Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 19 Octobre 2022 à Poitiers
par Monsieur Benoit Carteau

Impact de l'évolution de la législation sur le recours à l'isolement et à la contention dans les établissements spécialisés en psychiatrie de la subdivision Poitou-Charentes

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres :

Monsieur le Professeur Jean XAVIER
Madame la Docteur Ghina HARIKA-GERMANEAU

Directeur de thèse :

Madame la Docteur Mélanie VOYER

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 19 Octobre 2022 à Poitiers
par Monsieur Benoit Carteau

Impact de l'évolution de la législation sur le recours à l'isolement et à la contention dans les établissements spécialisés en psychiatrie de la subdivision Poitou-Charentes

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres :

Monsieur le Professeur Jean XAVIER
Madame la Docteur Ghina HARIKA-GERMANEAU

Directeur de thèse :

Madame la Docteur Mélanie VOYER

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation *(en disponibilité)*
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1er cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1er cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro- entérologie, hépatologie – **Assesseur 3e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1e cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire *(en mission 1 an à/c 01/11/2022)*
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique *(en dispo 1 an à/c du 31/07/2022)*
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire *(en mission 1 an à/c 01/11/2022)*
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020)*
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023**)**
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, santé publique, biostatistiques et épidémiologie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie **– Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements :

Je remercie ma famille, et tout particulièrement mes parents, pour leur soutien indéfectible tout au long de mes études.

Je ne pourrai jamais assez remercier Gwenaelle pour son soutien inconditionnel, sa gentillesse, son amour et toute la joie qu'elle m'apporte au quotidien.

Je remercie mes amis issus de tous les horizons pour leurs conseils et leur soutien sans faille.

Je remercie le Dr VOYER pour son accompagnement et son aide durant ce travail.

Je tiens également à remercier l'ensemble des membres de l'équipe du service Henri Ey d'Angoulême qui m'ont tant apporté et qui m'ont permis de grandir en tant que médecin.

Table des matières :

Index des Figures 12

Index des Tableaux 12

Introduction 14

1. Evolution de la législation encadrant les mesures de privation de liberté dans le secteur de la psychiatrie en France 16

1.1. Définition de l'isolement et de la contention en psychiatrie 16

1.1.1. L'isolement 16

1.1.2. La contention 17

1.2. Historique des mesures de privation de liberté chez les patients atteints de pathologie psychique 18

1.2.1. Evolution de la législation des soins psychiatriques sans consentement 18

1.2.1.1. Avant Esquirol 18

1.2.1.2. Loi du 30 juin 1838 20

1.2.1.3. L'avènement de la psychiatrie 22

1.2.1.4. Loi du 27 juin 1990 23

1.2.1.5. Vers la législation actuelle des soins psychiatriques sans consentement 24

1.2.2. Evolution de l'encadrement du recours à l'isolement et à la contention en service de psychiatrie 28

1.2.2.1. Avant la loi de 2016 28

1.2.2.2. Loi du 26 janvier 2016 30

1.2.2.3. Recommandation de bonne pratique de la HAS de 2017 31

1.2.2.4. Les réformes récentes de l'isolement et de la contention en psychiatrie 35

1.2.2.4.1. Loi du 14 décembre 2020 36

1.2.2.4.2. Décret d'application du 30 avril 2021 37

1.2.2.4.3. Une inconstitutionnalité récurrente 38

1.2.2.4.4. Loi du 22 janvier 2022 40

2. Violence des patients en psychiatrie et stratégies de désescalade 43

2.1. Définition de la notion de violence 43

2.2. Données épidémiologiques 46

2.3. Facteurs de risque de violence en service de psychiatrie 51

2.3.1. Facteurs de risques internes 52

2.3.2. Facteurs de risques externes 54

2.4. Stratégies de désescalade de la violence et alternatives aux mesures de contraintes en service de psychiatrie 57

2.4.1. Technique de désescalade verbale 57

2.4.2. Traitements médicamenteux 59

2.4.3. Espace d'apaisement 61

2.4.4. Espace Snoezelen 62

2.4.5. Couverture lestée 63

2.4.6. Plan de Prévention Partagé (ou PPP) 64

3. Hypothèse de la recherche 67

4. Objectifs de l'étude 69

4.1. Objectif principal 69

4.2. Objectifs secondaires 69

5. Description de l'étude 69

5.1. Critères d'évaluation 69

5.1.1. Critère d'évaluation principal 69

5.1.2. Critères d'évaluation secondaires 69

5.2. Description de la méthodologie 70

5.2.1. Type d'étude 70

5.3. Population de l'étude et recrutement 70

5.3.1. Critères d'inclusion 70

5.3.2. Critères de non-inclusion 70

5.3.3. Critères d'exclusion 70

6. Analyse statistique 70

6.1. Analyse du critère de jugement principal 70

6.2. Analyse des critères de jugement secondaire 70

7. Résultats 71

7.1. Données des mesures d'isolement-contention 72

7.1.1. Centre Hospitalier Henri Laborit 72

7.1.2. Centre Hospitalier Marius Lacroix 75

7.1.3. Centre Hospitalier Camille Claudel 78

7.1.4. Centre Hospitalier Georges-Renon 81

7.1.5. Centre Hospitalier de Saintonge 85

7.2. Données sur la violence des patients envers les soignants 90

8. Discussion 93

8.1. Synthèse des résultats 93

8.2. Les limites de l'étude 96

8.3. Objectifs d'amélioration des pratiques envisagés par les établissements de santé mentale en Poitou-Charentes 97

Conclusion : 99

Annexes : 101

Bibliographie : 113

Résumé : 121

Index des Figures:

Figure 1. Répartition des signalements d'incidents de violence par lieu ou par service en 2013 (N=12 432) et 2019 (N= 23 780) d'après les données des rapports l'ONVS de 2014 et 2020 48

Figure 2. Répartition en % des signalements de violence selon l'existence ou non d'un TPN en 2019 d'après les données du rapport de l'ONVS de 2020 50

Figure 3. Evolution du nombre d'évènements indésirables en lien avec un épisode de violence d'un patient envers un soignant entre 2017 et 2021, sur les établissements publics spécialisées en psychiatrie de la subdivision Poitou-Charentes 91

Figure 4. Evolution du nombre total de mesures d'isolement dans les établissements spécialisés en psychiatrie de la subdivision Poitou-Charentes de 2017 à 2021. .. 93

Figure 5. Evolution du nombre total de mesures de contention dans les établissements spécialisés en psychiatrie de la subdivision Poitou-Charentes de 2017 à 2021. 94

Index des Tableaux:

Tableau 1. Données des mesures d'isolement sur le Centre Hospitalier Henri Laborit d'après les registres de 2017 à 2021. 73

Tableau 2. Données des mesures de contention sur le Centre Hospitalier Henri Laborit d'après les registres de 2017 à 2021. 74

Tableau 3. Données des mesures d'isolement sur le Centre Hospitalier Marius Lacroix d'après les registres de 2018 et 2019 et le rapport de 2020..... 75

Tableau 4. Données des mesures de contention sur le Centre Hospitalier Marius Lacroix d'après les registres de 2018 et 2019 et le rapport de 2020..... 77

Tableau 5. Données des mesures d'isolement sur le Centre Hospitalier Camille Claudel d'après les bilans annuels de 2017 à 2021. 78

Tableau 6. Données des mesures de contention sur le Centre Hospitalier Camille Claudel d'après les bilans annuels de 2017 à 2021. 80

Tableau 7. Données des mesures d'isolement sur le Centre Hospitalier Georges-Renon d'après les rapports annuels de 2017 à 2021..... 82

Tableau 8. Données des mesures de contention sur le Centre Hospitalier Georges-Renon d'après les rapports annuels de 2017 à 2021. 83

Tableau 9. Données des mesures d'isolement sur le Centre Hospitalier de Saintonge d'après les registres et les rapports annuels de 2017 à 2021. 85

Tableau 10. Données des mesures de contention sur le Centre Hospitalier de Saintonge d'après les registres et les rapports annuels de 2017 à 2021. 88

Tableau 11. Nombre d'évènements indésirables relatifs à un épisode de violence d'un patient envers un soignant de 2017 à 2021, sur les établissements publics spécialisées en psychiatrie de la subdivision Poitou-Charentes. 90

Tableau 12. Nombre d'accidents de travail relatifs à un épisode de violence d'un patient envers un soignant de 2017 à 2021 sur le Centre Hospitalier Marius Lacroix. 92

Introduction :

La pratique de l'isolement et de la contention mécanique n'est pas un phénomène récent. En effet, on retrouve des écrits datant de l'Antiquité traitant de la contention mécanique pour des patients agités (1). La pratique de ces mesures en France a beaucoup évolué au cours des deux derniers siècles, notamment dans le cadre de l'évolution de la législation encadrant les soins psychiatriques sans consentement. Cependant, le premier texte de loi encadrant ces mesures coercitives en France ne remonte qu'à 2016 alors qu'il s'agit de mesures portant gravement atteinte à la liberté et aux droits du patient. Cette loi est très importante car elle instaure notamment la tenue obligatoire d'un registre, pour les hôpitaux, des mesures d'isolement et de contention permettant un meilleur suivi de l'évolution du recours à ces mesures. En effet, avant cette loi le recueil des mesures était très disparate en France avec peu d'études fiables menées sur le sujet rendant difficile un suivi de l'évolution de ces mesures (2).

L'encadrement législatif des mesures coercitives a beaucoup changé au cours des deux dernières années pour répondre à des problèmes d'inconstitutionnalité de la loi de 2016. Les changements récents visent ainsi à renforcer le suivi du patient faisant l'objet de ces mesures, à la fois au niveau médical et au niveau judiciaire, la loi introduisant un contrôle systématique de ces mesures par le juge des libertés et de la détention au-delà d'une certaine durée.

Les mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie sont définies à l'heure actuelle comme des mesures de dernier recours dans les situations extrêmes d'agitation et de violence d'un patient afin de prévenir un dommage auto ou hétéro-infligé (3). Malheureusement ces situations de violence, notamment hétéro-agressive, tendent à augmenter depuis plusieurs années dans tous les secteurs du soin mais avec une prédominance dans le secteur de la psychiatrie (4).

On peut alors se demander comment a évolué le recours aux mesures d'isolement et de contention depuis le début de leur encadrement sur le plan légal en 2016, et notamment depuis la rigidification récente de la loi. On peut également se questionner

sur l’évolution des incidents de violence des patients en psychiatrie dans ce contexte de réforme qui tend à modifier la pratique des mesures coercitives.

Dans une première partie nous allons définir les mesures d’isolement et de contention ainsi que l’évolution historique du cadre légal et réglementaire de ces mesures en France. Dans un deuxième temps nous nous pencherons sur la question de la violence des patients et sur les stratégies alternatives aux mesures coercitives en psychiatrie. Pour terminer, nous étudierons l’évolution du recours aux mesures d’isolement et de contention dans les établissements spécialisés en psychiatrie en Poitou-Charentes.

1. Evolution de la législation encadrant les mesures de privation de liberté dans le secteur de la psychiatrie en France

1.1. Définition de l'isolement et de la contention en psychiatrie

1.1.1. L'isolement

L'isolement dans un service de psychiatrie se définit comme l'enfermement du patient dans un espace séparé des autres patients. Cet isolement est mis en œuvre avec un objectif de protection (du patient lui-même ou de son environnement) dans les situations extrêmes. Un isolement n'est censé être réalisé que dans un espace sécurisé, dédié et adapté à ce type de prise en charge (3). Selon la recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2017, cet espace doit répondre à un certain nombre de critères :

- Il doit avoir un espace suffisant pour accueillir le patient et plusieurs soignants et doit disposer de deux accès

- Tout objet dangereux, dans l'espace d'isolement ou sur le patient, doit être recherché et retiré de la pièce. Cela comprend également le mobilier et l'équipement de la pièce qui ne doivent pas pouvoir se transformer en objet dangereux et qui doivent également être confortables

- Le patient doit pouvoir avoir accès à des toilettes et à une douche depuis la pièce d'isolement

- L'espace d'isolement doit être pourvu d'un moyen d'orientation dans le temps (date et heure)

- L'équipe soignante doit pouvoir facilement observer le patient et communiquer avec lui (tout en respectant son intimité)

- Cet espace doit être proche du bureau infirmier de façon à favoriser la surveillance rapprochée du patient.

- Un moyen d'appel doit toujours être accessible au patient pour solliciter les soignants

- La pièce doit avoir une bonne isolation, une ventilation et un contrôle de la température depuis l'extérieur de la pièce

- Le patient doit pouvoir contrôler l'éclairage de la pièce. L'éclairage doit pouvoir être réglé aussi depuis l'extérieur de la pièce pour faciliter la surveillance soignante.

1.1.2. La contention

La contention consiste en une limitation des capacités de mobilisation du patient avec un objectif de protection dans les situations où le comportement du patient représente un risque grave pour lui-même ou pour autrui. On distingue différents types de contention, comme la contention chimique qui se définit par l'utilisation de traitements médicamenteux (essentiellement les psychotropes) dans le but de limiter les troubles du comportement. La contention physique consiste à immobiliser le patient à l'aide de la force physique, quant à la contention mécanique, elle est définie par « l'usage de tous moyens, méthodes, matériels, ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps ». Une contention mécanique ne peut être mise en œuvre que dans le cadre d'une mesure d'isolement (3). Au cours de ce travail, quand nous parlerons de « contention » il s'agira essentiellement de la contention mécanique.

En pratique, la mise en œuvre d'une contention mécanique nécessite l'intervention d'au moins 5 soignants dont 4 qui immobilisent chacun un membre du patient (bras ou avant-bras et mollet ou cuisse), tout en plaçant le dispositif de contention mécanique. Le cinquième soignant s'occupe du maintien de la tête du patient afin de protéger sa tête, son cou et ses capacités respiratoires. Très souvent la mise en place d'une contention mécanique nécessite plus de 5 soignants étant donné l'état d'agitation extrême du patient nécessitant cette mesure. Un patient sous contention mécanique est allongé en décubitus dorsal sur un lit adapté afin que le patient ne puisse pas se blesser s'il se débat. Les quatre membres du patient sont maintenus par des sangles

verrouillées auxquelles s'ajoute une ceinture ventrale de contention. Il faut que les attaches ne soient pas trop serrées afin d'éviter une limitation, voir une interruption, du flux sanguin, et limiter également le risque de lésions cutanées (notamment les escarres dans le cas d'une contention prolongée). Il ne faut pas non plus que les attaches soient trop lâches, permettant ainsi au patient de se détacher et entrainant un risque auto ou hétéro-agressif que l'on souhaitait éviter avec la mise en place de cette contention. Il est donc indispensable que l'ensemble du matériel utilisé pour contenir mécaniquement un patient doit être adapté à sa taille et sa corpulence. Bien entendu, le patient doit pouvoir avoir accès, tout en étant contenu, à un dispositif d'appel aux soignants.

Les mesures d'isolement et de contention sont définies comme des mesures de dernier recours et doivent être mises en œuvre sur une durée la plus courte possible. Elles nécessitent la décision d'un psychiatre qui repose sur une concertation pluriprofessionnelle dans les situations extrêmes. Ces mesures coercitives nécessitent une surveillance et un accompagnement intensifs du patient (3).

1.2. Historique des mesures de privation de liberté chez les patients atteints de pathologie psychique

L'isolement, et à fortiori la contention, sont des mesures ultimes de privation de la liberté individuelle. Il s'agit de mesures qui, par définition, sont mises en œuvre sans le consentement du patient. Ces pratiques nécessitent donc des modalités de soins particulières qui sont aujourd'hui encadrées sur le plan légal et administratif, mais cet encadrement s'est vu beaucoup évoluer depuis les débuts de la prise en charge de la maladie psychique.

1.2.1. Evolution de la législation des soins psychiatriques sans consentement

1.2.1.1. Avant Esquirol

Même si elle a évolué au fil des siècles, la maladie psychique a été présente à toutes les époques de l'évolution de l'humanité. Dès l'Antiquité on retrouve des écrits d'Hippocrate traitant de maladie psychique. Il distingue notamment la phrenitis, qui

caractérise un trouble mental aigue avec une fièvre rémittente et des accès de délire, la manie, définie par une agitation aigue sans fièvre, et la mélancolie, caractérisée par des troubles chroniques sans fièvre ni agitation.

La prise en charge de la maladie mentale, et notamment des « fous », reste extrêmement précaire durant plusieurs siècles. Pendant la période du Moyen-Age les personnes atteintes d'une pathologie psychique sont très souvent emprisonnées dans des hôpitaux généraux, avec un recours facile à la contention mécanique dès lors que le patient présente un risque auto ou hétéro-agressif. A cette époque, les lieux de soins sont imprégnés de la culture religieuse. On assiste alors à des traitements de la pathologie mentale avec, par exemple, des exorcismes ou des mises au bûcher, le patient « fou » étant considéré comme possédé par une entité diabolique.

Il faudra attendre la période de la Révolution française pour amorcer un tournant dans la façon de prendre en charge et de considérer la maladie mentale. A cette époque, à Paris, deux établissements principaux enferment les « fous » : l'hôpital de Bicêtre, pour les hommes, et l'hôpital de la Salpêtrière, pour les femmes. En 1785, Jean-Baptiste Pussin est déjà employé à l'hôpital de Bicêtre et devient responsable du secteur de l'établissement qui gère les aliénés. Il observe alors l'état déplorable de la prise en charge des patients aliénés. En effet, les patients sont souvent attachés avec des chaines et les traitements sont essentiellement à base douche froide, de violence physique ou de saignée. Pussin décide alors d'opérer un changement dans la manière de traiter les patients atteints de maladie mentale. Il fait en sorte d'améliorer les conditions de vie des patients dans l'établissement dont il a la charge. Il interdit notamment les violences du personnel envers les patients, il encourage à traiter les patients avec douceur et à les laisser déambuler, même ceux qui peuvent se montrer bruyants mais non violents (5).

En 1793, Jean-Baptiste Pussin rencontre le Docteur Philippe Pinel qui vient de prendre un poste de médecin des infirmières à l'hôpital de Bicêtre, il observe alors l'efficacité et l'humanité du travail de Pussin. Pinel poursuivra l'idéologie de Pussin lorsqu'il travaillera à l'hôpital de la Salpêtrière en tant que médecin chef. Pinel déclare alors que « les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades

dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante et dont on doit par les moyens les plus simples rétablir la raison égarée »(6). Pinel définit un « traitement moral » dans lequel les patients sont considérés comme des personnes à qui l'on peut parler.

Quelques années plus tard, Jean-Baptiste Pussin rejoint le Docteur Philippe Pinel à la Salpêtrière. Tous deux œuvrent ainsi à une amélioration de la bientraitance des malades mentaux avec notamment le développement de la camisole qui vient se substituer aux chaines, donnant accès à une liberté de déambuler aux malades. Ils vont également travailler à la création d'une meilleure nosographie des pathologies mentales, mais aussi à la construction de lieux de soins dédiés aux malades mentaux et à leur guérison et pas seulement à leur enfermement.

Avec les travaux de Pussin et de Pinel, la notion de folie se distingue peu à peu de celle de l'aliénation mentale. La précision de la nature pathologique de l'aliénation mentale commence à définir cette dernière comme une spécialité médicale à part entière et motive donc la nécessité de prodiguer des soins aux malades mentaux (7).

1.2.1.2. Loi du 30 juin 1838

Même si la Déclaration des droits de l'Homme de 1789 est censée garantir la liberté et l'égalité de tous devant la loi, se posait la question de savoir comment protéger le droit à la liberté des patients aliénés à partir du moment où leur état psychique nécessitait une prise en charge dans un lieu de soin.

En 1810, on assiste à la sortie de l'article 64 du Code pénal qui stipule « [qu']il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action »(7). Cet arrêté introduit donc la notion d'irresponsabilité pénale et commence ainsi à faire évoluer l'image de la pathologie mentale au regard de la loi. La « folie » devient un motif de recours au soin et non plus un motif d'enfermement pour protéger la société.

En 1820, Jean-Etienne Esquirol prend la suite de Philippe Pinel à l'hôpital de la Salpêtrière et poursuit l'idéologie de son prédécesseur. Il participe à l'élaboration d'une nouvelle règlementation de la psychiatrie : la loi du 30 juin 1838, appelée « Loi des aliénés ». Cette loi prévoit, pour chaque département, la mise en place d'un

établissement public dédié à l'accueil mais surtout au traitement des patients aliénés(8). On ne parle pas encore d'hôpital psychiatrique mais d'asile.

La loi de 1838 définit également deux modalités de placement dans ces établissements, dans les situations où le patient aliéné nécessite des soins spécialisés mais n'est pas en mesure de donner son consentement. On distingue alors le « placement volontaire » qui se fait à la demande de la famille ou d'un tiers proche du patient (l'ancêtre du SPDT, Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers), et le « placement d'office », aussi appelé « placement ordonné par l'autorité publique » (c'est-à-dire le préfet) dans les situations où la pathologie mentale menace l'ordre public (l'ancêtre du SPDRE, Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat) (8). Cette loi a pour but de protéger les patients souffrant de troubles mentaux et de limiter les enfermements abusifs. Elle pose ainsi les prémices de la règlementation actuelle.

En ce qui concerne le placement volontaire, la loi de 1838 prévoit que le placement d'un patient nécessite la demande écrite d'un tiers et un seul certificat médical (d'un médecin extérieur à l'établissement accueillant) précisant l'état psychique du patient et que cet état justifie d'un enfermement. Ce premier certificat doit être transmis au préfet (ou son représentant) avec un second certificat médical, rédigé par un médecin de l'établissement accueillant le patient dans les 24 heures suivant l'admission du patient. Par la suite un troisième certificat médical doit être établi et transmis à l'autorité publique dans les 15 jours suivant l'admission du patient puis, si l'état du patient nécessite une prise en charge plus longue, tous les mois. La loi prévoit également la sortie immédiate de l'établissement si l'état psychique du patient est considéré comme satisfaisant par le médecin, ou sur la demande de la personne ayant fait la requête de l'internement (à condition que l'état psychique du patient ne porte pas atteinte à l'ordre public) ou bien à la demande de l'autorité publique (8).

Pour le placement d'office, la loi de 1838 stipule que la mise en place de cette mesure nécessite seulement la décision de l'autorité publique (et ne nécessite donc pas de certificat médical). La loi prévoit ensuite la rédaction de rapports par le médecin de l'établissement qui renseignent, pour chaque patient en placement d'office, sur la

nature de la maladie et les résultats du traitement. La loi précise un suivi semestriel de ces rapports qui doivent être envoyés le premier mois de chaque semestre à l'autorité publique qui décidera, ou non, de la levée du placement. Dans l'intervalle entre les rapports, le médecin, s'il juge l'état du patient satisfaisant pour une sortie, peut solliciter le préfet pour qu'il statut sur le maintien de la mesure. Dans tous les cas, la sortie définitive d'un patient en placement d'office ne peut se faire que sur décision de l'autorité publique (8).

1.2.1.3. L'avènement de la psychiatrie

Malgré la vocation de la loi de 1838 de protéger les patients et d'éviter les internements abusifs, les faibles moyens thérapeutiques de l'époque rendent une guérison de la maladie psychique quelque chose d'extrêmement rare. Ainsi on assiste rapidement à ce que l'on nomme l'encombrement asilaire, le nombre d'internement passant de 10 000 en 1838, à 110 000 en 1939. Il est à noter que la grande majorité des internements se fait selon un placement d'office. Ces difficultés vont apporter une mauvaise image des asiles qui vont être qualifiés pendant de nombreuses années de « fabrications d'aliénation chronique » ou encore de « bastilles dont le certificat médical est la lettre de cachet » (9).

Entre 1838 et 1990, il y aura eu plusieurs essais de modifications de la loi de 1838 mais qui, pour la très grande majorité, ne donneront pas de suite. Il faut tout de même noter la création de services dits « libres » (c'est-à-dire des services dans lesquels les patients acceptent l'hospitalisation), dont le premier en 1922, ainsi que la circulaire Rucart du 10 octobre 1937. Cette circulaire autorise la modification d'un placement d'office en placement volontaire (à noter que l'inverse était déjà possible avec la loi de 1838). Elle prévoit également le développement des « sorties d'essai » qui consiste en une sortie temporaire de l'institution afin d'améliorer la réadaptation du patient avant d'envisager la sortie définitive (7).

A noter, en 1937, le terme « d'hôpital psychiatrique » vient officiellement remplacer celui « d'asile ». Il faudra attendre 1958 pour voir disparaitre le terme « d'aliéné ».

A partir des années 1960, et jusqu'à 1990, les psychiatres participent à l'élaboration d'une réforme de la loi de 1838. Ils œuvrent pour une diminution de la judiciarisation des hospitalisations sous contraintes en mettant en avant la compétence du médecin à évaluer la nécessité de la mise en place et du maintien d'une mesure de contrainte. L'objectif des discussions est de mettre en place « un équilibre des pouvoirs » entre le médecin, qui évalue la nécessité de l'hospitalisation sous contrainte, le préfet, qui est chargé d'évaluer la dangerosité du patient, et le juge, qui doit veiller à la régularité des mesures mises en place par chaque parti (7).

1.2.1.4. Loi du 27 juin 1990

Il aura fallu attendre 152 ans pour voir apparaitre une réforme de la loi de 1838. Cette dernière fut abrogée par « la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisations ». Cette nouvelle loi vient renforcer le caractère administratif, et non judicaire, de l'hospitalisation sous contrainte en promulguant l'hospitalisation comme une « nécessité médicale », non pas une décision judicaire.

La loi du 27 juin 1990 revoit les modalités des hospitalisations sous contraintes avec la création de l'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (ou HDT) et l'Hospitalisation d'Office (ou HO). Elle redéfinit également le cadre légal des hospitalisations libres en psychiatrie.

L'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers vient se substituer au placement volontaire. Ce mode d'hospitalisation nécessite toujours la demande écrite d'un tiers (qui ne soit pas un membre du personnel soignant de l'établissement accueillant le patient) et deux certificats médicaux, dont l'un rédigé par un médecin ne travaillant pas dans l'établissement d'accueil. Dans les situations de « péril imminent » pour la santé du patient, la loi permet l'hospitalisation sous contrainte avec un seul certificat médical (associé à la demande du tiers). Par la suite, un nouveau certificat médical doit être rédigé par un psychiatre de l'établissement d'accueil (qui ne doit pas avoir rédigé l'un des deux premiers certificats) dans les vingt-quatre heures suivant l'admission du patient, puis à douze jours, puis tous les mois jusqu'à la levée de la mesure (10). La différence notable par rapport à la loi de 1838 (au-delà du titre de la mesure) est la

nécessité de deux certificats médicaux initiaux (sauf en cas de danger imminent pour le patient).

L'Hospitalisation d'Office se substitue au placement d'office. Elle nécessite un arrêté du préfet et un certificat d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Cette loi constitue une réforme notable puisque l'autorité publique n'est plus seule à décider d'une hospitalisation sous contraintes dans le cadre de patients atteints de troubles psychiques et portant atteinte à l'ordre public. Une autre réforme par rapport à la loi de 1838 se situe dans le suivi administratif des patients en Hospitalisation d'Office. En effet, comme pour les patients en Hospitalisation à la Demande d'un Tiers, un certificat médical doit être rédigé par un psychiatre de l'établissement d'accueil dans les vingt-quatre heures suivant l'admission et transmis au préfet. Par la suite, un nouveau certificat médical doit être rédigé par un psychiatre dans les quinze jours suivant l'admission puis un mois après le début de l'hospitalisation, puis tous les mois pour la durée de l'hospitalisation (et non plus un rapport tous les six mois). Ces certificats sont transmis au préfet qui statut sur le maintien ou non de la mesure. Bien entendu, s'il juge que l'état clinique du patient permet une sortie définitive, le psychiatre peut rédiger un certificat médical à tout moment, pour demander au préfet de statuer rapidement sur la levée de la mesure.

1.2.1.5. Vers la législation actuelle des soins psychiatriques sans consentement

Par rapport à la loi de 1838 qui aura mis plus de 150 ans à être réformée, la loi de 1990 va rapidement être abrogée par celle du 5 juillet 2011. Cette nouvelle loi fait suite à l'évènement tragique de 2008 au cours duquel un patient souffrant de troubles psychiatriques avait tué un jeune homme à Grenoble. Il est alors apparu que la levée d'une hospitalisation sous contrainte, pour les patients potentiellement dangereux pour la sûreté des autres personnes, nécessitait le maintien d'une surveillance particulière après la sortie afin de prévenir un passage à l'acte grave (11). L'un des objectifs de cette nouvelle loi est donc d'étendre la mesure de soins sans consentement en dehors de l'hospitalisation afin d'assurer la continuité des soins sur l'extérieur. Jusque-là les soins ambulatoires qui pouvaient se voir imposés étaient uniquement les soins

imposés dans les suites d'un jugement pénal sous la forme d'une injonction de soins (notion introduite par la loi du 17 janvier 1998). Avec la nouvelle loi de 2011, les soins extra-hospitaliers sous contraintes peuvent également être réalisée sur décision médicale.

L'autre objectif majeur de cette nouvelle loi est d'introduire un contrôle judiciaire obligatoire pour tous les patients en hospitalisation complète en soins sans consentement. Ce contrôle est exercé par un juge des libertés et de la détention, son rôle étant de garantir la liberté individuelle des patients en soins sous contraintes. La mise en place de soins sous contraintes demeure une décision médicale et administrative, le juge ne se prononçant que sur la forme, mais ce dernier peut décider de lever la mesure de soins sans consentement s'il juge la mesure comme légalement non conforme (défaut de certificat, délai de rédaction des certificats dépassé, vice de forme) (12).

La loi de 2011 redéfinit donc les modalités des soins sous contraintes, tout d'abord en substituant le terme « d'hospitalisation sous contraintes » par celui de « soins sous contraintes » qui opère un changement notable dans la façon d'aborder les soins sans consentement. Ainsi ces soins sous contraintes ne sont plus uniquement destinés à être prodigués en hospitalisation mais peuvent aussi se poursuivre en ambulatoire.

Comme pour les lois de 1838 et de 1990, ces modalités de soins concernent des patients présentant des troubles psychiques rendant impossible leur consentement et nécessitant des soins urgents, associés à une surveillance rapprochée en milieu hospitalier.

L'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers est remplacée par les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT). Les modalités de l'initiation d'un SPDT sont les mêmes que son prédécesseur, à savoir une demande manuscrite d'un tiers pouvant justifier de relations avec le patient antérieures à l'hospitalisation (et qui ne soit pas un membre du personnel soignant de l'établissement accueillant) et deux certificats médicaux justifiant de l'état du patient et de la nécessité de soins sans consentement. Au moins l'un des deux certificats doit être rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. La loi définit également les Soins

Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en urgence (SPDTu) dans les situations de danger imminent pour le patient. Cette mesure ne nécessite qu'un seul certificat médical (pouvant être rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil) et la demande manuscrite d'un tiers.

Les Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent (SPPI) sont apparus lors avec la loi de 2011 dans les situations où le patient est désocialisé ou isolé, rendant ainsi la demande d'un tiers impossible. Cette mesure est donc initiée dans les situations d'extrême urgence pour le patient quand aucun tiers n'est retrouvé. Elle nécessite la rédaction d'un seul certificat médical d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Par la suite le directeur de l'établissement dispose de 24 heures pour informer la famille ou un proche du patient.

L'Hospitalisation d'Office est remplacée par les Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat (SPDRE). Comme son prédécesseur, cette mesure est mise en œuvre pour les patients atteints de troubles psychiques à l'origine de troubles importants de l'ordre public. Ces soins sans consentement sont initiés par arrêté du représentant de l'Etat avec l'appui d'un certificat médical justifiant de soins psychiatriques en urgence (rédigé par un médecin n'exerçant pas l'établissement accueillant le patient). Comme pour l'Hospitalisation d'Office, les Soins Psychiatriques sur Décision d'un Représentant de l'Etat ne peuvent être levés que sur décision du préfet (cette levée des soins nécessitant souvent deux avis médicaux concordant rédigés par deux psychiatres différents).

Le point commun à ces trois mesures de soins sans consentement est l'introduction « d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète pour une durée maximale de soixante-douze heures »(12). Dans les vingt-quatre premières heures de cette période d'observation, le patient doit bénéficier d'un examen somatique ainsi que d'un entretien psychiatrique. Au terme de cet entretien, le psychiatre, qui doit être différent de celui ayant rédigé l'un des certificats initiaux (dans le cas des SPDT), doit rédiger un nouveau certificat médical justifiant de l'état de santé du patient et de la nécessité, ou non, de la poursuite des soins sans consentement. A soixante-douze heures de l'admission, un troisième certificat médical

doit être rédigé par un psychiatre puis sous huit jours si l'hospitalisation se poursuit. Le juge des libertés et de la détention contrôle la mesure de soins sans consentement dans les quinze jours suivant l'admission. Par la suite, si l'état du patient nécessite la poursuite de soins sans consentement, des certificats médicaux devront être rédigés à un rythme mensuel (que ce soit en hospitalisation complète ou en programme de soins). Dans le cas d'une hospitalisation longue en soins sans consentement, le contrôle du juge des libertés, après sa première intervention, s'effectuera tous les 6 mois.

Après la fin de la période d'observation de soixante-douze heures, si l'état du patient permet une sortie d'hospitalisation mais justifie d'une poursuite des soins sans consentement, le psychiatre peut mettre en place un programme de soins. Il s'agit de la poursuite des soins sous contrainte en milieu extra-hospitalier et s'applique à tous les modes de soins sans consentement. Ce programme de soins doit définir les modalités du soin, notamment le type de soins, qu'il s'agisse d'entretiens réguliers avec un psychiatre et/ou d'un traitement médicamenteux. Il doit également définir le lieu et la fréquence des soins.

A noter que la loi de 2011 ne prévoit pas un contrôle du JLD pour les patients en programme de soins, les soins ambulatoires n'étant considérés que comme une « restriction » de liberté et non pas comme une « privation » de liberté (comme une hospitalisation complète) (13).

La loi de 2011 va subir quelques modifications deux ans après sa promulgation. En effet, la loi du 27 septembre 2013 vient réduire le délai du contrôle du juge des libertés de 15 jours à 12 jours avec une saisine du juge dans les 6 jours suivant l'admission du patient en soins sans consentement. De ce fait le certificat médical à huit jours est supprimé. De plus, l'audience devra se tenir dans une salle d'audience dédiée au sein de l'établissement d'accueil (alors qu'auparavant elle se tenait au palais de justice). D'autre part, la loi de 2013 réintroduit la possibilité de « sorties d'essais de courte durée ». La loi de 2011 avait restreint les sorties d'essais des patients en soins sans consentement en ne permettant que des sorties de moins de douze heures, obligatoirement accompagné d'un soignant ou d'un membre de la famille, et

uniquement pour des motifs médicaux ou pour des démarches administratives ne pouvant se faire qu'à l'extérieur de l'hôpital. La loi de 2013 permet de nouveau aux patients en soins sans consentement d'avoir accès à des sorties d'essais d'une durée maximale de quarante-huit heures et pouvant se faire sans accompagnement (elle prévoit toujours la possibilité de sorties d'essais de moins de douze heures avec accompagnement). Ces sorties d'essais nécessitent la mise en place de modalités avec un accord du directeur de l'établissement sur avis favorable d'un psychiatre. Dans le cas d'un patient en SPDRE, cette demande de sortie d'essai doit être adressée au représentant de l'Etat qui peut s'opposer à la demande (ce qui interdit alors la sortie d'essai) (14).

1.2.2. Evolution de l'encadrement du recours à l'isolement et à la contention en service de psychiatrie

Comme nous avons pu le voir, la législation encadrant les mesures de privation de liberté dans le cadre des soins sans consentement en psychiatrie a beaucoup évolué au cours des deux derniers siècles. Cependant, il est important de noter que les mesures d'isolement et de contention, qui sont par définition une privation de liberté et dont le recours est fréquent dans les services de psychiatrie, n'ont été encadrées par la loi que depuis moins d'une dizaine d'année.

1.2.2.1. Avant la loi de 2016

Les mesures de contention ne sont pas des mesures récentes, elles remontent à l'époque de l'Antiquité et furent très fréquemment utilisées pour les personnes agitées, incontrôlables et dangereuses pour elle-même ou pour autrui. En revanche l'isolement est une mesure plus récente qui ne fut initiée en France que depuis les travaux de Pinel et de Pussin. Comme nous l'avons vu précédemment, ils ont tous deux œuvrés à une nouvelle approche des patients souffrant de troubles psychiques et des soins en rapport. Ils ont réfléchi à une alternative à la contention au lit avec des chaines (malheureusement très souvent utilisée jusque-là) et ainsi ils ont débuté la pratique des isolements sans contention. Le but est alors d'isoler le patient des autres patients, dans une chambre dédiée ou non, tout en maintenant une surveillance et des soins

rapprochés, afin de prévenir les blessures (auto ou hétéro-infligées) et réduire l'agitation en lien avec la pathologie psychique (15).

Malgré les réformes de 1838 et 1990 qui font évoluer le cadre légal des hospitalisations sans consentement avec pour objectif un meilleur respect de la dignité des patients et une limitation des abus, aucune mention n'est faite sur les modalités de l'isolement et de la contention. Il en est de même pour les lois de 2011 et 2013. On peut mentionner la circulaire du 19 juillet 1993, dite circulaire Veil, qui autorise dans les situations d'urgence le recours à l'isolement pour les patients hospitalisés en soins libres (selon les indications habituelles de recours à l'isolement). Cette mesure ne peut durer que « quelques heures », le temps que le patient s'apaise (permettant la poursuite de l'hospitalisation en soins libres) ou que le mode d'hospitalisation change vers une hospitalisation sous contrainte si la poursuite de l'isolement est nécessaire (16). En dehors de cette circulaire, aucun encadrement légal n'est prévu pour les mesures d'isolement et de contention.

Jusqu'en 2016, les recommandations de bonne pratique demeurent l'unique cadre qui définit le recours à l'isolement et à la contention (17). Malgré ces recommandations de bonnes pratiques, on observe une grande disparité de la pratique de ces mesures en France. Ces disparités ont notamment été mises en évidence par le rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) lors de la visite effectuée en France en fin d'année 2010. Le rapport du CPT signale 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 » (18). Cet état de fait avait également été mis en évidence par une revue de la littérature menée en 2010 sur les études portant sur le recours aux chambres d'isolement. Cette revue de littérature faisait apparaitre une disparité des pratiques en France mais aussi au niveau international, le recours à l'isolement semblant plus élevé en France que dans les pays nord-américains, mais moins important qu'en Suisse, en Allemagne ou en Grèce. L'auteur faisait également mention du peu d'études menées sur le sujet en France (19). Denys Robiliard, député à l'Assemblée Nationale, fait le même constat dans son rapport en 2013 sur le manque de données en France et insiste sur la disparité des

pratiques d'une région à une autre. Il signale « un recours problématique à la pratique de la contention et à l'isolement thérapeutique » et dénonce des abus dans la pratique de ces mesures. Il précise également qu'il n'existe pas de suivi de ces mesures au niveau national (2). Le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), dans le rapport de 2014, souligne de nouveau le manque de traçabilité des mesures d'isolement et de contention, « 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 ». Ce rapport fait lui aussi le constat d'abus dans la pratique de ces mesures et d'une grande disparité des pratiques en France (20).

Tous ces rapports, rédigés par des professionnels issus de divers horizons (psychiatres, député de l'Assemblée Nationale, contrôleur général des lieux de privation de liberté, Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants), mettent en exergue un défaut d'uniformité et de traçabilité dans la pratique de l'isolement et de la contention en France. Ces rapports proposent des recommandations visant à redéfinir l'encadrement de la pratique de ces mesures coercitives, recommandations qui seront reprises lors de l'écriture de la loi du 26 janvier 2016 et des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2017.

1.2.2.2. Loi du 26 janvier 2016

La loi de modernisation du système de santé promulguée le 26 janvier 2016 introduit l'article L. 3222-5-1 au code de la santé publique. Cet article définit le premier cadre juridique en France relatif à l'utilisation de l'isolement et de la contention en psychiatrie. Il définit ainsi l'isolement et la contention comme « des pratiques de dernier recours » mises en place uniquement « pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, pour une durée limitée »(21). La loi impose également une « surveillance stricte » par l'équipe soignante des patients faisant l'objet de ces mesures.

Il est intéressant de noter que jusque-là, l'isolement revêtait un caractère de soin, en effet depuis les travaux de Pinel on parlait « d'isolement thérapeutique ». Avec cette nouvelle loi, l'isolement perd sa connotation « thérapeutique ». La loi prévoit une

« décision » psychiatrique de mise en isolement et non pas une « prescription ». Ces modifications sémantiques s'appuient sur l'absence d'études ayant prouvé de façon claire un bénéfice thérapeutique de l'isolement et de la contention.

Ce nouvel article prévoit également la tenue d'un registre garantissant la traçabilité des mesures d'isolement et de contention. « Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée »(21).

Enfin en troisième point, cet article impose, pour chaque structure de soins autorisée en psychiatrie, l'établissement d'un rapport annuel « rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre »(21). L'objectif est de permettre l'évaluation locale et nationale de l'évolution de la pratique de ces mesures.

Cette loi constitue donc le premier cadre légal de la pratique de l'isolement et de la contention dans les services de psychiatrie en France. La HAS se basera sur cette loi pour développer en 2017 la nouvelle recommandation de bonne pratique relative au recours à l'isolement et à la contention.

1.2.2.3. Recommandation de bonne pratique de la HAS de 2017

Afin de s'adapter à la réforme de 2016, tout en harmonisant au mieux le recours à l'isolement et à la contention dans les services de psychiatrie, la HAS publie en février 2017 une nouvelle recommandation de bonne pratique. Cette dernière définit les différentes modalités (indications, contre-indications, surveillance, conditions de l'espace d'isolement) relatives à l'isolement et à la contention avec pour objectifs de garantir la sécurité et d'améliorer la qualité des soins des patients.

Comme établi dans la loi de 2016, la HAS pose l'indication de l'isolement et de la contention comme une solution de dernier recours, dans les situations de troubles du comportement majeurs associés à une violence extrême encourant un risque grave, soit pour le patient lui-même (velléités suicidaires intenses et non différables,

comportement auto-agressif avec risque fonctionnel ou vital), soit pour autrui (hétéro-agressivité majeure du patient envers l'équipe soignante ou envers d'autres patients). Cette recommandation précise que les mesures coercitives ne peuvent être envisagées que lorsque toutes les autres mesures alternatives (entretien, traitement médicamenteux, activité, temps calme en chambre ou en espace d'apaisement…) ont échoué. La mise en isolement, associé ou non à une contention, doit se faire sur une durée limitée et doit être adaptée au risque présenté par le patient. La contention doit rester une mesure encore plus exceptionnelle que l'isolement, à réserver dans les situations les plus extrêmes.

Les contre-indications à l'isolement et à la contention reposent essentiellement sur l'évaluation de l'état somatique du patient. Il est indispensable d'évaluer à chaque fois le rapport bénéfices-risques, mais encore plus quand le patient présente une affection organique pouvant être aggravée ou décompensée par l'isolement ou la contention (comme par exemple fracture d'un membre ou insuffisance respiratoire oxygéno-dépendante). Bien entendu, ces mesures ne doivent jamais être utilisées à visée punitive. De même elles ne doivent pas être mises en place pour compenser un défaut de présence soignante ou médicale. Ce dernier point peut s'avérer de plus en plus difficile à respecter de nos jours car beaucoup d'hôpitaux en France, notamment les hôpitaux des petites et moyennes villes, souffrent des déserts médicaux et infirmiers depuis plusieurs années. Cette problématique peut parfois elle-même être à l'origine de situations de violence extrême. En effet, si le personnel est en nombre il est plus facile pour l'équipe soignante de détecter les prémices d'un trouble du comportement majeur et de le gérer avant qu'il ne s'aggrave en proposant des stratégies d'apaisement, permettant ainsi d'éviter un isolement. En revanche, si l'équipe n'est pas en nombre suffisant, il devient alors plus difficile de détecter les situations à risque de s'aggraver rapidement, et par là même il est plus difficile de gérer ces situations avec une équipe restreinte aboutissant ainsi à des mesures coercitives qui auraient peut-être été évitées si l'équipe soignante étaient en nombre suffisant.

Comme mentionné précédemment, la mise en isolement, avec ou sans contention, est réalisée sur la décision d'un psychiatre, décision qui repose sur son évaluation, et celle de l'équipe soignante, de l'état psychique du patient. Dans les situations

extrêmement urgentes, avec un risque de danger imminent, et si aucun médecin n'est disponible à ce moment-là, l'équipe soignante peut prendre la décision d'un isolement avec ou sans contention (bien entendu toujours après l'échec des mesures alternatives d'apaisement). Dans cette situation, cette mesure devra être ré-évaluée en moins d'une heure par un psychiatre à l'occasion d'un entretien médical avec le patient afin de déterminer si la mesure doit être levée ou maintenue.

La HAS précise que le patient doit être en soins psychiatriques sans consentement pour pouvoir décider d'une mise en isolement (puisque par définition un isolement est une mesure qui est réalisée sans le consentement du patient). Cependant, il existe des situations dans lesquelles un patient en soins libres peut être amené à décompenser une pathologie psychique occasionnant de graves troubles du comportement pouvant relever d'un isolement (selon les indications détaillées précédemment). Dans ce cas-là, le patient en soins libres peut être mis en isolement sur une courte durée ne pouvant excéder 12 heures. Au-delà de ces 12 heures, soit le patient s'est apaisé avant et l'isolement est levé, soit l'état d'agitation du patient nécessite le maintien de la mesure et il faut alors transformer le mode de soins libres en soins sans consentement (dans ce dernier cas il faut que le changement de régime de soins soit effectué avant la fin des 12 heures initiales).

Chaque décision d'isolement doit faire l'objet d'un questionnement sur les facteurs déclenchants de l'évènement et sur les stratégies employées pour tenter d'apaiser le patient. Il faut également adapter les soins afin de limiter au maximum la durée des mesures coercitives. Par ailleurs, ces mesures nécessitent un suivi régulier qui doit être retranscrit sur une fiche spécifique dans le dossier du patient (Annexe 1). Cette dernière doit comporter plusieurs informations, notamment l'identité du patient, l'identification du service, le régime de soins du patient (SPDT, SPDTu, SPDRE, SPPI, Soins libres), la date et l'heure du début de la mesure, le motif de décision de la mesure, les stratégies d'apaisement ayant échoué en amont de la mesure, la recherche de contre-indication et la surveillance somatique et psychique du patient. Le cas échéant, il doit également être retranscrit le motif de renouvellement de la mesure.

Dans sa recommandation de 2017, la HAS préconise que les mesures initiales doivent ré-évaluées dans les 12 heures pour un isolement et dans les 6 heures pour une contention. Si l'état clinique du patient nécessite la prolongation de ces mesures, la décision psychiatrique et la fiche de suivi doivent être renouvelées toutes les 24 heures. Bien entendu, le psychiatre peut être sollicité à tout moment pour lever la mesure, en concertation avec l'équipe soignante.

Toute mesure d'isolement et de contention s'accompagne d'une surveillance accrue du patient, à la fois médicale et paramédicale. En 2017, il est établi que le patient doit être vu au moins deux fois par jour par un médecin. Ces visites ont pour but d'évaluer l'état psychique du patient (afin de décider de la levée ou non de la mesure), mais aussi d'évaluer son état somatique, notamment dans le cas d'une contention mécanique afin de prévenir les complications cutanées et thrombo-emboliques. A noter qu'en pratique, si la contention est prolongée au-delà de 24 heures, la mise en place d'un traitement anticoagulant est fortement recommandée afin de prévenir le risque de complication thrombo-embolique. Le suivi de l'équipe soignante est intensif, comprenant une surveillance horaire de l'état psychique du patient et un recueil pluriquotidien de ses constantes (fréquence cardiaque, tension artérielle, saturation en oxygène, température). Dans le cas d'une contention, l'infirmier doit également surveiller l'état cutané au niveau des points d'appui et des points d'attaches dans le but de prévenir les lésions d'escarres. Il devra aussi surveiller et permettre d'assurer les besoins physiologiques du patient (élimination urinaire et fécale, alimentation et hydratation, hygiène corporelle). La surveillance médicale et paramédicale, ainsi que toutes les décisions et prescriptions qui en découlent (que ce soit pour les soins psychiques ou somatiques) doivent être retranscrites dans la fiche de suivi de la mesure (Annexe 1).

Comme dans toutes les disciplines médicales, l'information du patient est essentielle. Les mesures d'isolement et de contention doivent elles aussi faire l'objet d'une information au patient. Il faut l'informer des raisons ayant conduit à la décision d'un isolement et d'une contention et lui expliquer les conditions qui vont permettre la levée de ces mesures. Il est indispensable de lui expliquer le déroulement de ces mesures (surveillance médicale et paramédicale, l'accès aux toilettes, le déroulement

des repas, les modifications thérapeutiques). Le patient doit également être informé qu'il peut prévenir sa personne de confiance, ou un proche, du début de la mesure (dans ce cas, il faudra chercher le moyen le plus adapté à la transmission de cette information).

Ces recommandations de la HAS sont toujours d'actualité mais les professionnels de santé ont dû adapter leur pratique au gré des réformes de ces deux dernières années que nous allons détailler.

1.2.2.4. Les réformes récentes de l'isolement et de la contention en psychiatrie

Comme nous l'avons vu précédemment, c'est la loi du 5 juillet 2011 qui introduit un contrôle judiciaire systématique par le juge des libertés et de la détention pour toutes les mesures de soins psychiatriques sans consentement, une hospitalisation sous contraintes étant considérée sur le plan légal comme une privation de liberté. En ce qui concerne les mesures d'isolement et de contention, elles ne sont jusque-là pas soumises à un contrôle judiciaire alors qu'il s'agit également de mesures de privation de liberté (mais non définies en tant que telles sur le plan légal).

Après plusieurs affaires de jurisprudence dans lesquelles il a pu être mis en évidence l'incompétence, au sens légal, du juge des libertés et de la détention à apprécier ces mesures coercitives, s'est posée la question de la mise en place d'un contrôle judicaire des mesures d'isolement et de contention : « La question posée présente un caractère sérieux en ce que l'atteinte portée à la liberté individuelle par les mesures d'isolement et de contention pourrait être de nature à caractériser une privation de liberté imposant, au regard de l'article 66 de la Constitution, le contrôle systématique du juge judiciaire »(22). Par ailleurs, la loi de 2016 prévoit une durée limitée à l'isolement et à la contention mais sans fixer clairement une durée limite au renouvellement de ces mesures. Ces limites sont établies par les recommandations de la HAS mais ne sont pas encadrées légalement. Au vu de ces éléments, le Conseil Constitutionnel a déclaré le 19 juin 2020 que l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, promulgué 4 ans plus tôt, était contraire à la Constitution, s'appuyant sur le

défaut d'encadrement légal de la durée des mesures d'isolement et de contention et l'absence d'un contrôle judiciaire visant à juger la légalité des mesures (17).

1.2.2.4.1. Loi du 14 décembre 2020

C'est l'article 84 de la loi du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 qui vient réformer l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique pour pallier à « l'inconstitutionnalité » de l'article initiale.

Bien qu'établies par la recommandation de bonne pratique de la HAS en 2017, la réforme de l'article L. 3222-5-1 définit des durées plus précises, sur le plan légal, des mesures d'isolement et de contention. Ces durées sont différentes pour l'isolement et pour la contention. Ainsi, pour l'isolement, la durée maximale est fixée à douze heures et peut être renouvelée par périodes de douze heures si l'état du patient le nécessite, pour une durée totale d'isolement ne pouvant excéder 48 heures. Le principe est le même pour la contention mais avec des durées plus courtes. La durée maximale d'une contention est fixée à 6 heures et les renouvellements doivent s'effectuer par période de 6 heures si l'état du patient nécessite le maintien de la mesure. La durée totale d'une contention ne doit pas excéder 24 heures (23).

Dans les situations où la durée totale de la mesure est dépassée (soit 48 heures pour un isolement ou 24 heures pour une contention) et que la mesure doit être poursuivie, le juge des libertés et de la détention doit en être informé sans délai et peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure (si elle n'est pas conforme légalement). En plus d'informer le juge, la loi impose également d'informer l'entourage proche du patient, ou sa personne de confiance, de la prolongation de la mesure au-delà de la durée totale. Ces personnes doivent également être informées par le médecin de leur droit à saisir le juge des libertés et de la détention afin d'évaluer la légalité de la mesure. En cas de saisine, le juge doit statuer en moins de 24 heures sur la levée ou non de la mesure coercitive (23).

La réforme du 14 décembre 2020 précise également que si une nouvelle décision d'isolement ou de contention est prise moins de 48 heures après une précédente mesure, la durée de la nouvelle mesure s'ajoute à la durée de la précédente mesure.

Le juge des libertés et de la détention, et l'entourage proche du patient, doivent aussi être informés lorsque la durée cumulée de mesures non successives, séparées par des intervalles de moins de 48 heures, atteint la durée maximale prévue par la loi.

Pour un même patient, l'information du juge et d'un proche doit être réitérée à chaque fois que la durée maximale d'isolement ou de contention est atteinte (qu'il s'agisse de mesures consécutives ou non consécutives séparées par des intervalles de moins de 48 heures) et que la mesure doit être renouvelée dans un délai de moins de 48 heures depuis la fin de la précédente mesure.

Dans le cas de plusieurs mesures cumulant une durée de 48 heures pour l'isolement, ou 24 heures pour la contention, sur une période de 15 jours, une information devra également être délivrée au juge des libertés et de la détention, ainsi qu'à l'entourage proche du patient (23). La loi cherche ainsi à éviter un défaut d'information du juge dans les situations où plusieurs nouvelles mesures de courte durée sont mises en place, pour un même patient, au cours d'une certaine période.

La loi du 14 décembre 2020 définit ainsi un encadrement légal de la durée des mesures d'isolement et de contention. De plus, elle introduit un contrôle judiciaire de ces mesures coercitives par l'information du juge des libertés et de la détention dans les situations où ces mesures sont prolongées au-delà d'une certaine durée. Le juge devient ainsi compétent sur le plan légal pour statuer sur la levée ou non d'une mesure d'isolement ou de contention (l'évaluation clinique du patient relevant toujours du psychiatre). Cette loi s'inscrit dans le cadre du renforcement du contrôle judicaire des mesures de soins psychiatriques sans consentement constituant une privation de liberté.

1.2.2.4.2. Décret d'application du 30 avril 2021

Le décret d'application du 30 avril 2021 vient préciser les conditions d'application de la loi du 14 décembre 2020. Ce décret porte sur l'obligation d'information du juge des libertés et de la détention (selon les mêmes modalités que nous avons évoquées précédemment) ainsi que sur la procédure judiciaire dans le cas d'une mesure d'isolement ou de contention sur la base de la loi du 14 décembre 2020.

Le décret prévoit que si la demande de mainlevée de la mesure est à l'initiative du patient, cette demande doit être recueillie par un écrit du patient et remise au secrétariat de l'établissement d'accueil qui l'horodate. La requête peut également être recueillie sur la déclaration verbale du patient qui est rédigée par le directeur de l'hôpital sous la forme d'un procès-verbal horodaté avec la signature du patient et du directeur. Une fois la requête rédigée, l'établissement d'accueil doit la transmettre au tribunal dans un délai de 10 heures. La demande doit être accompagnée de pièces complémentaires, notamment « les décisions motivées successives relatives aux mesures d'isolement et de contention dont le patient a fait l'objet et tout autre élément de nature à éclairer le juge » (24). Le patient doit être informé qu'il peut solliciter l'aide d'un avocat (de son choix ou commis d'office) et qu'il peut demander à être entendu par le juge des libertés et de la détention. Il doit également être informé que le juge peut décider de ne pas l'auditionner au vu d'un avis médical contre-indiquant son audition du fait de son état psychique. Dans ce cas le patient sera représenté par un avocat. Lorsque la demande de mainlevée n'est pas à l'initiative du patient, c'est également à l'établissement d'accueil d'adresser la requête au tribunal dans un délai de 10 heures (24).

De façon générale le contrôle du juge des libertés et de la détention se fait sans audience selon une procédure uniquement écrite, exceptée dans les situations où il estime que l'audience est nécessaire ou que le patient a demandé à être entendu (et qu'aucun avis médical ne contre-indique son audition). Le décret prévoit également que le juge peut demander l'avis d'un psychiatre différent que celui ayant décidé de la mesure. Le juge peut également se rendre sur l'établissement d'accueil afin d'évaluer les conditions d'exécution de la mesure. Le juge doit rendre sa décision dans un délai de 24 heures à compter de l'enregistrement de la demande au tribunal. Il est précisé que si le juge n'a pas statué dans le délai imparti, la mesure d'isolement ou de contention doit être levée (24).

1.2.2.4.3. Une inconstitutionnalité récurrente

Un peu moins d'1 an après la première déclaration d'inconstitutionnalité de l'article L. 3222-5-1, et moins de 2 mois après la publication du décret d'application de la

nouvelle loi réformant les mesures d'isolement et de contention, le conseil constitutionnel déclare de nouveau, dans son rapport du 4 juin 2021, la loi encadrant ces mesures comme contraire à la constitution. Cette décision est fondée essentiellement sur l'absence d'un contrôle systématique du juge des libertés et de la détention dans le renouvellement des mesures coercitives au-delà des durées maximales, la loi ne prévoyant qu'une information obligatoire du juge et non pas sa saisine systématique. Ainsi, deux alinéas du nouvel article L. 3222-5-1 sont déclarés comme contraires à la constitution (il s'agit des alinéas portant sur l'information obligatoire du juge dans le cas du renouvellement d'une mesure d'isolement ou de contention dépassant les durées maximales prévues par le même article), annulant ainsi l'article 84 de la loi du 14 décembre 2020. Le conseil constitutionnel précise que cette décision prendra effet le 31 décembre 2021 ce qui relance une course contre la montre pour répondre à cette inconstitutionnalité (25).

Une nouvelle version de l'article L. 3222-5-1 a été travaillé au sein du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 qui a été adopté fin novembre 2021. Cependant, plusieurs articles de ce projet de loi ont été déclarés comme contraires à la constitution sur décision du conseil constitutionnel le 16 décembre 2021. L'article 41, qui devait réviser l'article L. 3222-5-1, fait partie des articles déclarés comme inconstitutionnels. Cette décision se base sur le fait que l'article 41, de même que plusieurs autres articles de cette loi, ne devraient pas être rattachés à la loi de financement de la sécurité sociale dans la mesure où ils « n'auraient pas d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement » (26). Il s'agit donc d'une censure, non pas sur le fond, mais sur la forme de l'article en ce sens qu'il a été adopté « dans un véhicule législatif inadéquat » (27).

Ainsi au 1er janvier 2022 les mesures d'isolement et de contention font face à un vide juridique du fait de la censure du nouvel article et de l'abrogation de l'article 84 de la loi du 14 décembre 2020, comme prévu par la décision du 4 juin 2021 du conseil constitutionnel. Il est important de rappeler que ce sont les patients et le personnel hospitalier qui pâtissent de cette instabilité juridique qui dure à cette période depuis plus d'1 an.

1.2.2.4.4. Loi du 22 janvier 2022

La loi du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique vient encadrer la mise en place du pass vaccinal dans le contexte de la crise sanitaire du COVID-19. A la fin de ce texte de loi se trouve l'article 17 qui traite, contre toute attente, des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie. Cet article 17 est en réalité une reprise de l'article 41 (censuré 1 mois plus tôt) de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

L'article 17 de la loi du 22 janvier 2022 vient ainsi compléter l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique en répondant aux exigences du conseil constitutionnel. La définition légale de la durée des mesures coercitives reste la même que celle de l'article 84 de la loi du 14 décembre 2020 (12 heures pour l'isolement pouvant être renouvelé dans la limite d'une durée maximale de 48 heures, 6 heures pour la contention pouvant être renouvelé dans la limite d'une durée maximale de 24 heures). Dans le cas du renouvellement des mesures, l'article 17 ajoute qu'elles doivent être évaluées deux fois par 24 heures dans le cas d'une mesure d'isolement, et deux fois par 12 heures pour une contention (ce qui paraissait logique mais non précisé dans les versions antérieures de l'article L. 3222-5-1) (28).

En cas de renouvellement des mesures au-delà des durées maximales, l'information du juge des libertés et de la détention, par le directeur de l'établissement d'accueil, reste obligatoire (de même que l'information d'un proche du patient), qu'il s'agisse de mesures consécutives, de mesures non consécutives mais séparées par des intervalles de moins de 48 heures (les durées des mesures s'ajoutant alors aux précédentes) ou quand la durée cumulée de plusieurs mesures atteint la limite maximale en moins de 15 jours. A noter que l'article 17 définit plus précisément la notion de proche du patient : « un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical ». Dès lors que cette information est transmise, l'entourage du patient peut saisir le juge ou le juge peut lui-même se saisir d'office pour évaluer la mainlevée de la mesure (28).

Le point majeur de l'article 17 est la mise en place d'une saisine systématique du juge des libertés et de la détention au-delà d'une certaine durée des mesures. En effet, la loi du 22 janvier 2022 prévoit que le directeur de l'établissement d'accueil doit saisir le juge avant la fin de la 72ème heure d'isolement, ou de la 48ème heure de contention, si le renouvellement de la mesure est nécessaire au-delà de ces durées. Le juge dispose alors de 24 heures pour statuer sur la mainlevée de la mesure. En fonction des éléments dont il dispose, le juge peut prononcer la mainlevée de la mesure s'il considère que son maintien n'est pas justifié (ou qu'elle présente un vice de forme). Dans ce cas-là, l'article 17 précise qu'aucune nouvelle mesure d'isolement ou de contention ne peut être mise en place pour le patient avant la fin d'un délai de 48 heures à compter de la mainlevée de la mesure. La loi du 22 janvier 2022 prévoit une exception à cette dernière disposition dans le cas où des « éléments nouveaux » apparaissent dans la situation clinique du patient, nécessitant de nouveau une mesure d'isolement ou de contention, avant la fin des 48 heures imposées par la mainlevée. Le juge doit alors en être informé sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil, le juge pouvant se saisir d'office pour statuer sur la mainlevée ou non de cette nouvelle mesure (28). Il est important de noter que la mainlevée d'une mesure d'isolement ou de de contention n'a pas de conséquence sur la mesure de soins psychiatriques sans consentement qui concerne le patient.

Dans la situation où le juge autorise le maintien de la mesure d'isolement ou de contention, le médecin peut alors renouveler la mesure dans les mêmes délais et conditions que cités précédemment (période d'isolement de 12 heures limitée à 48 heures au maximum, période de 6 heures pour la contention limitée à 24 heures au maximum). Si, de nouveau, la durée maximale est atteinte avec nécessité de poursuite de la mesure, il faut réitérer l'information du juge et d'un membre de la famille du patient puis la saisine du juge dans les délais que nous avons vus précédemment. L'article 17 précise qu'après deux décisions successives du juge des libertés et de la détention de maintenir une mesure d'isolement, le contrôle du juge s'effectuera à 7 jours de sa précédente décision, le juge devant être saisi au moins 24 heures avant la fin de ce délai de 7 jours pour statuer sur le maintien ou non de la mesure. Un membre de la famille doit également être informé du renouvellement des mesures et de la saisine du juge. Par la suite, si le maintien de la mesure est encore nécessaire, le contrôle du

juge s'effectuera alors tous les 7 jours avec une saisine obligatoire au moins 24 heures avant la fin de chaque délai de 7 jours (28).

En ce qui concerne le maintien d'une mesure de contention, les modalités d'information et de saisine du juge restent les mêmes, peu importe le nombre de décisions du juge de maintien de la mesure. On reste ainsi sur un cycle de 3 jours comprenant l'information de la famille et du juge à 24 heures, la saisine du juge avant la 48ème heure qui doit statuer avant la fin de la 72ème heure, puis on revient au début du cycle (à condition que le juge maintienne la mesure et que le patient nécessite la poursuite de la mesure).

Le décret d'application de l'article 17 de la loi du 22 janvier 2022 est paru le 23 mars 2022. Ce décret s'organise en deux parties, la première concernant les modalités d'information du juge et de la famille du patient, ainsi que les modalités de saisine du juge, telles que nous venons de les détaillées. La deuxième partie concerne la procédure de contrôle de légalité des mesures d'isolement et de contention applicable devant le juge. Ce second chapitre reprend en majeur partie ce qui avait été mis en place par le décret du 30 avril 2021 et que nous avons abordés précédemment. Le nouveau décret vient juste compléter son ancienne version pour s'adapter au nouvel article L. 3222-5-1 issu de la loi du 22 janvier 2022.

Ainsi, presque 2 ans après la toute première décision d'inconstitutionnalité de l'article L. 3222-5-1, l'article 17 de la loi du 22 janvier 2022 et son décret d'application du 23 mars 2022 répondent enfin aux exigences du conseil constitutionnel à travers la définition légale de la durée des mesures d'isolement et de contention, mais aussi par l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention dans les situations où ces mesures sont prolongées au-delà de certaines durées. Le schéma en annexe 2, issu de la circulaire du 29 mars 2022, résume bien les dispositions introduites dans le nouvel article L. 3222-5-1.

2. Violence des patients en psychiatrie et stratégies de désescalade

En traitant la problématique de l'isolement et de la contention nous ne pouvons pas faire l'économie d'aborder la question de la violence des patients dans les services de psychiatrie. La violence, ou le risque imminent de violence, d'un patient, que ce soit sous la forme d'une auto-agressivité (comportements suicidaires) ou d'une hétéro-agressivité, est la principale indication du recours à l'isolement ou à la contention (bien entendu quand aucune stratégie alternative n'a fonctionné).

Même si l'auto-agressivité représente une part non négligeable de la violence dans les services de psychiatrie, dans la suite de ce travail nous allons essentiellement nous intéresser à la violence des patients envers les soignants.

2.1. Définition de la notion de violence

Dans son rapport de 2016 « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie », la HAS observe une grande hétérogénéité de la définition de la violence dans la littérature. En effet, définir de façon universelle le concept de violence est une tâche difficile du fait d'une interprétation qui peut varier selon l'environnement, la culture et les normes sociales.

Une des définitions les plus complète reste celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui définit la violence dans son rapport de 2002 comme « La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations» (29). Dans ce même rapport il est défini quatre natures des actes de violence qui peuvent être psychologique, physique, sexuel ou encore sous la forme de négligence. Ces natures se répartissent au sein de trois types de violence :

- La violence auto-infligée, qui comprend les comportements suicidaires et les conduites auto-agressives (tels que les scarifications),

- La violence interpersonnelle qui comprend les violences familiales (c'est-à-dire entre membres d'une même famille ou entre des partenaires intimes) et les violences dites « communautaires » (c'est-à-dire entre des personnes qui n'ont pas de liens familiaux et qui peuvent également ne pas avoir de lien du tout)

- La violence collective, qui se distingue des deux premières dans le sens où il s'agit de violences orchestrées par des groupes d'individus (voir par des Etats). Ici il s'agira de violences politiques (comme la guerre), sociales (comme des actes terroristes) ou économiques.

En milieu hospitalier, les formes de violence envers les soignants peuvent être de nature :

- Physique : atteinte à l'intégrité physique de la personne par des coups directs, des griffures, morsures, usage d'une arme. Il peut s'agir également de dégâts matériels.

- Psychologique : atteinte à l'intégrité psychique ou à la dignité d'un individu sous la forme d'humiliations, d'accusation, de critiques répétées, de dévalorisation, de menaces. On peut également citer les violences verbales à type d'insultes comme un sous-type de violence psychologique.

- Sexuelle : comportements ou gestes ou paroles à connotation sexuelle visant à obliger un individu à avoir des rapports sexuels non désirés. On peut citer par exemple le harcèlement sexuel, l'agression sexuel ou encore la tentative de viol.

Dans le cadre du recours à l'isolement ou à la contention en psychiatrie, dont l'objectif est de « prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui » (30), la violence concernée est le plus souvent de nature physique, mais peut parfois être sexuelle dans certaines situations. Il peut alors s'agir de violence auto-infligée mais très souvent il s'agira de violences interpersonnelles communautaires, soit dirigées contre d'autres patients, soit contre des membres du personnel soignant.

Une autre définition intéressante est celle que l'on retrouve dans « Violence in mental health settings. Causes, consequences, management » qui définit la violence comme « Toute expression ou comportement verbal, non verbal ou physique de menace ou toute manifestation de force physique débouchant sur une atteinte aux personnes ou aux biens, blessant une ou des personnes ou abîmant un ou des objets » (31). Cette définition est intéressante car elle inclut également la notion de violence dirigée contre les objets.

Si on s'écarte de ces approches descriptives on retrouve une notion intéressante qui est celle de « violence fondamentale » décrite initialement par Jean Bergeret (en se basant sur les travaux de Sigmund Freud). Il définit cette violence fondamentale comme une violence « qui n'est ni bonne, ni mauvaise, mais plutôt une pulsion de vie mise en action dès lors que l'individu perçoit une menace réelle ou supposée» (32). Il explique que cette violence serait présente dès la naissance, le bébé exprimant son mécontentement ou sa souffrance par des cris, une violente colère ou une agitation. La violence jouerait le rôle d'un mécanisme de défense face à une situation d'angoisse ou face à un danger en projetant à l'extérieur les sentiments négatifs qui envahissent l'individu. Selon cette théorie, le cadre éducatif parental est censé permettre à l'enfant de faire évoluer cette pulsion primaire de violence pour l'intégrer progressivement « dans des courants créatifs qui se mettent au service des pulsions libidinales (apprentissage, échanges relationnels, sport, dessin…) » (33). Dans les situations où l'environnement parental n'a pas pu apporter une contenance suffisante pour garantir un sentiment de sécurité interne à l'individu, il peut en résulter une fragilité de l'image de soi. Cette fragilité psychique peut avoir pour conséquence des difficultés dans la gestion des émotions, surtout en situation de stress ou de conflits. Pour ces individus, le recours à des comportements violents devient le mode d'expression privilégié pour faire face à un envahissement émotionnel négatif, même à l'âge adulte (34). Cette notion de violence fondamentale amène à la distinguer de celle de l'agressivité. Si les deux sont liées, elles ne sont pas de même nature. Là où la violence fondamentale revêt un caractère défensif sans prendre en considération l'autre, l'agressivité est définit comme un comportement d'attaque qui vise à nuire à l'autre de façon spécifique (35). Il apparait alors la notion d'intention de violence que l'on retrouve dans la définition de la violence de l'OMS par la mention « intentionnelle ». Il faut également

distinguer l'agressivité, qui est donc une « intention agressive sans acte agressif », de l'agression qui peut se définir comme une attaque envers un individu avec une atteinte à son intégrité physique ou mentale.

La notion de violence amène également à considérer celle de la dangerosité. La dangerosité est un concept complexe qui « pourrait se caractériser comme une propension à commettre des actes d'une certaine gravité, dommageables pour autrui ou pour soi, fondés sur l'usage de la violence » (36). La question de la dangerosité des patients atteints de pathologie mentale est une problématique récurrente que l'on retrouve dans les médias à l'occasion d'actes particulièrement graves commis par ces patients. Cela conduit à une représentation biaisée de la maladie mentale dans la population générale et ainsi à surestimer le risque de survenue d'actes violents commis par les patients souffrant de troubles psychiques. Des raccourcis de pensées peuvent alors se faire entre « patient psychiatrique » et « auteur de violences graves ». Il convient de distinguer la « dangerosité psychiatrique » de la « dangerosité criminologique ». En 2007, l'audition publique de la Fédération française de psychiatrie sur l'expertise pénale a défini la dangerosité psychiatrique en tant que « manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale », la dangerosité criminologique est définie comme « prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte » (37).

2.2. Données épidémiologiques

La violence au sein des institutions hospitalières en France n'est malheureusement pas un phénomène nouveau. Comme nous allons le voir un peu plus loin, certaines unités de soins font face à un risque plus élevé de comportements violents des patients. La préoccupation actuelle tient au fait que la fréquence des comportements violents tend à s'accroitre et à s'étendre de plus en plus à tous les secteurs de soins.

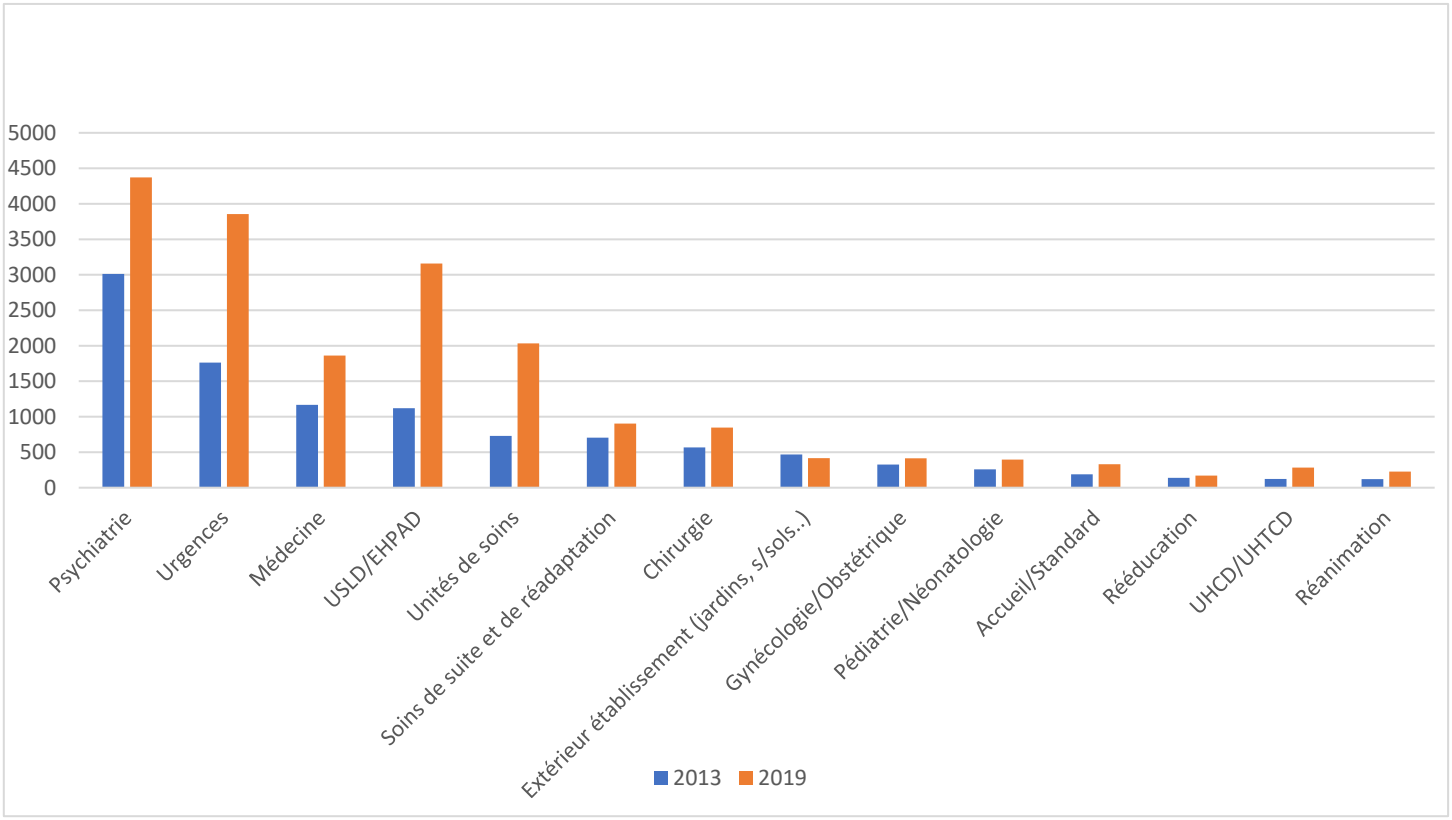
Les données sur la survenue d'incidents violents sont le plus souvent issues de signalements émis par les établissements. Il faut également rappeler que ces signalements se font sur la base du volontariat des professionnels concernés. Ainsi

les données dont nous disposons peuvent ne pas être exhaustives mais permettent tout de même de dégager des tendances dans ces épisodes de violence.

Dans son rapport de 2014, l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) observe que le secteur de la psychiatrie est le plus atteint par des incidents de violence. Sur les 12 432 incidents déclarés en 2013, 24% des signalements, soit 3 012 incidents, ont été déclarés en psychiatrie. Sur ces 24% il est compté 21,90% d'atteintes aux personnes (les 2% restant concernent des atteintes aux biens). Le secteur des urgences est le deuxième milieu de santé le plus concerné par la violence en 2013 (14% de signalements) (38).

Dans le rapport de 2020, l'ONVS observe que le nombre de signalements des incidents de violence à presque doublé en 6 ans pour atteindre 23 780 signalements. Cette augmentation peut être due soit à une majoration des faits de violence en milieu de santé, soit à une plus grande propension du personnel soignant à signaler ces faits de violence. Il est difficile de donner une réponse à cette question, il s'agit probablement d'une association des deux phénomènes. A noter que sur les 23 780 incidents recensés, 21 334 concernent des atteintes aux personnes, soit près de 90% des faits de violences signalés. L'ONVS précise que 49% de ces signalements concernent des violences physiques ou des menaces avec une arme, 31% sont des injures ou des insultes, 18% sont des menaces d'atteinte à l'intégrité physique et 2% sont des violences avec usage d'une arme. Parmi les victimes de ces violences, 82% sont des professionnels de santé avec une majorité d'infirmiers et d'autres soignants (47% et 45% respectivement, et 8% de médecins). Les 18% des victimes restantes sont des patients, des visiteurs ou des membres du personnel administratif (4).

Figure 1. Répartition des signalements d'incidents de violence par lieu ou par service en 2013 (N=12 432) et 2019 (N= 23 780) d'après les données des rapports l'ONVS de 2014 et 2020 (38) (4).



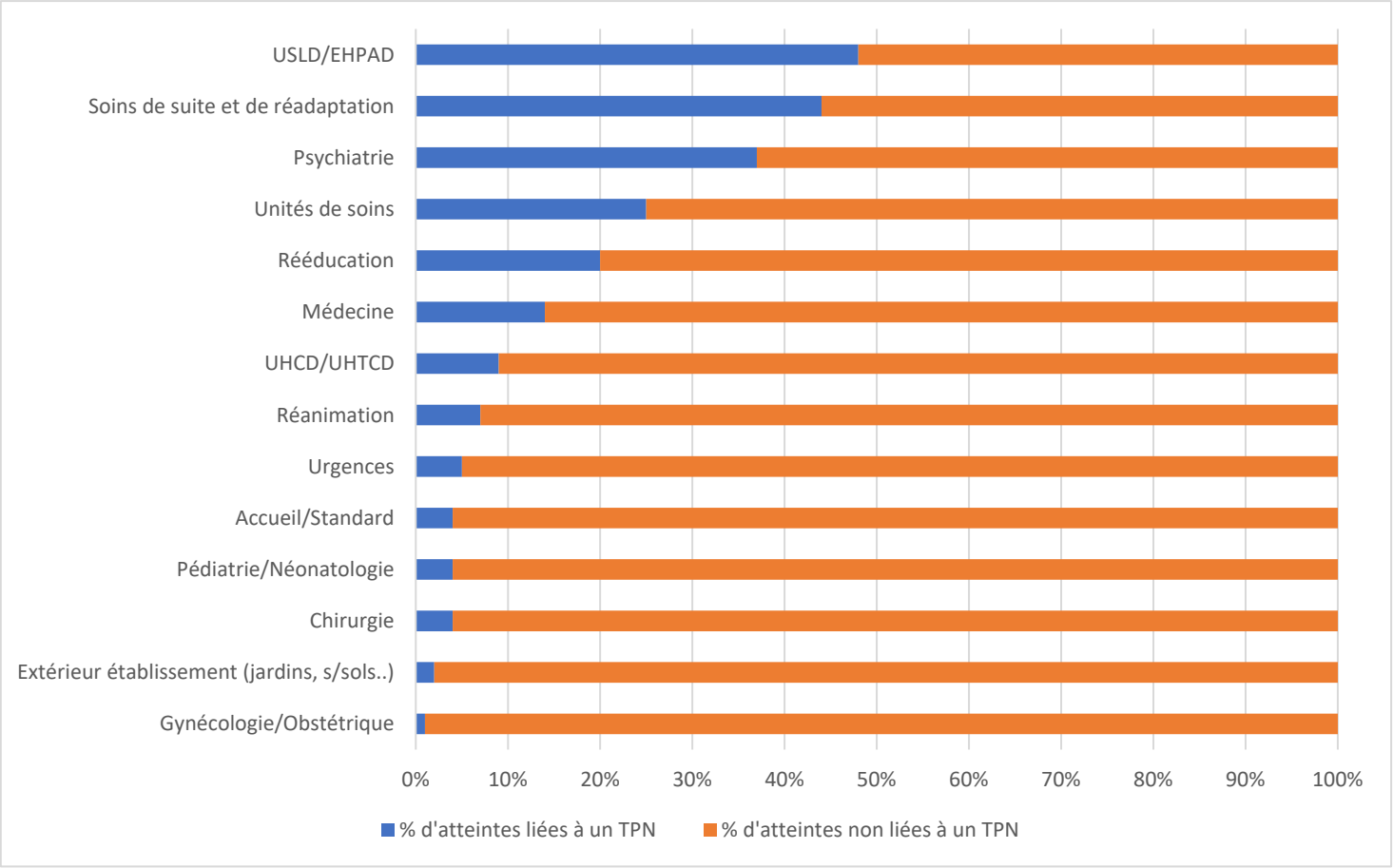
Ce graphique permet d'observer l'évolution des incidents de violence des patients dans le secteur de la santé en se basant sur les données des rapports de 2014 et de 2020 de l'ONVS. On peut ainsi voir que le nombre de signalements des faits de violence a augmenté entre 2013 et 2019 dans quasiment tous les lieux et services analysés (à l'exception des extérieurs des établissements). On observe que la psychiatrie demeure le secteur le plus touché par la violence en 2019 avec une augmentation de 45% du nombre de signalements par rapport à 2013. Les secteurs des urgences et des soins de la personne âgée (représenté par les Unités de Soins de Longue Durée, USLD, et les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées, EHPAD) ont connu une forte augmentation du nombre de signalement des incidents de violence et sont les 2ème et 3èmes secteurs les plus touchés en 2019. On note une majoration des signalements de 119% pour les urgences et de 182% pour

les ULSD/EHPAD par rapport à l'année 2013. Bien qu'en 4ème position en 2019, les unités de soins ont également connu une forte augmentation des signalements de l'ordre de 179% par rapport à 2013.

Parmi les faits de violence signalés, l'ONVS identifie quatre catégories d'auteurs avec notamment la violence liée à des comportements délinquants de personnes marginales ou sous l'emprise de stupéfiants ou d'alcool. La deuxième catégorie est la violence de « M. et Mme Tout-Le-Monde ». Les deux derniers types d'auteurs de violence sont représentés par les individus souffrant d'une pathologie psychiatrique ou neuro-psychique (type démence) et les violences de professionnels de santé (4). Bien que les signalements de violence en lien avec des individus présentant des troubles psychiques ou neuro-psychiques (TPN) ne constituent pas la majorité des situations signalées dans le rapport de l'ONVS, elles n'en demeurent pas moins une proportion non négligeable de l'ordre de 24,6% de l'ensemble des signalements en 2019. Selon le rapport de l'ONVS, la moitié des faits de violence signalés en lien avec des patients ayant des troubles psychiques sont des évènements de violence physique, un peu moins de la moitié concernent des violences à type d'insultes ou d'injures (le reste étant représenté par des menaces) (4).

La figure 2 ci-dessous illustre la répartition, en pourcentage, des signalements dans les services les plus fréquemment concernés par les incidents de violence selon l'existence ou non d'un trouble psychique ou neuro-psychique, sur l'année 2019. Selon les données de l'ONVS, ce sont les ULSD et les EHPAD qui sont les plus concernés par les faits de violences dans le cadre d'un trouble psychique ou neuro-psychique avec une proportion de 48%. Puis viennent en second les Soins de suite de réadaptation avec une proportion de 44%. La psychiatrie occupe la troisième place avec 37% de signalements dans le cadre d'un TPN. D'après ces données, on peut voir que la majeure partie des évènements de violence en psychiatrie ne serait pas liée à la pathologie mentale (en excluant les actes de violence sous l'emprise de l'alcool ou de drogues, selon la catégorisation des auteurs de violence de l'ONVS).

Figure 2. Répartition en % des signalements de violence selon l'existence ou non d'un TPN en 2019 d'après les données du rapport de l'ONVS de 2020 (4)**.**



D'après les dernières données de l'ONVS, la psychiatrie reste le secteur le plus touché par les phénomènes de violence de patients mais seulement un peu plus d'un tiers des faits de violence signalés concernent des patients présentant un trouble psychique. Il est intéressant de voir que même dans le secteur de la psychiatrie, dont le but est de prendre en charge la maladie psychique, les patients souffrant d'une pathologie mentale ne seraient pas les principaux auteurs d'actes de violence. Cependant, il convient de prendre ces résultats avec précaution étant donné qu'ils reposent uniquement sur des signalements de professionnels sur la base du volontariat et ne reflètent donc pas parfaitement la réalité.

Il est intéressant de mentionner les résultats de l'étude menée en 2006 par Seena Fazel et Martin Grann dont l'objectif était d'évaluer l'impact de la pathologie mentale

dans les crimes avec violence. Il en ressortait que les patients atteints de troubles psychiques représentaient une minorité des auteurs d'actes de violences envers un tiers. En effet, dans cette étude seulement 5% des infractions criminelles avec violence recensées (tous types confondus) étaient en lien avec des patients atteints d'une pathologie psychique sévère (39). D'autre part, dans son rapport de 2016, « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie », la HAS précise que parmi les actes de violences commis par des patients souffrant d'une pathologie psychique, la majeure partie de ces incidents ne serait liée qu'à une faible proportion de ces patients (40).

Même si d'après ces derniers résultats les patients souffrant d'une pathologie psychique représentent une minorité des auteurs d'actes de violence, cela amène tout de même à se questionner sur les facteurs pouvant influer sur l'augmentation du risque d'un passage à l'acte violent de ces patients, notamment dans le contexte d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie.

2.3. Facteurs de risque de violence en service de psychiatrie

Depuis plusieurs années, la littérature scientifique œuvre pour identifier les facteurs impliqués dans l'émergence de passages à l'acte violent de patients, notamment dans les services de psychiatrie qui sont les plus touchés par ce phénomène. L'étude de ces facteurs aide à mieux comprendre la survenue d'évènements violents et permet ainsi de les prévenir et de les gérer plus efficacement.

L'étude de ces facteurs a permis de mettre en évidence des facteurs « internes », et des facteurs « externes ». Les facteurs internes correspondent aux caractéristiques du patient (son histoire de vie, ses antécédents, l'expression de la maladie psychique…) et les facteurs externes sont liés à l'environnement (contexte institutionnel, les soignants, les autres patients du service…). Le passage à l'acte est le résultat de l'interaction entre ces différents facteurs dans une situation particulière (41). Le patient présente alors une fragilité psychique rendant plus probable la survenue d'un épisode violent lors de l'intervention d'un évènement déclencheur

(comme par exemple un conflit avec d'autres patients ou une demande à laquelle il n'a pas été répondu comme le patient souhaitait).

2.3.1. Facteurs de risques internes

Tout d'abord, les *facteurs socio-démographiques* tels que l'âge, le genre, le niveau d'étude et le niveau socio-économique sont des éléments qui ont été largement étudiés comme facteurs de risque de violence hétéro-agressive. Dans son audition publique de 2011 sur la dangerosité psychiatrique, la HAS a observé que ces facteurs sont globalement les mêmes dans la population générale et chez les patients atteints de troubles psychiques. On retrouve ainsi comme facteurs de risque un âge jeune (inférieur à 40 ans), le genre masculin et un niveau socio-économique et d'étude faibles (42). Cependant, il est important de souligner que dans un contexte d'hospitalisation en unité psychiatrique, l'importance de ces facteurs socio-démographiques tend à s'effacer au profit d'autres facteurs (43). C'est le cas notamment du genre masculin qui n'apparait pas comme facteur de risque d'hétéro-agressivité significatif en hospitalisation (44).

Parmi les facteurs de risques, les *antécédents de violence* constituent une part très importante. Les études s'étant intéressées à cette problématique ont montré un lien significatif entre les comportements violents de patients hospitalisés et l'existence d'antécédents de violence (44). Ceux-ci comprennent bien évidemment les violences infligées à autrui, mais aussi les violences subies. En effet, les patients présentant des troubles psychiques sont malheureusement souvent les cibles privilégiées de comportements violents (incluant violence physique, psychique et maltraitance). Cette violence subie peut également constituer un facteur de risque de passage à l'acte hétéro-agressif (45).

La question de la *pathologie psychiatrique* comme facteur de risque de violence revient régulièrement dans les médias à l'occasion de passages à l'acte dramatiques. C'est notamment le cas de la schizophrénie qui a été largement étudiée en tant que facteur de risque de violence. Plusieurs études ont révélé qu'effectivement la schizophrénie est associée à une augmentation du risque de passage à l'acte hétéro-agressif (44). Cependant, cette augmentation ne se limite pas à l'existence seule de

la pathologie mais à l'expression plus ou moins bruyante des symptômes, qui est particulièrement mise en exergue lors d'une hospitalisation. Les études ont montré une association forte entre les moments de violence et *l'intensité de la symptomatologie*, notamment les symptômes psychotiques positifs. L'intensité des symptômes d'un patient décompensé sur le plan de sa maladie psychique peut « affecter la cognition et peut conduire à une distorsion de l'interprétation des signaux de l'environnement » (41). On peut citer notamment les idées délirantes de persécution (le patient interprétant par exemple les soins prodigués par les soignants comme une tentative d'agression) ou encore l'existence d'un syndrome d'influence avec des injonctions de passage à l'acte (36). La désorganisation psychique joue également un rôle important (46). Parmi les pathologies psychiatriques pouvant être associées à une augmentation du risque d'hétéro-agressivité on retrouve également le trouble bipolaire, notamment lors d'une phase maniaque. Là aussi, c'est l'intensité des symptômes qui constitue un facteur de risque. On peut citer notamment la présence d'idées délirantes (souvent à thématique mégalomaniaque) et une désinhibition comportementale s'inscrivant dans une désorganisation psycho-comportementale majeure. L'impulsivité lors de ces phases maniaques peut également constituer un facteur de risque de violence (42).

L'existence de *comorbidités*, notamment psychiatriques, a également été prise en compte dans la survenue de comportements violents. Parmi ces comorbidités on peut citer les troubles neuropsychologiques liés à une atteinte des fonctions frontales que l'on peut retrouver chez les patients psychotiques déficitaires et ceux souffrant d'une pathologie neuro-dégénérative. Les études de neuro-imagerie mettent en avant la présence d'un lien entre la diminution du contrôle de l'agressivité, et donc un risque plus fort de passage à l'acte, et la dégradation des fonctions frontales (40). Comme autre comorbidité on trouve les troubles de l'usage de substances psycho-actives. Si la littérature a démontré l'existence d'un lien fort entre la consommation de substances psycho-actives et le risque de violence chez les patients atteintes d'un trouble psychique en société (42), ce lien semble moins évident dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie. D'après la revue de la littérature de la HAS en 2016, les antécédents de troubles de l'usage de substances psycho-actives constituent bien un facteur de risque de violence en hospitalisation mais qui serait moins important que celui retrouvé en société. Les résultats des études portant sur lien entre la

consommation de substances durant l'hospitalisation et les passages à l'acte violent sont assez disparates, surtout en ce qui concerne les drogues illicites. Seule la consommation d'alcool pendant l'hospitalisation a pu être identifiée comme facteur de risque de comportement violent (40). Enfin, l'existence d'un trouble de la personnalité associé à la pathologie psychique parait comme un facteur de risque supplémentaire de passage à l'acte hétéro-agressif. Il a été identifié que les troubles de la personnalité de type antisociale et psychopathique sont les plus à risque de violence hétéro-agressive (que ce soit en société ou en hospitalisation) (36).

Pour finir sur les facteurs de risques internes, il apparait que *l'insight* joue un rôle dans l'émergence de comportements violents. L'insight peut être rapidement défini comme la capacité du patient à reconnaitre sa pathologie et à accepter les soins en rapport. Bien que les résultats des études sur le sujet ne soient pas unanimes à l'heure actuelle, il semble tout de même qu'un insight faible puisse constituer un facteur de risque de passage à l'acte violent (47) (48).

2.3.2. Facteurs de risques externes

Les facteurs de risques externes, ou contextuels, sont définis par l'environnement du patient. Dans le contexte d'une hospitalisation en psychiatrie, il s'agira principalement des éléments liés au service et à la façon dont les soins sont organisés. Bien que la littérature sur le sujet soit abondante, à l'heure actuelle les études ne permettent pas d'identifier de façon irréfutable l'impact des facteurs environnementaux étudiés. Néanmoins, elles orientent sur des éléments pouvant favoriser l'apparition de comportements violents chez les patients.

Tout d'abord, le *mode d'hospitalisation* peut être vu comme un facteur de risque de violence hétéro-agressive. En effet, plusieurs études ont observé que les passages à l'acte violents sont le plus souvent commis par des patients en hospitalisation sans consentement (44). Cette donnée est compréhensible étant donné que les patients hospitalisés contre leur volonté sont ceux qui ont souvent les manifestations cliniques les plus bruyantes et qui, par définition, refusent les soins. Une étude récente menée en Suisse a également pu observer que les longues durées d'hospitalisation ainsi que

des hospitalisations répétées (notamment sans consentement) augmente le risque de passage à l'acte hétéro-agressif (49).

La politique du service, et plus largement celle de l'établissement d'accueil, concernant la liberté de circulation, ainsi que les droits du patient, est un élément important à prendre en compte. En effet, des études ont observé qu'*une politique institutionnelle tendant à limiter la liberté des patients* serait plus pourvoyeur d'incidents violents au cours de l'hospitalisation (40). Une étude prospective réalisée sur 2 ans par Len Bowers *et al.* dans plusieurs unités psychiatriques du Royaume-Uni a observé une association entre des facteurs organisationnels et la survenue d'incidents violents. Parmi ces facteurs étaient retrouvées principalement les restrictions imposées aux patients telles que la limitation de l'accès à certains effets personnels (comme par exemple le téléphone portable, l'accès aux cigarettes) ou encore l'obligation de prise des traitements. La fermeture des services de soins semblait également associée à une augmentation de la fréquence des manifestations de violence (ici la fermeture des services signifie que la porte d'entrée du service est fermée à clef, les patients ne pouvant alors circuler que dans le service dans lequel ils sont pris en charge, sauf dérogation en fonction de la politique de service) (50). Par ailleurs, dans une étude antérieure, Len Bowers *et al.* ont également observé que la façon dont sont mises en œuvre les règles de fonctionnement du service est un élément à prendre en compte. Il a été constaté qu'une application rigide de ces règles, ainsi qu'un manque de cohérence, perçue par le patient, dans leur application pourraient augmenter le risque de violence. Inversement, le maintien du cadre avec une certaine flexibilité diminuerait le risque d'incidents violents (51). Comme évoqué plus haut, ces associations entre facteurs organisationnels et survenue de violence restent discutables et ne constitue pas une preuve statistique irréfutable, les auteurs eux-mêmes le précisant.

L'architecture des services d'hospitalisation jouerait également un rôle dans la survenue de comportements violents. L'étude de Petra van der Schaaf *et al.,* publiée en 2013, a pu observer que certains éléments architecturaux pourraient limiter la survenue de comportements violents nécessitant le recours à une mesure d'isolement. Il apparait que l'existence d'espaces ouverts permettant une bonne vision de

l'ensemble des espaces du service, la présence d'un espace privé par patient dont la surface est convenable et un niveau de confort correct limiteraient la survenue d'évènements violents. A l'inverse, les services exigus accueillant un large nombre de patients et des espaces privés limités augmenteraient le risque d'un passage à l'acte violent nécessitant le recours à un isolement (52).

L'expérience professionnelle des soignants dans les unités d'hospitalisation semble entrer en ligne de compte dans les manifestations de comportements violents. En effet, plusieurs études s'accordent à montrer qu'une expérience professionnelle plus importante constituerait un facteur de protection vis-à-vis de la survenue d'épisodes de violence chez les patients hospitalisés (40). Cette observation semble plutôt cohérente étant donné qu'un soignant avec plusieurs années d'expériences aura probablement déjà été confronté à des situations de violence lui ayant permis de développer des compétences en termes de prévention et de désamorçage des épisodes de violence.

Le *nombre de soignants dans les services* fait partie des facteurs contextuels de passage à l'acte violent. Naturellement nous sommes amenés à penser qu'un nombre suffisant de soignants serait gage d'une réduction des risques de violence. Pourtant la littérature est divisée sur la question. Certaines études observent effectivement qu'un ratio de personnel élevé par rapport au nombre de patient constituerait un facteur protecteur et qu'à l'inverse un ratio faible entrainerait une majoration du risque de comportements violents. Cependant, d'autres études tendent à observer l'effet inverse, ce qui ne permet pas d'établir de façon claire le rôle du nombre de soignant dans l'émergence de passage à l'acte (40).

La qualité du travail en équipe peut être considérée également comme un facteur contextuel. L'étude publiée en 2007 par Madeleine Estryn-Béhar *et al.* met avant qu'une mauvaise qualité du travail en équipe augmenterait le risque de survenue d'évènements de violence, notamment un défaut de communication entre les membres de l'équipe, la sensation de recevoir des ordres contradictoires, une ambiance de travail médiocre et des interruptions des tâches fréquentes (53).

La violence étant l'indication principale du recours à l'isolement ou à la contention, l'ensemble des facteurs de risque que nous venons d'évoquer pourrait également être considéré, dans une certaine mesure, comme des facteurs de risque de recours à une mesure coercitive dans le cadre d'un passage à l'acte hétéro-agressif. Un article récent, publié en 2021 par Aziliz Leboucher et Cynthia Fleury, fait un « état de l'art » des méthodes des mesures de contraintes. Dans cet article elles se penchent, entre autres, sur les facteurs de risque impliqués dans le recours à l'isolement et à la contention en se basant sur plusieurs études scientifiques menées sur le sujet. Il apparait que les facteurs de risque de recours à une mesure de contrainte, en lien avec un épisode de violence hétéro-agressive, sont globalement les mêmes que les facteurs de risque de violence que nous avons abordés (54) (55) (56).

2.4. Stratégies de désescalade de la violence et alternatives aux mesures de contraintes en service de psychiatrie

Comme défini par la loi et les recommandations de bonne pratique, le recours à l'isolement et à la contention ne doit se faire qu'en dernière intention, quand toutes les autres stratégies à disposition ont échoué. Au-delà d'être des « stratégies alternatives » aux mesures de contrainte, ces méthodes ont comme premier objectif d'apaiser l'état de tension psychique du patient pour limiter les comportements violents. Elles ont toutes pour avantage de permettre une meilleure alliance thérapeutique qu'une mesure de contrainte qui s'effectue, par définition, contre la volonté du patient.

2.4.1. Technique de désescalade verbale

La première approche dans la prise en charge d'un patient présentant une tension psychique majeure avec un risque de violence est une approche relationnelle. Les techniques de désescalade (ou de désamorçage) sont des interventions relationnelles visant à éviter l'escalade d'une situation de tension vers un passage à l'acte violent. Elles se basent sur des compétences de communication à la fois verbale et non verbale afin d'identifier la cause de la situation de tension pour l'atténuer. Le but est de trouver une alternative à la violence avec le patient en préservant son autonomie et en le rassurant, permettant ainsi de diminuer le risque de passage à l'acte (40).

Le programme *Safewards* est un programme développé de 2008 à 2013 par le Professeur Len Bowers et son équipe et dont l'objectif est de fournir des outils aux professionnels de santé (notamment les infirmiers) afin de mieux appréhender et prévenir les situations de violence. Le programme s'articule autour de 10 interventions de prévention des situations de violence en milieu psychiatrique (57). Parmi ces interventions on retrouve celle nommée « Talk Down » qui correspond au désamorçage verbal (58).

L'intervention *Talk Down* définit les grands principes du désamorçage selon plusieurs points importants. Tout d'abord le contrôle de soi qui consiste en une attitude calme et confiante du soignant, ne montrant pas de signe de peur, avec un langage corporel ouvert (visage détendu, bras baissés et non croisés) et une tonalité de discours posé. Le discours doit être honnête, sans jugement, et ne doit pas laisser transparaitre les émotions du soignant. Ensuite il s'agit de délimiter le cadre de l'intervention en assurant la sécurité pour le patient comme pour le soignant. Pour cela il est conseillé de déplacer l'échange dans un environnement plus calme, à l'écart du reste du service, tout en prévenant les autres collègues afin d'assurer la disponibilité de renforts en cas de besoin. Il faut également respecter une distance de sécurité avec le patient (habituellement il est conseillé de garder un bras de distance) et prévoir une sortie de sécurité à la fois pour le patient et pour le soignant. Un autre point essentiel est celui de la clarification avec le patient. Il s'agit d'identifier les besoins et les émotions du patient tout en rappelant les règles du service et le projet de soins. Il faut éclaircir les éléments de confusion pour le patient. Il est important d'avoir recours à un langage simple, concis et accessible pour le patient. La reformulation de ce que dit le patient est très importante pour lui montrer que l'on est à son écoute. La résolution de l'intervention doit s'appuyer sur la capacité du soignant à rester souple et non autoritaire envers le patient et à négocier en évitant les rapports de pouvoir. Il faut proposer des choix réalistes au patient, lui laissant la capacité d'agir, en lui donnant les moyens de se maitriser (par exemple fumer une cigarette, un temps calme, une activité…) dans le respect des règles du service. Il est également important de lui expliquer honnêtement les conséquences des différentes options qui s'offrent à lui (dont la possibilité de mesures de contraintes et leurs modalités). Un point extrêmement important qui doit se refléter sur l'ensemble des autres points est celui

du respect du patient et de l'empathie. Il s'agit d'être à l'écoute du patient avec bienveillance, lui montrer que l'on s'intéresse à lui et à ses difficultés de façon sincère et authentique. Il faut essayer de comprendre le point de vue de la personne et ne pas lui imposer ce qu'il devrait ou non ressentir, il faut respecter les émotions du patient. Il ne faut pas infantiliser la personne ou la ridiculiser. Il est important d'exprimer de l'empathie pour les émotions du patient mais pas pour son comportement violent (« je comprends que vous soyez en colère mais ce n'est pas ok de donner des coups… ») (58).

2.4.2. Traitements médicamenteux

Généralement le passage à l'acte violent d'un patient est sous-tendu par un état d'agitation psycho-motrice non canalisable par le patient seul. Ces situations de tension psychique intense, qui sont associées à un risque de violence, peuvent mener à proposer une réponse pharmacologique au patient. Bien que ces situations soient fréquentes, on trouve peu, en France, de recommandations de bonne pratique sur la prise en charge d'un état d'agitation. Cela est dû au peu d'essais cliniques de haute preuve scientifique évaluant la prise en charge médicamenteuse de l'agitation, mais aussi au fait que la littérature internationale est souvent difficilement transposable en France du fait de différences dans les pratiques thérapeutiques, dans la prise en compte des effets secondaires et dans la disponibilité des médicaments entre les pays (40) (59).

De façon générale, il existe deux classes pharmacologiques utilisées dans un objectif de sédation, d'anxiolyse et/ou à visée antiproductive (ou antidélirante). Il s'agit des benzodiazépines et des antipsychotiques, ces derniers se divisant en deux sous-classes, les antipsychotiques de première génération (ou typiques) et les antipsychotiques de deuxième génération (ou atypiques). Il faut avant tout privilégier la forme orale en la proposant systématiquement au patient. Dans les situations d'agitation extrême avec un risque agressif important et un refus de prise médicamenteuse du patient, un traitement injectable, par voie intra-musculaire, peut être administré (60).

Le choix de la molécule doit dépendre de la situation clinique et de l'objectif recherché. Classiquement on proposera une benzodiazépine si l'on souhaite un effet sédatif et/ou anxiolytique. On proposera un antipsychotique antiproductif dans les états d'agitation associés à des idées délirantes. Certains antipsychotiques peuvent aussi être utilisés à visée anxiolytique ou sédative. Il est privilégié le recours à une monothérapie mais certaines situations peuvent nécessiter l'association de deux molécules complémentaires. Le choix de la molécule doit également dépendre du rapport bénéfices/risques, notamment en considérant les antécédents somatiques du patient et l'existence de contre-indications (par exemple des allergies médicamenteuses). Le risque cardio-vasculaire est particulièrement important à prendre en compte dans l'utilisation de ces molécules, notamment les antipsychotiques (40).

En 2021, la Société Française de Médecine d'Urgence a publié des recommandations de bonne pratique sur « La prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgence ». Ce travail a été réalisé par des docteurs et professeurs en médecine des urgences mais aussi par des docteurs et professeurs en psychiatrie. Dans ces recommandations est abordée, entre autres, la question de la prise en charge médicamenteuse de l'agitation psychomotrice, avec ou sans violence. Même si ces recommandations sont destinées principalement au secteur des urgences, elles peuvent également s'appliquer, dans une certaine mesure, à la prise en charge d'un état d'agitation dans un service de psychiatrie (bien entendu dans le cas de situations générales, ces recommandations ne prenant pas en compte les cas de résistances médicamenteuses aux psychotropes ou d'autres situations particulières). Ces recommandations proposent une prise en charge pharmacologique adaptée à la cause de l'agitation et selon la présence ou non d'un risque important de violence. En l'absence de risque majeur de violence, les recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence sont les suivantes (59):

- En cas d'agitation sans cause identifiée, ou en lien avec un éthylisme aigue ou dans un contexte d'anxiété intense, on proposera une benzodiazépine telle que le DIAZEPAM à la posologie de 10 mg (per os ou injectable en cas de refus du patient)

- En cas d'agitation survenant dans le cadre d'une pathologie neuro-dégénérative il est conseillé d'avoir recours à un antipsychotique présentant peu d'effet anticholinergique afin de limiter les effets secondaires tel que le RISPERDAL à 0.5 mg

- Dans le cas d'un état d'agitation sous-tendu par des idées délirantes il est préconisé d'utiliser la LOXAPINE 50 mg (per os ou injectable) ou l'OLANZAPINE 10 mg (per os)

- Dans le cas d'une attaque de panique il est préférable d'avoir recours à une benzodiazépine telle que l'ALPRAZOLAM 0.25 mg pour sa demi-vie courte

- Pour les états d'agitation dans un contexte de confusion mentale il n'est pas conseillé de donner un traitement médicamenteux en l'absence de risque de violence.

Dans le cas d'un épisode d'agitation avec risque majeur de passage à l'acte violent il est recommandé d'avoir recours à la LOXAPINE, pour ses propriétés sédatives, à la dose de 100 mg par voie orale ou 50 mg par voie injectable en cas de refus du patient (59).

Il est important de rappeler que ces traitements doivent toujours être associés avec des approches relationnelles comme la réassurance verbale, l'écoute empathique ou la mise à l'écart de stimuli (comme par exemple accompagner le patient dans sa chambre ou dans un espace du service sans patients ou bruits autour comme un espace d'apaisement) (40).

2.4.3. Espace d'apaisement

L'espace d'apaisement est un lieu qui est prévu pour fournir un espace d'hypostimulation dans le but de diminuer la tension interne du patient. Cette chambre d'apaisement doit permettre au patient de s'isoler du reste du service lorsque les signes précurseurs d'une perte de contrôle, pouvant être à l'origine de manifestations violentes, apparaissent. La différence avec un espace d'isolement tient au fait que l'usage de cet espace se fait de façon volontaire, qu'il s'agisse d'une

utilisation sur la demande du patient ou suggérée par les soignants. Un autre point important à souligner est que cet espace n'est pas fermé à clef, le patient pouvant décider à tout moment de quitter cette pièce. Cet espace peut contenir divers objets ayant pour but d'abaisser la tension interne du patient. On peut y trouver des matelas, des fauteuils, de quoi écouter de la musique ou encore des livres mais elle ne doit pas contenir d'objets dangereux ou pouvant être utilisés à des fins d'auto ou d'hétéro-agressive (3).

Bien que peu nombreuses à l'heure actuelle, des études menées sur l'impact de l'usage de ces espaces d'apaisement en psychiatrie ont révélé un effet positif de ces espaces dans la réduction de la fréquence des incidents de violence, et par là même une réduction de l'usage des mesures de contrainte (61) (62).

2.4.4. Espace Snoezelen

L'espace Snoezelen, ou stimulation sensorielle contrôlée, est un concept développé en 1970 par deux hollandais, Ad Verheul (ergothérapeute) et Jan Hulsegge (musicothérapeute) pour améliorer la prise en charge de patients handicapés sur le plan intellectuel, l'immersion sensorielle permettant d'améliorer la régulation émotionnelle. Le mot « Snoezelen » représente la contraction de « Snuffelen », qui se traduit par sentir ou renifler, et de « Doezelen », qui peut se traduire par un état de somnolence ou de détente. On pourrait traduire le terme « Snoezelen » comme une exploration sensorielle visant l'induction d'un état de détente et de bien-être chez la personne. Concrètement, il s'agit d'espaces aménagés dans lesquels l'environnement a pour but d'apaiser le patient à travers la stimulation sensorielle en faisant appel aux cinq sens. Cet espace se différencie de l'espace d'apaisement par le fait qu'il est modulable selon les préférences sensorielles du patient et que son usage requiert la présence d'un soignant formé en psychomotricité (63).

Initialement développé pour aider la régulation émotionnelle des patients présentant un handicap intellectuel (notamment les patients présentent un trouble du spectre de l'autisme), l'utilisation de l'espace Snoezelen s'étend peu à peu à d'autres sphères, notamment en gérontopsychiatrie (notamment pour les patients déments), en psychiatrie adulte ou encore en obstétrique (64)(65)(66). Malheureusement peu

d'études sont recensées sur l'utilisation de cet espace. Celles que l'on peut retrouver mettent en avant des résultats intéressant comme par exemple dans la réduction du recours au mesures de contrainte en psychiatrie (65). On retrouve également des résultats encourageant dans la prise en charge globale des patients souffrant de troubles neuro-dégénératif (64). Une étude récente a observé des effets positifs de sessions dans un espace Snoezelen chez des patients, adolescents et adultes, souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme. Les sessions en espace Snoezelen permettraient de réduire la sévérité des symptômes d'autisme et les comportements stéréotypés (67). Une autre étude a été menée pour observer l'impact de l'espace Snoezelen lors de l'accouchement. Selon cette étude, l'utilisation de cet espace permettrait de diminuer l'intensité de la douleur et la durée de l'accouchement, ainsi que l'incidence du recours à l'épisiotomie (66).

Bien que la plupart des études menées sur l'utilisation du Snoezelen semblent positives et prometteuses, elles restent encore trop peu nombreuses pour juger de façon certaine de son efficacité. Le Snoezelen n'en reste pas moins une méthode intéressante à mettre en application dans divers champs du soin, notamment en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie.

2.4.5. Couverture lestée

Une couverture lestée est une couverture qui présente un poids supplémentaire, la rendant ainsi plus lourde qu'une couverture classique. Cette couverture permet d'exploiter la stimulation par pression profonde qui présente des effets positifs sur le plan physique et psychologique. Il est important de rappeler que par sécurité une couverture lestée ne doit pas excéder plus de 10% du poids du patient et que ce dernier doit pouvoir l'enlever à tout moment sans difficultés (54).

Certaines études ont permis d'observer des effets bénéfiques sur le plan de l'anxiété et des troubles du sommeil, que ce soit sur des patients adultes ou sur des enfants (notamment dans le cadre de troubles du spectre de l'autisme) (68) (69) (70). Une étude récente s'est intéressée à l'utilisation de la couverture lestée comme moyen pour réduire l'anxiété mais aussi la colère et l'agressivité chez des patients présentant des troubles psychiatriques. Bien que l'étude ait pu montrer une légère amélioration

sur le plan de l'anxiété et la colère avec l'utilisation d'une couverture lestée, la taille de l'échantillon était trop restreinte pour pouvoir conclure (71).

Au final il existe très peu d'études ayant été menées sur l'efficacité de la couverture lestée, et encore moins sur son usage comme alternative aux mesures d'isolement et de contention alors qu'elle pourrait peut-être s'avérer utile en pratique. En effet, par la réduction de l'anxiété on limite le risque d'escalade vers un état d'agitation et ainsi on diminue le risque de passage à l'acte agressif. Cette hypothèse mériterait d'être approfondie au travers d'essais cliniques.

2.4.6. Plan de Prévention Partagé (ou PPP)

Il ne s'agit pas d'une alternative aux mesures de contraintes à proprement parler mais d'un outil de prévention qui semble intéressant à aborder.

Le plan de prévention partagé est un outil qui été présenté en France par la HAS en 2016 dans son guide méthodologique « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie ». Dans ce guide, le PPP est proposé comme un outil de prévention visant une meilleure reconnaissance par le patient des signes précurseurs de violence et ainsi faciliter la reprise du contrôle de soi en définissant à l'avance, avec le patient, des conduites à tenir en cas de crise (40). Plus récemment, la HAS a proposé en 2021 un élargissement du cadre de l'utilisation du PPP aux soins psychiatriques sans consentement, plus particulièrement dans le cadre des programmes de soins. L'objectif est de mieux prévenir la dégradation de la pathologie psychique pouvant entrainer une perte du discernement et ainsi aboutir à la mise en place de soins sans consentement. Ce PPP « élargi » vise à prévenir les décompensations psychiques et leurs conséquences dans leur globalité sans se limiter uniquement aux phases de violence potentielle (72).

Le PPP est un document qui est construit avec l'équipe soignante et le patient, à distance d'une situation de crise psychique. Il s'agit de recueillir avec le patient les circonstances qui favorisent la perte de contrôle, les signes précurseurs d'une décompensation ou d'un passage à l'acte, les préférences du patient en terme de

stratégies d'apaisement (que ce soit une activité particulière, un traitement dont il connait l'efficacité ou toute autre stratégie envisageable dans le cadre des soins) et les personnes ressources pouvant être contactées (qu'il s'agisse des proches ou de soignants référents désignés par le patient). Cet outil a pour vocation d'établir un consensus entre le patient et les soignants sur les conduites à tenir pour chacun en cas de récidive d'une situation de crise. Ces conduites à tenir se basent à la fois sur les règles de bonne pratique professionnelle, l'expérience de l'équipe soignante sur l'état clinique du patient et sur les préférences du patient. Ce plan de prévention partagé peut être réajusté à tout moment, qu'il s'agisse d'une demande du patient ou après la récidive d'une décompensation en fonction du résultat des interventions. Tout changement doit être effectué avec le patient (40) (72).

L'objectif du PPP est d'améliorer l'alliance thérapeutique en renforçant la place du patient dans son parcours de soin. Il permet au patient de « hiérarchiser les options disponibles selon ses préférences en fonction des bénéfices et des risques qui ont de la valeur, de l'importance pour lui, et de son degré de certitude vis-à-vis de ses préférences » (72). Cet outil permet au patient de mieux connaitre sa pathologie et ainsi développer des compétences personnelles face aux situations pouvant dégrader son état psychique. Le PPP créé un cadre de soin sécurisant pour le patient par le respect de ses volontés, mais aussi pour les professionnels de santé et l'entourage de la personne.

Des études se sont intéressées à l'impact du plan de prévention partagé en psychiatrie (mentionné dans les études en tant que « directives anticipées en psychiatrie »). Selon une méta-analyse récente publiée en 2019 par Emma Molyneaux *et al*., il apparait que les directives anticipées en psychiatrie permettraient de diminuer significativement la survenue d'hospitalisations sans consentement pour les patients présentant un trouble psychotique ou bipolaire. Cependant aucune des études de cette méta-analyse n'a démontré une efficacité du PPP en terme de prévention de la violence ou d'amélioration de l'alliance thérapeutique (73).

Le plan de prévention partagé représente un outil de prévention intéressant et prometteur dans le domaine de la santé mentale. La diminution du risque de

décompensation psychique permettrait de diminuer le risque de survenue d'un incident violent lié à la pathologie mentale (et ainsi diminuerait le recours aux mesures de contraintes). Il serait intéressant de mener des recherches afin d'identifier un PPP optimal et d'analyser son efficacité dans les divers champs de la santé mentale.

3. Hypothèse de la recherche

Comme nous avons pu le voir, la législation encadrant le recours aux mesures d'isolement et de contention a beaucoup évolué au cours des deux dernières années. Si la version actuelle parait complète aux yeux du conseil constitutionnel et ne semble pas être sujette à de nouvelles réécritures pour le moment, la mise en application pose un tout autre problème. Bien entendu, les nouvelles dispositions légales viennent protéger et renforcer les droits du patient dans ce contexte de privation de liberté. Cependant, d'un point de vue soignant et institutionnel, ces nouvelles dispositions viennent considérablement alourdir un protocole qui, d'origine, était déjà contraignant.

Même si l'on comprend la volonté du législateur de renforcer les droits du patient, il ne faut pas oublier que toutes les contraintes imposées par cette nouvelle loi sont très chronophages. Avant l'avènement de cette loi, les patients en isolement ou sous contention disposaient déjà d'une attention particulière avec un suivi et des évaluations pluriquotidiennes, ce qui est totalement justifié. Les nouvelles dispositions demandent d'accorder encore plus de temps soignant, non pas pour s'occuper de l'état clinique du patient en souffrance, mais pour répondre à des obligations légales et administratives. Ce temps soignant, dépensé en plus de ce qui se faisait déjà avant, représente du temps qui n'est pas alloué à s'occuper du patient en isolement ou des autres patients du service (car rappelons-le, un service de psychiatrie comprend en moyenne 14 à 20 lits, souvent tous occupés). On peut alors se demander si ce temps soignant en moins pourrait être pourvoyeur d'une majoration des comportements violents des patients nécessitant à leur tour une mesure d'isolement ou de contention. La nouvelle loi serait-elle alors indirectement à l'origine d'une augmentation du recours à l'isolement et à la contention dans les services de psychiatrie ?

A l'inverse, on peut également se demander si la lourdeur administrative et judiciaire qu'implique dorénavant une mesure d'isolement ou de contention ne jouerait pas un rôle limitant dans le recours à ces mesures ou dans la durée de celles-ci. On pourrait alors observer une diminution du recours à ces mesures mais avec le risque d'une augmentation de la violence physique des patients par défaut de recours à l'isolement.

On peut ainsi émettre l'hypothèse que l'évolution de la législation encadrant les mesures d'isolement et de contention a eu un impact sur le recours à ces mesures dans les services de psychiatrie.

4. Objectifs de l'étude

4.1. Objectif principal

Observer l'évolution du nombre de mesures d'isolement et de contention de 2017 à 2021 dans les établissements publics autorisées en psychiatriques de la subdivision Poitou-Charentes.

4.2. Objectifs secondaires

Observer l'évolution de la durée des mesures d'isolement et de contention dans ces établissements.

Observer l'évolution de la violence des patients envers les soignants dans ces établissements.

5. Description de l'étude

5.1. Critères d'évaluation

5.1.1. Critère d'évaluation principal

Nombre de mesures d'isolement et de contention chaque année d'après les registres, les rapports ou les bilans annuels transmis par les établissements contactés.

5.1.2. Critères d'évaluation secondaires

Durée des mesures d'isolement et de contention d'après les registres et/ou les rapports transmis par établissements contactés.

Nombre de faits de violence signalés envers des soignants d'après les registres d'évènements indésirables et les déclarations d'accident de travail transmis par les établissements contactés.

5.2. Description de la méthodologie

5.2.1. Type d'étude

Etude rétrospective multicentrique.

5.3. Population de l'étude et recrutement

5.3.1. Critères d'inclusion

Etablissements publics autorisés en psychiatrie de la subdivision Poitou-Charentes.

5.3.2. Critères de non-inclusion

Les cliniques privées, les EHPAD, les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) et les services de soins somatiques ne sont pas inclus dans cette étude.

5.3.3. Critères d'exclusion

Les établissements n'ayant pas transmis les données demandées après plusieurs relances téléphoniques et messages électroniques.

6. Analyse statistique

6.1. Analyse du critère de jugement principal

Nous décrirons l'évolution du nombre de mesures d'isolement et de contention pour chaque hôpital, entre 2017 et 2021.

6.2. Analyse des critères de jugement secondaire

Nous observerons l'évolution de la durée totale et de la durée moyenne des mesures d'isolement-contention pour chaque hôpital, entre 2017 et 2021.

Nous décrirons l'évolution du nombre d'évènements indésirables et d'accidents de travail en lien avec des épisodes de violence de patients envers des soignants, entre 2017 et 2021

7. Résultats

Les hôpitaux qui ont été contactés dans le cadre de l'étude sont le Centre Hospitalier Henri Laborit à Poitiers, le Centre Hospitalier Camille Claudel à Angoulême, le Centre Hospitalier Marius Lacroix à La Rochelle, le Centre Hospitalier Georges-Renon à Niort, le Centre Hospitalier de Saintonge à Saintes et le Centre Hospitalier de Jonzac. Parmi ces hôpitaux, cinq ont communiqué les données concernant les mesures d'isolement-contention et les évènements indésirables sur la violence de patient envers des soignants, soit sous la forme de registres, soit sous la forme de rapports annuels. Seules les données de l'hôpital de Jonzac n'ont pas pu être recueillies lors de cette étude.

Concernant le calcul de la durée des mesures d'isolement-contention, la totalité de la durée d'une mesure est comptée pour l'année durant laquelle la mesure a débuté, même si la mesure s'étend à l'année suivante. Par exemple, pour un isolement ayant débuté le 23/12/2020 à 09h00 et levé le 03/01/2021 à 09h00, la durée totale de la mesure est de 11 jours, les 3 jours dépassant sur 2021 sont comptabilisés pour l'année 2020. Sur l'ensemble des données recueillies, la majeure partie des mesures s'étalant sur une autre année ne dépassent pas une durée de 15 jours sur la nouvelle année, sauf une exception sur le centre hospitalier de Poitiers avec une mesure ayant duré au total 1 an 5 mois et 6 jours (dont 11 mois dépassant sur l'année suivant l'année d'initiation).

Pour les mesures d'isolement-contention, il faut préciser qu'elles se répartissent en deux groupes : les mesures effectuées dans un espace d'isolement dédié et celles qui sont effectuées en dehors de ces espaces dédiés. Bien que ces dernières soient contraires à la loi et aux recommandations de bonne pratique, les professionnels de santé y ont malheureusement recours dans certaines situations particulières.

D'autre part il est important de rappeler que l'année 2020 a été marquée par la crise pandémique liée au COVID ayant bouleversé le système de santé en France et entrainé une diminution du nombre d'hospitalisations dans plusieurs secteurs, dont la psychiatrie (en lien avec une politique de limitation des risques de propagation du virus). L'année 2020 étant une année exceptionnelle, elle ne pourra pas être une

année de comparaison pour les mesures d'isolement et contention, ainsi que pour les incidents de violence.

Dans un premier temps nous allons présenter les données recueillies concernant les mesures d'isolement-contention pour chaque hôpital puis nous présenterons les données recueillies sur les évènements indésirables et les accidents de travail en lien avec des épisodes de violence de patients.

7.1. Données des mesures d'isolement-contention

7.1.1. Centre Hospitalier Henri Laborit

Pour l'établissement de Poitiers, les données ont été recueillies à partir des registres d'isolement-contention de 2017 à 2021. Le calcul des durées des mesures pour l'établissement de Poitiers à partir des registres n'est réalisable de manière précise que pour les isolements de 2017. Le registre des contentions de 2017 et les registres de 2018 à 2021 ne précisent pas les horaires de début et de fin des mesures ne permettant pas de calculer la durée totale des mesures. Avec les données disponibles il n'est pas possible d'observer l'évolution de la durée des mesures pour l'hôpital de Poitiers.

Les tableaux 1 et 2 présentent respectivement les données sur les isolements et sur les contentions.

Tableau 1. Données des mesures d'isolement sur le Centre Hospitalier Henri Laborit d'après les registres de 2017 à 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de mesures d'isolement dans un espace d'isolement	444	446	423	342	461
Durée totale des mesures d'isolement en espace d'isolement	2942 jours	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable
Durée moyenne des mesures d'isolement en espace d'isolement	6 jours et 15 heures	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable
Nombre de mesures d'isolement en dehors d'un espace d'isolement	Non exploitable	28	15	10	36
Durée totale des mesures d'isolement en dehors d'un espace d'isolement	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable
Durée moyenne des mesures d'isolement en dehors d'un espace d'isolement	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable
Nombre total de mesures d'isolement	444	474	438	352	497
Durée totale de l'ensemble des mesures d'isolement	2942	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable
Durée moyenne de l'ensemble des mesures d'isolement	6 jours et 15 heures	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable

Les registres de l'établissement de Poitiers précisent le caractère « en espace d'isolement dédié » ou non, sauf pour l'année 2017. Pour cette année, sur les 444 mesures d'isolement, certaines ont eu lieu en dehors d'un espace dédié mais les registres ne le précisaient pas encore. On peut observer une diminution de l'ensemble des mesures d'isolement, en espace dédié et en dehors, entre 2017 et 2019 avec une réduction de l'ordre de 5% du nombre total d'isolement. Nous pouvons également noter une réduction de plus de 50% des isolements en dehors d'un espace dédié entre 2018 et 2019. L'année 2020 est marquée par la poursuite de la diminution du nombre global d'isolements (20% par rapport à 2019) pouvant s'expliquer par la crise du COVID et la diminution du nombre d'admissions. En 2021, le nombre global d'isolement remonte pour atteindre un pic de 497 mesures, soit une augmentation de 13% par rapport à 2019 avec des isolements en dehors d'un espace dédié qui ont doublé entre 2019 (15 mesures) et 2021 (36 mesures). Les isolements dans un espace dédié ont augmenté de 9% entre 2019 et 2021.

Tableau 2. Données des mesures de contention sur le Centre Hospitalier Henri Laborit d'après les registres de 2017 à 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de mesures de contention dans un espace d'isolement	133	130	118	95	131
Durée totale des mesures de contention dans un espace d'isolement	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable
Durée moyenne des mesures de contention dans un espace d'isolement	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable
Nombre de mesures de contention en dehors d'un espace d'isolement	Non exploitable	28	15	10	7
Durée totale des mesures de contention en dehors d'un espace d'isolement	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable
Durée moyenne des mesures de contention en dehors d'un espace d'isolement	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable
Nombre total de mesures de contention	133	158	133	105	138
Durée totale de l'ensemble des mesures de contention	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable
Durée moyenne de l'ensemble des mesures de contention	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable

Comme pour les isolements en 2017, certaines des mesures contentives de cette année ont eu lieu en dehors d'un espace d'isolement mais cette information n'était pas précisée en 2017. Les registres ultérieurs précisent le lieu de la mesure.

Nous pouvons observer que le nombre global de mesures contentives reste à peu près stable entre 2017 et 2021, avec tout de même une augmentation de 19% entre 2017 et 2018. Le nombre total de contention redescend en 2019 à la même valeur que 2017 (133 mesures) et augmentera très peu en 2021. Le nombre de contention est plus bas en 2020 que pour les autres années mais la crise liée au COVID peut expliquer ces chiffres. De façon plus précise on peut observer que le nombre de contentions en dehors d'un espace dédié a constamment diminué de 2018 à 2021 (réduction de 50% en 2021 par rapport à 2019, 75% par rapport à 2018). Le nombre de contentions dans un espace d'isolement reste plutôt stable entre 2017 et 2021, à

l'exception d'une diminution de 9% en 2019 par rapport à 2018 (et en excluant l'année 2020). En 2021 ce nombre de contentions reviendra dans les mêmes valeurs que 2017 et 2018.

7.1.2. Centre Hospitalier Marius Lacroix

Les données pour l'établissement de La Rochelle sont issues des registres d'isolement-contention de 2018 et 2019 et du rapport de 2020 relatif aux mesures de contraintes. Le rapport de 2020 renseigne sur les données pour l'année 2020 mais aussi pour la plupart des données de l'année 2017 (également pour 2018 et 2019). Les registres de 2017, 2020 et 2021 n'ont pas pu être extraits pour des raisons institutionnelles. Aucun support de données n'a pu être transmis pour l'année 2021 ne permettant pas d'observer l'évolution des mesures de contraintes pour cette année.

Les tableaux 3 et 4 présentent les données ayant pu être recueillies pour cet hôpital.

Tableau 3. Données des mesures d'isolement sur le Centre Hospitalier Marius Lacroix d'après les registres de 2018 et 2019 et le rapport de 2020.

	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de mesures d'isolement dans un espace d'isolement	116	149	159	102	Non exploitable
Durée totale des mesures d'isolement en espace d'isolement	683 jours et 20 heures	766 jours et 21 heures	782 jours et 20 heures	634 jours et 3 heures	Non exploitable
Durée moyenne des mesures d'isolement en espace d'isolement	5 jours et 21 heures	5 jours et 4 heures	4 jours et 22 heures	6 jours et 5 heures	Non exploitable
Nombre de mesures d'isolement en dehors d'un espace d'isolement	0	0	0	0	Non exploitable
Durée totale des mesures d'isolement en dehors d'un espace d'isolement	0	0	0	0	Non exploitable
Durée moyenne des mesures d'isolement en dehors d'un espace d'isolement	0	0	0	0	Non exploitable
Nombre total de mesures d'isolement	116	149	159	102	Non exploitable
Durée totale de l'ensemble des mesures d'isolement	683 jours et 20 heures	766 jours et 21 heures	782 jours et 20 heures	634 jours et 3 heures	Non exploitable
Durée moyenne de l'ensemble des mesures d'isolement	5 jours et 21 heures	5 jours et 4 heures	4 jours et 22 heures	6 jours et 5 heures	Non exploitable

Tout d’abord, les données disponibles indiquent qu’il n’y pas de mesures d’isolement déclarées en dehors d’un espace d’isolement dédié, la totalité des mesures d’isolement ont lieu dans un espace dédié de 2017 à 2020.

Nous pouvons observer que le nombre de mesures d’isolement a augmenté progressivement de 2017 à 2019 pour atteindre un pic à 159 mesures en 2019, soit une augmentation d’environ 37% par rapport à 2017. En 2020 on note une diminution du nombre de mesures d’isolement s’expliquant par la crise du COVID.

Sur le plan de l’évolution de la durée des mesures, on observe que la durée totale des mesures d’isolement augmente parallèlement au nombre de mesures de 2017 à 2019, passant de 683 jours et 20 heures en 2017 à 782 jours et 20 heures en 2019, soit une augmentation d’environ 15%. La durée moyenne des mesures d’isolement suit l’évolution inverse du nombre de mesures et de la durée totale. En effet, la durée moyenne d’isolement a diminué d’1 journée entre 2017 et 2019, passant d’une moyenne de 5 jours et 21 heures en 2017 à une moyenne de 4 jours et 22 heures en 2019.

Tableau 4. Données des mesures de contention sur le Centre Hospitalier Marius Lacroix d'après les registres de 2018 et 2019 et le rapport de 2020.

	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de mesures de contention dans un espace d'isolement	3	4	3	4	Non exploitable
Durée totale des mesures de contention dans un espace d'isolement	1 jour et 14 heures	17 heures	1 jour et 21 heures	18 jours et 7 heures	Non exploitable
Durée moyenne des mesures de contention dans un espace d'isolement	12 heures et 40 minutes	4 heures et 15 minutes	15 heures	4 jours et 14 heures	Non exploitable
Nombre de mesures de contention en dehors d'un espace d'isolement	0	0	0	0	Non exploitable
Durée totale des mesures de contention en dehors d'un espace d'isolement	0	0	0	0	Non exploitable
Durée moyenne des mesures de contention en dehors d'un espace d'isolement	0	0	0	0	Non exploitable
Nombre total de mesures de contention	3	4	3	4	Non exploitable
Durée totale de l'ensemble des mesures de contention	1 jour et 14 heures	17 heures	1 jour et 21 heures	18 jours et 7 heures	Non exploitable
Durée moyenne de l'ensemble des mesures de contention	12 heures et 40 minutes	4 heures et 15 minutes	15 heures	4 jours et 14 heures	Non exploitable

Comme pour les mesures d'isolement, toutes les mesures contentives déclarées ont eu lieu dans un espace d'isolement.

Le nombre de mesures contentives reste globalement stable entre 2017 et 2019, oscillant entre 3 et 4 mesures par an.

La durée totale des mesures de contention diminue d'environ 1 journée entre 2017 et 2018 pour atteindre la durée totale la plus courte de 17 heures, puis remonte en 2019 avec une durée totale de contention de 1 jour et 21 heures. Etant donné la stabilité du nombre de mesures, la durée moyenne des mesures de contention suit l'évolution des durées totales. La durée moyenne diminue ainsi entre 2017 et 2018 puis remonte en 2019 avec un pic à 15 heures de durée moyenne de contention.

7.1.3. Centre Hospitalier Camille Claudel

Les données de l'établissement d'Angoulême ont été obtenues à partir des bilans annuels relatifs aux mesures d'isolement et de contention de 2017 à 2021. Les données disponibles renseignent sur les durées des mesures dans un espace dédié mais pas sur les durées des mesures en dehors d'un espace d'isolement. Pour l'analyse des durées des mesures de cet établissement nous ne comparerons donc que les mesures dans un espace d'isolement.

Les tableaux 5 et 6 présentent les données recueillies pour cet établissement.

Tableau 5. Données des mesures d'isolement sur le Centre Hospitalier Camille Claudel d'après les bilans annuels de 2017 à 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de mesures d'isolement dans un espace d'isolement	361	328	348	375	829
Durée totale des mesures d'isolement en espace d'isolement	1444 jours	984 jours	696 jours	1125 jours	1105 jours
Durée moyenne des mesures d'isolement en espace d'isolement	4 jours	3 jours	2 jours	3 jours	1 jour et 8 heures
Nombre de mesures d'isolement en dehors d'un espace d'isolement	3018	2823	6303	7924	2525
Durée totale des mesures d'isolement en dehors d'un espace d'isolement	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable
Durée moyenne des mesures d'isolement en dehors d'un espace d'isolement	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable
Nombre total de mesures d'isolement	3379	3151	6651	8299	3354
Durée totale de l'ensemble des mesures d'isolement	1444 jours + ?	984 jours + ?	696 jours + ?	1125 jours + ?	1105 jours + ?
Durée moyenne de l'ensemble des mesures d'isolement	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable

Sur le tableau précédent nous pouvons observer que le nombre de mesures d'isolement a diminué entre 2017 et 2018 avec une diminution de 9% pour les isolements dans un espace dédié et une baisse de 6,5% des isolements en dehors d'un espace dédié, soit une diminution de 7% du nombre total d'isolements entre 2017 et 2018. Par la suite, nous pouvons voir que le nombre d'isolements en dehors d'un espace dédié a plus que doublé entre 2019 et 2018 (passant de 2823 mesures à 6303). Cette observation est liée au fait qu'avant 2019 l'un des services de long séjour, accueillant des patients souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme, ne déclarait pas les isolements en chambre individuelle, notamment les fermetures en chambre en début de nuit (d'une durée d'environ 1 heure) pour faciliter l'endormissement de certains patients. Pour ce service, les isolements en chambre individuelle n'ont été déclarés qu'à partir de 2019, ce qui explique l'augmentation importante du nombre de mesures cette année-là. Par ailleurs, le nombre d'isolement dans un espace dédié a également augmenté mais de façon moins importante (6% par rapport à 2018), et restant inférieur au nombre de mesures de 2017. Pour cet établissement, l'année de la crise du COVID a été marquée par une majoration du nombre de mesures d'isolement, que ce soit en espace dédié ou non. En 2021 nous pouvons noter une baisse de 50% du nombre total d'isolement par rapport à 2019 avec une très forte diminution du nombre de mesures en dehors d'un espace d'isolement de l'ordre de 40% comparativement à 2019. A l'inverse le nombre d'isolement dans un espace dédié en 2021 a augmenté de 138% par rapport à 2019, soit plus du double.

Concernant l'évolution de la durée totale des isolements dans un espace dédié, nous pouvons observer une diminution importante de 48% entre 2017 et 2019. En 2020 on peut noter une augmentation de la durée totale des isolements, mais qui reste inférieure à l'année 2017. En 2021 on observe une augmentation de 59% de la durée totale des isolements dans un espace dédié par rapport à 2019, tout en restant inférieur à la durée totale des isolements en 2017 (l'année 2021 présentant ainsi une diminution de 23% de la durée totale des isolements dans un espace dédié par rapport à 2017). De 2017 à 2021 nous pouvons observer que la durée moyenne des mesures d'isolement dans un espace dédié baisse chaque année (à l'exception de 2020) d'environ 1 journée tous les ans en partant d'une durée moyenne de 4 jours en 2017 pour atteindre une durée moyenne minimale de 1 jour et 8 heures en 2021.

Tableau 6. Données des mesures de contention sur le Centre Hospitalier Camille Claudel d'après les bilans annuels de 2017 à 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de mesures de contention dans un espace d'isolement	136	110	129	155	272
Durée totale des mesures de contention dans un espace d'isolement	272 jours	330 jours	129 jours	232 jours	215 jours
Durée moyenne des mesures de contention dans un espace d'isolement	2 jours	3 jours	1 jour	1 jour et 12 heures	19 heures
Nombre de mesures de contention en dehors d'un espace d'isolement	998	913	1125	1642	768
Durée totale des mesures de contention en dehors d'un espace d'isolement	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable
Durée moyenne des mesures de contention en dehors d'un espace d'isolement	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable
Nombre total de mesures de contention	1134	1023	1254	1797	1040
Durée totale de l'ensemble des mesures de contention	272 jours + ?	330 jours + ?	129 jours + ?	232 jours + ?	215 jours + ?
Durée moyenne de l'ensemble des mesures de contention	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable

D'après le tableau 6, nous pouvons observer que le nombre total de contentions a diminué de 10% entre 2017 et 2018, avec une diminution de 19% des contentions dans un espace d'isolement et une baisse de 8,5% des mesures contentives en dehors d'un espace dédié. Entre 2018 et 2019, le nombre de contentions augmente avec une majoration de 17% des contentions dans un espace d'isolement et une majoration de 23% du nombre de contention en dehors d'un espace d'isolement, soit une augmentation de presque 23% du nombre totale de contentions. L'année 2020 voit également le nombre total de mesures contentives augmenter (incluant une augmentation du nombre de mesures dans un espace d'isolement et en dehors de ces espaces). En 2021 on note une diminution de 32% du nombre de contentions en dehors d'un espace d'isolement par rapport à 2019 (ce qui représente également une diminution de 23% par rapport à 2017 pour les contentions en dehors d'un espace dédié). En revanche, le nombre de contentions dans un espace d'isolement a augmenté de 111% en 2021 par rapport à 2019, soit plus du double, en passant de

129 mesures à 272. Malgré cette augmentation, on observe une diminution de 17% du nombre total de mesures contentives en 2021 par rapport à 2019.

La durée totale des mesures contentives dans un espace d'isolement a augmenté de 21% entre 2017 et 2018 puis a diminué en 2019 avec une durée totale de 129 jours (plus basse que la durée totale de 2017). Cette diminution est de l'ordre de 61% par rapport à 2018 et de 53% par rapport à 2017. Cette baisse est suivie en 2021 d'une nouvelle augmentation de 67% de la durée totale des mesures contentives dans un espace dédié par rapport à 2019. On note que la durée totale des contentions en 2021 reste inférieure aux durées totales de 2017 et 2018. La durée moyenne des mesures contentives dans un espace d'isolement augmente d'1 jour entre 2017 et 2018, passant de 2 jours à 3 jours. En 2019 la durée moyenne des contentions est réduite de 2 jours par rapport à 2018 et en 2021 elle baisse encore de quelques heures pour atteindre 19 heures.

7.1.4. Centre Hospitalier Georges-Renon

Les données de l'établissement de Niort ont été obtenues à partir des rapports annuels relatifs à la pratique des mesures d'isolement et de contention de 2017 à 2021. Pour cet établissement, le rapport de 2017 signale que les données pour cette année sont imprécises du fait d'erreurs dans l'utilisation de l'outil informatique (le recueil des données informatisées sur le patient a été mis en place au cours de l'année 2017 sur cet hôpital, ce qui peut expliquer des erreurs de saisie par manque d'expérience de l'outil informatique). De ce fait, l'année 2017 ne sera pas une année de comparaison pour les mesures d'isolement et de contention.

Les tableaux 7 et 8 présentent les données recueillies pour l'établissement de Niort.

Tableau 7. Données des mesures d'isolement sur le Centre Hospitalier Georges-Renon d'après les rapports annuels de 2017 à 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de mesures d'isolement dans un espace d'isolement	240	225	239	207	156
Durée totale des mesures d'isolement en espace d'isolement	Non exploitable	1067 jours	1448 jours	1456 jours	1114 jours
Durée moyenne des mesures d'isolement en espace d'isolement	Non exploitable	4 jours et 18 heures	6 jours et 1 heure	7 jours	7 jours et 3 heures
Nombre de mesures d'isolement en dehors d'un espace d'isolement	Non exploitable	94	53	62	34
Durée totale des mesures d'isolement en dehors d'un espace d'isolement	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable
Durée moyenne des mesures d'isolement en dehors d'un espace d'isolement	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable
Nombre total de mesures d'isolement	240 + ?	319	292	269	190
Durée totale de l'ensemble des mesures d'isolement	Non exploitable	1067 jours + ?	1448 jours + ?	1456 jours + ?	1114 jours + ?
Durée moyenne de l'ensemble des mesures d'isolement	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable	Non exploitable

D'après le tableau 7, nous pouvons observer une diminution de l'ensemble des mesures d'isolement entre 2018 et 2021 avec notamment une réduction importante entre 2019 et 2021 de l'ordre de 40% du nombre total d'isolement. En ce qui concerne les isolements dans un espace dédié, leur nombre a augmenté de 6% entre 2018 et 2019 mais cette augmentation est contrebalancée par une baisse de 44% du nombre de mesures en dehors d'un espace d'isolement, entrainant une réduction du nombre total de mesures entre 2018 et 2019 de 8,5%. Entre 2019 et 2021 on observe une diminution de 35% des isolements dans un espace dédié et une réduction de 36% des mesures en dehors d'un espace d'isolement. L'année 2020 est également marquée par une diminution du nombre total de mesures d'isolement comprenant une réduction des isolements dans un espace dédié mais avec une légère augmentation des mesures en dehors d'un espace d'isolement.

Concernant les durées des mesures d'isolement, les rapports annuels précisent que la fin de certaines mesures d'isolement en dehors d'un espace dédié n'est pas bien

renseignée dans le dossier informatisé du patient. De ce fait, les durées des isolements en dehors d'un espace dédié ne pourront pas être analysées car non renseignées dans les rapports par manque de précision. Sur le plan des mesures dans un espace d'isolement, nous pouvons observer une augmentation de la durée totale d'isolement entre 2018 et 2019 de l'ordre de 36%. La durée moyenne de ces mesures augmente également d'1 jour et 7 heures, passant de 4 jours et 18 heures en 2018 à 6 jours et 1 heure en 2019. En 2020 la durée totale des isolements dans un espace dédié augmente légèrement mais avec une augmentation de la durée moyenne des mesures (majoration qui est liée à la diminution du nombre de mesures cette année-là). En 2021 on note une diminution de la durée totale des isolements dans un espace dédié par rapport à 2019 de l'ordre de 23%. Quant à la durée moyenne des mesures dans un espace d'isolement, elle augmente d'1 jour et 2 heures entre 2019 et 2021.

Tableau 8. Données des mesures de contention sur le Centre Hospitalier Georges-Renon d'après les rapports annuels de 2017 à 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de mesures de contention dans un espace d'isolement	Non exploitable	0	5	3	11
Durée totale des mesures de contention dans un espace d'isolement	Non exploitable	0	Non exploitable	7 jours	11 jours
Durée moyenne des mesures de contention dans un espace d'isolement	Non exploitable	0	Non exploitable	2 jours et 8 heures	1 jour
Nombre de mesures de contention en dehors d'un espace d'isolement	Non exploitable	81	48	26	7
Durée totale des mesures de contention en dehors d'un espace d'isolement	Non exploitable	69 jours	48 jours	26 jours	7 jours
Durée moyenne des mesures de contention en dehors d'un espace d'isolement	Non exploitable	20 heures et 26 minutes	1 jour	1 jour	1 jour
Nombre total de mesures de contention	Non exploitable	81	53	29	18
Durée totale de l'ensemble des mesures de contention	Non exploitable	69 jours	? + 48 jours	33 jours	18 jours
Durée moyenne de l'ensemble des mesures de contention	Non exploitable	20 heures et 26 minutes	Non exploitable	1 jour et 3 heures	1 jour

D’après ce tableau nous pouvons observer une diminution de l’ensemble des mesures contentives au fil des années de 2018 à 2021. Entre 2018 et 2019 on note une réduction de 35% de l’ensemble des contentions comprenant une diminution de 41% du nombre de contentions en dehors d’un espace d’isolement. On peut noter l’absence de contentions dans un espace d’isolement en 2018, toutes les mesures de contention ayant alors lieu en dehors d’un espace dédié, puis le nombre de contentions dans un espace d’isolement augmente à 5 en 2019. En 2020 l’ensemble des mesures contentives diminue. En 2021 nous pouvons observer la poursuite de la diminution du nombre total de contentions de l’ordre de 66% par rapport à 2019 (et de 78% par rapport à 2018). On note une baisse importante de 85% du nombre de contentions en dehors d’un espace d’isolement entre 2019 et 2021 (réduction de 91% par rapport à 2018) mais avec un nombre de contentions dans un espace d’isolement qui double entre 2019 et 2021 (passant de 5 mesures en 2019 à 11 en 2021).

Sur le plan des durées des mesures de contention, la durée des mesures dans un espace d’isolement n’est pas renseignée pour l’année 2019 par manque de précision sur la durée de ces mesures. Malgré ce défaut d’information, nous pouvons observer une réduction de la durée totale des mesures contentives s’étalant de 2018 à 2021. En effet, en 2021 la durée totale de l’ensemble des mesures de contention atteint un minimum de 18 jours, soit une baisse de 74% par rapport à 2018. Malgré le manque de données en 2019, la durée totale des mesures en 2021 reste tout de même inférieure à la durée totale des mesures de 2019 (qui compte au moins 48 jours de contention pour les mesures en dehors d’un espace d’isolement). La durée totale des contentions en dehors d’un espace d’isolement a diminué entre 2018 et 2021 pour atteindre 7 jours en 2021, soit une diminution de 85% par rapport à 2019 et de 90% par rapport à 2018. L’absence de données pour 2017, le défaut de certaines informations pour 2019 et la crise du COVID en 2020 ne permettent de comparer que les années 2018 et 2021 pour les durées des contentions dans un espace d’isolement. Etant donné l’absence de contentions dans un espace d’isolement en 2018, la durée totale de ces mesures a forcément augmenté en 2021 avec l’augmentation du nombre de mesures (atteignant une durée totale de 11 jours). La durée moyenne des mesures est également difficilement comparable pour les contentions dans un espace dédié. Concernant les contentions en dehors d’un espace d’isolement, à l’exception d’une

majoration de 3 heures et 34 minutes entre 2018 et 2019, la durée moyenne des mesures contentives est stable entre 2019 et 2021 sur une durée moyenne d'1 journée par mesure. La durée moyenne de l'ensemble des contentions est également d'1 journée en 2021, soit aussi 3 heures et 34 minutes de plus qu'en 2018 (l'année 2019 ne peut être utilisée comme comparaison du fait d'un défaut de données).

7.1.5. Centre Hospitalier de Saintonge

Les données de l'établissement de Saintes ont été recueillies à partir des registres et des rapports annuels des mesures d'isolement et de contention de 2017 à 2021.

Les tableaux 9 et 10 présentent les données de l'établissement de Saintes.

Tableau 9. Données des mesures d'isolement sur le Centre Hospitalier de Saintonge d'après les registres et les rapports annuels de 2017 à 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de mesures d'isolement dans un espace d'isolement	35	65	26	31	31
Durée totale des mesures d'isolement en espace d'isolement	262 jours	76 jours	90 jours	141 jours	87 jours
Durée moyenne des mesures d'isolement en espace d'isolement	7 jours et 12 heures	1 jour et 4 heures	3 jours et 12 heures	4 jours et 14 heures	2 jours et 20 heures
Nombre de mesures d'isolement en dehors d'un espace d'isolement	454	241	90	96	34
Durée totale des mesures d'isolement en dehors d'un espace d'isolement	264 jours	58 jours	73 jours	72 jours	14 jours
Durée moyenne des mesures d'isolement en dehors d'un espace d'isolement	13 heures et 58 minutes	5 heures et 50 minutes	19 heures et 40 minutes	18 heures	10 heures et 25 minutes
Nombre total de mesures d'isolement	489	306	116	127	65
Durée totale de l'ensemble des mesures d'isolement	526 jours	134 jours	164 jours	213 jours	102 jours
Durée moyenne de l'ensemble des mesures d'isolement	1 jour et 2 heures	10 heures et 35 minutes	1 jour et 10 heures	1 jour et 16 heures	1 jour et 14 heures

D’après le tableau 9, le nombre global d’isolement diminue entre 2017 et 2021. En effet, on observe une réduction de 37% du nombre total d’isolement entre 2017 et 2018 suivie d’une baisse de 62% entre 2018 et 2019. En 2021, le nombre global d’isolement a diminué de 44% par rapport à 2019 (et de 87% par rapport à 2017). Cette diminution progressive est essentiellement liée à la diminution du nombre d’isolement en dehors d’un espace dédié, les mesures dans un espace d’isolement ayant peu évolué de 2017 à 2021 (hormis pour l’année 2018). Les mesures en dehors d’un espace d’isolement ont diminué de 47% entre 2017 et 2018, puis elles ont baissé de 63% entre 2018 et 2019. En 2021 on note une réduction de 62% des isolement en dehors d’un espace dédié par rapport à 2019 (réduction de 93% par rapport à 2017). Sur le plan des mesures d’isolement dans un espace dédié, on note une augmentation de ces mesures entre 2017 et 2018 avec un nombre de mesure qui double presque en 2018 (passant de 35 mesures en 2017 à 65 en 2018). En 2019, le nombre de mesures dans un espace d’isolement diminue de 60%, atteignant 26 mesures sur l’année. Cette valeur augmente légèrement en 2021 en passant à 31 mesures. En dehors de l’année 2018, le nombre d’isolement dans un espace dédié reste globalement stable, oscillant autour de 30 mesures par an (plus ou moins 5 mesures). Sur l’année 2020 on peut observer un nombre de mesures d’isolement (tous types confondus) plutôt stable par rapport à 2019.

L’évolution des durées tend vers une diminution de la durée totale des mesures d’isolement entre 2017 et 2021, tant pour les mesures dans un espace dédié que pour celles en dehors d’un espace d’isolement. La durée totale des isolements dans un espace dédié diminue de 71% entre 2017 et 2018 et celle des mesures en dehors d’un espace d’isolement diminue de 47%, soit une réduction de la durée totale de l’ensemble des mesures d’isolement de 75% en 2018 par rapport à 2017. Entre 2018 et 2019 les durées des mesures ont augmenté (22% pour la durée totale de l’ensemble des isolements, 18% pour les isolements dans un espace dédié et 26% pour les isolements en dehors d’un espace dédié) mais en restant nettement inférieures aux durées de 2017. En 2021 la durée totale de l’ensemble des mesures d’isolements diminue de 38% par rapport à 2019, ce qui représente une réduction de 81% par rapport à 2017. La durée totale des isolements dans un espace dédié diminue peu entre 2019 et 2021 (baisse de 3%) mais représente tout de même une diminution de

67% par rapport à 2017. Quant à la durée totale des isolements en dehors d'un espace dédié, on peut noter une réduction de 62% entre 2019 et 2021 (diminution de 93% entre 2017 et 2021). En 2020 la durée totale des isolements en dehors d'un espace dédié est stable par rapport à 2019 mais la durée totale des mesures dans un espace d'isolement a augmenté.

L'évolution des durées moyennes d'isolement suit globalement l'évolution des durées totales des mesures (tous types confondus). Ainsi nous pouvons observer une diminution des durées moyennes entre 2017 et 2018 liée à la baisse importante des durées totales. La durée moyenne des isolements dans un espace dédié a diminué de presque 6 jours entre 2017 et 2018 (atteignant une moyenne de 1 jour et 4 heures), celle des mesures en dehors un espace d'isolement a diminué de 8 heures (passant de presque 14 heures à un peu moins de 6 heures). La durée moyenne de l'ensemble des mesures d'isolement diminue d'un peu plus de 15 heures entre 2017 et 2018. Suivant l'augmentation des durées totales des isolements en 2019, la durée moyenne de l'ensemble des mesures d'isolement augmente d'1 jour par rapport à 2018 (atteignant une moyenne de 1 jour et 10 heures par mesure en 2019). La durée moyenne des isolements dans un espace dédié en 2019 a augmenté de 2 jours et 8 heures par rapport à 2018 et celle des mesures en dehors d'un espace d'isolement est majorée de 14 heures. En 2021 les durées moyennes des isolements dans un espace dédié et en dehors diminuent par rapport à 2019 (diminution de 16 heures pour les mesures dans un espace dédié et baisse d'un peu plus de 9 heures pour les mesures en dehors d'un espace d'isolement). Entre 2019 et 2021 la durée moyenne de l'ensemble des mesures d'isolement a augmenté de 4 heures atteignant une durée moyenne de 1 jour et 14 heures par mesure d'isolement en 2021.

Tableau 10. Données des mesures de contention sur le Centre Hospitalier de Saintonge d'après les registres et les rapports annuels de 2017 à 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de mesures de contention dans un espace d'isolement	11	13	11	17	8
Durée totale des mesures de contention dans un espace d'isolement	16 jours et 15 heures	14 jours et 14 heures	13 jours	38 jours et 14 heures	6 jours et 11 heures
Durée moyenne des mesures de contention dans un espace d'isolement	1 jour et 12 heures	1 jour et 3 heures	1 jour et 4 heures	2 jours et 6 heures	19 heures et 22 minutes
Nombre de mesures de contention en dehors d'un espace d'isolement	454	241	90	96	34
Durée totale des mesures de contention en dehors d'un espace d'isolement	264 jours et 8 heures	58 jours et 14 heures	73 jours et 18 heures	72 jours et 1 heures	14 jours et 18 heures
Durée moyenne des mesures de contention en dehors d'un espace d'isolement	14 heures et 58 minutes	5 heures et 50minutes	19 heures et 40 minutes	18 heures	10 heures et 25 minutes
Nombre total de mesures de contention	465	254	101	113	42
Durée totale de l'ensemble des mesures de contention	280 jours et 23 heures	73 jours et 4 heures	86 jours et 18 heures	110 jours et 15 heures	21 jours et 5 heures
Durée moyenne de l'ensemble des mesures de contention	14 heures et 30 minutes	6 heures et 54 minutes	20 heures et 12 minutes	23 heures et 12 heures	12 heures et 7 minutes

D'après le tableau 10 nous pouvons observer que le nombre total de mesures contentives diminue progressivement de 2017 à 2021. On assiste à une réduction de 45% de l'ensemble des contentions entre 2017 et 2018, puis une diminution de 60% en 2019 par rapport à 2018. En 2021 le nombre total de contentions atteint 42 mesures, soit 58% moins de mesures qu'en 2019 et 91% de moins qu'en 2017. Cette baisse continue du total de contentions est liée à la diminution des mesures contentives en dehors d'un espace d'isolement, le nombre de contention dans un espace dédié n'ayant que peu évolué. On peut noter une diminution de 80% des contentions en dehors d'un espace d'isolement entre 2017 et 2019. Cette réduction s'est poursuivie en 2021 avec une baisse de 62% de ces contentions par rapport à 2019, représentant une diminution de 93% entre 2017 et 2021. Concernant les contentions dans un espace d'isolement, leur nombre a peu évolué entre 2017 et 2019 (on peut tout de même noter 2 mesures de plus en 2018 mais suivie d'une réduction de 2 mesures en 2019). En 2021 le nombre de contention dans un espace dédié est réduit de 3 mesures par rapport à 2019.

Entre 2017 et 2018 on assiste à une diminution de 74% de la durée totale de l'ensemble des mesures de contention avec une baisse de la durée moyenne de 7 heures et 36 minutes. La diminution du nombre de contentions en dehors d'un espace dédié s'accompagne d'une réduction de 78% de la durée totale de ces contentions entre 2017 et 2018 avec une réduction de 9 heures de la durée moyenne de ces mesures. Malgré la légère majoration du nombre de contentions dans un espace d'isolement en 2018, la durée totale de ces mesures diminue de 2 jours entre 2017 et 2018 (soit une baisse de 12,5%) et la durée moyenne de ces contentions est réduite de 9 heures également. En 2019 la durée totale des mesures dans un espace d'isolement diminue encore pour atteindre 13 jours (soit une baisse d'environ 10% par rapport à 2018) et la durée moyenne reste à peu près stable sur une valeur de 1 jour et 4 heures. A l'inverse, la durée totale des contentions en dehors d'un espace dédié augmente de 26% entre 2018 et 2019 et la durée moyenne de ces mesures augmente également d'environ 14 heures. De ce fait, la durée totale de l'ensemble des mesures de contention augmente de 18,5% entre 2018 et 2019, la durée moyenne de l'ensemble des mesures augmente également de 13 heures. En 2021 on note une réduction de 76% par rapport à 2019 de la durée totale de l'ensemble des mesures de contentions (soit une diminution de 92,5% entre 2017 et 2021). La durée moyenne de l'ensemble des mesures atteints 12 heures et 7 minutes en 2021, soit 8 heures de moins qu'en 2019 (mais 5 heures de plus qu'en 2018). Nous pouvons observer que la durée totale des contentions dans un espace d'isolement a diminué de moitié entre 2019 et 2021 (représentant une réduction de 61% entre 2017 et 2021). La durée moyenne de ces contentions a également diminué entre 2019 et 2021, atteignant 19 heures et 22 minutes (soit 8 heures et 38 minutes de moins qu'en 2019). La diminution de la durée totale des contentions en 2021 concerne également les mesures en dehors d'un espace dédié pour lesquelles on observe une réduction de 80% de leur durée par rapport à 2019 (soit une diminution de 94,5% par rapport à 2017). La durée moyenne des contentions en dehors d'un espace d'isolement atteint 10 heures et 25 minutes en 2021, soit 9 heures et 15 minutes de moins qu'en 2019.

7.2. Données sur la violence des patients envers les soignants

Pour analyser l'évolution de la violence des patients envers les soignants entre 2017 et 2021 nous avons recueilli les registres ou les rapports d'évènements indésirables en lien avec ces phénomènes de violence. Pour les établissements de La Rochelle, d'Angoulême et de Niort, les données ont été obtenues à partir des registres d'évènements indésirables de 2017 à 2021. L'établissement de Saintes a également communiqué des registres d'évènements indésirables mais seuls ceux de 2020 et 2021 ont été accessibles (les précédentes années n'ont pas pu être extraites car ces informations n'étaient pas informatisées avant 2020). Les données pour l'établissement de Poitiers ont été recueillies à partir de rapports annuels sur les évènements de violence.

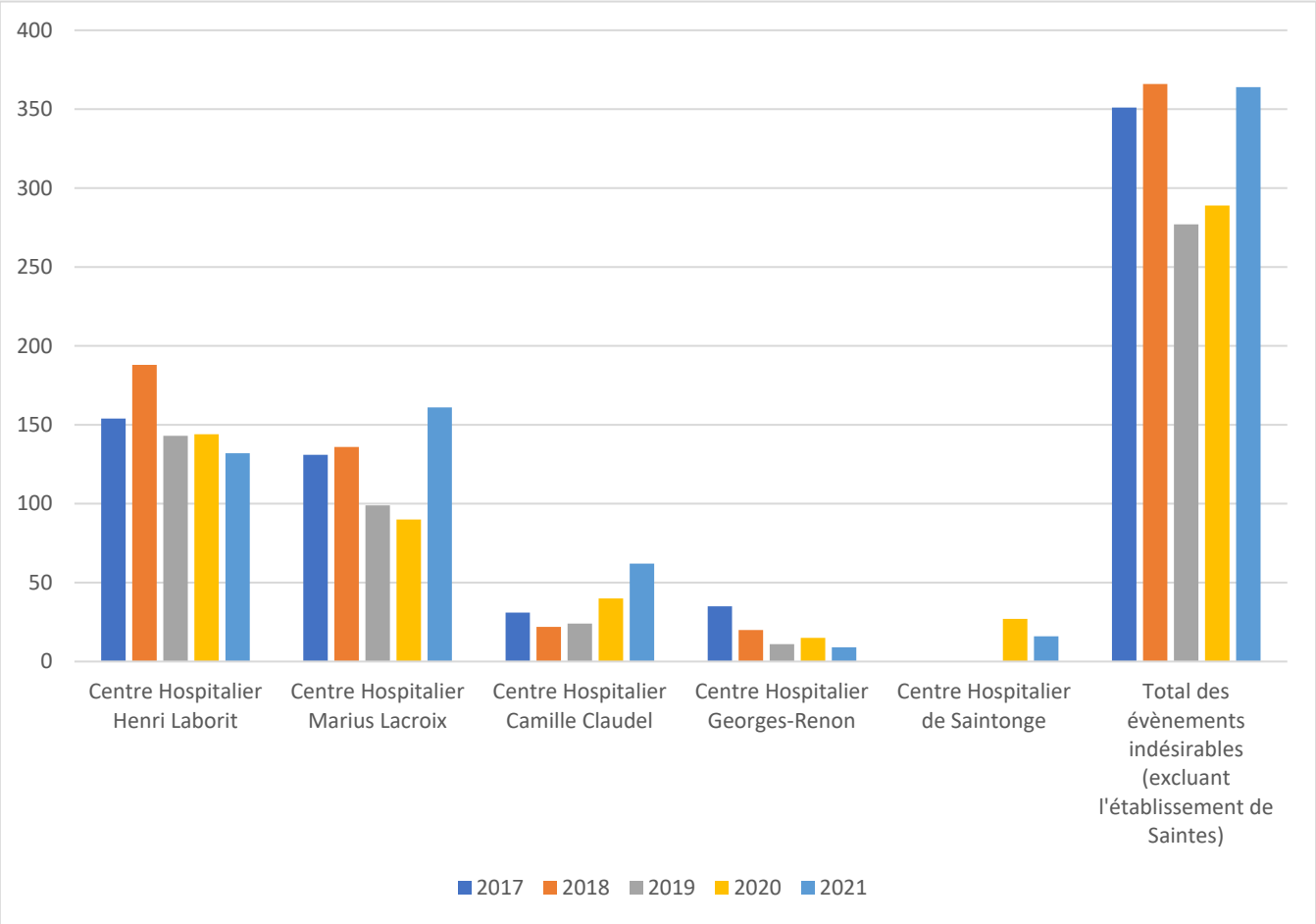
Pour le calcul du nombre d'évènements indésirables liés à un épisode de violence à partir des registres, nous avons inclus tous les incidents de violence (verbale ou physique) déclarés envers des soignants et indépendamment du recours à une mesure d'isolement ou de contention lors de l'incident. Par ailleurs, les incidents violents sur l'établissement de Saintes ne pourront pas être analysés du fait d'un manque de données de 2017 à 2019 et de l'année 2020 qui n'est pas incluse dans l'analyse du fait de son caractère exceptionnel.

Le tableau 11 et la figure 3 présentent les données obtenues sur les évènements indésirables.

Tableau 11. Nombre d'évènements indésirables relatifs à un épisode de violence d'un patient envers un soignant de 2017 à 2021, sur les établissements publics spécialisées en psychiatrie de la subdivision Poitou-Charentes.

	2017	2018	2019	2020	2021
Centre Hospitalier Henri Laborit	154	188	143	144	132
Centre Hospitalier Marius Lacroix	131	136	99	90	161
Centre Hospitalier Camille Claudel	31	22	24	40	62
Centre Hospitalier Georges-Renon	35	20	11	15	9
Centre Hospitalier de Saintonge	Non disponible	Non disponible	Non disponible	27	16
Total des évènements indésirables (excluant l'établissement de Saintes)	351	366	277	289	364

Figure 3. Evolution du nombre d'évènements indésirables en lien avec un épisode de violence d'un patient envers un soignant entre 2017 et 2021, sur les établissements publics spécialisées en psychiatrie de la subdivision Poitou-Charentes.



D'après ces données, nous pouvons observer une légère augmentation du nombre total d'évènements indésirables liés à un épisode de violence entre 2017 et 2018. Ce total diminue de 24% en 2019 par rapport à 2018 puis augmente en 2021 pour revenir à une valeur quasi-similaire à celle de 2018. En s'intéressant à la répartition par établissement de ces évènements indésirables on note que sur l'établissement de Poitiers le nombre de ces déclarations tend à diminuer entre 2018 et 2021. On note ainsi une diminution de 8% des évènements indésirables en 2021 par rapport à 2019 (réduction de 30% entre 2018 et 2021). De la même façon on remarque que sur l'hôpital de Niort le nombre d'évènements indésirables diminue constamment entre

2017 et 2021 mais avec un nombre de déclarations qui varie peu entre 2019 et 2021 (le nombre de déclarations en 2019 étant déjà plutôt bas). Pour les hôpitaux d'Angoulême et de La Rochelle on note globalement une diminution du nombre d'évènements indésirables entre 2017 et 2019 (réduction de 23% pour Angoulême et de 24% pour La Rochelle). Pour ces deux hôpitaux on note augmentation significative du nombre d'évènements indésirables en 2021 par rapport à 2019 avec une majoration de 63% pour La Rochelle et de 158% pour Angoulême.

Pour étayer ces données nous avons également tenté de recueillir les registres ou les rapports faisant état du nombre d'accident de travail en lien avec des incidents violents de patients. Seul l'hôpital de La Rochelle a pu transmettre un recueil des accidents de travail en lien avec un épisode de violence de 2017 à 2021. Pour les autres établissements les données sur les accidents de travail n'ont pas pu être obtenues. L'analyse de l'évolution de la violence à l'aide des accidents de travail ne sera pas donc pas contributive.

Le tableau 12 présente les données d'accident de travail pour l'hôpital de La Rochelle.

Tableau 12. Nombre d'accidents de travail relatifs à un épisode de violence d'un patient envers un soignant de 2017 à 2021 sur le Centre Hospitalier Marius Lacroix.

2017	2018	2019	2020	2021
34	38	39	53	33

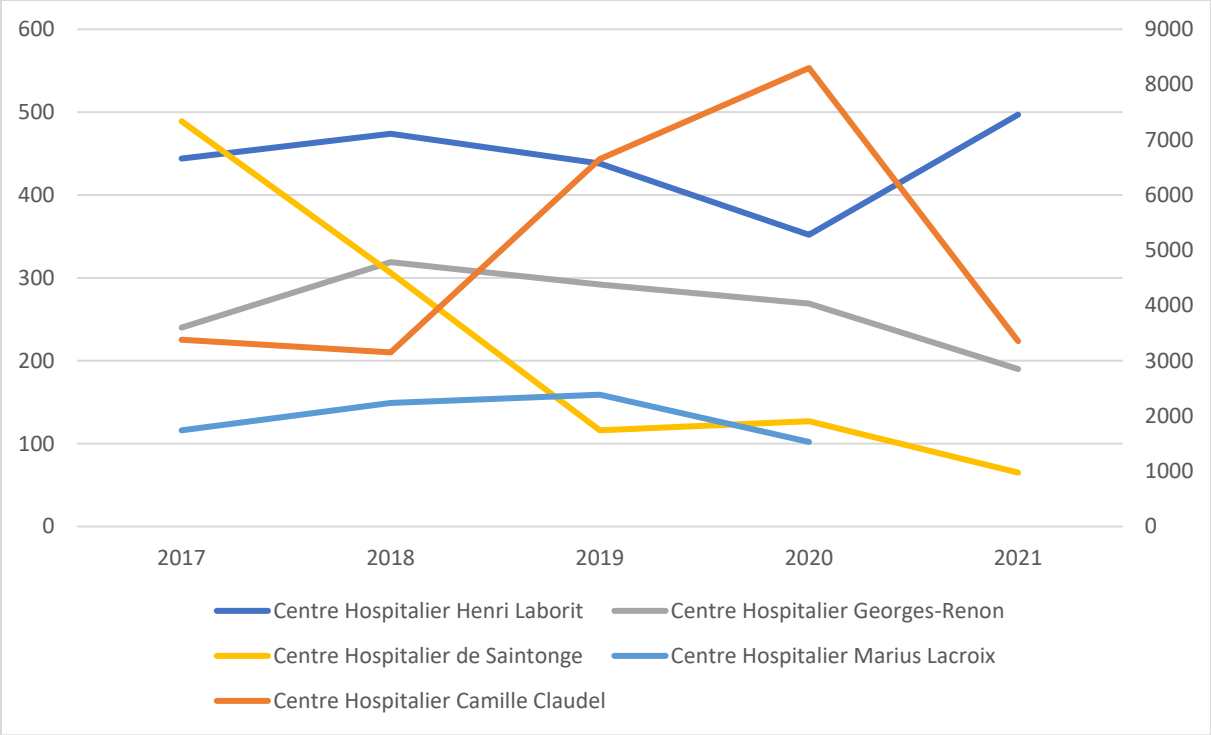
Nous pouvons observer que le nombre d'accidents de travail en lien avec un épisode de violence sur l'établissement de La Rochelle a légèrement augmenté entre 2017 et 2018. Il est resté à peu près stable en 2019 puis on note une diminution en 2021 pour revenir à une valeur proche de celle observée en 2017.

8. Discussion

8.1. Synthèse des résultats

Les figures 4 et 5 permettent d'observer la cinétique d'évolution du nombre de mesures de contraintes dans les établissements de la région Poitou-Charentes, notamment en 2021 qui est marquée par le début de la réforme de la loi encadrant les mesures d'isolement et de contention. Sur ces deux graphiques, la courbe de l'établissement d'Angoulême dépend de l'axe des ordonnées de droite et les autres établissements dépendent de l'axe des ordonnées de gauche.

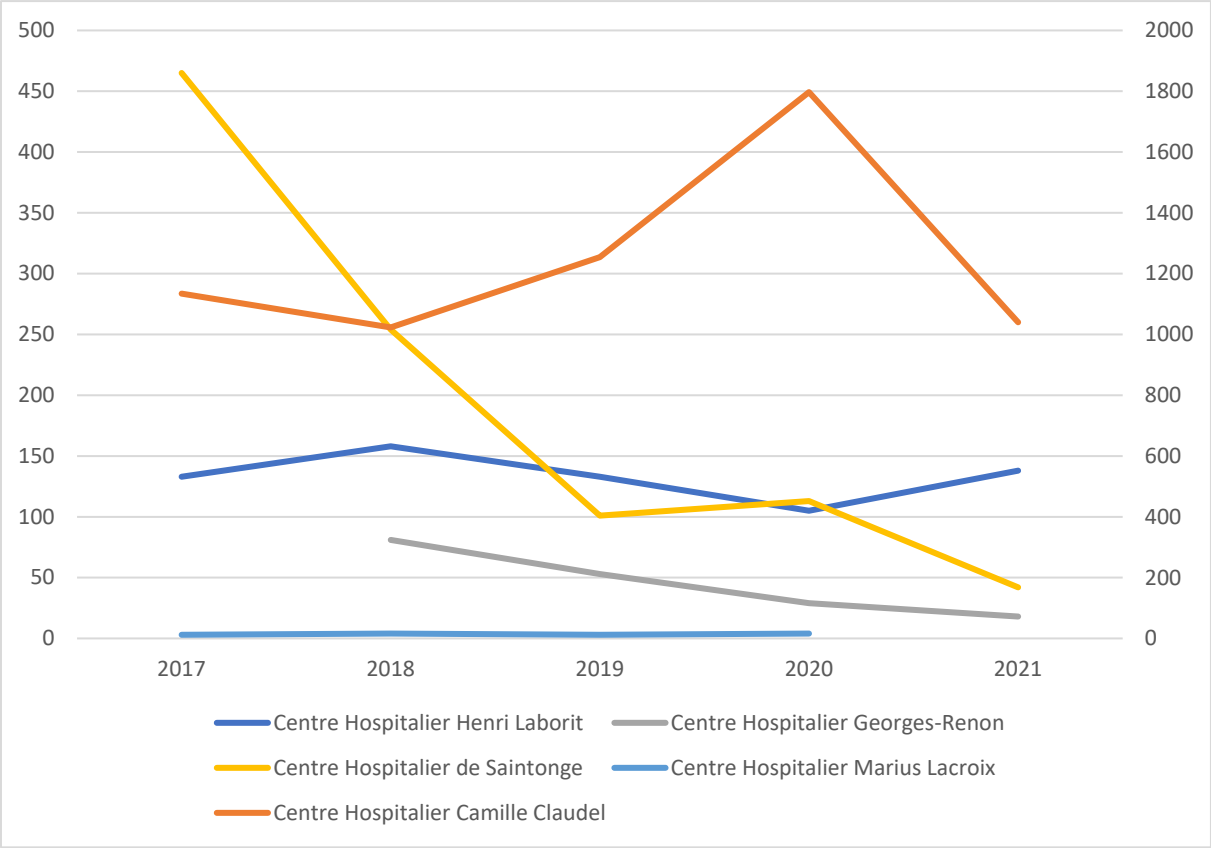
Figure 4. Evolution du nombre total de mesures d'isolement dans les établissements spécialisés en psychiatrie de la subdivision Poitou-Charentes de 2017 à 2021.



Pour l'établissement de La Rochelle, l'évolution du nombre de mesures n'est évaluable que jusqu'à 2019 (l'année 2020 étant une année exceptionnelle et les données de l'année 2021 n'ayant pas pu être extraites). On peut tout de même observer sur ce graphique une tendance à la hausse du nombre de mesures entre 2017 et 2019 pour cet établissement. Pour les autres hôpitaux, nous pouvons observer que l'année 2021 (qui représente le début de la réforme sur la législation encadrant

les mesures de contraintes) est marquée par une baisse de l'ensemble des mesures d'isolements par rapport à 2019, à l'exception de l'établissement de Poitiers. En effet, pour cet hôpital on peut noter une augmentation du nombre d'isolement entre 2019 et 2021 mais qui reste sur des valeurs proches de l'année 2018.

Figure 5. Evolution du nombre total de mesures de contention dans les établissements spécialisés en psychiatrie de la subdivision Poitou-Charentes de 2017 à 2021.



Sur la figure 5 nous pouvons observer globalement la même cinétique que pour l'évolution du nombre d'isolements. En effet, le nombre total de contentions diminue entre 2019 et 2021 pour les établissements de Saintes, de Niort et d'Angoulême. Pour l'hôpital de Poitiers on note une augmentation du nombre de contention en 2021 par rapport à 2019 mais toujours en restant sur des valeurs proches de 2018, indiquant plutôt une stabilité. Pour l'établissement de La Rochelle on observe une stabilité du nombre de contentions entre 2017 et 2019 mais l'évaluation n'est pas possible pour 2021 par manque de données obtenues pour cette année.

L’évolution de la durée totale et de la durée moyenne de l’ensemble des mesures est difficilement évaluable du fait d’un manque de données pour la plupart des établissements. Les données du centre hospitalier de Poitiers ne permettent pas d’évaluer les durées totales des mesures (hormis les isolements de 2017), l’établissement de La Rochelle n’a pu communiquer les données pour l’année 2021 (qui est l’année que nous souhaitons comparer aux précédentes), les données obtenues pour l’hôpital d’Angoulême ne renseignent pas sur les durées des mesures en dehors d’un espace dédié (ces mesures représentant la majorité des isolements et des contentions recensés pour cet établissement) et les données de l’établissement de Niort ne renseignent pas sur les durées des isolements en dehors d’un espace dédié avec des données incomplètes sur les durées des contentions. Seules les données communiquées par l’établissement de Saintes sont suffisamment complètes pour les durées totales et la durée moyenne de l’ensemble des mesures. On peut ainsi noter que pour cet établissement la durée totale des mesures d’isolement et de contention a diminué entre 2019 et 2021, de même que la durée moyenne des contentions. La durée moyenne des isolements a légèrement augmenté de 4 heures mais reste inférieure à 48 heures (qui correspond à la nouvelle limite maximale prévue par la loi).

Concernant l’évolution du nombre d’évènements indésirables relatifs à un épisode de violence d’un patient envers un soignant, nous avons pu observer une majoration de ces évènements entre 2019 et 2021 sur la région Poitou-Charentes. Cependant cette variation n’est pas uniforme entre tous les hôpitaux de la région, l’augmentation des déclarations concerne essentiellement les établissements de La Rochelle et d’Angoulême. Les hôpitaux de Niort et de Poitiers enregistrent plutôt une diminution des évènements indésirables sur la violence des patients. Les données de l’établissement de Saintes ne permettent pas d’évaluer l’évolution de ces évènements.

8.2. Les limites de l'étude

Cette étude présente des biais de par son caractère rétrospectif. Les résultats doivent donc être interprétés avec précaution.

L'ensemble des données sur les mesures de contrainte est issu de registres ou de rapports établis par les établissements de santé. Nous avons pu noter une disparité dans le recueil des mesures d'isolement et de contention entre les hôpitaux (parfois même au sein d'un même hôpital), notamment en ce qui concerne les mesures effectuées en dehors d'un espace d'isolement. Le caractère « tabou » de ces mesures joue peut-être un rôle dans les disparités de déclaration. Il est important de noter que les disparités de recueil des mesures d'isolement et de contention se retrouvent également à l'échelle nationale d'après le rapport d'activité de l'année 2021 du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (74).

Par ailleurs, nous n'avons pu nous intéresser à l'évolution des mesures coercitives que jusqu'à l'année 2021 alors que la dernière version de la loi encadrant les mesures de contraintes date du 22 janvier 2022. Au moment de l'écriture de ce travail, l'année 2022 est encore en cours et les informations sur les isolements et les contentions pour cette année ne sont donc pas complètes. Il serait donc intéressant de voir l'évolution de ces mesures au cours de l'année 2022, mais aussi de façon plus large sur les prochaines années pour mieux cerner l'impact des modifications législatives.

D'autre part, il convient de juger avec précaution l'impact de l'évolution de la législation sur le recours aux mesures de contrainte. Bien que les changements législatifs aient pu avoir un impact sur le recours à ces mesures (plutôt sur un versant décroissant en Poitou-Charentes d'après nos observations), l'évolution du recours aux mesures coercitives ne peut s'expliquer uniquement par la réforme de la loi. En effet, il est important de rappeler que c'est avant tout l'état clinique du patient et l'échec des stratégies alternatives disponibles qui priment dans la décision d'une mesure d'isolement ou de contention.

Notre étude présente également un biais de sélection sur l'analyse de la violence des patients. En effet, les déclarations d'évènements indésirables sont réalisées sur

la base du volontariat des professionnels de santé. Il est possible qu'une partie des incidents violents ne soit pas déclarée, par exemple parce que la gravité de l'incident est considérée comme mineure par les professionnels de santé, ou encore parce que les incidents sont très fréquents pour un même patient ce qui rend compliqué de déclarer tous les incidents. Il est fort probable que la seule analyse des évènements indésirables ne reflète pas la réalité des incidents de violence des patients dans les services de soins.

8.3. Objectifs d'amélioration des pratiques envisagés par les établissements de santé mentale en Poitou-Charentes

Les établissements de santé mentale n'ont pas attendu la réforme récente de la loi pour envisager des axes d'amélioration dans le recours aux mesures de contrainte. En effet, dans les rapports communiqués par les hôpitaux et dans les échanges avec ces établissements il apparait que des stratégies de prévention se développent depuis plusieurs années afin de limiter le recours aux mesures d'isolement et de contention.

Parmi les stratégies mises en place depuis quelques années par les hôpitaux on retrouve notamment une attention particulière sur la formation des soignants de l'ensemble des établissements, tant sur la bientraitance des patients que sur la prévention et la gestion des situations de violence (à travers la formation OMEGA). D'autre part, les hôpitaux mettent également l'accent sur le développement et l'usage des espaces d'apaisement. L'objectif est de créer des espaces de confort et de repos afin d'améliorer la qualité de vie des patients et ainsi favoriser l'apaisement dans les situations de tension psychique intense.

L'amélioration de l'analyse des registres des mesures d'isolement et de contention est également un axe d'amélioration réfléchi par les hôpitaux. Par exemple sur l'établissement de La Rochelle les registres ont intégré, depuis 2019, les indications de mise en place des mesures de contrainte permettant d'étoffer l'analyse des registres. L'établissement de Saintes a pour objectif d'enrichir ses rapports annuels, notamment en analysant la répartition des mesures de contraintes selon les jours de la semaine et selon les heures de la journée. L'amélioration de l'analyse des registres permet de mieux comprendre les motifs et les conditions de recours aux mesures de

contraintes et ainsi d'élaborer des stratégies de prévention pour réduire le nombre et la durée de ces mesures.

La mise en place d'un Plan de Prévention Partagé est un objectif d'amélioration récent pour certains hôpitaux. C'est notamment le cas des établissements de Saintes et d'Angoulême. Sur l'hôpital Camille Claudel des groupes de travail ont été effectués au cours de l'année 2022 avec pour objectif la création d'un PPP axé sur l'identification des situations de crise et les moyens de les désamorcer. Un prototype a été rédigé à l'issu de ces groupes de travail et il est actuellement en essai dans des services de l'établissement. Quant à l'hôpital de Saintes, leur objectif est la mise en place d'un Plan de Crise Conjoint pour tous les patients hospitalisés. Ce Plan de Crise Conjoint est un outil développé récemment par un centre hospitalier suisse et dont l'objectif, la construction et le contenu sont globalement les mêmes que pour le PPP (75).

Sur l'établissement d'Angoulême on note également la constitution récente d'une équipe soignante dédiée aux mesures d'isolement et de contention : l'Equipe de gestion et de Prévention des Isolements et Contentions (ou EPIC). Cette équipe a pour objectif de promouvoir les méthodes alternatives aux mesures d'isolement et de contention et ainsi de diminuer le recours aux mesures de contraintes. Leur mission s'étend d'un rôle administratif, notamment dans la gestion du registre des isolements et contentions, à un rôle de terrain à travers l'animation de formations auprès des équipes soignantes mais aussi l'intervention dans les services de soin dans les situations à risque de violence.

Conclusion :

Le recours à l'isolement et à la contention reste une mesure exceptionnelle dans les situations d'extrêmes urgence, en particulier les situations de violence. Cependant, ces situations d'extrêmes urgence sont malheureusement fréquentes en psychiatrie. De par la diversité de la présentation clinique des patients souffrant de troubles psychiques, les soignants en psychiatrie sont régulièrement confrontés à de la violence pouvant résulter de divers facteurs.

La réforme récente de la loi concernant l'isolement et la contention a pour objectif d'encadrer plus finement ces mesures sur le plan légal, notamment au niveau des durées des mesures mais aussi par l'instauration d'un contrôle judiciaire systématique de ces mesures extrêmes de privation de liberté. Même si l'objectif premier de la nouvelle loi n'est pas de diminuer le recours aux mesures de contraintes, elle s'inscrit tout de même dans une politique de réduction de l'usage de ces pratiques. Nous avons ainsi pu observer une diminution du nombre de mesures de contraintes sur la plupart des établissements publics de santé mentale, en Poitou-Charentes, depuis le début de la réforme de la loi en décembre 2020. Pour l'établissement de Poitiers on observe plutôt une stabilité dans l'usage de ces mesures et pour l'hôpital de La Rochelle les données disponibles n'ont pas permis d'analyser l'évolution des mesures depuis la réforme. Malheureusement, les modifications du nombre de mesures d'isolement et de contention s'accompagne d'une augmentation de la violence des patients dans la région en se basant sur l'analyse des évènements indésirables déclarés par ces établissements.

Il est important de rappeler que les résultats observés dans cette étude sont à prendre avec précaution du fait de la présence de biais, notamment liés aux disparités de recueil des mesures entre les établissements limitant l'analyse de ces registres. D'autre part, il ne faut pas interpréter les changements observés comme étant uniquement liés à la réforme de la loi. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte lors d'une décision de mise en isolement ou sous contention. D'après le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté « l'analyse de registres d'isolement et de contention doit faire l'objet de directives et de formations tendant à en faire de

véritables outils de réduction du nombre et de la durée de ces mesures. Cette analyse ne doit cependant pas être faite de manière isolée. L'isolement et la contention sont en effet étroitement corrélés à d'autres événements, il convient donc d'en confronter l'ampleur à une description des moyens dont le service dispose en termes de prévention ou d'alternative et de mettre son évolution en perspective avec celle de l'usage des médicaments ou avec celle des événements indésirables graves » (74).

Parmi les axes de prévention, le développement des « directives anticipées psychiatriques », qu'elles se nomment Plan de Prévention Partagé ou Plan de Crise Conjoint, représente un enjeu majeur dans la diminution de l'usage des mesures d'isolement et de contention.

Annexes :

Annexe 1 : Exemple de fiche de surveillance d'une mesure d'isolement avec ou sans contention physique

DÉCISION MÉDICALE INITIALE

Date et heure de la décision : _ _ / _ _ / _ _ _ à _ _ h _ _

Nom

Prénom

Date de naissance :

IPP

Nom du médecin : _____ **Signature**

Si le médecin n'est pas psychiatre :

- nom du psychiatre qui confirme la décision : _____ et signature

MODE D'HOSPITALISATION DU PATIENT : ❒ SL ❒ SPDT ❒ SPDRE

MESURES

ISOLEMENT ☐ **CONTENTION ☐**

CIRCONSTANCES DE SURVENUE

INDICATIONS

❒ Menace de passage à l'acte hétéro ou autoagressif
❒ Acte agressif – violence
❒ Autre, préciser : _____

TROUBLES OU ANTÉCÉDENTS PRÉSENTANT UN RISQUE PARTICULIER

- Sur le plan somatique :
- Sur le plan psychiatrique :

INTERVENTIONS ALTERNATIVES TENTÉES

❒ Intervention verbale, désescalade
❒ Temps calme/espace d'apaisement
❒ Entretien avec un soignant
❒ Médicament
❒ Autre, préciser :.....

PRESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE

Fréquence de l'évaluation de l'état psychique :

Préciser la fréquence de la surveillance de l'état somatique sur les lignes correspondantes :

Éléments de surveillance :

- ❒ Conscience
- ❒ Pouls, tension artérielle
- ❒ Température
- ❒ Saturation en oxygène
- ❒ Fréquence respiratoire
- ❒ Alimentation, hydratation
- ❒ Élimination intestinale
- ❒ Élimination urinaire
- ❒ Vérification de la mise en sécurité du patient et de l'espace d'isolement
- ❒ Toilette
- ❒ Substitut nicotinique ou possibilité de fumer
- ❒ Vérification points d'attaches, état cutané, palpation des mollets
- ❒ Prescriptions HBPM
- ❒ Bilan biologique : surveillance plaquettes
- ❒ Autre : préciser :

Contention :

Toilette du patient : ☐ au lit ☐ en salle de bains

Temps de sortie hors de l'espace d'isolement avec un soignant

- ❒ Non
- ❒ Oui : préciser

INFORMATION AU PATIENT ET/OU PROCHES

Date :

Nom du médecin : **Signature :**

ARRÊT DE LA (DES) MESURE(S)

Isolement ☐ Contention ☐

Date et heure de l'arrêt : _ _ / _ _ / _ _ à _ _ h _ _ Date et heure de l'arrêt : __/__/__ à __h__

Motifs de l'arrêt :

Nom du médecin : _____ Signature

SURVEILLANCE DES MESURES D'ISOLEMENT ET/OU DE CONTENTION

Date :	Heure 1	Heure 2	Heure 3	Heure 4	Heure 5	Heure 6 .....
Conscience						
État psychique						
Traitement médicamenteux						
Pouls/TA						
Température						
Saturation en oxygène						
Fréquence respiratoire						
Alimentation						
Hydratation						
Élimination intestinale						
Élimination urinaire						
Toilette/hygiène corporelle						
Sécurité espace d'isolement						
Sécurité prévenue						
Temps de sortie de l'espace d'isolement						
Autre paramètre :						
Contention						
Points d'attaches						
État cutané						
Palpation des mollets						
Paraphe du soignant						

Date :	Heure 7	Heure 8	Heure 9	Heure 10	Heure 11	Heure 12 .....
Conscience						
État psychique						
Traitement médicamenteux						
Pouls/TA						
Température						
Saturation en oxygène						
Fréquence respiratoire						
Alimentation						
Hydratation						
Élimination intestinale						
Élimination urinaire						
Toilette/hygiène corporelle						
Sécurité espace d'isolement						
Sécurité prévenue						
Temps de sortie de l'espace d'isolement						
Autre paramètre :						
Contention						
Points d'attaches						
État cutané						
Palpation des mollets						
Paraphe du soignant						

Date :	Heure 13	Heure 14	Heure 15	Heure 16	Heure 17	Heure 18 .....
Conscience						
État psychique						
Traitement médicamenteux						
Pouls/TA						
Température						
Saturation en oxygène						
Fréquence respiratoire						
Alimentation						
Hydratation						
Élimination intestinale						
Élimination urinaire						
Toilette/hygiène corporelle						
Sécurité espace d'isolement						
Sécurité prévenue						
Temps de sortie de l'espace d'isolement						
Autre paramètre :						
Contention						
Points d'attaches						
État cutané						
Palpation des mollets						
Paraphe du soignant						

Date :	Heure 19	Heure 20	Heure 21	Heure 22	Heure 23	Heure 24 .....
Conscience						
État psychique						
Traitement médicamenteux						
Pouls/TA						
Température						
Saturation en oxygène						
Fréquence respiratoire						
Alimentation						
Hydratation						
Élimination intestinale						
Élimination urinaire						
Toilette/hygiène corporelle						
Sécurité espace d'isolement						
Sécurité prévenue						
Temps de sortie de l'espace d'isolement						
Autre paramètre :						
Contention						
Points d'attaches						
État cutané						
Palpation des mollets						
Paraphe du soignant						

DÉCISION MÉDICALE - RENOUVELLEMENT - J

Isolement ☐ Contention ☐

Date et heure : _ _ / _ _ / _ _ à _ _ h _ _ **Nom du psychiatre :**

Signature :

MOTIF DU MAINTIEN

PRESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE

Fréquence d'évaluation de l'état psychique :

Préciser la fréquence de la surveillance de l'état somatique sur les lignes correspondantes :

Eléments de surveillance :

- ❒ Conscience
- ❒ Pouls, tension artérielle
- ❒ Température
- ❒ Saturation en oxygène
- ❒ Fréquence respiratoire
- ❒ Alimentation, hydratation
- ❒ Élimination intestinale
- ❒ Élimination urinaire
- ❒ Vérification de la mise en sécurité du patient et de l'espace d'isolement
- ❒ Toilette
- ❒ Substitut nicotinique ou possibilité de fumer
- ❒ Vérification points d'attaches, état cutané, palpation des mollets
- ❒ Prescriptions HBPM
- ❒ Bilan biologique : surveillance plaquettes
- ❒ Autre : préciser

Contention :

Toilette du patient : ☐ au lit ☐ en salle de bains

Temps de sortie hors de l'isolement avec un soignant :

❒ Non ❒ Oui : préciser

ARRÊT DE LA (DES) MESURE(S)

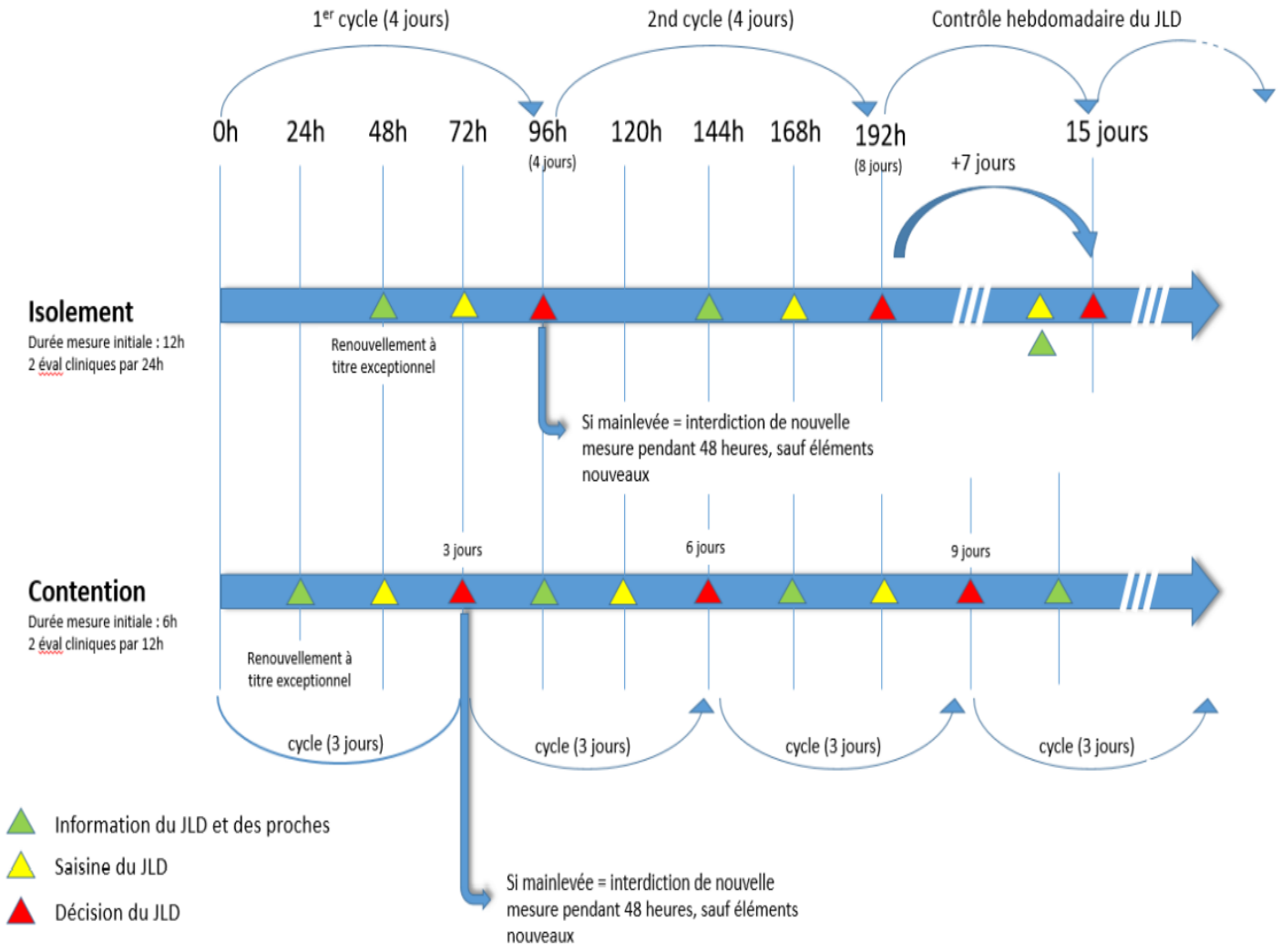
Isolement ☐ Contention ☐

Date et heure de l'arrêt : _ _ / _ _ / _ _ à _ _ h _ _ Date et heure de l'arrêt : _ _ / _ _ / _ _ à _ _ h _ _

Motif de l'arrêt :

Nom du médecin : _____ Signature

Annexe 2 : Frise illustrative du dispositif de contrôle des mesures d'isolement et de contention instauré par la loi du 22 janvier 2022.



Annexe 3 : Exemple de Plan de Crise Conjoint

« Un partenariat entre moi et mon réseau de soutien »

Plan de Crise Conjoint de

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**

Téléphone : **Adresse :**

Mon plan de crise a été élaboré conjointement avec (noms et rôles des différents partenaires) **:**

Les difficultés psychiques et/ou problèmes d'addiction qui ont motivé mon suivi :

Qu'est-ce qui peut m'amener à une situation qui me dépasse, me mette en crise ou me fasse rechuter ?

Comment suis-je concrètement quand je suis en crise ? (pensées, émotions, réactions physiques, comportements)

Y a-t-il d'autres signes qui apparaissent selon mon entourage ?

Que pourrais-je faire concrètement pour gérer cette situation difficile? (mettre par ordre de priorité en favorisant d'abord les stratégies personnelles, puis celles de l'entourage et finalement celles nécessitant l'intervention de professionnels)

En cas de besoin, à qui puis-je demander de l'aide ? (nom, nature du lien ou rôle, tél ; mettre par ordre de priorité en favorisant d'abord le réseau des proches, puis des professionnels du réseau habituel, puis les services et institutions de garde)

Quand je vais moins bien, en cas de crise et/ou de rechute :

1. **Quels sont les soins que je souhaite recevoir ?**

2. **Quels sont les soins que je souhaite éviter ?** (argumenter les raisons du refus)

3. **Quelles sont alors les alternatives possibles ?** (indispensable à renseigner en cas de refus de soins ou de traitements)

Dans une situation de crise, quelles sont les démarches concrètes à faire ou à déléguer pour préserver mes intérêts et mon quotidien ? (courrier, garde d'enfants, animaux, domicile, travail, …nommer qui peut ou doit faire quoi, mettre les coordonnées des personnes afin qu'elles puissent être atteintes en cas de besoin)

Mon plan de crise conjoint a été transmis à : (lieu ou nom, nature du lien)

Lieu et date :

Rôles & signatures :

Bibliographie :

1. C. Aurelianus, On acute diseases and on chronic diseases. Revue d'histoire des sciences. 1952;5(1):99-100.

2. 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.

3. Haute Autorité de Santé. Isolement et contention en psychiatrie générale. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Paris : HAS ; 2017.

4. Observatoire national des violences en milieu de santé, Direction générale de l'offre de soins. Rapport 2020 sur les données 2019. Paris; 2020.

5. Rousseau V. Comment se construit la décision de contraindre en psychiatrie: ce qu'en disent les psychiatres. 2021;120.

6. Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Ed. Brosson. Paris; 1975.

7. Rhenter P. La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique. Journal francais de psychiatrie. 2010;38(3):12-5.

8. 1838-06-30 - Loi Esquirol sur les aliénés du 30 juin 1838 - • CRPA : sur l'internement psychiatrique abusif et illégal [Internet]. [cité 14 mai 2022]. Disponible sur: https://psychiatrie.crpa.asso.fr/1838-06-30-Loi-Esquirol-sur-les-alienes-du-30-juin-1838

9. du Bled V. Les aliénés en France. In: Revue des deux mondes. 1886. p. 124-67.

10. 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.

11. Giloux N, Primevert M et al., Les soins psychiatriques sans consentement. Ed. LEH, 2017. 203 p.

12. 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.

13. Dupont M, Laguerre A, Volpe A. 11. Le contrôle du JLD : la procédure. Hors collection. 2015;331-62.

14. Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

15. TERRA (Jean-Louis), TERRA (Jean-Louis), COZON (Christine), FAVRE (Pascal). Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Paris: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé; 1998.

16. Circulaire DGS/SP 3 n° 48 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux - APHP DAJDP [Internet]. [cité 28 juill 2022]. Disponible sur: http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgssp-3-n-48-du-19-juillet-1993-portant-sur-le-rappel-des-principes-relatifs-a-laccueil-et-aux-modalites-de-sejours-des-malades-hospitalises-pour-troubles-mentaux-2/

17. Raoul-Cormeil G, Mauger-Vielpeau L. Isolement, contention et soins psychiatriques. Point d'étape entre deux réécritures (CSP, art. L. 3222-5-1). Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. 30 août 2021 [cité 16 oct 2021]; Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448721002493

18. 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.

19. Baratta A, Morali A. Chambres d'isolement en psychiatrie : état des lieux en France. Médecine & Droit. 1 mai 2010;2010(102):86-9.

20. Hazan A. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2014. Paris: Editions Dalloz; 2015.

21. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. 72.

22. Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 5 mars 2020, 19-40.039, Publié au bulletin [Internet]. Publié au bulletin. 2020 [cité 25 juin 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000041745130/

23. LOI n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 - Article 84.

24. Décret n° 2021-537 du 30 avril 2021 relatif à la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement.

25. Décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021 | Conseil constitutionnel [Contrôle des mesures d'isolement ou de contention dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement II].

26. Décision n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021, Conseil Constitutionnel, [Loi de financement de la sécurité sociale pour 2022]. :14.

27. Fédération Française de psychiatrie. Communiqué de presse du 20 décembre 2021, De la décision du 16/12/2021 du Conseil constitutionnel sur l'isolement et la contention, Un situation critique inédite et sidérante.

28. LOI n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique - Article 17.

29. Organisation mondiale de la santé, éditeur. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002.

30. Article L3222-5-1 - Code de la santé publique - Légifrance.

31. Richter D, Whittington R. Violence in mental health settings. Causes, consequences, management. New York: Springer; 2006.

32. Bergeret J. La violence et la vie. Paris;

33. Morasz L. Comprendre la violence en psychiatrie. Approche clinique et thérapeutique. Paris; 2002.

34. Jeammet P. Le passage à l'acte. Imaginaire et Inconscient. 2005.

35. Gbézo BE. Les soignants face à la violence. 2005.

36. Voyer M, Senon JL, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. L'information psychiatrique. 2009;85(8):745-52.

37. Audition publique 25 et 26 janvier 2007sur l'expertise psychiatrique pénale. SENON JL, PASCAL JCH, ROSSINELLI G, Fédération Française de Psychiatrie, avec le partenariat méthodologique et le concours financier de la HAS, et le soutien de la Direction Générale de la Santé. John LIBBEY. PARIS.

38. Observatoire national des violences en milieu de santé, Direction générale de l'offre de soins. Rapport 2014 sur les données 2013. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2014.

39. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. Am J Psychiatry. août 2006;163(8):1397-403.

40. Haute Autorité de Santé. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie. Paris : HAS ; 2016.

41. Nijman HLI. A model of aggression in psychiatric hospitals. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2002;(412):142-3.

42. Haute Autorité de Santé. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Audition publique. Rapport d'orientation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.

43. Steinert T. Prediction of violence in inpatient settings. Dans: Richter D, Whittington R, ed. Violence in mental health settings. Causes, consequences, management.. New York: Springer; 2006.

44. Institute of Psychiatry, Kings College London, Conflict and Containment Reduction Research Programme, Bowers L, Stewart D, Papadopoulos C, et al. Inpatient violence and aggression: a literature review. Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme. London: King's College; 2011.

45. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2009.

46. Nolan KA, Czobor P, Roy BB, Platt MM, Shope CB, Citrome LL, et al. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. Psychiatr Serv 2003.

47. Arango C, Calcedo Barba A, González-Salvador T, Calcedo Ordóñez A. Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. Schizophr Bull 1999.

48. Alia-Klein N, O'Rourke TM, Goldstein RZ, Malaspina D. Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. Aggress Behav. févr 2007;33(1):86-96.

49. Camus D, Gholam M, Conus P, Bonsack C, Gasser J, Moulin V. Facteurs individuels et contextuels participant à l'apparition de comportements violents en cours d'hospitalisations psychiatriques. L'Encéphale. 2021;

50. Bowers L, Allan T, Simpson A, Jones J, van der Merwe M, Jeffery D. Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. Issues Ment Health Nurs 2009.

51. Alexander J, Bowers L. Acute psychiatric ward rules: a review of the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs. oct 2004;11(5):623-31.

52. Van der Schaaf PS, Dusseldorp E, Keuning FM, Janssen WA, Noorthoorn EO. Impact of the physical environment ofpsychiatric wards on the use of seclusion. Br J Psychiatry 2013.

53. Estryn-Behar M, Duville N, Menini ML, Camerino D, Le Foll S, le Nézet O, et al. Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins. Presse Méd 2007.

54. A. Leboucher, C. Fleury. Les méthodes de contention en psychiatrie : état de l'art. 2021.

55. Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. Riv Psichiatr. févr 2013;48(1):10-22.

56. Palazzolo J. Restraint and Seclusion in Psychiatry in the Elderly: Review of the Literature. Annals of Depression and Anxiety. 2015;

57. Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Stewart D, Hodsoll J. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 1 sept 2015;52(9):1412-22.

58. Bowers L. et al. Safewards. Talk down. London: Safewards; 2013.

59. Société Française de Médecine d'Urgence. Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences. Recommandation de Bonne Pratique Clinique. 2021.

60. Tezenas du Montcel C, Kowal C, Leherle A, Kabbaj S, Frajerman A, Le Guen E, et al. Isolement et contention mécanique dans les soins psychiatriques : modalités de prescription, prise en charge et surveillance. La Presse Médicale. 1 avr 2018;47(4, Part 1):349-62.

61. Sivak K. Implementation of comfort rooms to reduce seclusion, restraint use, and acting-out behaviors. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. févr 2012;50(2):24-34.

62. Cummings KS, Grandfield SA, Coldwell CM. Caring with comfort rooms. Reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. juin 2010;48(6):26-30.

63. Hulsegge J, Verheul A. Snoezelen. Un autre monde. 2004.

64. Pinto JO, Dores AR, Geraldo A, Peixoto B, Barbosa F. Sensory stimulation programs in dementia: a systematic review of methods and effectiveness. Expert Rev Neurother. déc 2020;20(12):1229-47.

65. Teitelbaum A, Volpo S, Paran R, Zislin J, Drumer D, Raskin S, et al. [Multisensory environmental intervention (snoezelen) as a preventive alternative to seclusion and restraint in closed psychiatric wards]. Harefuah. janv 2007;146(1):11-4, 79-80.

66. Jamshidi Manesh M, Kalati M, Hosseini F. Snoezelen Room and Childbirth Outcome: A Randomized Clinical Trial. Iran Red Crescent Med J. mai 2015;17(5):e18373.

67. Novakovic N, Milovancevic MP, Dejanovic SD, Aleksic B. Effects of Snoezelen-Multisensory environment on CARS scale in adolescents and adults with autism spectrum disorder. Res Dev Disabil. juin 2019;89:51-8.

68. Becklund AL, Rapp-McCall L, Nudo J. Using weighted blankets in an inpatient mental health hospital to decrease anxiety. Journal of Integrative Medicine. 1 mars 2021;19(2):129-34.

69. Ekholm B, Spulber S, Adler M. A randomized controlled study of weighted chain blankets for insomnia in psychiatric disorders. J Clin Sleep Med. 15 sept 2020;16(9):1567-77.

70. Gringras P, Green D, Wright B, Rush C, Sparrowhawk M, Pratt K, et al. Weighted blankets and sleep in autistic children--a randomized controlled trial. Pediatrics. août 2014;134(2):298-306.

71. Dickson DA, Gantt L, Swanson M. Effectiveness of the Weighted Blanket With Psychiatric Patients in the Emergency Department: A Pilot Study. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 24 juin 2021;10783903211026740.

72. Haute Autorité de Santé. Programme de soins psychiatriques sans consentement. Annexe 2. Outil n°2 : plan de prévention partagé. 2021.

73. Molyneaux E, Turner A, Candy B, Landau S, Johnson S, Lloyd-Evans B. Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. BJPsych Open. 13 juin 2019;5(4):e53.

74. Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Rapport d'activité 2021. 2022.

75. Chinet M, Ferrari P. Promotion du plan de crise conjoint (PCC): présentation des résultats d'une étude exploratoire sur les pratiques et les contenus du PCC, recommandations de bonnes pratiques et projet d'implantation efficiente dans divers milieux et programmes de soins du Canton de Vaud. Lausanne: Réseau Santé Région Lausanne; 2018. 1 p.

Résumé :

Les mesures d'isolement et de contention sont des mesures de dernier recours qui sont utilisées dans les situations extrêmes où l'état clinique du patient entraine un risque grave de passage à l'acte violent, auto ou hétéro-agressif. Récemment, la loi encadrant ces mesures a été l'objet de réformes pendant 1 an et demi dans le but de mieux définir les durées légales ainsi que de mettre en place un contrôle judicaire systématique de ces mesures. Même si l'objectif premier de la nouvelle loi n'est pas de diminuer le nombre de mesures de contraintes, nous pouvons nous demander si les nouvelles dispositions légales n'ont pas eu un impact sur le recours aux mesures d'isolement et de contention. Pour répondre à cette question nous avons réalisé une étude rétrospective à partir du recueil des registres et des rapports annuels sur les isolements et les contentions dans les établissements de santé spécialisés en psychiatrie de la sub-division Poitou-Charentes. Nous nous sommes également intéressés à l'évolution des incidents de violence de patients envers des soignants sur la base des registres d'évènements indésirables déclarés dans ces établissements. Avec les données disponibles nous avons pu observer une diminution du nombre de mesures d'isolement et de contention sur la plupart des établissements inclus dans cette étude mais au détriment d'une augmentation des déclarations des incidents de violence des patients sur la région Poitou-Charentes.

Mots clés : Isolement, Contention, Violence, Psychiatrie, Loi, Réforme, Poitou-Charentes.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !