA de Nantes, 25 janvier 1995, n°92NT00651.Mme Y.). Inversement, mais selon un raisonnement similaire, la CAA de Douai a, quant à elle, réservé la contention aux personnes présentant un risque majeur d'atteinte à leur personne ou à celle des autres (CAA de Douai, 13 juin 2006, Mme Y, n°05DA01282). Enfin, un arrêt de la CAA de Marseille très précis indique que la contention ne doit être utilisée qu'en dernier recours après avoir usé de la parole, utilisé la pharmacopée et enfin l'isolement (CAA de Marseille, 25 janvier 2007, n°05MA01245.Mme X). »
- « En revanche, l'isolement ne fait pas l'objet de la même approche que la contention, objet de jurisprudence. La mesure d'isolement relève du champ disciplinaire en droit pénal et pénitentiaire mais elle se rattache à une nécessité thérapeutique en droit de la santé mentale. Le juge judiciaire n'a pas condamné, jusqu'à ce jour, un établissement de santé qui placerait en isolement un patient, considérant que cette mesure portait atteinte aux libertés individuelles. C'est la logique de l'article 8 de l'ordonnance du 18 décembre 1839 portant règlement sur les établissements publics et privés consacrés aux aliénés qui prévaut. Celui-ci indiquait que "le service médical, en tout ce qui concerne le régime physique et moral, ainsi que la police médicale et personnelle des aliénés, est placé sous l'autorité du médecin, dans les limites du règlement de service intérieur" ».

Dans ce même article, l'auteur indique que : « les mesures d'isolement et de contention sont encadrées par les recommandations de l'HAS et du contrôleur des libertés. Toutefois elles ne font toujours pas l'objet de mesures législatives et réglementaires spécifiques. [...] En rester au stade des recommandations et de l'audit clinique<sup>22</sup> risque de pérenniser et de légitimer des pratiques sujettes à caution. [...] La nécessité de concilier les nécessités thérapeutiques et le droit à la sûreté imposent des procédures et un contrôle spécifique. Ceci permettrait de s'assurer que

---

<sup>20</sup> Article 432-4 du code pénal modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002.

<sup>21</sup> Panfili JM. Contention et isolement, des contraintes exceptionnelles ? Objectif Soins Management 2013;(213):18-22.

<sup>22</sup> Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Paris: ANAES; 1998.

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>

seules les nécessités de prise en charge thérapeutique sont à l'origine de l'isolement et(ou) de la contention ».

Le cadre juridique paraît insuffisant. Les nombreux rapports évoqués au chapitre 1.2 et le fait que le législateur se penche actuellement sur ce sujet de manière à encadrer et limiter le placement en chambre d'isolement et la contention des patients en psychiatrie témoignent de la problématique et de la nécessité d'encadrer les pratiques.

La DGS et la DGOS dans leur saisine adressée à la HAS ont souligné que : « Si ces pratiques thérapeutiques peuvent être considérées comme indispensables dans certaines situations, la contrainte particulière qu'elles représentent pour les personnes concernées justifie qu'elles soient particulièrement encadrées et envisagées dans des conditions très précises ».

De leur côté, la Conférence des Présidents de CME de CHS, la Fehap, la FHF, la Fnapsy et l'Unafam font part dans un communiqué de presse commun publié le 16 avril 2015, qu'elles « prennent acte avec satisfaction de l'évolution très positive de la rédaction de l'article 13 du projet de loi de modernisation du système de santé ».

Pourtant, certains regrettent l'absence de questionnement sur les pratiques et dénoncent une approche « sécuritaire ».

Consciente de cette divergence de points de vue, y compris chez le législateur, la ministre en charge de la Santé a déclaré à l'opposition, en présentant l'ensemble des dispositions de son projet de loi, « Il y a ceux pour lesquels psychiatrie et les enjeux de sécurité sont toujours intimement liés [...] mais la psychiatrie n'est pas un enjeu de sécurité, c'est un enjeu de santé ».

S'il est considéré que la contention et l'isolement relèvent du soin, ces mesures ne seraient être l'exclusivité de la psychiatrie, d'autres services pouvant être amenés à y recourir, et seraient susceptibles de concerner des patients de tout âge (services des urgences, services accueillant des personnes âgées, etc.).

Si ces mesures relèvent du soin, leur recours est pourtant justifié parfois par des raisons très différentes.

Ainsi, dans son rapport<sup>23</sup> Denys Robiliard dénonce « un recours problématique à la pratique de la contention et à l'isolement thérapeutique » et indique que « Lorsque cette pratique est utilisée, les raisons invoquées sont la diminution du nombre de soignants dans les équipes, la féminisation de ces équipes et le manque de formation des infirmiers et des jeunes médecins. », étayé par les propos recueillis lors des auditions :

- « Lors de son audition, Mme Danièle Hagen, cadre de santé, référente du collectif psychiatrie de la Coordination nationale des infirmiers (Audition du 4 juillet 2013), a reconnu que cette pratique dépendait de plusieurs facteurs comme l'organisation des locaux et l'expérience de l'équipe : "Quand une équipe a peur, il est certain que le médecin va prescrire des contentions" ».
- « Le docteur Jean-Claude Pénochet, président du Syndicat des psychiatres des hôpitaux (Audition du 27 juin 2013), a, quant à lui, insisté sur la formation des professionnels qui conditionne le recours à la contention : "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" ».

Denys Robiliard évoque enfin « des moyens humains limités » en pointant notamment « la disparition progressive des infirmiers psychiatriques » depuis la création en 1992 d'un diplôme unique d'infirmier.

---

<sup>23</sup> Robiliard D. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Paris: Assemblée nationale; 2013.  
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>

Il semble donc utile d'élaborer des recommandations de manière à déterminer la place de la contention et celle de la chambre d'isolement en psychiatrie, permettant aux professionnels de santé amenés à recourir éventuellement à ces mesures, d'améliorer et harmoniser leurs pratiques tout en répondant aux exigences légale, éthique, clinique et organisationnelle évoquées ci-dessus.

## 2. Cadrage du thème de travail

### 2.1 Données disponibles (états des lieux documentaire)

#### 2.1.1 Recherche préliminaire

##### ➤ Sites consultés

- Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ
- American Psychiatric Association - APA
- APHP - Direction des Affaires Juridiques
- Assemblée nationale
- Association des Etablissements participant au service public de Santé Mentale - ADESM
- Bibliothèque médicale Lemanissier - BML
- Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine - BIUM
- BMJ Clinical Evidence - BMJ CE
- Cairn
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé - KCE
- Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie
- CISMéF
- Cochrane Library
- Congrès Français de Psychiatrie
- Conseil de l'Europe
- Conseil national de l'Ordre des médecins - CNOM
- Guidelines International Network - GIN
- Institute for Clinical Systems Improvement – ICSI
- Legifrance
- Mental Health Commission (Irlande) - MHC
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec) - MSSS
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes
- National Guideline Clearinghouse - NGC
- National Health and Medical Research Council - NHMRC
- National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE
- New Zealand Guidelines Group - NZGG
- NHS Evidence
- Prescrire
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN
- Tripdatabase
- Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques – UNAFAM

##### ➤ Bases de données interrogées

Medline, SantéPsy, Banque de Données en Santé Publique (BDSP)

## 2.1.2 Liste des références analysées

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Paris: ANAES; 1998.  
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Paris: ANAES; 2000.  
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>
- American Psychiatric Association, American Psychiatric Nurses Association, National Association of Psychiatric Health Systems. Learning from each other. Success stories and ideas for reducing restraint/seclusion in behavioral health. Washington: American Hospital Association; 2003.  
<http://www.aha.org/content/00-10/learningfromeachother.pdf>
- Australian Psychological Society. Evidence-based guidelines to reduce the need for restrictive practices in the disability sector. Melbourne: APS; 2011.  
<https://www.psychology.org.au/Assets/Files/Restrictive-Practices-Guidelines-for-Psychologists.pdf>
- Bouvet R, Abondo M, Le Gueut M. Isolement et contention en psychiatrie : quels fondements juridiques ? Rev Droit Santé 2014;(62):1626-31.
- British Columbia Ministry of Health. Secure rooms and seclusion standards and guidelines : a literature and evidence review. Vancouver: BCMoH; 2012.  
<http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/secure-rooms-seclusion-guidelines-lit-review.pdf>
- Cano N, Boyer L, Garnier C, Michel A, Belzeaux R, Chabannes JM, et al. L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. L'Encéphale 2011;37(Suppl 1):S4-S10.
- Cano N, Henry JM, Ravix V. Liberté et contrainte en psychiatrie : enjeux éthiques. Bordeaux: Les Études Hospitalières; 2014.
- Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Le recours à la contention et à l'isolement dans le traitement des personnes souffrant de troubles mentaux. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2011.  
<http://www.cpt.coe.int/fr/documents-travail/CPT-2011-27-fra.pdf>
- Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre au 10 décembre 2010. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2012.  
<http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2012-13-inf-fra.pdf>
- Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Réponse du Gouvernement de la République française au rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) relatif à sa visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2012.  
<http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2012-14-inf-fra.pdf>
- Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Normes du CPT. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2015.  
<http://www.cpt.coe.int/fr/documents/fra-standards.pdf>
- Conseil de l'Europe. Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2004.  
[https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(2004\)10&Language=lanFrench&Ver=original&Site=COE&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(2004)10&Language=lanFrench&Ver=original&Site=COE&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864)
- Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2013. Paris: Editions Dalloz; 2014.

- [http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2014/04/CGLPL\\_rapport-2013\\_version-WEB.pdf](http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2014/04/CGLPL_rapport-2013_version-WEB.pdf)
- Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2014. Paris: Editions Dalloz; 2015.
- [http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2015/04/CGLPL\\_rapport-2014\\_version-web\\_3.pdf](http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2015/04/CGLPL_rapport-2014_version-web_3.pdf)
- Department of Mental Health and Learning Disability, Stewart D, Bowers L, Simpson A, Ryan C, Tziggili M. Mechanical restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme. London: City University; 2009.
- Deprince J, Ethuin C, Gall M, Haddouche A, Lepla A, Meaux A, et al. Audit croisé inter-établissements sur l'isolement thérapeutique dans la région Nord-Pas-de-Calais. Soins Cadres 2009;18(70):37-40.
- Ecole nationale de la magistrature. Soins psychiatriques sans consentement. Bordeaux: ENM; 2013.
- [http://documentationcravs.chu-rennes.fr/pmb/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=447](http://documentationcravs.chu-rennes.fr/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=447)
- Fédération hospitalière de France, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. Conférence de consensus, 24 et 25 novembre 2004, Paris (ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille). Textes des recommandations. Paris: ANAES; 2004.
- [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte\\_aller\\_venir\\_long.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_long.pdf)
- Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas de Calais. Audit croisé inter-hospitalier 2010. Les résultats. Lille: F2RSM; 2010.
- [http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/resultats\\_audit\\_croise\\_2010.pdf](http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/resultats_audit_croise_2010.pdf)
- Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas de Calais. Impact des recommandations de l'audit concernant l'isolement thérapeutique. Audit croisé interhospitalier 2010 [En ligne] 2010.
- <http://www.santementale5962.com/nos-travaux/l-audit-croise-inter-etablissement/article/impact-des-recommandations-de-l>
- Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas de Calais. Isolement thérapeutique. Audit croisé interhospitalier 2008 [En ligne] 2008.
- <http://www.santementale5962.com/nos-travaux/l-audit-croise-inter-etablissement/article/isolement-therapeutique>
- Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas de Calais. Résultats de l'audit croisé inter-hospitalier 2010. Comparaison des 31 dossiers de patient sous contention aux 13 dossiers de patient sans contention. Lille: F2RSM; 2010.
- [http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/comparaison\\_resultats\\_audit\\_croise\\_2010.pdf](http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/comparaison_resultats_audit_croise_2010.pdf)
- Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas de Calais. Synthèse des résultats de l'audit croisé et inter-hospitalier 2008 à propos de l'isolement thérapeutique. Lille: F2RSM; 2009.
- [http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/reco\\_audit2008.pdf](http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/reco_audit2008.pdf)
- Ferland PM. Réflexion éthique sur les principaux enjeux de l'usage de la contention et de l'isolement aux centres jeunesse chaudière-appalaches [mémoire]. Rimouski: Université du Québec; 2006.
- [http://semaphore.uqar.ca/303/1/Pierre-Maurice\\_Ferland\\_decembre2006.pdf](http://semaphore.uqar.ca/303/1/Pierre-Maurice_Ferland_decembre2006.pdf)
- Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. Am J Psychiatry 1994;151(11):1584-91.
- Friard D. L'isolement en psychiatrie. Séquestration ou soin ? 2è éd. Paris: Masson; 2002.
- Guivarch J, Cano N. Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques. L'Encéphale 2013;39(4):237-43.
- Haute Autorité de Santé. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéroagressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Audition publique. Rapport d'orientation. Saint Denis La Plaine: HAS; 2011.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation\\_de\\_la\\_dangerosite\\_psychiatrique\\_-\\_rapport\\_dorientation.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_rapport_dorientation.pdf)

- Hellerstein DJ, Staub AB, Lequesne E. Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. *J Psychiatr Pract* 2007;13(5):308-17.
- Hoekstra T, Lendemeijer HHGM, Jansen MGMJ. Seclusion: the inside story. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11(3):276-83.
- Johnson ME. Violence and restraint reduction efforts on inpatient psychiatric units. *Issues Ment Health Nurs* 2010;31(3):181-97.
- Kontio R, Joffe G, Putkonen H, Kuosmanen L, Hane K, Holi M, et al. Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspect Psychiatr Care* 2012;48(1):16-24.
- LeBel J, Goldstein R. The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatr Serv* 2005;56(9):1109-14.
- Mayers P, Keet N, Winkler G, Flisher AJ. Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *Int J Soc Psychiatry* 2010;56(1):60-73.
- Meehan T, Vermeer C, Windsor C. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *J Adv Nurs* 2000;31(2):370-7.
- Mental Health Commission. Rules governing the use of seclusion and mechanical means of bodily restraint. Addendum. Dublin: MHC; 2011.  
[http://www.mhcirl.ie/File/Addendum\\_to\\_Rules.pdf](http://www.mhcirl.ie/File/Addendum_to_Rules.pdf)
- Mental Health Commission. Rules governing the use of seclusion and mechanical means of bodily restraint. Issued pursuant to section 69(2) of the Mental Health Act, 2001. Dublin: MHC; 2009.  
[http://www.mhcirl.ie/File/Revised\\_Rules\\_SecMR.pdf](http://www.mhcirl.ie/File/Revised_Rules_SecMR.pdf)
- Mind. Mental health crisis care: physical restraint in crisis. A report on physical restraint in hospital settings in England. London: Mind; 2013.  
[http://www.mind.org.uk/media/197120/physical\\_restraint\\_final\\_web\\_version.pdf](http://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf)
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle. Contention, isolement et substance chimique. Edition révisée. Québec: Gouvernement du Québec; 2015.  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-812-01W.pdf>
- Ministry of Health New South Wales. Aggression, seclusion and restraint in mental health facilities in NSW. Sidney: MoH NSW; 2012.  
[http://www0.health.nsw.gov.au/policies/pd/2012/pdf/PD2012\\_035.pdf](http://www0.health.nsw.gov.au/policies/pd/2012/pdf/PD2012_035.pdf)
- Ministry of Health New Zealand. Seclusion under the Mental Health (compulsory assessment and treatment) Act 1992. Wellington: MoH New Zealand; 2010.  
<http://www.mentalhealth.org.nz/assets/ResourceFinder/MOH-seclusion-guidelines-feb10.pdf>
- Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; Issue 3:CD002084.
- Murphy T, Bennington-Davis M. Restraint and seclusion: the model for eliminating their use in healthcare. Marblehead: HCPRO; 2005.
- National Association of State Mental Health Program Directors. Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use©. Alexandria: NASMHPD; 2006.  
[http://www.nasmhpd.org/docs/NCTIC/Consolidated\\_Six\\_Core\\_Strategies\\_Document.pdf](http://www.nasmhpd.org/docs/NCTIC/Consolidated_Six_Core_Strategies_Document.pdf)
- National Institute for Care Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline. Manchester: NICE; 2015.  
<http://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-1837264712389>
- National Institute for Clinical Excellence. Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. NICE clinical guideline 25. London: NICE; 2005.  
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg25/resources/guidance-violence-pdf>

- Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid Based Nurs* 2006;3(1):8-18.
- New York State Office of Mental Health. *Comfort Rooms. A preventative tool used to reduce the use of restraint and seclusion in facilities that serve individuals with mental illness.* New York: OMH; 2009.  
[http://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/publications/comfort\\_room/comfort\\_rooms.pdf](http://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/publications/comfort_room/comfort_rooms.pdf)
- Olofsson B, Norberg A. Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *J Adv Nurs* 2001;33(1):89-97.
- Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. *L'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : la contention. Lignes directrices.* Québec: OPPQ; 2008.  
<https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/lignes-directrices-contention.pdf>
- Palazzolo J, Favre P, Halim V, Bougerol T. A propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie: le témoignage des soignants. *L'Encéphale* 2000;26(6):84-92.
- Panfili JM. Contention et isolement, des contraintes exceptionnelles ? *Objectif Soins Management* 2013;(213):18-22.
- Pereira-Estrela A. *Vidéosurveillance en chambre d'isolement psychiatrique : consultation juridique à l'usage d'un comité d'éthique local.* Master 2 professionnel droit privé et carrières judiciaires spécialité droit de la santé. Versailles: Faculté de droit et science politique; 2014.
- Pollard R, Yanasak EV, Rogers SA, Tapp A. Organizational and unit factors contributing to reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Q* 2007;78(1):73-81.
- Registered Nurses' Association of Ontario. *Promoting safety: alternative approaches to the use of restraints.* Toronto: RNAO; 2012.  
[http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting\\_Safety\\_-\\_Alternative\\_Approaches\\_to\\_the\\_Use\\_of\\_Restraints\\_0.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting_Safety_-_Alternative_Approaches_to_the_Use_of_Restraints_0.pdf)
- Robiliard D. *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie.* Paris: Assemblée nationale; 2013.  
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>
- Sailas EES, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000; Issue 2: CD001163.
- SAMHSA'S National Registry of Evidence-based Programs and Practices. *Six Core Strategies To Prevent Conflict and Violence: Reducing the Use of Seclusion and Restraint.* Rockville: SAMHSA; 2012.  
<http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=278>
- Scanlan JN. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *Int J Soc Psychiatry* 2010;56(4):412-23.
- Stewart D, Bowers L, Simpson A, Ryan C, Tziggili M. Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16(8):749-57.
- Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs* 2010;19(6):416-27.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use.* Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 2011.  
<http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA11-4632/SMA11-4632.pdf>
- Te Pou o Te Whakaaro Nui. *Best practice in the reduction and elimination of seclusion and restraint. Seclusion: time for change.* Auckland: National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development; 2008.  
<http://www.tepou.co.nz/uploads/files/resource-assets/Best-Practice-in-the-Reduction-and-Elimination-of-Seclusion-and-Restraint.pdf>

- Te Pou o Te Whakaaro Nui. Debriefing following seclusion and restraint. A summary of relevant literature. Auckland: National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development; 2014.  
<http://www.tepou.co.nz/uploads/files/resource-assets/debriefing-following-seclusion-and-restraint-281014.pdf>
- Texas Department of State Health Services. Creating a culture of care. A toolkit for creating a trauma-informed environment Texas: DSHS; 2011.  
<http://www.dshs.state.tx.us/cultureofcare/>
- Tovino SA. Psychiatric restraint and seclusion: resisting legislative solution. Santa Clara Law Rev 2007;47(3).
- Van der Merwe M, Muir-Cochrane E, Jones J, Tziggili M, Bowers L. Improving seclusion practice: implications of a review of staff and patient views. J Psychiatr Ment Health Nurs 2013;20(3):203-15.
- Van der Schaaf PS, Dusseldorp E, Keuning FM, Janssen WA, Noorthoorn EO. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. Br J Psychiatry 2013;202:142-9.
- Victorian Quality Council, Chief Psychiatrist's Quality Assurance Committee. Seclusion practice. A literature review. Melbourne: Department of Human Services; 2007.  
<http://www.health.vic.gov.au/chiefpsychiatrist/documents/creatingsafety/litreview.pdf>
- Vignat JP, Friard D, Fadhlouli C, Ethuin C, Ashadeh L, van Clinerth E, et al. Le vécu en chambre d'isolement [dossier]. Santé Mentale 2009;(139).
- World Health Organization. WHO MiNDbank. Pour une meilleure intégration dans les champs du handicap et du développement [En ligne]. Geneva: WHO; 2014.  
[http://www.who.int/mental\\_health/mindbank/flyer\\_FR.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/mindbank/flyer_FR.pdf?ua=1)
- Wynn R. Psychiatric in patients' experiences with restraint. J Forensic Psychiatr psychol 2004;15(1):124-44.

## 2.2 Délimitation du thème

### ► Objectifs

L'objectif de ce travail est de répondre aux enjeux exposés au chapitre 1.4, et donc de déterminer la place de la contention et celle de la chambre d'isolement en psychiatrie.

Sont hors-champ de ce travail :

- la contention chimique,
- les situations hors psychiatrie, et notamment la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques, cette dernière relevant d'une sectorisation et d'une organisation particulières.

Pour cela, des recommandations destinées aux professionnels concernés seront élaborées afin d'aider la prise de décision dans le choix des soins, améliorer et harmoniser les pratiques, réduire les recours inutiles aux mesures de contention et d'isolement, tout en répondant aux exigences légale, éthique, clinique et organisationnelle. La finalité sera d'améliorer la prise en charge des patients, et donc des soins qui leurs sont apportés.

Il s'agira notamment, et si possible :

- de comparer les pratiques à l'étranger,
- actualiser les travaux menés auparavant par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes),
- proposer des définitions (chambre d'isolement, chambre d'apaisement, chambre de soins intensifs, les aménagements et le personnel requis, etc.),
- définir les indications et les alternatives de la contention et de la chambre d'isolement,

- proposer des critères de suivi des pratiques.

Ce travail se situera dans le prolongement du travail en cours à la HAS sur la prévention et la prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie, donc s'inscrira dans le cadre d'une démarche de prévention des incidents.

### **2.3 Patients ou usagers concernés par le thème**

Toute personne adulte faisant l'objet de soins psychiatriques.

### **2.4 Professionnels concernés par le thème**

Les professionnels concernés sont ceux intervenant dans les soins psychiatriques, notamment les personnels des équipes soignantes concernés par ces situations.

Il convient d'associer également les représentants d'associations de patients et d'usagers en psychiatrie.

### **3. Modalités de réalisation**

#### **3.1 Modalités de mise en œuvre**

Le projet de recommandations sur le thème : « Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie » fait partie du programme pluriannuel de la HAS relatif à la psychiatrie et à la santé mentale.

Un comité de suivi du programme psychiatrie et santé mentale de la HAS représentant les parties prenantes (regroupant à la fois les institutions, les organisations professionnelles, les fédérations d'établissements et les associations d'usagers) a été mis en place. Ce comité, présidé par le Docteur Yvan Halimi (CH de La Roche-sur-Yon) a été informé de ce cadrage et sera consulté quant aux productions du groupe de travail, notamment au cours de la phase de consultation des parties prenantes.

#### **3.2 Méthode de travail envisagée**

La HAS, à l'occasion de ce projet, va travailler avec les professionnels concernés ainsi que les représentants des usagers et des familles pour mettre à la disposition des psychiatres et des infirmiers exerçant en secteur psychiatrique des recommandations de manière à déterminer la place de la contention et celle de la chambre d'isolement en psychiatrie.

Par ce faire, la méthode de travail envisagée est celle de l'élaboration de fiches mémo, celle-ci étant une méthode de production de recommandations ou messages-clés dans un temps réduit et dans un format court, et s'inscrivant dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle inclut :

- la recherche documentaire et l'analyse critique des données sélectionnées ;
- les réunions d'un groupe de travail ;
- la consultation des parties prenantes.

#### **3.3 Composition qualitative et quantitative des groupes**

##### **► Groupe de travail**

Le groupe de travail comprendra une quinzaine de professionnels et de représentants de patients et d'usagers du système de santé, représentatifs des différents intervenants de cette thématique et ayant une bonne connaissance de celle-ci.

- 5 Psychiatres
- 3 Directeurs établissement
- 1 Représentant du contrôleur général des lieux de privation de liberté
- 1 Représentant d'une commission départementale des soins psychiatriques
- 3 Infirmiers exerçant en secteur psychiatrique
- 2 Représentant de patients et d'usagers en psychiatrie

Le groupe de travail comprendra également un ou deux chargés de projet (un psychiatre ayant une double compétence clinique et juridique, ou un psychiatre et un juriste) dont la mission sera d'identifier, sélectionner, analyser et rédiger une synthèse critique de la littérature (rapport d'élaboration), ainsi que de rédiger les textes initial et final des fiches mémo.

## ► Parties prenantes

Les parties prenantes (organisations professionnelles et associations de patients ou d'usagers, institutionnels, etc.) concernées par le thème seront consultées sur la première version des fiches mémo élaborées par le groupe de travail. Les avis des parties prenantes seront analysés par le groupe de travail qui élaborera ensuite la version finale des fiches mémo.

Les membres du comité de suivi du programme psychiatrie et santé mentale de la HAS seront également consultés.

### *Parties prenantes à consulter*

Institutionnels et autres agences :

- ▶ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)\*
- ▶ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)\*
- ▶ Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)\*
- ▶ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)\*
- ▶ Contrôleur général des lieux de privation de liberté\*
- ▶ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)\*
- ▶ Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)\*
- ▶ Direction générale de la santé (DGS)\*
- ▶ Direction générale de l'offre de soins (DGOS)\*
- ▶ Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales\*

Sociétés savantes et organismes professionnels :

- ▶ Association des établissements participant au service public de santé mentale (ADESM)\*
- ▶ Association nationale des responsables qualité en psychiatrie (ANRQ Psy)\*
- ▶ Collège de la médecine générale (CMG)\*
- ▶ Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)\*
- ▶ Collège national universitaire de psychiatrie (CNUP)\*
- ▶ Comité d'étude des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie (CEFI-PSY)\*
- ▶ Conférences des présidents de commission médicale d'établissement (CH, CHU, CHS, ESPIC, hospitalisation privée)\*
- ▶ Fédération française de psychiatrie (FFP)\*
- ▶ Fédération hospitalière de France (FHF)\* / Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)\* / Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)\*
- ▶ Syndicat national des psychologues (SNP)\*

Associations patients et usagers en psychiatrie :

- ▶ Fédération d'associations françaises de patients ou d'ex-patients « psy » (FNA-psy)\*
- ▶ Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)\*

\*Ces institutionnels, agences, sociétés savantes, organismes professionnels et associations de patients et d'usagers sont membres du comité de suivi du programme psychiatrie et santé mentale de la HAS.

### **3.4 Productions prévues et outils d'implémentation et mesure d'impact envisagés**

#### **► Productions prévues**

- Fiches mémo (4-5 pages)
- Rapports d'élaboration (analyses, avis des parties prenantes, références, etc.)

### **3.5 Communication et diffusion**

Communiqué de presse.

Autres produits (articles, communications, etc.).

Des formations des professionnels pourraient suivre la diffusion, pour sensibilisation et mise en œuvre.

### **3.6 Calendrier prévisionnel**

- Présentation de la note de cadrage au Collège de la HAS pour validation : juillet 2015
- Première (et éventuellement deuxième) réunion du groupe de travail : décembre 2015
- Consultation des parties prenantes et du comité de suivi du programme psychiatrie et santé mentale de la HAS : janvier 2016
- Dernière réunion du groupe de travail : février 2016
- Présentation des documents à la commission *ad hoc* de la HAS : mars 2016
- Validation des documents par le Collège de la HAS : avril 2016