

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2017

N° 176

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

par

Olivier HAIBE

né le 26/09/1987 à Lyon 3^e

Présentée et soutenue publiquement le 5 octobre 2017

Etat des lieux de l'utilisation de l'isolement en Psychiatrie au CHU de Nantes, au CHS de Blain et au CH de Bouguenais.
Réflexion pour une amélioration des pratiques à la lumière des dernières recommandations de la HAS.

Président : Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur David SECHTER

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE,

pour l'honneur que vous nous faites de présider mon jury, pour votre accompagnement, pour votre pédagogie et votre transmission enrichissante que j'ai pu recevoir au cours du semestre passé dans votre service.

A Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC,

pour l'honneur que vous nous faites d'être présente dans mon jury, pour votre accompagnement au cours de ce travail, pour votre pédagogie et votre accessibilité auprès des étudiants.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON,

pour l'honneur que vous nous faites d'être présent dans mon jury, pour votre accompagnement, pour votre savoir que vous savez transmettre avec passion et qui m'a donné l'envie de m'intéresser à la psychiatrie légale.

A Monsieur le Docteur David SECHTER,

pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse, un travail d'équipe qui a commencé sur les terrains pour aller jusqu'ici, et continuer je l'espère. Je te remercie sincèrement pour ton aide, ta disponibilité et ta bienveillance tout au long de ce travail.

A Monsieur le Docteur Pierre DELVOT,

pour avoir accepté d'être présent dans mon jury et de juger mon travail avec l'éclairage important d'un praticien « du terrain », pour la formation et l'accompagnement reçus au cours de mon stage dans le service et dans l'attente d'être collègues.

Je remercie aussi toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail : les équipes du DIM de Nantes (Mme Planchais), de Blain (Mme Mercier, Mme Hamon) et de Bouguenais (Mme Raphel), les présidents de CME, le service de santé publique du CHU pour la réalisation des tests statistiques et leurs remarques (Mme Dessomme, Mr Fuchs).

Dédicaces

A toi Maman, qui parlait de ce moment depuis longtemps, qui a toujours été là pour moi, et qui l'est toujours.

A toi Papa, pour tes conseils, ton soutien et ton écoute indéfectibles pendant toutes ces années.

A ma famille, en France, au Liban et dans le monde...

A Nathalie, pour ton soutien, ton énergie à toute épreuve et ta relecture.

A la GB Team (Aurélien, Julie, Nathalie, Thomas, Laure) et apparentés, toujours présente dans les bons comme dans les moins bons moments, même si la distance nous sépare aujourd'hui l'amitié reste !

Aux Patricks dus, (Louis, Epin, Jad, Laurent, Clément, Le roux, Adrien, Frama, Thonon), pour les réunions intellectuellement enrichissantes, pour votre amitié.

A l'équipe de Nantes (Hélène, Sylvain, Antoine, Ben), pour le soutien mutuel, pour les très bons moments passés et à venir !

A Mirabel, Victorine et tous les internes de psy de Nantes.

A la Team Kerj, la soupape de décompression, le pilier présent depuis tant d'années.

A Xavier, Jérôme, France, Johan, l'équipe du lycée qui a suivie l'aventure depuis le début.

A Pierre-Romain, pour la soirée Lyon-sud et toutes les autres.

A tous mes amis.

Aux personnes côtoyées au cours des stages, cointernes (Guillaume le first à Blain !), infirmiers, médecins...

Table des matières

<u>Introduction</u>	7
<u>Première Partie : Revue de la littérature</u>	9
<u>I Définitions</u>	9
1. <u>Etymologie et définition de l'isolement</u>	9
2. <u>Historique de l'isolement</u>	11
2.a Dans l'Antiquité	11
2.b Au Moyen Âge	12
2.c La renaissance	13
2.d La Révolution Française, l'aliénisme du XVIIIe siècle	15
2.e Les aliénistes	15
2.f Les asiles	17
2.g Le XXe siècle	18
<u>II Contexte actuel et cadre légal de l'isolement</u>	19
1. <u>Politique sécuritaire et dangerosité</u>	19
2. <u>Contexte actuel de l'isolement</u>	22
3. <u>Cadre légal</u>	24
3.a Evolution légale de la Psychiatrie en France	24
3.b Textes et organismes internationaux	25
3.c Textes et organismes français	27
3.d La loi du 26 Janvier 2016 : Une étape nécessaire	30
3.e Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), Mars 2017	32
<u>III Revue de la littérature sur l'isolement</u>	38
1. <u>Epidémiologie</u>	38
1.a Mode d'hospitalisation	39
1.b Le sexe et l'âge	40
1.c Pathologies	41
1.d Motifs d'utilisation de la chambre d'isolement	41
1.e Taux d'utilisation de la chambre d'isolement	42
1.f Durée de mise en chambre d'isolement	45
1.g Moment d'utilisation de la chambre d'isolement	46
1.h La chambre d'isolement	46
2. <u>Les objectifs de l'isolement</u>	48
3. <u>Impacts de l'utilisation de l'isolement</u>	50
3.a Efficacité de l'isolement	50
3.b Vécu des patients	50

3.c Vécu des soignants.....	52
-----------------------------	----

Deuxième partie : Etude de l'utilisation de la chambre d'isolement au CHU de Nantes, au CHS de Blain et au CH de Bouguenais. 54

Introduction de l'étude..... 54

I Présentation des établissements 54

1. <u>CHU de Nantes (Hôpital Saint-Jacques).....</u>	54
2. <u>Le CHS de Blain.....</u>	59
3. <u>Le CH de Bouguenais (Hôpital G. Daumezon)</u>	62

II Etude de l'utilisation de la chambre d'isolement dans les hôpitaux psychiatriques du CHU de Nantes, du CHS de Blain et du CH de Bouguenais 66

1. <u>Objectifs de l'étude.....</u>	66
2. <u>Matériels et méthodes.....</u>	66
2.a Recueil des données.....	66
2.b Mode d'hospitalisation.....	67
2.c Diagnostic.....	68
2.d Services étudiés.....	69
2.e Activité des services étudiés.....	69
2.f Répartition des modes légaux au moment de l'admission, tous séjours confondus, sur la période étudiée.....	70
2.g Critères d'inclusion.....	71
2.h Critères d'exclusion.....	71
2.i Les tests statistiques.....	72
3. <u>Résultats.....</u>	72
3.a Nombres de patients et de séjours.....	72
3.b Taux d'utilisation de la chambre d'isolement.....	73
3.c Durées d'isolement et d'hospitalisation.....	74
3.d Age.....	75
3.e Sexe.....	75
3.f Diagnostic.....	77
3.g Mode d'hospitalisation.....	81
3.h Diagnostic en fonction du mode légal.....	85
3.i Durée d'isolement en fonction du sexe.....	87
3.j Durée d'isolement en fonction du mode légal.....	87
3.k Durée d'isolement en fonction du diagnostic.....	89
3.l Cas particuliers.....	91
3.m Utilisation de l'isolement et profils des patients admis en isolement.....	98

4. <u>Discussion</u>	101
<u>Troisième partie : Réflexion pour une amélioration des pratiques, quelles alternatives avant le dernier recours ?</u>	113
I. <u>Réflexion pour une amélioration des pratiques</u>	113
1. <u>Au niveau architectural</u>	113
2. <u>Au Niveau institutionnel</u>	116
3. <u>Au niveau des soignants</u>	119
4. <u>Au niveau du patient</u>	121
5. <u>Les détenus</u>	122
6. <u>Programmes de réduction de l'utilisation de l'isolement</u>	123
II <u>Quelles alternatives avant le dernier recours ?</u>	125
1. <u>Prévention initiale</u>	126
2. <u>Prévention secondaire</u>	126
3. <u>Prévention tertiaire</u>	129
<u>Conclusion</u>	131
<u>Annexe :</u>	134
<u>Bibliographie</u>	135

Introduction

L'isolement est une pratique répandue en psychiatrie, qui est le premier service concerné par des évènements violents.

Les internes peuvent se retrouver en première ligne dans la prise de décision de mise en isolement, notamment lors de gardes d'établissement.

La mise en œuvre de cette mesure intervient dans des moments de crise, où au cours de mon internat j'ai pu constater des différences d'utilisation de l'isolement avec des protocoles de mise en place, de surveillance, et d'accompagnement du patient qui variaient entre deux hôpitaux voire entre deux unités d'un même hôpital.

Le rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté confirme cette impression en pointant une hétérogénéité de pratiques entre les établissements psychiatriques au niveau national. Les différences sont encore plus importantes au niveau international.

Alerté par ce constat, le gouvernement a voté une loi le 26/01/2016 amenant un encadrement plus strict de l'isolement, et introduisant les notions de décision et non plus de prescription de la mesure, d'utilisation en dernier recours, et de la tenue d'un registre de traçabilité des mesures d'isolement.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a elle aussi réagi avec la publication de nouvelles recommandations en Mars 2017 apportant un cadre plus précis dans les modalités de mise en place de l'isolement.

Cette question apparaît ainsi centrale et capitale dans la pratique psychiatrique hospitalière, d'autant que, nous le verrons dans le développement de notre travail, l'isolement en psychiatrie n'est pas une décision anodine car elle entraîne une privation de liberté et a des impacts importants sur les patients qui le vivent mais aussi sur les soignants, l'entourage... Elle renvoie également, avec la place attribuée à notre spécialité dans la société, à des préoccupations sécuritaires toujours actives.

Dans un premier temps, nous effectuerons une revue de la littérature sur les modalités d'utilisation de l'isolement et étudierons ces nouvelles lois et recommandations. Nous comparerons ensuite les pratiques de mises en œuvre de l'isolement au sein de trois établissements psychiatriques de Loire-Atlantique pour les mettre en perspective avec les données de la littérature. Enfin, nous réfléchirons aux alternatives à l'isolement pour tenter de répondre à la question : Que faire avant le dernier recours ?

Première Partie : Revue de la littérature

I Définitions

1. Etymologie et définition de l'isolement

Le mot isolement vient étymologiquement de l'italien « Isolato » qui signifie « isolé » et peut désigner un quartier de plusieurs maisons isolées. Il a aussi des racines latines par le mot « insulatus » signifiant « séparé comme une île, isolé, délaissé » ou « insula » pour « île ».

Les définitions du Littré décrivent « l'état d'une chose isolée » ou « l'état d'une personne qui vit isolée ». Elles se déclinent dans plusieurs domaines comme l'architecture « distance entre deux parties de construction qui ne se touchent pas », la physique « état d'un corps électrisé qui n'est en relation qu'avec des conducteurs, afin qu'il puisse conserver l'électricité » ou encore la médecine « action d'isoler, mesure ayant pour but de soustraire les hommes animaux sains à la contagion ».

L'isolement serait une action permettant une protection ou une conservation d'un équilibre par rapport à l'environnement extérieur (contagion) ou interne (l'électricité).

Le Larousse étend les définitions à un pays, ville, région « qui est sans relation économique, politique avec les autres. » Cela renforce l'idée d'absence d'échange entre deux parties.

Ce n'est qu'au XIXe siècle qu'il est utilisé dans le milieu médical, où l'on commence à parler d'isolement pour des malades contagieux. C'est alors une prise en charge prévue pour éviter la transmission de maladies à risque de contagion.

Le dictionnaire Larousse propose « une privation de tout stimulus sensoriel ».

Le dictionnaire Robert associe des termes tels que la claustration, le cloître, l'exil et la séquestration se rapprochant de la notion de « se retirer dans un isolement complet ».

L'utilisation du terme d'isolement dans un contexte psychiatrique et thérapeutique est utilisé pour la première fois par les aliénistes Pinel et Esquirol.

C'est Esquirol qui va théoriser sa valeur thérapeutique tout en expliquant ses effets. Pour lui, l'isolement est « un moyen d'agir sur le cerveau et de forcer cet organe au repos en

soustrayant l'aliéné aux impressions irritantes, en réprimant la vivacité et la mobilité des impressions, en modérant l'exaltation des idées et des affections ». (1) Il a publié en 1832 une œuvre sur « la question médicolégale sur l'isolement des aliénés » où il décrit les indications et contre-indications de l'isolement. (2) Il y avait donc déjà à l'époque une nécessité de cadrer cette pratique.

Charcot sera le premier en France, en 1890, à définir le principe thérapeutique de l'isolement en l'appliquant à la prise en charge de l'hystérie et de l'anorexie mentale. Il insistera dans la « Dix-septième leçon : de l'isolement dans le traitement de l'hystérie » sur l'importance de la prise en charge institutionnelle hospitalière et la nécessité de la séparation d'avec la famille.

Les dernières recommandations de la HAS datant de Mars 2017 définissent l'isolement comme « Placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté. ». (3) Les experts soulignent le cadre strict qui devrait être appliqué avec « une mesure limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 Janvier 2016 ». Ils ajoutent : « L'utilisation de l'isolement représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient, délivrance de soin, surveillance... Réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leur champ de compétence et de responsabilité ». (3)

On note la complexité de la procédure avec un cadre précis de soins, fait par différents professionnels, ce qui implique une réflexion sur son application.

Ces recommandations précisent et regroupent les définitions de ces dernières années. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) avait, en 1998, défini la chambre d'isolement par « chambre dont la porte est verrouillée et qui sépare le patient de l'équipe de soin et des autres patients ».

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté avait quant à lui, en 2016, défini cette mesure par « Toutes les situations où le patient est placé, sur décision d'un médecin ou d'un soignant dans un espace fermé qu'il ne peut ouvrir, qu'il s'agisse de sa propre chambre ou d'une pièce prévue à cet effet (chambre d'isolement, de soins intensifs, sécurisée, d'apaisement, de contention, etc..) ». (4)

La commission de santé mentale de Dublin corrobore cette idée en affirmant qu'isoler un patient c'est « Placer ou laisser une personne dans une chambre seule, jour ou nuit, avec la porte de sortie fermée ou bloquée, de façon à empêcher la personne de sortir ». (5)

On retrouve d'autres définitions avec, par exemple, la Nouvelle Zélande où l'on considère qu'un patient est isolé : « Lorsqu'un usager est placé seul, dans une chambre, quel que soit le moment ou la durée, dont il ne peut pas sortir librement. ». (6) Aux Etats Unis, on retrouve comme définition : « Le confinement involontaire d'une personne, seule dans une chambre ou dans un espace dont elle ne peut pas physiquement partir. » (7) ; et enfin au Québec : « Une mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour une durée déterminée, d'où elle ne peut sortir librement. ». (8)

Ces définitions permettent donc de réduire l'ambiguïté sur l'appellation des chambres d'isolement. Qu'elles se nomment « chambre d'isolement », « chambre de soins intensifs », « chambre d'apaisement », ou « chambre hôtelière fermée à clé », c'est bien l'utilisation qui en est faite qui permet de la caractériser. Le point commun entre ces différents lieux qui signe l'isolement est le fait, pour le patient, de ne plus pouvoir en sortir librement quelles que soient les qualités de confort ou de soins qui les constituent.

2. Historique de l'isolement

2.a Dans l'Antiquité

Dès l'Antiquité, des écrits font allusion à la nécessité d'exercer un contrôle physique sur les personnes agitées ou « à l'esprit dérangé ». La contention apparaît au II^e siècle après J-C, avec Soranos d'Ephèse, médecin grec, chef de file de l'école méthodique, et Celse, médecin romain. Soranos d'Ephèse s'opposait à Celse qui estimait qu'un traitement brutal avait pour effet de faire sortir, par la peur, le malade de sa maladie. Dans ce but, Celse enchaînait ses malades, les affamait, les isolait dans une obscurité complète et leur administrait des purgatifs. Soranos, lui, recommandait de parler avec le malade de ses occupations ou de tout autre sujet susceptible de l'intéresser. Cet antagonisme entre Soranos et Celse « entre contrainte et douceur », entre « soin et contention » a perduré de différentes manières à travers les siècles. Si Soranos considérait la contention comme « un mal nécessaire », Celse estimait, lui, que la contrainte était thérapeutique. Il ne s'agissait pas de

divergence uniquement thérapeutique mais de deux conceptions du malade mental.

Le malade apparaissait chez Celse comme totalement envahi par sa maladie, il n'y avait alors qu'un traumatisme très violent qui pouvait l'en sortir. Bien que malade, l'individu, pour Soranos restait un sujet. Il en était convaincu par sa capacité à converser sur des questions qui l'intéressaient et qui montrait qu'il n'était pas totalement envahi par la folie. (9)

2.b Au Moyen Âge

Après la chute de l'Empire romain, les moines exercent le rôle de théologien mais aussi celui de médecin. L'Eglise accueille alors les malades et les pauvres.

La folie devient une manifestation du péché, une punition divine, quand elle n'est pas le signe d'une possession démoniaque que l'on traite par un recours aux prêtres pour exorciser, et aux pèlerinages pour se purifier.

L'abbaye Cistercienne de Clairvaux devient un lieu de recueillement où les moines, les pauvres et les fous recherchent par le moyen de l'isolement à parvenir à un ailleurs, à approcher un Dieu inaccessible. L'abbaye est alors un lieu de refuge possible grâce à son isolement du monde extérieur. L'abbaye deviendra bien plus tard, après la révolution, une maison d'arrêt.

Les premiers établissements pour « malades mentaux » sont créés par les arabes avec le « bimaritan » de Bagdad vers 765, puis ceux de Damas vers 800 et Alep vers 1270. En Europe, il faudra attendre 1410 pour trouver en Espagne, Valence plus précisément, la première fondation médicale « l'Espital del Folls » créée par Juan Gilberto Jofré pour prendre en charge les malades mentaux. Puis plusieurs hôpitaux ouvrent en Espagne, à Barcelone (1412), Saragosse (1425), Séville (1436). (10)

Jusqu'au XIV^e siècle, les malades mentaux sont tolérés dans leurs familles et par la société, « les seules mesures de santé publique sont dictées par le critère de dangerosité sociale ». (11) Cependant, si le malade mental est le plus souvent « soigné » à domicile, il est en général nécessaire d'attacher le fou furieux. Le recours aux moyens de contention semble alors traduire la solitude des proches qui veillent à protéger le fou de lui-même, tout en préservant la sécurité de chacun. Les moyens de contention permettent alors, non pas d'isoler, mais de maintenir le fou dans sa famille ou dans la communauté. (12) La plupart du temps, les Hôtel-Dieu refusaient d'accueillir les malades dangereux ou perturbateurs. Pour les prisons on

pensait, avec raison, qu'elles n'étaient pas faites pour accueillir des fous irresponsables, et leur faible nombre et leur état souvent précaire interdisait tout isolement. (13)

C'est ainsi que le fou errant, sans communauté, sans famille, était le plus souvent isolé à la lisière des villes, dans les « Tours aux fous ». Des tours de remparts ou des souterrains qui offraient des conditions suffisantes d'isolement et de sûreté, à défaut d'une hygiène et d'un confort qui n'étaient pas des préoccupations dominantes à l'époque. (13)

Puis, les mentalités évoluent. On commence à enfermer les fous, leur image s'altère, et ils deviennent l'incarnation du Mal, perdent leur dimension sacrée d'êtres par lesquels Dieu se manifeste. Au milieu du XIVe siècle, les fous sont considérés comme habités par des démons, ils sont alors exorcisés, torturés puis brûlés vifs sur les bûchers.

2.c La renaissance

Au cours de la Renaissance, deux positions se cristallisent dans la prise en charge des insensés : la position médicale et la position religieuse. (14)

En 1563 un hollandais, Johan Weyer (1515-1588), fut le premier à demander, via la publication de « De praestigiis daemonorum » ou de l'imposture des démons, à ce qu'il y ait une expertise médicale au cours des procès afin de différencier les malades des possédés. Il affirmait alors que les sorcières étaient des malades mentales et qu'elles devaient être soignées par des médecins au lieu d'être interrogées et brûlées par des ecclésiastiques. L'expertise médicale pourra alors apporter une certaine clémence pour les condamnations. (15) Au XVIe siècle, il n'y a pas de lieux réellement adaptés pour recevoir les malades mentaux. Les malades dangereux ne sont alors pas accueillis dans les établissements hospitaliers existants et les plus violents d'entre eux seront placés dans des cachots.

C'est alors qu'au début du XVIIe commencera ce que Michel Foucault nommera « Le grand renfermement ». « Une date peut servir de repère : 1656, date du décret de la fondation de l'hôpital général » écrit-il. De sa fonction d'enfermement, Michel Foucault se fera le théoricien : « en effet ce n'est point une structure médicale ayant mission de soins, mais une structure juridique administrative ayant mission de maintenir l'ordre monarchique, perturbé par la multiplication des mendiants et des insensés ». (16) Un mouvement de construction de plusieurs hôpitaux généraux s'est donc étendu dans tout le royaume suite à cet Edit royal du 27 avril 1656, prononcé sous Louis XIV, qui a interdit l'oisiveté et la mendicité considérées comme source de tous les désordres. L'hôpital général avait ainsi pour vocation d'accueillir tous les errants, notamment les malades mentaux. Chaque ville aura son hôpital général où

seront placés sans leur assentiment et sans jugement ceux qui choquent l'ordre public. Cela entraînera l'enfermement de plusieurs milliers de personnes en quelques mois notamment à l'hôpital de Bicêtre, réservé aux hommes, et à la Salpêtrière, réservé aux femmes. L'hôpital devient une structure administrative dont l'objectif est de maintenir la sécurité de la société et non d'être une structure de soins.

Le XVIII^{ème} siècle est, en effet, un siècle marqué par une crise économique. Les misères physiques et psychiques se multiplient. La seule solution qui apparut alors, a été celle de l'enfermement, car elle conjoint à la fois des impératifs de sécurité publique et de respect des règles morales. Le pauvre et le fou ne sont donc plus ces étrangers à l'homme par lesquels Dieu se manifeste, ils sont devenus des représentations de la force du Mal. Dès lors, le bien implique de les enfermer en leur assurant leur subsistance, et de les faire travailler pour tenter de les réadapter, et de les sauver...

L'isolement et la contention ne seront alors plus utilisés pour maintenir les malades mentaux au domicile, mais pour assigner une place, pour emprisonner, pour exclure.

Sous l'Ancien Régime (1515-1789), les situations de mise en danger de l'ordre public engendraient des peines d'enfermement sans qu'il y ait de décision de justice. Ces mesures pouvaient occasionner des incarcérations d'individus « jusqu'à nouvel ordre » sur ordre du roi ou de la police. Cela pouvait être dans des lieux où la durée de détention était indéterminée (prison, dépôt de mendicité, maison de force, quartier de force des hôpitaux généraux...). La personne y était admise sur lettre de cachet pour « violences, désordre des mœurs et de l'esprit, fureur... ». L'afflux de malade important va saturer les établissements existants. Louis XV va donc créer des dépôts de mendicité où seuls les fous resteront réellement. (14) En 1784, la Circulaire Breteuil va permettre la limitation de l'utilisation des lettres de cachet en incluant une procédure judiciaire « d'interdiction ». Cette circulaire va aussi essayer de fixer des temps maximaux de réclusion en fonction de « la nature des individus ». Elle recommandait la détention à vie pour les fous agités, un à deux ans pour les libertins et débauchés non délinquants, et trois ans pour les femmes scandaleuses ou pour les personnes ayant commis une indécence au détriment de la famille. (17)

2.d La Révolution Française, l'aliénisme du XVIIIe siècle

Lors de cette période, l'isolement évolue vers une démarche thérapeutique. A la fois en rupture et en continuité avec l'enferment, l'isolement thérapeutique à l'asile apparaîtra comme la grande découverte de la fin du XVIIIe. L'évolution des conceptions après l'ère Napoléonienne dans les domaines de la science, l'art et le champ social ne laissera pas de côté non plus le changement dans le champ psychique des relations humaines. C'est la naissance de la psychiatrie comme « médecine de l'esprit ». Cela occasionnera des changements dans la prise en charge des malades mentaux.

Le changement de régime initié lors de la Révolution Française s'accompagne de l'abrogation générale des règlements et lois régissant la séquestration des aliénés d'esprit. La première mesure législative est l'abolition des lettres de cachet. Un Comité des lettres de cachet, créé au sein de l'Assemblée Nationale par décret du 23 décembre 1789, fut chargé d'inspecter les maisons de force et de détention. Un premier décret en janvier 1790 enjoignit à toutes les personnes chargées de la garde de prisonniers détenus par lettre de cachet d'envoyer à l'Assemblée Nationale un état certifié des différents prisonniers. Puis fut promulgué le décret du 16 mars ordonnant la mise en liberté des personnes détenues « par lettres de cachet ou par ordres du pouvoir exécutif ».

Il y a toutefois à ce principe de mise en liberté une exception ; celle qui concerne les personnes détenues sur ordre du roi pour cause de démence. L'article 9 de la loi prévoit, en effet, leur examen par des médecins, dont l'avis déterminera leur devenir :

- soit leur libération, si elles ne sont pas ou plus aliénées,
- soit, dans le cas contraire, leur admission dans un hôpital où elles seront soignées. (18)

2.e Les aliénistes

- Pinel

Après la Révolution Française, le docteur Philippe Pinel (premier médecin aliéniste), a bouleversé le regard sur les fous (ou « aliénés ») en affirmant qu'ils pouvaient être compris et soignés. Il publie, en 1801, le *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, dans lequel il met en place un cadre nosographique et institutionnel posant les bases du traitement moral. Cette méthode repose sur l'humanisation des soins. Le traitement moral s'appuyait en premier lieu sur l'attitude du médecin face au malade, qui est faite d'une parole douce et

rassurante qui lui donne espoir tout en compatissant à sa souffrance.

Cette rupture théorique a fait cesser définitivement la considération du fou comme inhumain. Le désenchainement des aliénés est souvent attribué à Pinel, mais en réalité c'est son infirmier chef Jean Baptiste Pussin qui l'initia. Cette nouvelle manière de traiter les aliénés nécessitait un isolement propice qui devait être l'antithèse de l'exclusion. Pour les plus riches, il pouvait se faire en chambre, pour le plus grand nombre, le lieu de soin était désormais l'asile qui allait être conçu en tant qu'instrument propre à guérir la folie.

Par contre, si Pinel libère les aliénés de leurs chaînes, il n'en supprime pas pour autant l'isolement et la contention. Il estime que pour obtenir la guérison, il est indispensable de soumettre l'aliéné à une hygiène spéciale, et cette hygiène c'est l'isolement. Il pressent que l'isolement est un puissant moyen de guérison de la folie. (13)

- Esquirol

Esquirol (1772-1840), élève de Pinel, est lui aussi un aliéniste important dans la trajectoire de la psychiatrie. Il complète, précise et généralise l'enseignement du maître. Influencé par le philosophe Lamoriguière, il voit dans l'aliénation un trouble de l'attention. Soit qu'elle est trop distendue et laisse échapper des idées qui sombrent dans l'incohérence, soit que trop crispée elle se fixe exagérément sur un objet. Pour détourner l'aliéné de ses préoccupations ou pour l'aider à retrouver un ordre dans ses pensées sollicitées à l'excès par les stimulations sociales, Esquirol insiste sur la nécessité de l'isolement dont Pinel faisait déjà un prérequis du traitement. En n'osant pas s'opposer au délirant et en flattant son délire l'entourage confirme le malade dans son sentiment de toute puissance. De plus, l'aliéné a tendance à attribuer ses souffrances à ses proches et a d'autant moins confiance en eux que « les chagrins domestiques » sont souvent la cause de l'aliénation. L'isolement rompt donc l'association entre la cause et l'effet. Il provoque des sensations nouvelles qui obligent l'aliéné à réfléchir sur son état et, en nouant de nouvelles relations, à « s'oublier soi-même » pour penser aux autres.

Esquirol défend l'idée d'un cadre étroitement hiérarchisé pouvant doser l'isolement et l'adapter à chaque cas en utilisant comme moteur du traitement l'envie qu'a le patient d'y mettre fin en retrouvant les siens. Il insiste sur l'importance d'une autorité sans partage à la

tête d'une maison « consacrée au traitement des malades mentaux » où la cohabitation avec les autres aliénés devient, en elle-même, un moyen de traitement. (19)

L'article 64 du Code Pénal de 1810, qui déclare l'aliéné irresponsable, ouvre en outre au psychiatre, devenu expert, un champ supplémentaire d'intervention sociale où il entre en concurrence avec le juge et l'avocat en obtenant la possibilité de faire « échapper » à la justice l'auteur d'un crime ou d'un délit. (19)

2.f Les asiles

Esquirol est, avec Ferrus et Jean Pierre Falret, à l'origine de la loi du 30 juin 1838 régissant le traitement des malades mentaux et les limitations de leur liberté. Cette loi fonde pour plus d'un siècle l'organisation de la psychiatrie en France.

Elle prévoit que chaque département se dote d'un asile où les malades pourront être traités. Les internements y seront forcés soit à la demande de la famille ou d'un tiers qui s'intéresse à l'aliéné, soit d'office sous la responsabilité de l'autorité administrative. Considéré comme incapable, l'aliéné sera mis sous tutelle et ses biens seront gérés par un service spécialisé. (20)

Cette loi d'assistance et de protection de l'aliéné répond également aux questions de sécurité pour la société. Cette double valence caractérise donc la psychiatrie depuis l'origine avec des déplacements de curseur accentuant plus ou moins son aspect sécuritaire ou sa dimension de soin.

Il y a une certaine contestation des conditions d'hospitalisation. La réflexion sur les conditions asilaires amène certains établissements à se doter de fermes où travaillent les hospitalisés. Déjà au Royaume Uni, Tuke et Conolly avaient prôné « l'open door » et le « no restraint ». En 1813, Tuke élabore un code de déontologie qui bannit les contentions à moins d'agitation extrême et stipule qu'il ne doit pas y avoir plus de deux patients sous contention dans une même unité. L'isolement est utilisé comme moyen alternatif par lequel le malade doit devenir responsable de lui-même.

Vers la fin du XIXe, la théorie de la dégénérescence relance la question. Pour certains il faudrait réserver l'asile, espace médical que l'ont veut rendre plus efficace, aux curables. Des accueils en colonies familiales seraient une alternative pour des « chroniques incurables ». La première formule d'assistance hors asile, fondant un modèle d'institution ouverte, se voit ainsi proposée aux plus lourdement malades. (20)

Plusieurs médecins vont attaquer le principe de l'isolement et prôner une modification vers une utilisation moindre de la contrainte. Edouard Toulouse, psychiatre hygiéniste, est l'un

d'eux. En 1897 il écrit : « l'expérience faite pendant un grand nombre d'années a démontré que le séjour permanent dans une cellule, loin d'être efficace pour amener l'apaisement de l'agitation chez l'aliéné, a, au contraire, pour effet d'augmenter et d'entretenir l'agitation » (21).

Cela se concrétisera en 1922 où il crée à Saint-Anne le premier service libre, alors que la loi de 1838 ne prévoit qu'une admission par internement, connu sous le nom d'Hôpital Henri-Rousselle. Même si l'optique de Toulouse est de réserver cet espace aux « curables » la structure s'adjoint un dispensaire, un service social, des visites à domicile, et un centre de recherche et d'enseignement. (20)

Cela marquera les prémices du secteur psychiatrique.

2.g Le XXe siècle

Le XXème siècle fut marqué par l'abandon de l'Asile et de l'isolement thérapeutique qui lui était lié, et par l'arrivée de plusieurs révolutions dans l'approche des troubles psychiques :

- **L'avènement de la psychanalyse** au début du XXème siècle. Celle-ci va imprégner durablement le monde psychiatrique, et son vocabulaire va modifier la vision des malades mentaux. Elle va transformer la médecine des symptômes, en médecine de la relation, avec l'avènement de la psychothérapie et l'accès à celle-ci par des intervenants non médicaux, les psychologues. Il n'y a aucune utilisation de la contrainte dans ce contexte.

- **La révolution pharmacologique** dotant le psychiatre de médicaments efficaces (comme la chlorpromazine en 1952) contre l'expression symptomatique violente, délirante, autistique, bouleversa l'atmosphère carcérale qui régnait dans l'asile et permit de faire évoluer la prise en charge des malades mentaux avec un avenir possible à l'extérieur de l'asile en apportant une relative « contention chimique » à leurs troubles.

- **La naissance de la psychothérapie institutionnelle**, étend la notion de relation psychothérapique à tous les soignants. Elle modifiera ce qui pouvait apparaître comme le « pouvoir du savoir absolu de médecin. »

Les perspectives de ces prises en charge permettent de croire en une évolution de la pathologie du malade et ainsi un retour dans la société. La période d'après-guerre avec le constat de surmortalité de 40000 malades de froid et de dénutrition dans les asiles durant la

Seconde guerre mondiale, ainsi que la découverte de l'extermination des malades mentaux en Allemagne font réinterroger en profondeur les fonctionnements asilaires.

C'est dans ce contexte que le secteur psychiatrique fut créé. La séparation du milieu environnant avec la thérapie du milieu hospitalier devient thérapie dans le milieu environnant, voire du milieu environnant.

Ainsi, la circulaire du 15 Mars 1960, relative aux fondements de la psychiatrie de secteur, affirme l'hospitalisation comme « une étape du traitement » et qu'un traitement peut être aussi administré sans hospitalisation. Cela change radicalement les perspectives de prise en charge pensées lors de la publication de la loi de 1838 et inscrit le maintien, tant que possible, du malade dans la société.

Suite à ces avancées sur le plan thérapeutique, la loi du 30 Juin 1990 est venue, plus de 150 ans après, réformer la loi de 1838. L'hospitalisation en service libre devient la règle, les hospitalisations sans consentement conservent deux modes de placement. L'attention portée au respect de la liberté individuelle du patient est très aigüe et se traduit, entre autres, par l'augmentation du nombre de certificats médicaux et des médecins qui interviennent. Dans ce contexte, un organe de contrôle du droit et de la protection des personnes hospitalisées est créé : la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP). (20)

II Contexte actuel et cadre légal de l'isolement

1. Politique sécuritaire et dangerosité

Depuis la fin du XXe siècle, avec la montée du chômage et la disparition d'un Etat social présent dans la réadaptation de l'individu, on assiste en France à une dégradation du lien social et une généralisation de l'individualisme qui s'accompagne d'une focalisation de la problématique sécuritaire. Celle-ci devient alors un enjeu électoral et les politiques de contrôle, répression et punition s'imposent dans une idée de responsabilisation de l'individu au détriment de la réhabilitation. Bien que la France soit, au niveau statistique, considérée comme l'un des pays les plus sûrs au Monde avec un taux d'homicide de 0,7 pour 100 000 habitants contre, par exemple, 1,2 pour la Suède et l'Allemagne ou 6,2 pour les Etats Unis, la perception de la violence est différente. (22) En effet, nos sociétés sont certes plus sûres et de plus en plus attentives à la sécurité individuelle et collective mais paraissent aussi plus vulnérables, incertaines et dangereuses qu'elles ne l'ont jamais été. Dans une période de crise

économique le sentiment d'insécurité ne cesse de croître. Chacun peut se trouver douloureusement meurtri de petites incivilités mais aussi confronté par l'intermédiaire des médias à un flot d'informations et d'images traumatisantes. Par ce relais nous côtoyons alors, au quotidien, une violence banalisée, la barbarie et la mort « mises en scène » dans des processus de communication où les mots cèdent la place aux images brutes et aux passages à l'acte. (23)

En plus des actes terroristes récents très médiatisés (le Bataclan, Nice...) qui renforcent massivement ce sentiment d'insécurité, les faits divers impliquant des malades mentaux sont eux aussi très souvent surmédiatisés. Le crime de Pau en 2004, concernant un malade atteint de schizophrénie qui avait tué deux membres du personnel soignant de son hôpital de secteur en est un des exemples.

Un autre fait divers a fait date. Il s'agit de l'homicide commis par un malade schizophrène sur un étudiant de Grenoble en Novembre 2008 alors qu'il avait fugué du service où il était hospitalisé. Le président de la République de l'époque, Nicolas Sarkozy, s'était déplacé à Antony trois semaines plus tard pour faire un discours sur les soins psychiatriques. C'est sur un ton particulièrement sécuritaire qu'il exposa alors les perspectives futures des soins en psychiatrie. « Il faut trouver un équilibre, que nous n'avons pas trouvé, entre la réinsertion du patient absolument nécessaire et la protection de la société. » dit-il. (24) Cela inscrit de nouveau les attentes du point de vue sécuritaire de la société envers la psychiatrie et les craintes qu'il peut y avoir vis à vis des malades mentaux. Craintes exacerbées par cette médiatisation des faits divers qui leurs sont imputés bien qu'ils soient beaucoup plus victimes qu'auteurs de crimes, et que les homicides commis par des malades mentaux ne représentent que 10% des homicides totaux. (25)

Il justifie alors, suite à ce fait divers, un « plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques » avec plusieurs mesures telles que : la mise en place d'un dispositif de géolocalisation pour certains patients afin de les repérer en cas de fugue, « au moins une unité fermée dans chaque établissement », portes et systèmes de vidéosurveillance à l'entrée des établissements, et l'aménagement de 200 chambres d'isolement supplémentaires en précisant : « Ces chambres à la sécurité renforcée sont destinées aux patients qui peuvent avoir des accès de violence envers le personnel. ». Nous verrons plus tard dans notre développement que les chambres d'isolement ne sont pas seulement réservées au risque hétéro-agressif chez certains patients mais aussi utilisées dans un but de protection pour le patient lui-même. De plus, il a souhaité mettre en place la construction de quatre nouvelles Unités pour Malades Difficiles destinées

aux patients dangereux ainsi que la création d'un projet de loi permettant des soins psychiatriques ambulatoires sous la contrainte. (24)

Ces nombreuses mesures contrastent avec l'élan du soin psychiatrique à maintenir le malade mental dans la société. Il y a eu d'ailleurs une réaction vive des psychiatres et notamment un groupe de professionnel se nommant le Collectif des 39 qui a protesté lors de la « Nuit sécuritaire » contre ces mesures « stigmatisantes et en désaccord avec la relation de soin ». (26)

Cet événement n'en est pas resté là car en 2016, le psychiatre responsable du patient a été condamné à 18 mois de prison avec sursis pour homicide involontaire. Alors que le patient a été jugé irresponsable pénalement, le psychiatre ayant autorisé sa sortie a été tenu directement responsable de l'homicide. Cela marque un tournant dans l'abord des soins psychiatriques car cela révélerait qu'il incomberait au psychiatre d'assurer la sécurité de la population civile.

Dans l'article du Monde, Norbert Skurni, vice-président de l'intersyndicale de défense de la psychiatrie publique (Idepp) alerte sur le fait que « les schizophrènes n'ont pas vocation à être enfermés » mais le risque de poursuite pourrait pousser les praticiens « à ne plus autoriser de sortie ». (27)

La dangerosité potentielle d'un individu amène à qualifier et vouloir enfermer tous les « fous dangereux » en psychiatrie. L'exemple récent des djihadistes et fichés S illustre bien cela. Le député E. Ciotti proposait alors, suite au meurtre de deux fonctionnaires de police en 2016 « d'interner tous les djihadistes fichés S dans un centre de rétention comme les malades psychiatriques ». Or les patients psychiatriques ne sont bien sûr pas hospitalisés par rapport aux actes qu'ils ont commis ou leur dangerosité mais en premier lieu par rapport à leur pathologie, leur souffrance, et les soins qu'ils requièrent. (28)

Au vu des confusions de l'utilisation du mot « dangerosité » il paraît important de définir ce que pourrait être dans notre cas un patient dit « dangereux » et pouvant nécessiter une prise en charge psychiatrique plus intensive, contenante ou « sécurisée ».

La dangerosité, même si ses définitions restent multiples, 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. (29)

Selon les recommandations de la HAS en 2010 sur la dangerosité psychiatrique, il est essentiel de distinguer la dangerosité psychiatrique, « manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale », de la dangerosité criminologique qui est « un

phénomène psycho-social caractérisé par des indices révélateurs de la très grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens ». (30)

C'est bien ainsi la dangerosité dite « psychiatrique », et non criminologique, qui amènera à une hospitalisation voire à une éventuelle utilisation de la chambre d'isolement si un risque auto ou hétéro agressif lié à une pathologie mentale s'avère aigu.

Charles Alezrah développe dans un article le paradoxe pour le psychiatre entre la question sécuritaire que la société lui demande d'assurer et le respect des libertés individuelles qu'il doit respecter. En effet, il affirme : « le psychiatre hospitalier, aujourd'hui, apparaît de plus en plus écartelé dans l'exercice de ses fonctions par les attentes souvent paradoxales d'un corps social prompt à s'offusquer des atteintes aux libertés dont il est rendu responsable mais également à lui reprocher de laisser divaguer, ou « s'évader » des hôpitaux, des fous dangereux... ». (23)

On peut donc se demander si ce contexte sécuritaire particulier n'influerait pas sur la pratique quotidienne du psychiatre avec une possible surprescription de mesures visant à réduire le risque de passage à l'acte (et donc de poursuites) au prix d'une restriction des libertés individuelles plus importante.

2. Contexte actuel de l'isolement

La pratique de l'isolement en psychiatrie est courante et généralisée.

Les chiffres du Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie (RIM-P), organisme regroupant l'activité des hôpitaux psychiatriques via les services de Direction d'Information Médicale, relatent de grandes disparités en 2015 par rapport au taux d'utilisation des chambres d'isolement en fonction des départements.

En effet, on retrouve un taux d'utilisation de 0 à 1% dans le Cantal ou le Calvados et de 15 à 30 % pour la Haute-Corse ou le Jura. En Loire-Atlantique ce taux est de 7,5 à 10% alors qu'il va de 15 à 30% pour la Vendée par exemple. (31)

Cette pratique hétérogène est pointée du doigt par le CGLPL car les modalités de mise en place de ces mesures sont organisées et gérées de façons très diverses selon les établissements et même, à l'intérieur de ceux-ci selon les pôles, les services, les unités. « On pourrait s'attendre à ce que ces différences de méthodes s'expliquent par celles des types de patients. En réalité, elles seraient plus à attribuer à des « cultures de service » traduisant des approches ou des points de vue divers des médecins ou des équipes ». (4)

Cela interpelle qu'une pratique entraînant des restrictions de libertés individuelles du patient soit aussi peu homogène et encadrée.

Si les chiffres donnés par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) à partir du RIM-P peuvent montrer une tendance, ces chiffres ne sont pas totalement représentatifs de la pratique réelle de l'isolement en psychiatrie, en raison d'un recueil non exhaustif, (30) mais peuvent servir de base de réflexion. En effet, on constate entre 2012 et 2015 une tendance à l'augmentation du nombre de jours d'hospitalisation à temps plein avec un passage d'au moins 2h d'isolement thérapeutique avec 22682 patients hospitalisés en 2012 ayant eu au moins un jour d'isolement durant leur hospitalisation (5% des journées d'hospitalisation temps plein) pour 28100 patients en 2015 (6% des journées d'hospitalisation temps plein). (31)

Cette augmentation pourrait s'expliquer aussi par une meilleure exhaustivité du recueil au cours du temps mais pas seulement. La thèse d'Anais Bizien, étudiant l'utilisation de la chambre d'isolement au CHRU de Tours et au CH d'Amboise-Château-Renault entre 2010 et 2014 a montré une augmentation du recours à la chambre d'isolement avec un taux d'utilisation de 1,36% en 2010 à 3% en 2014. Elle constate aussi une augmentation significative de 57% de la durée de séjour en isolement en 5 ans. (32) On pourrait croire que cela soit dû à une augmentation des violences dans les services mais l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) a publié dans son rapport annuel de 2015 portant sur les données de 2014 qu'il « n'y a pas plus de violences mais que leur origine a changé... avec une aggravation du sentiment d'insécurité ressenti par les personnels de santé. ». (33) Si cette augmentation du recours à l'isolement ne peut être corrélée à une majoration des violences déclarées dans les hôpitaux psychiatriques elle pourrait donc être interprétée comme une orientation plus sécuritaire des pratiques comme suggéré dans la partie II.1.

Or la mise en chambre d'isolement implique des restrictions de libertés individuelles qui doivent être justifiées par des arguments cliniques d'une nécessité de protection vis à vis d'une mise en danger du patient lui même ou d'autrui. Jusqu'à la promulgation de la loi du 26 Janvier 2016, les textes régissant les procédures d'isolement et de contention étaient extrêmement flous et même si des limites par voie réglementaire ou via le Code de Santé publique étaient posées, il était possible d'isoler et de contenir un patient sans contrôle, ni pendant la mesure, ni après. Il est donc important de décrire l'importance et l'évolution du cadre légal en lien avec ces mesures.

3. Cadre légal

3.a Evolution légale de la Psychiatrie en France

Dans le contexte de politique sécuritaire, ce sont finalement les inconstitutionnalités de la loi du 27 Juin 1990, pointées par le Conseil Constitutionnel, qui amèneront à voter en procédure d'urgence la loi 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 ». Elle résulte donc de décisions du Conseil Constitutionnel, du Conseil d'Etat et de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH). Les arrêts qui en sont à l'origine soulignent une évolution constante de la jurisprudence allant dans le sens du renforcement des droits et des garanties du respect des libertés individuelles en se centrant sur trois points : l'obligation de recueillir les observations de la personne malade, le bref délai de recours et le respect de la dignité. (34)

La CEDH, destinée à protéger la liberté individuelle des ressortissants européens, impose de prévoir une intervention de l'autorité judiciaire afin de limiter le risque d'arbitraire dans les soins psychiatriques sans consentement.

De plus, la constitution Française apporte d'autres précisions en expliquant que le législateur se doit « d'assurer la conciliation entre, d'une part, la protection de la santé des personnes souffrant de troubles mentaux ainsi que la prévention des atteintes à l'ordre public nécessaire à la sauvegarde de droits et principes de valeurs constitutionnelles, et d'autre part, l'exercice des libertés constitutionnellement garanties » et ajoute « les atteintes portées à l'exercice de ces libertés doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs poursuivis » (Art L 3211-3 et 3211-4 du CSP). (35) (36) L'hospitalisation sous contrainte entraîne une privation de liberté individuelle d'aller et venir, ce principe l'est encore plus dans le cas de l'isolement. Il faudra donc veiller à ce que les libertés individuelles soient respectées dans la mesure du possible. Si celles-ci sont restreintes, ces restrictions doivent être justifiées par des arguments cliniques.

La loi du 5 Juillet 2011, modifiée le 27 Septembre 2013, a remplacé le terme d'hospitalisation sous contrainte par soins psychiatriques sous contraintes, impliquant le fait que les soins puissent être administrés en ambulatoire sous forme de programme de soin et plus seulement sous forme d'hospitalisation.

Le changement majeur s'opère dans le fait de placer l'ensemble de la procédure sous le contrôle du Juge des Libertés et de la Détention (JLD), de manière systématique, dès les

premiers jours d'hospitalisation, ou à la demande du patient dans d'autres circonstances. Si auparavant, les décisions de placement en hospitalisation d'office ou sur demande d'un tiers pouvaient être soumises au juge, elles ne l'étaient qu'à l'initiative du patient ou de ses proches. Elle a aussi renforcé les droits des patients et leurs voies de recours. (34)

En dehors de ces ajustements légaux sur les modalités d'hospitalisation, la loi de 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013, s'étend minutieusement sur les conditions de dispensation de soins sans consentement, dans le cadre d'une hospitalisation complète ou en ambulatoire, mais elle reste silencieuse sur la nature de ces soins et n'en proscriit aucun. (4)

3.b Textes et organismes internationaux

- L'organisation des Nations Unies

La résolution 46/119 de l'ONU votée le 17 décembre 1991 est importante dans le fondement du cadre légal. Elle concerne la « protection des personnes atteintes de maladie mentale et l'amélioration des soins en santé mentale ». Le paragraphe 11 du principe 11 stipule : « La contrainte physique ou l'isolement d'office du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui. Le recours à ces mesures ne doit durer que le temps strictement nécessaire à cet effet.

Toutes les mesures de contrainte physique ou d'isolement, les raisons qui les motivent, leur nature et leur étendue, doivent être inscrites dans le dossier du patient. Tout patient soumis à la contrainte physique ou à l'isolement d'office doit bénéficier de conditions humaines et être soigné et régulièrement et étroitement surveillé par un personnel qualifié ». (37)

Cette résolution insistait déjà sur le fait qu'une mesure de contrainte telle que l'isolement ne peut être imposée qu'en dernier recours après avoir fait l'essai d'autres mesures préalables d'apaisement. Elle suggère aussi une traçabilité et une mise en œuvre de la mesure dans le respect des droits du patient.

- Le Comité Européen pour la Prévention des Tortures et traitements inhumains et dégradants (CPT)

Le CPT a été établi en 1989 par la « Convention Européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants » du Conseil de l'Europe. (38). C'est la rédaction de l'article 3 de la Convention Européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales qui dispose que « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ». (39) Cela a inspiré la rédaction de la Convention instituant le CPT.

Cet organisme a pour but de protéger les personnes privées de liberté de la torture et de toutes autres formes de mauvais traitement avec des moyens procéduraux non judiciaires, à caractère préventif. En effet, le CPT visite les lieux où les personnes sont privées de liberté (établissements de santé mental, lieux de détention...) afin d'évaluer la manière dont elles sont traitées.

Le rapport du CPT rendu au Gouvernement de la République Française en 2012 (40), suite à la visite qu'il a effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010, a fait date car il a contribué à la rédaction de la loi spécifique à l'isolement du 26 Janvier 2016. Il est notamment indiqué 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 ». (40) Il rappelle que la « mise en chambre d'isolement (ou toute mesure similaire) et la mise sous contention sont des mesures extrêmes qui peuvent être prises afin de faire face à un risque imminent de blessures ou un état de violence aiguë ». Le comité insiste également sur l'importance et la nécessité que la prescription de ces mesures coercitives soit de nature médicale et qu'elle se fasse au moment précis où la situation l'exige et non pas en « si besoin » comme cela peut se voir dans de nombreux établissements. La notion de dernier recours est là aussi énoncée dès 2012 et le CPT rappelle qu'il est impératif d'avoir tenté auparavant tous les autres moyens appropriés.

De plus, le CPT recommande aux autorités françaises de veiller à ce que les protocoles de mise en chambre d'isolement et de contention soient revus dans les établissements psychiatriques visités, ainsi que dans tous les autres établissements de psychiatrie ayant recours à l'isolement et qu'ils soient conformes aux recommandations édictées par la HAS. (41) En 2012, le comité appelait déjà les autorités françaises « à mettre en œuvre sa recommandation de longue date visant à ce que tout recours à l'isolement et à la contention soit consigné dans un registre spécifiquement établi à cet effet dans chaque service. Les

éléments à consigner dans ce registre doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel. Ce registre doit être accessible aux organismes de contrôle en visite dans les établissements/services de psychiatrie ». (40)

Par ailleurs, le CPT remettait en cause le caractère thérapeutique de l'isolement : « il n'y a pas de preuve scientifique d'un bénéfice quelconque découlant du recours à la contention et à l'isolement ». (40) Cette analyse du CPT a été appuyée par les recommandations internationales les plus reconnues telles que les Guidelines du NICE sur Violence and agression dans la mise à jour de 2015 (42) « Dans une revue de 21 études d'observation dans les milieux adultes de patients hospitalisés en psychiatrie, les auteurs ont conclu qu'il n'y avait pas suffisamment de preuves pour déterminer si l'isolement et la contention sont des interventions sûres et/ou efficaces pour la gestion à court terme des troubles du comportement violents. »

La dernière visite effectuée en France s'est déroulée du 15 au 27 Novembre 2015. Il s'agissait de la douzième visite du Comité sur le territoire français. Le rapport, publié en Avril 2017, a souligné l'effort fait par les autorités sur l'amélioration de la réglementation concernant les mesures d'isolement et de contention. Ils comparent dans ce rapport la contention mécanique à la contention chimique et se questionnent sur les prescriptions « si besoin » faites par les médecins. (43)

On constate donc l'impact que peut avoir ce comité sur la rédaction des lois et recommandations en France.

3.c Textes et organismes français

- Circulaire Veil

Suite à des mauvais traitements reçus par des patients hospitalisés en hôpital psychiatrique et conformément aux recommandations du Conseil de l'Europe, l'ancienne Ministre de la santé, Simone Veil, a établi en 1993 une circulaire qui recadre l'utilisation des soins sous contraintes en précisant que les soins avec consentement du malade devaient être la règle et que les soins sous contraintes devaient relever de l'exception. Il s'agit de la circulaire no 48 D.G.S./SP3/ du 19 juillet 1993, dite « circulaire Veil ». (44)

Plus spécifiquement, cette circulaire régit de façon explicite le fonctionnement et l'utilisation des chambres d'isolement. Elle a pour vocation d'éviter le recours abusif à l'isolement des malades mentaux. Elle énonce qu'il doit y avoir adéquation entre les soins portant atteinte à la liberté des malades hospitalisés en psychiatrie et les modalités d'hospitalisation. Elle précise en effet que :

- « les patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clé, ni a fortiori dans des chambres verrouillées » ;
- « l'atteinte à la liberté d'aller et venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indication médicale » ;
- « il doit y avoir adéquation entre des soins portant atteinte à la liberté et les modalités d'hospitalisation ». (44)

La circulaire prévoit aussi les cas d'urgence. Un malade hospitalisé sur le mode de l'hospitalisation en Service Libre (SL) peut être placé en isolement sous certaines conditions strictes :

« Toutefois, en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte ». (44)

Cette modification du statut d'hospitalisation est toujours valable après la loi du 5 juillet 2011 avec la transformation de l'hospitalisation libre ou SL en mesure de soins psychiatrique à la demande d'un tiers ou SPDT. Elle est qualifiée de « mise en conformité du mode d'hospitalisation ». Cette procédure doit être réalisée dans les 24 heures pour tous patients hospitalisés en Soins libres (SL) et placés en chambre d'isolement. Ce qui signifie qu'en théorie, tous les patients placés en chambre d'isolement 24 heures ou plus doivent être hospitalisés sous contrainte, soit en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou SPDT, soit en Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat ou SPDRE. (45)

- Code de déontologie médicale

Le Code de déontologie médicale, qui s'impose à tout médecin, régit de façon indirecte l'utilisation des chambres d'isolement.

L'article 2 (article R.4127-2 du Code de la santé publique) précise que le médecin « exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité ». (46)

L'article 8 (article R.4127-8 du Code de la santé publique) édicte que « le médecin se doit, en toutes circonstances de respecter les principes de moralité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine. Il doit en outre tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes (. . .) thérapeutiques possibles ». (47)

- Le Code pénal

Enfin, il est utile de rappeler l'article 432-49 du Code Pénal : « Le fait, par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, agissant dans l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, d'ordonner ou d'accomplir arbitrairement un acte attentatoire à la liberté individuelle est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende ». Le mot « arbitrairement » signifie là aussi l'importance de l'argumentation et de la justification d'une décision de prise en charge entravant les libertés individuelles. (48)

- Contrôleur Général des lieux de privation de libertés

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est une autorité administrative indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007 suite à l'adoption par la France du protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Il a pour mission de veiller à la protection de l'ensemble des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, qu'elles soient en prison, en garde à vue, dans un établissement de santé mentale, en centre de rétention pour étrangers ou dans tout autre lieu dans lequel les personnes sont enfermées par la décision d'un juge ou d'une autorité administrative. (4)

Le CGLPL s'assure ainsi que les droits à la vie, à l'intégrité physique et psychique ou à ne pas être soumis à un traitement inhumain ou dégradant sont respectés.

L'hôpital psychiatrique n'est pas, par définition, un lieu de privation de liberté, mais il peut s'y trouver des patients admis sans leur consentement, et dont la liberté d'aller et venir se trouve restreinte. En effet, certaines personnes, outre le fait qu'elles soient hospitalisées sans leur consentement, peuvent être soumises à des mesures de contrainte physique (placées en chambre d'isolement ou sous contention), et ces procédures sont exclues de tout contrôle judiciaire.

Le CGLPL peut donc visiter à tout moment, tout lieu du territoire français où des personnes sont enfermées pour vérifier les conditions de vie des personnes privées de liberté

et enquêter sur l'état, l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

Les contrôleurs ont libre accès à l'ensemble des locaux et peuvent s'entretenir de manière confidentielle avec les personnes privées de liberté ainsi qu'avec le personnel et tout intervenant.

L'action du CGLPL se situe dans la formulation de recommandations aux autorités publiques. Outre les rapports publiés à l'issue de chaque visite d'établissement, il peut décider de publier au Journal Officiel des recommandations spécifiques à un ou plusieurs établissements ainsi que des avis généraux sur une problématique transversale. (4)

L'exemple du rapport de visite du Centre psychothérapique de l'Ain à Bourg en Bresse du 11 au 15 Janvier 2016 rendu public au Journal Officiel en raison du constat fait par les contrôleurs de « conditions de prise en charge portant des atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées dans cet établissement. » montre l'action que peut avoir le CGLPL qui a émis 8 recommandations à appliquer « sans délai ». (49)

Il publie aussi chaque année un rapport annuel sur les lieux de privations de liberté en France. En mai 2016, et pour la première fois depuis sa création, le CGLPL a établi un rapport thématique, sur l'isolement et la contention, de ses 121 visites dans 11 établissements de santé mentale, ce qui représente 41 % des sites spécialisés en psychiatrie. En effet, la généralisation de ces pratiques « gravement attentatoires aux droits fondamentaux » et leurs modalités d'utilisation au sein des établissements de santé mentale ont alerté le CGLPL. Ce rapport précise que « le terme générique d'établissement de santé mentale fait référence à plusieurs types de lieux dans lesquels peuvent être pris en charge des personnes atteintes de troubles mentaux : Centre Hospitaliers spécialisés et services psychiatriques au sein d'hôpitaux généraux, unités pour malades difficiles (UMD) et unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les patients détenus ».

3.d La loi du 26 Janvier 2016 : Une étape nécessaire

Comme dit précédemment, il n'y avait, jusqu'au 26 Janvier 2016, aucun cadre légal spécifique pour les mesures de privation de liberté utilisées au sein des établissements de santé mentale.

Suite aux nombreuses alertes faites par les organismes nationaux (CGLPL, rapports gouvernementaux) et internationaux (CPT) de contrôle du respect des droits fondamentaux dans les lieux de privation de liberté. Il était nécessaire d'apporter un cadre légal à ces

pratiques. Le législateur a donc rédigé l'article 72 de la loi du 26 Janvier 2016 de modernisation du système de santé, avec l'article L 3222-5-1 où il est écrit dans une première partie :

« L'isolement et la contention sont des pratiques **de dernier recours**. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, sur **décision** d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin ». (50) Le principe de **dernier recours** est un point fondamental dans l'approche de ces mesures restrictives de liberté. En effet, il inscrit le fait que pour recourir à l'isolement il faut avoir essayé d'autres mesures en amont, potentiellement efficaces pour une amélioration de la situation clinique et moins restrictives pour le patient.

Le deuxième élément important de cette loi repose sur la « **décision** » prise par un psychiatre et non la prescription. L'isolement ne serait alors plus considéré comme une mesure thérapeutique mais comme une mesure de protection vis à vis d'un danger auquel serait exposé un tiers ou le patient lui-même. Elle entraîne aussi une modification juridique de la mise en isolement avec une décision qui peut être lue comme une « décision administrative individuelle portant atteinte aux libertés individuelles ». Cette loi oblige une « autorité administrative » à motiver en détail ses décisions afin de permettre à l'administré de comprendre les raisons ayant conduit à la solution retenue. Or, à l'hôpital tout agent qui participe à la mise en œuvre d'une mission de service public est considéré comme une autorité administrative. Il ne s'agit pas seulement du directeur. Ce changement de statut permet d'éviter un usage qui s'inscrit dans un règlement intérieur ou un usage protocolaire systématique de l'isolement.

Il est important de préciser que le terme de décision est employé dans l'action d'initier la mesure face à la nécessité de protection du patient vis à vis de lui-même ou d'autrui et que les modalités de surveillance, de prolongation de mesure, de choix de traitements médicamenteux restent bien des prescriptions. (51)

Jusqu'alors la jurisprudence administrative n'a eu l'occasion de statuer que sur la question de la réparation due à un patient du fait des conditions de placement en chambre d'isolement. Désormais, il est possible de penser que toute décision d'isolement ou de contention sera susceptible d'un recours devant le juge administratif.

La deuxième partie de l'article de loi concerne **le registre** qui doit être tenu dans tous les établissements de santé autorisés en psychiatrie. Ce registre permettra d'avoir un meilleur recensement de l'utilisation de l'isolement et des contentions réalisés sur le territoire et une meilleure traçabilité pour chaque patient. On retrouve alors le texte suivant dans l'article 72 de la loi du 26 Janvier 2016 :

« Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires. L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. » (50)

C'est une avancée majeure dans l'utilisation de l'isolement en établissement de santé mentale, seulement quelques interrogations demeurent dans les termes de « durée limitée » et de « surveillance stricte » qui peuvent être subjectives alors que le rapport du CGLPL démontre une utilisation divergente entre les hôpitaux.

Les recommandations de la HAS publiées en Mars 2017 vont permettre d'apporter des précisions sur ces modalités.

3.e Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), Mars 2017

Les dernières recommandations concernant l'isolement dataient de 1998. Et au vu du contexte déjà évoqué ci-dessus, des divergences et des dérives de pratiques, il était primordial d'actualiser ces recommandations afin d'améliorer et d'harmoniser les pratiques d'isolement et de contention dans les différents établissements de santé mentale.

C'est ainsi que la Direction Générale de Santé et la Direction Générale de l'Organisation des Soins ont souligné dans leur saisine adressée à la HAS que « si ces pratiques thérapeutiques

peuvent être considérées comme indispensables dans certaines situations, la contrainte particulière qu'elles représentent pour les personnes concernées justifie qu'elles soient particulièrement encadrées et envisagées dans des conditions très précises ». C'est ce qu'a réalisé la HAS en Mars 2017 en rédigeant un texte de recommandation de bonne pratique sur « l'isolement et contention en psychiatrie générale » avec la finalité d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité des soins, et de veiller au respect de leurs droits fondamentaux en encadrant fortement ces pratiques pour qu'elles ne soient utilisées qu'en dernier recours.

L'objet de ma thèse et l'étude qu'elle comprend se portant sur l'isolement, nous allons donc approfondir le cadre de pratique défini par la HAS pour celui-ci et non pour la contention. (3)

- **Indications**

Dans les recommandations rédigées par la HAS, l'indication principale de l'isolement est de « prévenir une violence imminente du patient ou répondre à une violence immédiate non maîtrisable, sous tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui. »

On parle donc de protection vis à vis de la dangerosité psychiatrique. Il n'est plus question d'indication pour diminuer les stimuli sensoriels comme affirmé dans les précédentes recommandations de l'ANAES en 1998.

« L'isolement doit être utilisé en dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque, après une évaluation du patient. Il doit être pleinement justifié par des arguments cliniques. ». (3)

Dans le cas particulier où le patient serait lui-même demandeur d'une mesure d'isolement ou de contention, celle-ci doit être évaluée au regard de la clinique et la réponse apportée doit être la plus adaptée (réassurance, accompagnement de proximité, traitement médicamenteux, séjour en espace d'apaisement...). Si aucune alternative à l'isolement et à la contention n'est envisageable, ces mesures doivent alors être réalisées dans les conditions précisées par ces recommandations de bonne pratique. (3)

L'isolement à la demande du patient doit donc là aussi rester une exception et il doit lui être proposé d'autres mesures au préalable.

- **Contre-indications**

Dans les contre-indications, la HAS met en priorité l'objectif de punition ou de parer à un problème institutionnel car ce n'est pas un objectif thérapeutique ni protecteur.

On retrouve ainsi :

- « Objectif de punition, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination ;
- En aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels ;
- Etat clinique ne nécessitant pas un isolement ;
- Réflexion bénéfices/risques à mener lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peuvent être graves (affection organique non stabilisée, troubles de la thermorégulation, trouble métabolique, atteinte orthopédique, atteinte neurologique...) ». (3)

- **Cas particulier des personnes placées sous main de justice**

Ces situations sont régies par l'article L. 3214-1 du CSP qui prévoit que ces personnes soient adressées en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA).

Cependant, dans la pratique, certains détenus sont hospitalisés dans les services de psychiatrie générale.

Or, il est mentionné dans les recommandations que : « quel que soit le lieu d'hospitalisation, le recours à l'isolement relève d'une nécessité médicale. ». (3)

Il n'est donc écrit à aucun endroit l'obligation de mise en chambre d'isolement pour un patient détenu nécessitant des soins psychiatriques. Celle-ci devrait être faite uniquement lorsqu'il y a une indication cliniquement justifiée.

- **Modalités de mise en œuvre**

Les modalités de mise en œuvre sont bien plus détaillées que dans les précédentes recommandations faites lors de l'audit clinique de l'ANAES en 1998.

En effet, il est tout d'abord précisé que les patients admis en isolement ne peuvent être que ceux « faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement ».

La décision de mise en isolement ne peut être faite que par un psychiatre. Il peut arriver que cette décision soit prise, dans le cadre de l'urgence, par l'équipe soignante. Dans ce cas, la HAS préconise une « confirmation par un psychiatre dans l'heure qui suit le début de l'isolement après un examen médical qui permettra de déterminer si l'isolement est justifié, s'il doit être maintenu ou s'il doit être levé ».

L'entretien et l'examen médical restent la règle pour pouvoir initier l'isolement. La HAS a restreint l'initiation de l'isolement au psychiatre traitant ou senior. En effet, « le médecin initiant la mesure devrait préférentiellement être le psychiatre traitant du patient ». Or s'il s'avère que ce soit un interne ou un médecin non psychiatre, qui décide de la mise en isolement, celle-ci « doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit ».

De plus, il est proposé une fiche « particulière de prescription du suivi de la décision » où il doit comporter, outre les informations administratives et le motif d'admission, « des précisions sur ce qui a été vainement mis en œuvre préalablement afin de justifier que la mesure a bien été prise en dernier recours » ce qui est en accord avec l'article de loi du 26 Janvier 2016 légiférant sur le caractère de dernier recours pour mettre en place l'isolement. On doit aussi retrouver la recherche de contre-indications à l'isolement, les modalités d'administration du traitement médicamenteux en « privilégiant une voie per os chaque fois que possible », les consignes concernant l'hygiène et l'accès à l'alimentation et la boisson clairement tracées...

La durée de prescription a connu là aussi un changement important avec une prescription initiale recommandée de 12h, renouvelable pour 12h « si l'état de santé le nécessite » après un examen médical. En cas de prolongation la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures en concertation avec l'équipe soignante. Il est ajouté que « les isolements de plus de 48 heures doivent être exceptionnels » ainsi que le patient « bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures ». Ces durées de prescriptions limitées et ces réévaluations plus fréquentes que dans les recommandations précédentes (toutes les 24 heures dans les recommandations de l'ANAES datant de 1998) montrent l'importance pour les autorités de limiter le risque de prolongation de ces mesures.

La HAS insiste aussi sur le fait que « le recours à l'isolement ne doit devenir un mode d'intervention systématique à l'endroit d'un patient qui a des comportements à risque » et préconise plutôt une réflexion sur les causes sous-jacentes à ces comportements. Les mesures d'isolement « si besoin » doivent être proscrites.

L'isolement de patients en soins libres reste possible pour des raisons tenant à la sécurité du patient mais «de façon exceptionnelle et uniquement dans les situations d'urgence». La durée de l'isolement doit être la plus courte possible, adaptée et proportionnée au risque, ne pouvant dépasser les 12 heures, soit le temps maximum nécessaire à la résolution de la situation d'urgence ou à l'initiation de la transformation du régime de soins. ». (3)

- **Surveillance**

Au niveau de la surveillance, elle doit être biquotidienne au niveau médical et au minimum horaire pour les équipes soignantes.

Chaque examen ou surveillance doit être consigné dans le dossier du patient où une fiche peut être identifiée stipulant le nom du soignant, la date et l'heure, ainsi que les examens ou surveillances effectués.

Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par 24 heures.

L'équipe soignante peut demander à ce que les évaluations médicales soient effectuées plus fréquemment si elle note un changement en termes d'évolution permettant une levée de l'isolement ou une détérioration de l'état physique ou psychique du patient.

La surveillance de l'état psychique par l'équipe soignante se fait au moins toutes les heures et peut aller jusqu'à une surveillance continue.

La surveillance des paramètres physiologiques est assurée par l'équipe soignante en fonction de la prescription médicale.

Cette surveillance régulière du patient doit permettre de rétablir un contact, de travailler l'alliance, de prévenir les risques de complications somatiques. Elle est réalisée par au moins deux membres de l'équipe soignante.

Il est ajouté qu'il doit y avoir une attention particulière pour les personnes plus à risque sur le plan somatique ou psychique tel que : les patients extrêmement agités, les patients intoxiqués par l'alcool ou les substances psychostimulantes, les patients ayant des maladies chroniques, les patients âgés, les femmes enceintes ou en période de post-partum mais aussi les patients victimes de sévices dans le passé qui peuvent être plus à risque de reviviscence ou de vécu traumatique. (3)

- **Information du patient**

Un paragraphe spécifique est réservé à l'information du patient. Le caractère « indispensable » de cette information est mentionné sur les explications « claires » à donner concernant les raisons de l'isolement et les critères permettant sa levée. (3)

- **L'espace d'isolement**

L'espace d'isolement est défini dans les recommandations comme un espace « prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural (...) suffisamment grand pour permettre d'accueillir le patient et un nombre suffisant de soignants ». (3) Ce qui peut être aussi une donnée subjective mais qui permet une certaine souplesse dans son application.

L'accès aux sanitaires est aussi mentionné, dans le respect de l'intimité et de la dignité du patient. Tout comme l'importance d'avoir un équipement de qualité, la possibilité d'orientation temporelle pour les patients et la proximité de la chambre d'isolement avec le bureau infirmier pour pouvoir assurer une surveillance rapprochée ainsi que deux accès.

Il est aussi précisé que la prise en charge du patient nécessite une surveillance physique et une interaction relationnelle qui ne peuvent être remplacées par un système de vidéosurveillance comme évoqué dans le rapport du CGLPL de 2016. (4)

- **Levée de la mesure d'isolement**

L'isolement doit être levé sur décision médicale, dès que son maintien clinique n'est plus cliniquement justifié. Il ne peut être maintenu pour des raisons organisationnelles ou institutionnelles, ni pour répondre à la rareté des professionnels. (3)

- **Analyse de la mesure d'isolement**

Le débriefing est inscrit dans les recommandations. Cela permet de limiter les répercussions traumatiques de l'isolement et de contribuer à mobiliser ses aptitudes à l'autocontrôle et d'identifier, avec le patient, les interventions alternatives possibles lors d'épisodes ultérieurs.

Un temps de reprise en équipe pluri-professionnelle est lui aussi proposé afin d'analyser ce qui peut être amélioré et réfléchir à des alternatives à l'isolement. (3)

- **Recueil des données**

Désormais, il est inscrit dans la loi qu'un registre administratif doit être tenu pour avoir une évaluation de la réalité de l'isolement au sein des établissements de santé mentale. Pour chaque mesure d'isolement ce registre préservant l'anonymat du patient mentionne le nom du psychiatre ayant mentionné cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels ayant surveillé le patient.

Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), au CGLPL ou à ses délégués et aux parlementaires. (3)

III Revue de la littérature sur l'isolement

1. Epidémiologie

Tout d'abord, il est important de signaler que les statistiques concernant l'isolement sont rares. C'est ce que décrit Denys Robiliard dans son rapport d'information paru en 2013 sur les soins psychiatriques. Il relate qu'aucun suivi n'existe au niveau national, mais que son attention a été attirée, lors de ses déplacements et auditions, sur la recrudescence d'un recours problématique à l'isolement et la contention ainsi que sur l'inégalité des situations d'une région à l'autre alors que la nature des maladies soignées n'est pas sensiblement différente. (52)

Cependant, grâce à la mise en place d'un système d'information relatif à la psychiatrie (RIM-P) géré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) la Direction Générale de Santé (DGS) et la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) affirment dans leur saisine adressée à la HAS que d'après ce recueil, le nombre de jours d'hospitalisation à temps plein avec un passage d'au moins 2 heures en isolement thérapeutique est en augmentation entre 2012 et 2015. (31) Le recueil plus exhaustif de l'activité psychiatrique pourrait expliquer une partie de cette augmentation. En 2014, 25818 patients hospitalisés avaient eu au moins 2h d'isolement (soit 7,6 % des patients hospitalisés à

temps plein) et 5,7 % parmi les journées d'hospitalisation à temps plein, alors qu'en 2015 on retrouve 28100 patients ayant eu au moins une journée d'isolement (soit 8,3% des patients hospitalisés à temps plein et 6% parmi les journées d'hospitalisation à temps plein). (31) Comme dit précédemment on retrouve une grande hétérogénéité dans l'utilisation de l'isolement entre les départements. (Cf. Annexe 1)

Selon la base de données nationale de l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH), les personnes placées en isolement thérapeutique à un moment de leur prise en charge en psychiatrie se distinguent des personnes hospitalisées en psychiatrie « non isolées » par leur : (31)

- Plus jeune âge (38 ans vs 45 ans en moyenne),
- Leur sexe (67 % d'hommes contre 50 % pour les personnes « non isolées »),
- Leurs caractéristiques cliniques plus sévères, avec une plus grande fréquence diagnostique pour les troubles schizophréniques (24% vs 13% pour les personnes hospitalisées) ou psychotiques (19 % vs 11%) puis viennent les troubles bipolaires (10%), les troubles de personnalité et du comportement (9%),
- 83 % des personnes placées en isolement en 2015 étaient hospitalisées sans leur consentement mais le recours à l'isolement a concerné plus particulièrement certains modes légaux. Ainsi plus de la moitié des détenus hospitalisés dans les services de psychiatrie générale en SPDRE-D398 ont été placés en chambre d'isolement.

1.a Mode d'hospitalisation

Au niveau français, l'ATIH souligne que les personnes hospitalisées en Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat sont plus fréquemment placées en isolement.

Elle rapporte que c'est le cas pour 36 % d'entre elles, 28% des personnes jugées pénalement irresponsables, 25 % des personnes hospitalisées en cas de péril imminent, 23% des personnes hospitalisées à la demande d'un tiers et 1% des personnes hospitalisées en soins libres. (31)

Le Dr Baratta qui a réalisé une étude prospective sur l'utilisation de l'isolement, en 2009 au centre de Brumath en Alsace, retrouve que le mode d'hospitalisation pour les patients nécessitant l'usage de l'isolement (32 patients sur 608 hospitalisés) était majoritairement en soins libres (60%) au moment de l'admission dans la chambre d'isolement (CI), et 15% d'entre eux étaient restés 72h ou plus sans aucune rectification du mode

d'hospitalisation. Ceci irait à l'encontre des recommandations de la HAS de Mars 2017 et de la Circulaire Veil de 1993, développée ci-dessus, disant que « les patients en service libre ne peuvent pas être enfermés dans un service ou une pièce fermés à clef. » Or, il est prévu une procédure d'urgence lorsqu'il est nécessaire de passer par l'isolement pour poursuivre les soins. Le médecin doit alors régulariser la situation du patient en modifiant son mode d'hospitalisation en adéquation avec les soins donnés. Outre cette donnée il y avait 25 % de l'effectif étudié en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et 15% en Hospitalisation d'Office (HO). (45)

Dans l'étude de Sigaud et al. (2015), il n'a été inclus que les patients admis en soins sous contraintes et ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement. Les patients en SL ou en SPDT ou SPDRE n'ayant pas eu d'isolement ont été exclus. Sur un an, 266 dossiers ont été inclus. Parmi ceux-ci on retrouvait dans 79% des cas des patients admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) et dans 21% des cas des soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat (SPDRE). (53)

1.b Le sexe et l'âge

Pour le sexe, il ressort des différentes études que les patients admis en CI étaient majoritairement des hommes : 68% sur 41 patients (54), 68% sur 268 patients (55), 57,1% sur 482 épisodes (56), 60% sur 32 patients (Baratta, 2009), 64% sur 266 patients (53), 52% pour une étude réalisée au Japon sur 694 patients (57).

Au niveau de l'âge, l'isolement serait plus utilisé pour les patients jeunes. J. Palazzolo parle dans son livre d'un âge moyen compris entre 20 et 35 ans en moyenne pour les patients isolés et/ou contenus. (58) Dans les études récentes faites en France on retrouve un âge moyen de 41 ans (45), 38,5 ans (53), 39 ans. (59)

Les études internationales montrent des résultats différents avec une moyenne de 45,8 ans sur une étude faite au Japon. (57)

Le profil d'un patient isolé serait celui d'un patient jeune, de sexe masculin avec un âge médian de 31 ans selon l'APA. (60)

1.c Pathologies

La pathologie la plus fréquemment retrouvée chez les patients placés en isolement est la schizophrénie. Elle représente selon les études : 40 % (53), 49,8% (56), à 56 % (45) voire 58,6 % (57) des patients placés en isolement.

D'autres pathologies telles que les troubles de la personnalité, les accès maniaques constituent, avec la schizophrénie, des facteurs de risque d'usage de l'isolement. (61) (62) (63) (64) (45)

Le retard mental est lui aussi retrouvé comme facteur favorisant de l'usage de l'isolement. (64) Les patients ayant un retard mental sont deux fois plus souvent admis en isolement que les autres patients selon l'APA. (60)

De plus, un taux non négligeable de consommations de toxiques a été retrouvé, notamment dans une étude concernant une unité d'urgences : 16 patients sur 50 (soit 32%). (65)

1.d Motifs d'utilisation de la chambre d'isolement

Le plus souvent la mise en chambre d'isolement intervient dans une situation décrite comme « urgente » et elle est généralement associée à la notion de dangerosité. (64)

Les motifs les plus souvent retrouvés dans la littérature sont les comportements violents envers le personnel soignant ou les autres patients, les tentatives de fugue, les comportements désinhibés de dénudations et le risque suicidaire.

Le motif d'hétéro-agressivité est le moins controversé. (64) En revanche, certains auteurs remettent en question l'usage de l'isolement dans le cadre d'une automutilation ou d'un comportement suicidaire car ces situations nécessitent un contrôle continu et l'isolement peut accentuer le sentiment de désespoir et d'impuissance ressenti par le patient. (58)

L'incidence de la mise en isolement est plus élevée dans les premiers jours d'une hospitalisation, dans les moments de la journée où le patient ne participe pas aux activités du service, et lors des moments où les équipes sont moins disponibles en raison de leur participation à des réunions. (41) (25)

Le facteur humain est très présent dans cette pratique influencée par le contre-transfert, la subjectivité, la vulnérabilité, l'encadrement, le contexte... Le CPT souligne que la pratique de l'isolement variait considérablement d'un établissement visité à l'autre, voire d'un service à un autre et que cette différence pouvait être attribuée à une différence de « culture ». (40) La

définition préalable d'un cadre de soin dans lequel l'isolement est prévu comme éventualité, connue du patient, en cas de comportement inadapté favoriserait un climat thérapeutique. (32)

Les causes de mise en chambre d'isolement sont diverses. L'étude sur la mise en isolement dans un service universitaire d'urgence retrouve comme causes : le déni des troubles et le refus des soins dans 81 % des cas, l'hétéro-agressivité dans 56 % des cas, l'agitation (45%), le délire (44%) l'auto-agressivité (42%) et l'anxiété dans 41 % des cas. (53) On retrouve aussi dans l'étude de Baratta l'agitation psychomotrice avec (38%) ou sans (31%) menace de passage à l'acte hétéro-agressif, le passage à l'acte hétéro-agressif contre un patient ou un soignant (16%) comme principales indications de mise en chambre d'isolement. (45)

L'usage de l'isolement serait le plus fréquent en début d'hospitalisation (61), et lorsque le séjour est supérieur à 3 mois ou inférieur à 15 jours. (62)

1.e Taux d'utilisation de la chambre d'isolement

Le recours à l'isolement en psychiatrie est une pratique répandue, avec un cadre législatif propre à chaque pays. La fréquence d'utilisation des chambres d'isolement varie fortement d'un pays à l'autre. Quelques études Nord-Américaines ont pu évaluer la fréquence d'utilisation des chambres d'isolement allant de 1,9% (66) des patients hospitalisés en psychiatrie à 66%. (67)

Le taux d'utilisation peut être très variable d'une étude à une autre car il peut être calculé de différentes manières :

- Il peut tout d'abord être mesuré en pourcentage de séjour d'hospitalisation nécessitant l'usage de l'isolement sur le nombre total de séjour avec et sans isolement.
- Plus fréquemment, c'est le nombre de patients qui est pris en compte avec le nombre de patient ayant eu une période d'isolement pendant leur séjour d'hospitalisation sur le nombre total de patients. Ce calcul présente un biais dans la durée de l'étude car plus l'étude est longue plus la différence entre le nombre de patient et d'hospitalisation augmente du fait des réadmissions. On constate aussi que dans ces études ces patients sont inclus plusieurs fois, ce qui se rapproche de l'étude faite en fonction des séjours d'hospitalisation.
-
- Parfois, la population étudiée est définie par des critères spécifiques, alors que d'autres

études prennent en compte la population générale des hôpitaux ou unités étudiés.

- Enfin, certaines études, plus rares, calculent le nombre de jour total d'isolement sur le nombre de jour total d'hospitalisation.

La majorité des études retrouvent une prévalence comprise entre 5 et 26%. Toutes ces études sont antérieures aux années 1990, donc avant la mise sur le marché des antipsychotiques. Les études plus récentes font état d'une prévalence inférieure à 1%. (68) (69) Cette diminution peut être mise en rapport avec le fait que des méthodes alternatives à la chambre d'isolement ont été développées en Amérique du Nord.

Dans les Etats membres de l'Union Européenne, les quelques études publiées indiquent une prévalence de mise en CI de 17,8% pour la Suisse, 7,8% pour l'Allemagne et 9,55% pour la Grèce. (70) (71)

En France, comme dit précédemment, il y a peu d'études publiées concernant les chambres d'isolement. L'étude de Palazzolo retrouve une prévalence de 5% (59), tout comme celle de Baratta. (45) Dans l'étude de Dumont et al. Pour l'unité médicale d'accueil à l'hôpital du Vinatier à Lyon on retrouve une prévalence de 25,9% des patients hospitalisés (65) mais cette différence peut s'expliquer par le fait que l'étude se soit effectuée dans un service d'urgence. Dans les données nationales de l'ATIH on retrouve une tendance à l'augmentation de l'utilisation de la CI avec une prévalence en fonction du nombre de jours de 5% en 2014 qui passe à 6% en 2015. (31)

Steinert a effectué une revue de littérature dans son article paru en 2010, pour étudier les programmes de réduction de l'isolement et il analysait par la même occasion les taux d'utilisation. (voir tableau 1 ci-après) (72)

Tableau 1 : Utilisation des mesures de restriction en fonction des pays (72)

Pays	Taux d'utilisation par séjour	Durée moyenne d'isolement
Autriche	35,6%	4,5 h
Angleterre	0,2% d'isolement 7,3% de contention	20 min
Finlande	8,3% d'isolement 5% de contention	22,8 h 11,1 h
Allemagne	3,6% d'isolement 8% de contention	6,6 h 9,8 h
Islande	Aucunes mesures mais ratio soignant/soigné= 1	
Japon	4,9% d'isolement 4,1% de contention	98 h 68 h
Pays-Bas	11,6% d'isolement 1,2% de contention	294 h 1182 h
Nouvelle Zélande	15,6% d'isolement 6,5% de contention	14 h (médiane)
Norvège	0,07% d'isolement 2,6% de contention	3 h 7,9 h
Espagne	13,5% d'isolement	16,4h
Suisse	8,7% d'isolement 3,1% de contention	41,6 h 41,6 h

Lorsqu'on étudie ces données on remarque tout d'abord qu'il existe de grandes différences d'utilisation de l'isolement dans le monde y compris au sein de l'Europe.

Les pays comme l'Angleterre ou la Norvège ont une utilisation réduite de l'isolement avec des pourcentages inférieurs à 0,5% des séjours d'hospitalisation. En revanche, l'utilisation de la contention est plus importante (7,3% pour l'Angleterre et 2,6% pour la Norvège).

D'autres pays ont des taux d'utilisation plus élevés comme l'Autriche avec 35,6% ou l'Espagne avec 13,5%.

L'exemple de la Finlande montre un taux d'isolement assez élevé à 8,3% mais une contention moins importante que l'Angleterre avec 5%.

Le Japon a un taux d'utilisation de 4,9%. (72)

La France a une utilisation relativement importante de l'isolement avec, pour rappel, **8,3% des patients hospitalisés à temps plein.** (31)

A noter que l'Islande n'a aucune mesure de contrainte au sein de ses hôpitaux mais ils bénéficient d'un ratio soignant/patient de 1/1 ce qui présente des conditions radicalement différentes par rapport aux autres pays européens et notamment la France où il n'y a pas d'effectif minimum infirmier légal. Il était fixé à 3 infirmiers pour 10 patients jusqu'en décembre 2015, date du décret abrogeant cette loi. Ceci étant justifié par l'impossibilité des établissements à maintenir un tel effectif au niveau des unités. (73)

1.f Durée de mise en chambre d'isolement

La durée de mise en chambre d'isolement est également variable selon les établissements et d'un pays à l'autre.

Cette durée semble largement supérieure en France par rapport aux autres pays avec une durée de 4 à 6 jours en moyenne contre **une moyenne de 10h selon des études Nord-Américaines récentes.** (74)

L'ATIH parle d'une durée moyenne d'isolement, en France, **de 14,5j soit 348 h.** (31) Dans l'étude prospective de Baratta on retrouve une durée de mise en chambre d'isolement allant de 4 heures à 6 jours pour les 32 patients admis en CI sur 4 semaines. Dans l'étude de Sigaud, où l'on rappelle que c'est une unité d'urgence psychiatrique, on retrouve une durée moyenne d'isolement de 4,1 jours pour les patients dont l'isolement a été levé aux urgences. (53) Elle est de 3,3 jours par patient dans l'unité médicale d'accueil étudiée par Dumont et al.. (65)

L'étude réalisée par Bizien montrait une durée d'isolement moyenne de **11,5 j soit 276 heures** (32) ce qui confirme l'utilisation importante de l'isolement en France en comparaison à certains pays européens comme l'Angleterre qui, au cours d'une étude, montrait une utilisation de 20 min en moyenne ou encore 3h en Norvège. Même la Finlande (22,8 h) ou l'Autriche (4,5 h), qui ont des taux d'utilisation plus élevés que la France, ont des durées moyennes d'isolement bien inférieures. (72)

Dans une étude japonaise faite en 2008/2009, on retrouve une durée moyenne d'isolement de 314,8 heures soit 13,1 jours avec un temps médian de 204 heures soit (8,5 jours). (57) La différence dans la durée d'utilisation moyenne de l'isolement peut là aussi être

expliquée par le ratio soignants/patient qui est de 0,5 dans les services étudiés au Japon et de 0,99 au Royaume uni ou 3,5 en Norvège ce qui amène une durée moyenne d'isolement réduite dans ces pays là. (72) La présence moins importante de soignants par nombre de patients augmenterait le recours à l'isolement et sa durée.

1.g Moment d'utilisation de la chambre d'isolement

Les résultats divergent sur ce critère. Il a été retrouvé dans l'étude de Morrison, datant de 1990, trois plateaux dans les moments de la journée où survenaient des mises en chambre d'isolement : entre 7 et 11 heures, entre 17 et 19 heures et entre 1 et 3 heures. Ces trois périodes cumulées donnent lieu à 62% de l'ensemble des isolements d'une unité d'hospitalisation. (75)

Une autre étude rapporte que 46% des placements et chambre d'isolement surviennent au cours de la journée, 33% au cours de la soirée et 21% durant la nuit. (76)

Cependant, d'autres études comme celle de Convertino avancent des données qui montrent des tendances opposées : 15 % des isolements advenant au cours de la journée, 41% dans la soirée et 44% durant la nuit. (77) Une autre étude rapporte que seulement 4% des mises en chambres d'isolement surviennent pendant la nuit. (78)

Ces divergences de résultats peuvent être expliquées par l'importante diversité, selon les hôpitaux, des populations de malades et des politiques de service. La revue de littérature faite par J. Palazzolo montre surtout que ces divergences sont dues à des différences de pratiques individuelles. (58)

Par rapport au moment de survenue dans le temps d'hospitalisation, l'usage de l'isolement serait plus fréquent en début d'hospitalisation, lorsque le séjour est supérieur à 3 mois, ou inférieur à 15 jours. (32)

1.h La chambre d'isolement

En France, selon le rapport du CGLPL paru en 2016, les modalités d'isolement sont gérées de manière très diverses selon les établissements voire entre les unités.

Le lieu de l'isolement peut être restreint aux chambres d'isolement aménagées et réservées à cet effet. Leur dénomination change : « chambre d'isolement », « chambre de soins intensifs », « pièce de contention », « chambre d'apaisement », « chambre de quiétude ».

La dénomination est parfois rassurante, au moins pour le soignant, mais la notion d'enfermement est toujours présente.

L'organisation de la chambre n'est pas normalisée : des sanitaires peuvent être installés à proximité, accessibles librement ou non.

La surface peut varier de 6,20 m² (2,3m de large sur 2,7m de long) à plus de 25 m². Dans le rapport, un exemple est donné et questionne sur le volume d'une chambre de 20m² favorisant une intervention en nombre avec une hauteur sous plafond de 6m. « l'importance de surface permettait à une équipe nombreuse d'intervenir mais on peut s'interroger sur l'effet apaisant du volume important entourant l'occupant attaché sur son lit. »

L'éclairage naturel des chambres est variable. Le CGLPL a observé que « si le plus souvent les fenêtres peuvent être légèrement entrebâillées, dans de nombreuses situations, aucune fenêtre ne peut être ouverte, rendant impossible toute aération naturelle ».

Il y a des différences aussi au niveau du mobilier. S'il est la plupart du temps réduit à un lit, on trouve parfois des fauteuils, une table en mousse ou une tablette pour poser un objet. Le lit peut être composé d'un cadre en métal permettant la fixation de contention, il peut être scellé au sol au milieu de la chambre ou la tête contre une cloison. Il peut être composé de blocs de mousse recouverts de toile plastique et simplement posé au sol.

La chambre est accessible par une ou deux portes, avec ou sans sas de protection. Mais là aussi cette disposition n'est pas la même partout, notamment dans les établissements anciens. Certaines chambres accèdent à un patio, ce qui permet au patient de sortir à l'air libre et de pouvoir fumer.

Il est aussi mentionné qu'« une horloge devrait, en principe, permettre à l'occupant de se repérer dans le temps mais elle n'était pas toujours présente. ». (4)

La gestion de la période d'isolement est aussi variable selon les établissements. Dans certaines unités, un protocole s'impose et est appliqué sans autre forme de réflexion, dans d'autres, l'accès au tabac ou à la lecture, les périodes de sortie, notamment dans la cours sont modifiables et révisables au cours de l'isolement ou selon les patients.

La durée peut également être protocolisée. Ainsi, les entrants en Unités pour Malades Difficiles (UMD) sont presque toujours placés systématiquement en isolement pendant 24h à leur arrivée.

L'isolement peut être continu ou séquentiel : le patient est placé régulièrement et pour une durée prédéterminée à l'isolement. La sortie peut être progressive ou directe. (4)

2. Les objectifs de l'isolement

Thomas G. Gutheil, professeur de psychiatrie à l'Université de Harvard, postule que l'isolement est efficace pour des patients présentant : des troubles du comportement à type d'agitation clastique, une symptomatologie délirante majeure, voire une conduite suicidaire. (79)

Toujours selon Gutheil, l'apport thérapeutique de cette pratique résulte dans trois principes généraux (79) :

- **La fonction de contenant** qui impose des limites matérielles au sujet devenu incontrôlable. Cette fonction permet à l'individu d'éviter de se faire du mal ou d'en faire aux autres dans un accès de fureur clastique (accès donnant souvent lieu à un important sentiment de culpabilité intérieur). Cette fonction procurerait au patient une sensation de sécurité et de réassurance. (80)
- **L'isolement physique** permet d'atténuer une certaine anxiété chez des patients présentant d'importantes difficultés relationnelles qui peuvent se traduire par l'interprétation erronée de paroles ou d'agirs de la part d'un tiers dans le cadre, par exemple, d'un délire à thématique persécutive.
Lorsque le tourment interpersonnel devient intolérable, qu'il s'agisse d'interactions avec les autres patients ou avec des membres du personnel soignant, l'isolement permet d'obtenir un soulagement non négligeable.
Cette chambre fermée offre à l'individu une petite superficie à maîtriser, représentant alors une étape dans un parcours qui lui permettra d'appréhender ultérieurement des espaces plus grands. (80)
- **La diminution de l'intensité des stimulations sensorielles** relative à la mise en chambre d'isolement permet au patient d'éprouver un apaisement notable, particulièrement en cas de symptomatologie délirante hallucinatoire. La relative monotonie du cadre est ici un élément recherché. (80) Cela a été confirmé par plusieurs auteurs. (60) (81) Fisher a démontré, dans sa revue de la littérature datant de 1994 que les résultats obtenus par une diminution de ces stimulations sont tout à fait positifs sur l'évolution des troubles, particulièrement pour la schizophrénie en phase productive. (64) L'isolement d'un patient présentant d'importants troubles du comportement peut permettre aux soignants d'établir rapidement une relation

thérapeutique, relation impossible jusqu'alors du fait de la stimulation sensorielle intensive du sujet. (82) (58)

La chambre d'isolement peut donc être le support d'une médiation, toute communication avec un patient en pleine décompensation étant dans la plupart des cas impossible à l'extérieur.

La gestion de troubles du comportement en urgence montre aussi un autre aspect des objectifs attendus lors de l'utilisation de l'isolement. Palazzolo relate dans la revue de littérature de son livre sur l'isolement qu'il aurait une fonction de contrôle voire de diminution de dangerosité. (58)

La dangerosité peut être portée sur autrui mais aussi sur le patient lui-même en cas de vellétés suicidaires. C'est une dangerosité non seulement aigue mais aussi psychiatrique et donc liée à une pathologie psychiatrique. (58)

L'isolement peut être utilisé comme **substitution au rôle carcéral** pour les détenus hospitalisés en psychiatrie. En effet, il n'y a pas de personnel judiciaire dans les unités psychiatriques contrairement aux autres spécialités ce qui amène à la pratique de l'isolement quasi systématique pour éviter une « évasion » toujours justifiée par la protection de la société mais pas forcément en lien avec des éléments cliniques parfois stabilisés.

La fonction de pare-excitation des soignants, terme introduit par S. Freud, qui « conçoit la pare-excitation comme un filtre mis au service de notre constitution biologique pour parer à des excitations exogènes si fortes qu'elles ne pourraient être ensuite déchargées ». (83) Autrement dit, l'organisme serait revêtu d'une « enveloppe protectrice » destinée à le protéger contre les excitations en provenance du monde extérieur. En appliquant cette définition, utilisée par N. Cano dans son article sur l'éthique de l'isolement, on pourrait voir l'isolement comme une protection des soignants vis à vis de sujets source d'excitation psychique pour eux-mêmes. L'isolement aurait alors un rôle protecteur et de mise à distance qui permettrait aussi la gestion psychique de ces patients compliqués pour les soignants en fermant leur chambre à clé. (84)

La punition est un objectif très controversé et éthiquement peu acceptable dans notre position soignante mais elle est retrouvée dans le rapport annuel du CGLPL de 2016, ainsi que dans plusieurs publications. (4) (82) (64) (81)

Dans un autre article, Mason souligne que le rapport entre isolement, contention et punition peut varier, allant d'un emploi efficace, positif, à un emploi négatif voire contre

indiqué. Dans l'optique d'une utilisation positive il met en avant que cette pratique pourrait se rapprocher de certaines techniques instaurées dans le cadre d'une prise en charge comportementale visant à permettre à un patient déficitaire de faire la part entre un comportement acceptable et un comportement indésirable.

Tomosoa et Kuipers (1988), soulignent que l'enfermement ou la mise sous contention d'un patient pour un temps limité est un moyen efficace de gestion de comportements non tolérés tels qu'une agression, un exhibitionnisme, des hurlements... chez des patients chroniques déficients. (85)

Les dérives sont bien évidemment décrites car même si cela pourrait éventuellement permettre une certaine « discipline » au sein d'une unité de soins, les patients sont finalement isolés suivant le « bon vouloir » du personnel soignant et non pour des raisons thérapeutiques définies ce qui est contraire à ses indications et même contre indiqué. (58)

3. Impacts de l'utilisation de l'isolement

3.a Efficacité de l'isolement

Bien que des auteurs aient pu décrire des objectifs thérapeutiques d'utilisation de la chambre d'isolement, les revues de littératures, et notamment celle de Nelstrop et al. en 2006, portant sur 36 études, ou celle de Cochrane mise à jour en 2012, ne retrouvaient pas de résultats permettant de déterminer que l'isolement ou la contention étaient des interventions sûres et/ou efficaces pour la gestion à court terme de la violence. En l'absence d'études randomisées et d'études comportant de nombreux biais, ils concluaient, pour des raisons éthiques que ces interventions ne devraient être utilisées qu'avec précaution et seulement en dernier ressort, lorsque les autres méthodes pour apaiser la situation ou le patient ont échoué. (86) (87)

3.b Vécu des patients

Le vécu des patients vis-à-vis de l'isolement est un sujet important mais il y a finalement peu d'études qui le traitent.

Les études rapportées par l'article de N. Cano révèlent que l'isolement est une expérience chargée d'affects négatifs, perçue comme une punition, voire comme une modalité

de contrôle social. L'impact émotionnel néfaste peut persister longtemps après la fin de l'isolement, associé au sentiment d'une faible valeur thérapeutique. Ses conséquences sur le comportement pourraient être corrélées à une augmentation de la durée d'hospitalisation.

Cependant, malgré ce vécu péjoratif relaté par les patients, certaines études mettent également en évidence que l'isolement peut apporter soulagement, apaisement, et être considéré comme une aide thérapeutique.

N. Cano a alors réalisé une étude portant sur le vécu de l'isolement pour 30 patients à distance de celui-ci.

L'analyse s'est faite selon le cadre micro-éthique sur les principes d'autonomie, bienfaisance et non malfaisance.

Si la plupart des patients témoignaient d'une bienveillance des soignants à leur égard, et plus de 40 % en percevait l'utilité, l'isolement était majoritairement perçu comme une expérience difficile voire traumatisante, avec un impact émotionnel négatif persistant. (88)

Il importe donc que le patient puisse élaborer son vécu. Les patients exprimeraient dans certaines études le souhait d'un véritable débriefing après le temps de l'isolement, qui leur permettrait de comprendre les raisons mais aussi de surmonter les effets délétères de la mesure. (89) Cela nécessite une information appropriée, notamment sur les symptômes ayant motivé l'isolement. Cette information réitérée dans le cadre de la relation thérapeutique, vise à restituer au malade une information qu'il peut recueillir, qui a du sens pour lui.

Tout comme la France dans ses dernières recommandations, plusieurs pays anglo-saxons (Etats-Unis, Irlande, Canada, Grande-Bretagne) recommandent eux aussi le débriefing après la sortie d'isolement qui permettrait d'atténuer le vécu traumatisant de l'isolement pour les patients. (7) (5) (90) (91) (42)

Les autres patients peuvent aussi être impactés. En effet, le ministère de santé publique d'Australie a rapporté que les patients témoins d'une mise en isolement peuvent ressentir « de l'angoisse, de la confusion, de la peur ou de la colère. Ils peuvent aussi penser que cette intervention est utilisée comme une punition ». Ils expliquent donc qu'il est important d'entendre les préoccupations des autres patients et de tout autre personne ayant été témoin de cette intervention. Il est aussi important d'apporter une réassurance et des explications sur le but de cette mesure à savoir la sécurité des patients, du patient lui-même et des soignants. (92)

3.c Vécu des soignants

L'impact sur le personnel découle d'un ensemble de facteurs liés au contexte de l'isolement et non pas des procédures seules.

Le risque principal inhérent à l'utilisation des mesures d'isolement est le développement au sein du personnel d'un contre transfert négatif : on note alors une certaine forme de laxisme dans la prise en charge du patient, voire une sorte d'abandon.

L'équipe soignante mobilise ainsi des défenses face à un individu perçu comme dangereux. De cette attitude, découle une incapacité à écouter ou à reconnaître la souffrance du patient. Ceci favorise la prolongation induite de l'isolement de la personne, et/ou un abaissement du seuil de tolérance de la part du personnel, qui tendra ainsi à réemployer plus rapidement ce type de procédure coercitive.

Comme l'explique J. Palazzolo dans son livre où il a fait le recueil de nombreuses études et témoignages de soignants, ceux-ci montraient un tableau très diversifié de l'emploi de l'isolement thérapeutique mais l'élément principal qui en ressortait était la notion de maîtrise, de contrôle de l'individu. En effet, l'isolement est généralement perçu comme une forme légitime de contrôle social, contrôle exercé en suivant de manière très stricte un protocole didactique qui donne la conduite à tenir.

Le maintien de la sécurité des patients et du personnel soignant est l'élément prépondérant, et peut nécessiter l'enfermement ou la mise sous contention d'un individu agité et/ou violent. L'application de cette mesure est alors légitimée par la nécessité de maîtriser cet individu devenu « incontrôlable ». (14) (58)

Pour les soignants interrogés, l'isolement est perçu comme un outil thérapeutique nécessaire et les objectifs de son utilisation sont pour eux de « contenir un individu dont l'état clinique le nécessite, de maintenir la sécurité d'une unité de soins, de réduire les stimuli auxquels le patient est exposé et de lui permettre de retrouver le contrôle de lui-même ». (58) Une grande majorité de soignants perçoit ces procédures (isolement et contention) comme des thérapeutiques « efficaces » permettant de maintenir l'homéostasie d'une unité de soin.

Toutefois certaines situations sont décrites où l'utilisation de ces mesures coercitives est la conséquence de problématiques institutionnelles en lien avec des restrictions budgétaires de l'administration qui entraînent un manque de moyen humain et donc d'alternatives possibles pour rentrer en relation avec des malades difficiles. Cela pourrait alors se répercuter sur la pratique où l'on privilégierait un environnement de sécurité communautaire aux dépens de la liberté propre des individus.

Un protocole, s'il existe, permet d'apporter un cadre spécifique aux soignants pour l'utilisation de l'isolement et aussi de limiter les abus.

Le concept qui émerge lorsque les soignants sont questionnés sur leur représentation de l'isolement est l'idée de « maîtriser ». **La maîtrise** est définie par les divers moyens de contrôle du comportement d'un individu dont dispose l'équipe soignante, moyens employés afin de maintenir l'homéostasie d'un milieu thérapeutique. Cette notion de maîtrise est prépondérante dans l'ensemble des témoignages recueillis. (58)

Deux autres catégories liées au cadre conceptuel sont retrouvées, il s'agit de : Surveiller et Protéger.

La surveillance permet, pour de nombreux soignants, une évaluation continue et un contrôle soutenu du comportement de l'individu isolé. Le but de cette évaluation continue est alors d'encourager l'évolution favorable de l'état psychique du malade par l'établissement d'un dialogue soignant/soigné, l'utilisation de chambre d'isolement de petite superficie soustrayant le malade aux stimuli extérieurs ainsi que la possibilité pour le sujet d'avoir un temps de sortie accompagné d'un infirmier à divers moments de la journée. Ces moments encouragent alors l'échange et la verbalisation du ressenti du patient ainsi que l'explication des soins prescrits, médicamenteux ou autres, et des objectifs de ces soins par l'infirmier. On pourra alors observer l'accessibilité du patient à cet échange et donc l'avancée dans le soin. Pour les soignants, il faut pour cela de bonnes capacités d'évaluation et un important travail relationnel pour pouvoir faire une surveillance de qualité. (58)

Ensuite, **le concept de protection** se réfère aux procédures associées à l'initiation de l'isolement et à la prise en charge globale d'un sujet isolé tout au long de son enfermement. Elle est liée à la notion de maîtrise, dans la mesure où la remise en cause de la sécurité des patients et du personnel ainsi que la sévérité du tableau clinique sont les principaux éléments pouvant amener la décision d'isolement. La qualité du travail d'équipe prend alors de l'importance dans le bon déroulement de la mise en isolement et aussi durant le temps d'isolement en lui-même. Pour maintenir ce concept il faut un nombre suffisant de soignants afin de garantir une protection de ces derniers mais aussi du patient afin d'apporter une contenance à son agitation ou sa souffrance psychique. (58)

Ces témoignages de soignants montrent l'importance d'un maintien de l'alliance thérapeutique avec les patients malgré l'application de mesures coercitives.

Deuxième partie : Etude de l'utilisation de la chambre d'isolement au CHU de Nantes, au CHS de Blain et au CH de Bouguenais.

Introduction de l'étude

Après avoir fait une revue de littérature sur l'isolement, où nous avons pu constater des disparités importantes dans la pratique en France, nous nous sommes questionnés sur l'utilisation de l'isolement en Loire-Atlantique à travers trois des quatre hôpitaux psychiatriques sur le département, afin de voir si des différences se confirmaient à cette échelle.

I Présentation des établissements

Notre étude porte sur trois des quatre hôpitaux couvrant les secteurs psychiatriques du département de Loire-Atlantique. Il s'agit de l'hôpital Saint-Jacques sur le secteur de Nantes et des communes limitrophes, le Centre Hospitalier (CH) G. Daumezon à Bouguenais couvrant le département au Sud de Nantes jusqu'à la Vendée et le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de Blain dont dépend le secteur Nord du département du Nord de Nantes jusqu'au département de l'Ille et Vilaine. Le quatrième hôpital psychiatrique du département est celui de Saint-Nazaire mais les données de celui-ci n'ont pas pu être incluses en raison de leur manque d'exhaustivité important, confirmé par les professionnels travaillant sur le site. Pour la présentation des modalités de mise en place de l'isolement dans les différents établissements nous avons pris en compte les modalités en vigueur en 2016.

1. CHU de Nantes (Hôpital Saint-Jacques)

Les hospitalisations en psychiatrie au CHU de Nantes se déroulent sur le site de l'hôpital Saint-Jacques. Il se situe au Sud de la ville de Nantes, le long de la rive gauche de la Loire. Il dispose d'un parking pour les visiteurs, il est aussi proche d'une station de Tramway (Pirmil) ainsi que du Busway. Il est donc facilement accessible.

Les différents secteurs psychiatriques couvrent tout le territoire de la ville de Nantes et les communes limitrophes. Cela représente, selon le dernier recensement de 2013, 300 614 personnes sur Nantes et environ 200 000 personnes aux alentours, soit environ 500 000

habitants, sachant que le département est en constante croissance démographique depuis 2009 (+1,3% chaque année selon l'INSEE) et que la population totale recensée en Loire-Atlantique est de 1 364 453 habitants. (93)

La psychiatrie à Saint-Jacques est composée de 5 secteurs distincts se nommant Psychiatrie 1 à 5. Ils font partie d'un seul pôle dans l'organisation du CHU de Nantes à savoir le Pôle Hospitalo-Universitaire 8 qui regroupe, en plus de la psychiatrie, le service d'addictologie et le Service Médico-Psychologique Régional intervenant auprès des patients incarcérés en prison.

L'addictologie dispose de deux unités d'hospitalisation à temps plein avec une unité dédiée aux addictions aux produits et l'autre aux troubles du comportement alimentaire.

Chaque service de psychiatrie adulte sectoriel dispose de deux unités d'hospitalisation à temps plein, l'une fermée et l'autre ouverte, et des unités intersectorielles réparties selon les services (Hôpital de semaine en psychiatrie 1, Hôtel thérapeutique en psychiatrie 4, Unité d'adolescents et jeunes adultes en crise en Psychiatrie 5...).

Les unités ouvertes accueillent des patients en soins libres et pour les unités fermées ce sont majoritairement des patients sous contrainte mais des patients en soins libres peuvent aussi y être admis.

Les secteurs n'ont pas la même répartition du nombre de lits, ceci est dû à la disposition des locaux mais aussi à des différences de démographie.

- Psychiatrie 1 :
 - Unité fermée : 10 lits + 2 chambres d'isolement
 - Unité ouverte : 23 lits
 - ⇒ 33 lits d'hospitalisation et 2 chambres d'isolement
- Psychiatrie 2 :
 - Unité fermée : 15 lits + 2 chambres d'isolement
 - Unité ouverte : 29 lits
 - ⇒ 44 lits d'hospitalisation et 2 chambres d'isolement
- Psychiatrie 3 :
 - Unité fermée : 15 lits + 2 chambres d'isolement
 - Unité ouverte : 29 lits
 - ⇒ 44 lits d'hospitalisation et 2 chambres d'isolement

- Psychiatrie 4 :
 - Unité fermée : 18 lits + 2 chambres d'isolement
 - Unité ouverte : 27 lits
 - ⇒ 45 lits d'hospitalisation et 2 chambres d'isolement
- Psychiatrie 5 :
 - Unité fermée : 15 lits + 2 chambres d'isolement
 - Unité ouverte : 30 lits
 - ⇒ 45 lits d'hospitalisation et 2 chambres d'isolement

Au total au CHU de Nantes : 211 lits d'hospitalisation + 10 chambres d'isolement.

Un audit du contrôleur général des lieux de privation de liberté a été fait en Août 2012 et a décrit les chambres d'isolement ainsi que la procédure de mise en place. Cette procédure était toujours la même en 2016 (période de notre étude).

- Les chambres d'isolement ou « chambre de soins intensifs » à l'Hôpital Saint-Jacques

Les chambres d'isolement sont dénommées « chambres de soins intensifs » ou « CSI ».

Elles ont une surface de 8,63 m² (2,83 m sur 3,05 m), comprenant chacune un lit en mousse dure de 1,96 m sur 1 m, un pouf recouvert de plastique de 0,45 m sur 0,40 m, un seau pour les besoins naturels avec du papier hygiénique et une bouteille d'eau.

Il n'y a donc pas de sanitaires dans la chambre d'isolement, ceux-ci (toilettes et douche) sont disponibles dans un sas accessible au patient, seulement en présence de soignants et séparé de l'unité par une porte fermée à clé.

Les objets personnels (bijoux, vêtements) sont systématiquement retirés en échange d'un pyjama bleu.

Deux CSI donnent sur ce même sas. Elles ont une porte renforcée et sécurisée avec une lucarne permettant un contact visuel et vocal sans ouverture de cette porte. Elles sont aussi dotées d'une porte d'intervention pour les urgences, non visible de l'intérieur.

Sont également installés, un bouton d'appel relié au bureau de soin infirmier et trois bouches d'aération dont une a fonction de chauffage. Les chambres bénéficient d'une climatisation.

L'éclairage naturel est assuré par deux grandes fenêtres mesurant 1,67 m sur 0,61 m, dotées d'un store dont la commande est située à l'extérieur. Un éclairage artificiel est prévu en hauteur face au lit du patient.

- Procédure de mise en chambre d'isolement

La procédure d'isolement en vigueur dans les pôles de psychiatrie date du 1^{er} septembre 2005. Elle comporte un document comprenant les indications, la prescription et les soins, et les feuilles de prescription et de surveillance.

La validation d'une mise en isolement passe par une prescription médicale initiale faite par le médecin de l'unité ou un interne de garde si cela se passe en dehors des heures ouvrables.

Celle-ci est réalisée, préférentiellement, en amont du placement du patient dans cette chambre ou peu de temps après, en cas d'urgence de prévention de risque auto ou hétéro-agressif.

Il est prévu un document spécifique d'initiation de soins en CSI sous forme papier à remplir systématiquement.

Il comprend différentes rubriques avec au recto :

- La date et l'heure de l'initiation de la mesure,
- Etiquette du patient,
- Nom et signature du prescripteur,
- Les indications de mise en CSI,
- Motif et situation clinique initiale,
- Le mode d'hospitalisation,
- Le risque au moment de la mise en CSI à cocher entre « suicidaire », « automutilation », « prise de toxique », « liés au traitement »,
- Information délivrée au patient et/ou à l'entourage.

Au verso, sont indiquées les modalités minimales de prise en charge en CSI à savoir une surveillance des paramètres vitaux 3 fois par jour ainsi que du transit, une surveillance du comportement du patient « à l'oculus toutes les 1/2h et dans la chambre au moins 3 fois par jour », vérification de la propreté de la chambre à chaque entrée, retrait des objets et effets personnels du patient et mise en pyjama.

Un protocole de soin individualisé constitue le 2^e onglet de cette page avec des prescriptions médicales de surveillance particulière, d'éventuelles contentions physiques à

préciser, de temps de sorties temporaires potentiels, des conditions de sécurité minimum d'intervention infirmière avec notamment une précision sur le nombre de personnel féminin et masculin, une rubrique « autres » permet d'ajouter des éléments plus personnalisés.

Les infirmiers peuvent aussi tracer leur surveillance sur cette même feuille. Enfin, une rubrique pour les soins d'hygiène est prévue spécifiquement.

Une réévaluation médicale est réalisée toutes les 24h après un entretien avec le patient admis en isolement. Le médecin remplira alors une nouvelle feuille de suivi prévue à cet effet « à partir de J2 ». Elle comporte les éléments d'évaluation médicale et de suivi justifiant le maintien de la CSI, la surveillance ainsi que le protocole de soins individualisés qui peuvent être modifiés.

Un document destiné au personnel, disponible sur la plateforme informatique intranet, définit « La procédure spécifique de soins en chambre de soins intensifs ». Il est établi par le groupe de travail des chambres d'isolement et le service qualité qui précisent les indications de placement en CSI et les non indications, les prescriptions, la conformité de la mise en CSI avec le mode de placement, une modification au-delà de 24 heures et les soins. Il est indiqué dans les soins d'hygiène que « sauf indication contraire, le patient doit bénéficier par jour au minimum d'une douche et d'un accompagnement au WC ».

L'utilisation des feuilles de prescription et de soins en chambres de soins intensifs indiquant notamment dans les modalités d'hospitalisation :

« Si le patient est en SL, indiquer dans la zone "commentaires" les procédures entamées (ou à entamer) pour modifier le mode d'hospitalisation ou l'absence de procédure si le patient est en accord avec l'hospitalisation en CSI ». Ce qui permet de questionner le prescripteur systématiquement sur la conformité de la mesure. Il est prévu de rédiger une fiche de prescription de contention séparée en cas de recours à cette mesure.

Ce furent les modalités de prescription lors de l'année 2016 mais en 2017 la prescription a été informatisée.

2. Le CHS de Blain

Le CHS de Blain est situé sur la commune de Blain au lieu-dit « le Pont Piétin » à environ 40 km au Nord de Nantes. Le centre-ville de Blain est à environ 6 km de l'hôpital. Ce qui rend son accessibilité compliquée. En effet, outre la voiture, l'accès au CHS peut se faire par une ligne de bus LILA (Lignes Intérieures en Loire-Atlantique), qui dessert le CHS 4 fois par jour en semaine (toutes les 4h environ), 3 fois le samedi (toutes les 3h mais seulement à partir de 13h30) et une seule fois le dimanche. Cette ligne va du centre-ville de Blain à Nantes.

Il concerne le nord de la Loire-Atlantique, soit une population de plus de 337 000 habitants répartie sur une superficie couvrant 55 % du département.

Ses structures soignantes sont organisées autour de trois secteurs de psychiatrie adulte, un secteur de pédopsychiatrie, un secteur d'unités intersectorielles : une Unité de soins au long cours accueillant des patients autistes adultes, des patients ayant des troubles neuro-psy ou des psychoses déficitaires, une Unité Transitionnelle d'Hospitalisation Intersectorielle, une Unité d'Admission Psychiatrique du Sujet Agé (APSA), un service d'addictologie avec développement de soins ambulatoires (Hôpital de jour et Centre médico-psychologique), le service d'accueil familial thérapeutique qui a lui aussi une activité ambulatoire.

Depuis le 1er juillet 2016, le CHS de Blain est membre, au même titre que 12 autres établissements de santé publics du département, dont le CHU de Nantes et le CH de Bouguenais, du groupement hospitalier de territoire de Loire-Atlantique, ceci afin de constituer un dispositif global au service d'une meilleure prise en charge des patients.

Les unités sectorielles du CHS de Blain s'organisent en 3 pôles avec deux unités par pôle. L'unité d'admission destinée aux patients en crise, principalement en soins sous contraintes mais aussi en soins libres dans les premiers jours de leur admission.

L'unité intermédiaire accueille des patients en soins libres, un peu plus à distance de la crise et/ou en travail de projet.

- Pôle Centre :
 - Unité d'admission (portes ouvertes) : 20 lits + 1 chambre d'isolement.
 - Unité intermédiaire (portes ouvertes) : 16 lits + 1 chambre d'isolement.
 - ⇒ 36 lits d'hospitalisation et 2 chambres d'isolement

- Pôle Est :
 - Unité d'admission (portes fermées) : 20 lits + 1 chambre d'isolement.
 - Unité intermédiaire (portes ouvertes) : 16 lits + 1 chambre d'isolement.
 - ⇒ 36 lits d'hospitalisation et 2 chambres d'isolement

- Pôle Ouest :
 - Unité d'admission (portes fermées) : 20 lits + 1 chambre d'isolement.
 - Unité intermédiaire (portes ouvertes) : 16 lits + 1 chambre d'isolement.
 - ⇒ 36 lits d'hospitalisation et 2 chambres d'isolement

Au Total au CHS de Blain : 108 lits d'hospitalisation et 6 chambres d'isolement

On remarque que le Pôle Centre a un projet institutionnel différent avec l'ouverture de ses deux unités d'hospitalisation même pour les patients sous contrainte. Il pourrait être intéressant d'observer le recours à l'isolement pour ce service.

- Les chambres d'isolement ou « chambres de soins intensifs » au CHS de Blain

L'architecture des chambres d'isolement est différente par rapport au CHU de Nantes car si celles-ci sont équivalentes au niveau de leur taille, les patients peuvent disposer de sanitaires (toilettes, douche) quand ils le souhaitent avec un accès direct de leur chambre sans passer par un sas, sauf si restriction sur prescription médicale.

Toutefois, l'équipement diffère peu avec la mise en pyjama bleu quasi systématique. De plus, il est mentionné dans le document d'information « qu'aucun objet personnel, de lunettes ou autres prothèse, de chaussures » ne doivent être conservés dans la chambre d'isolement.

Il n'y a pas de télévision, pas d'accès à un poste de musique. Un matelas en mousse dure d'une taille d'environ 1,90 m x 90 cm est disposé au milieu de la pièce lorsque le patient est admis, celui-ci peut être déplacé. Au moment des repas, il a aussi un « pouf » en mousse dure

qui permet au patient de poser son plateau repas afin d'avoir une position plus confortable pour les repas.

A noter qu'il n'y a qu'une chambre d'isolement par unité, séparée du couloir par un sas pour plus d'intimité, on peut donc faire l'hypothèse d'un environnement plus calme qu'au CHU de Nantes qui dispose de 2 chambres d'isolement par unité au sein d'un même espace séparé uniquement par un sas.

Les patients peuvent appeler les soignants via un bouton d'appel qui a été installé récemment.

Le mur de la chambre d'isolement est mitoyen avec la salle de soin. Cette proximité permet une surveillance plus rapprochée comme recommandée par la HAS.

Une grande fenêtre donne sur l'extérieur. Elle est équipée d'une vitre sans teint ce qui préserve l'intimité des patients.

Elle peut s'entrouvrir par le haut au niveau du tiers supérieur, seulement en présence de soignants. Un store extérieur peut se fermer électriquement à la demande des patients, celui-ci est commandé par les soignants dans le sas à l'extérieur de la chambre d'isolement.

Une horloge digitale est présente dans leur chambre, incorporée au mur, ce qui leur permet un repère dans le temps.

Il est aussi possible de réguler la température de la pièce par une commande gérée par les soignants à l'extérieur de la chambre.

La procédure de mise en isolement est détaillée dans un fichier disponible pour tous les membres du personnel sur le serveur informatique de l'hôpital. Il comporte un document de 6 pages et 4 pages d'annexes avec le détail des objectifs de l'isolement, les indications et contre-indications, modalités de mise en œuvre et surveillance des patients. Ces instructions sont tirées des recommandations faites par l'ANAES en 1998.

Une fois le patient admis en isolement, la prescription de la chambre d'isolement se fait sur le logiciel informatique « Cariatides » avec des formulaires spécialement prévus à cet effet.

Le protocole de surveillance des patients est lui aussi conforme à ce qui est explicité dans les recommandations de l'ANAES à savoir une surveillance infirmière toutes les 15 minutes, puis toutes les demi-heures jusqu'à toutes les heures.

La surveillance médicale est quotidienne dans les jours de semaine mais lors des week-ends et jours fériés celle-ci n'est pas obligatoire.

En effet, il est notifié « en week-end et jours fériés, Existe-t-il un protocole ? Si oui préciser, sur la fiche de consignes médicales du dossier patient, si un entretien médical est nécessaire et qui doit la réaliser. Si non : Protocole de semaine = « Effectuer un passage par jour » ».

Il n'y avait donc pas obligatoirement de réévaluation de chambre d'isolement toutes les 24 heures si le psychiatre référent avait anticipé, dans la semaine, la poursuite de l'isolement sur le week-end. Ce n'est donc pas en accord avec les recommandations.

A noter que l'entretien sur le vécu de l'isolement est prévu dans le protocole et qu'à la différence du CHU de Nantes la prescription était informatisée.

3. Le CH de Bouguenais (Hôpital G. Daumezon)

Le Centre Hospitalier de Bouguenais appelé CH Georges Daumezon est situé sur la commune de Bouguenais à 7,5 km au Sud-Ouest du centre-ville de Nantes.

L'accès peut se faire par voiture avec une sortie de voie rapide à proximité mais aussi par le tramway via la ligne 3 et l'arrêt « Grande Ouche ».

Il couvre le secteur psychiatrique au Sud du département de Loire-Atlantique et au Sud de Nantes, à partir de Bouguenais et Rezé jusqu'à la Vendée.

L'accessibilité des patients et familles dépendant du secteur n'est donc pas aisée en dehors de la voiture.

Il comporte 3 pôles de psychiatrie de secteur adulte, un pôle de pédopsychiatrie intersectoriel avec les deux seules unités d'hospitalisation à temps plein en Loire-Atlantique (14 lits), et un pôle intersectoriel adulte.

Les pôles sectoriels étudiés sont répartis de la manière suivante :

- G 06 :

- Unité ouverte, avec les portes fermables en fonction des patients admis et du risque de fugue : 24 lits + 2 chambres d'isolement
⇒ 24 lits d'hospitalisation + 2 chambres d'isolement

- G 07 :
 - Unité fermée : 20 lits + 1 chambre d'isolement
 - Unité ouverte : 19 lits + 1 chambre d'isolement
 - ⇒ 39 lits d'hospitalisation + 2 chambres d'isolement

- G 08 :
 - Unité ouverte dont les portes sont fermables en fonction des patients admis : 19 lits + 1 chambre d'isolement
 - Unité ouverte dont les portes sont fermables en fonction des patients admis : 19 lits + 1 chambre d'isolement
 - ⇒ 38 lits d'hospitalisation + 2 chambres d'isolement

Au Total au CH de Bouguenais : 101 lits d'hospitalisation et 6 chambres d'isolement.

Les pôles étudiés ont chacun deux unités, excepté le G 06 qui n'a qu'une seule unité dont les portes sont ouvertes mais avec la possibilité de les fermer en cas de risque de fugue d'un patient.

- Les chambres d'isolement au CH de Bouguenais

L'architecture des chambres d'isolement est assez proche de celles de l'hôpital Saint-Jacques au CHU de Nantes avec une taille équivalente, et des sanitaires qui ne sont pas accessibles librement. Les patients doivent passer par un sas qui n'est accessible qu'après ouverture de la porte de la chambre d'isolement, accompagnés d'un infirmier.

Le sas permet aussi une séparation avec le reste de l'unité. La chambre d'isolement est proche de la salle de soin des infirmiers au G07 et G 08 afin de pouvoir assurer une surveillance régulière. Elle est cependant, à l'opposé de la salle de soins au G06.

Les patients disposent d'un bouton dans leur chambre pour appeler les soignants.

Les fenêtres avec une vitre sans teint peuvent s'entrouvrir et donnent sur le parc de l'hôpital. Les patients sont autorisés exceptionnellement à fumer à leur fenêtre en présence d'infirmiers. Une horloge et un calendrier sont aussi visibles par les patients lorsqu'ils sont dans la chambre d'isolement, elle est située dans le sas et leur donne l'heure et la date.

Les objets disponibles dans la chambre sont : un matelas en mousse dure, un seau pour les besoins naturels, une bouteille d'eau. Les patients admis en isolement sont

systématiquement vêtus d'un pyjama bleu. Il est notifié dans les modalités de prise en charge que les affaires personnelles laissées au patient doivent être mentionnées dans la prescription médicale. Il n'y a pas de notion de restriction d'accès excepté pour les objets jugés « dangereux ».

- Modalités de l'isolement

Les modalités de mise en place de la chambre d'isolement sont assez similaires avec le CHU de Nantes et le CHS de Blain avec des indications, contre-indication, modalités de surveillance infirmière basées sur les recommandations de l'ANAES 1998 et la mise en conformité du mode légal d'hospitalisation selon la circulaire Veil.

Le document de référence de l'établissement intitulé « Isolement thérapeutique (hors séquentiel) : Modalités de mise en chambre d'isolement et modalités de suivi », fait 4 pages et est accessible pour tout le personnel à partir de la plateforme logicielle de l'intranet.

La prescription de la chambre d'isolement était informatisée sur le logiciel « Cariatides », tout comme le CHS de Blain.

On retrouve des cases à remplir systématiquement par le prescripteur avec :

- Prescription initiale/ de fin / de maintien d'isolement et si maintien en donner le motif.
- Questions sur la mise en conformité avec la mention « Si l'isolement thérapeutique est >24h et en SL, le mode d'hospitalisation est-il modifié ? » et « Si non, pourquoi ? ».
Cela peut remettre en question la décision du prescripteur sur la poursuite en SL de l'isolement et augmenter le taux de mise en conformité du mode d'hospitalisation.
- La surveillance IDE est par défaut horaire, si elle est modifiée la fréquence doit être précisée.

La surveillance IDE se fait donc en fonction de la prescription médicale.

La réévaluation médicale est plus fréquente que les deux autres hôpitaux avec une réévaluation biquotidienne au lieu d'une fois par jour.

De plus, il est explicité que la mise en conformité du mode d'hospitalisation, s'il était en soins libre, devait être faite « dans les 24h » avec cette mention soulignée et en gras, ce qui marque son importance pour les référents qui ont élaboré ces modalités.

- Les disparités

Bien que les procédures soient basées sur les mêmes recommandations, on remarque déjà dans le protocole qu'elles ne sont pas interprétées de la même manière avec des réévaluations médicales pas obligatoirement quotidiennes au CHS de Blain alors qu'elles sont biquotidiennes au CH de Bouguenais et quotidiennes au CHU de Nantes.

L'architecture diffère aussi avec des sanitaires disponibles dans leur chambre pour les patients de Blain contre l'accès dépendant de la disponibilité des soignants pour le CHU de Nantes et le CH de Bouguenais.

Il paraît donc intéressant de comparer l'utilisation de la chambre d'isolement dans ces hôpitaux par l'intermédiaire de données objectives afin d'observer si ces différences de modalités de mise en place de l'isolement amènent à des différences d'utilisation.

II Etude de l'utilisation de la chambre d'isolement dans les hôpitaux psychiatriques du CHU de Nantes, du CHS de Blain et du CH de Bouguenais

1. Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette étude sont d'analyser et de comparer l'utilisation des chambres d'isolement et le profil des patients admis en isolement entre les hôpitaux psychiatriques de Loire-Atlantique, et entre les unités de ces hôpitaux.

Le deuxième objectif est de comparer ces données par rapport aux données de la littérature.

2. Matériels et méthodes

Nous avons pour cela réalisé une étude quantitative, rétrospective, descriptive, multicentrique, sur les hôpitaux psychiatriques du CHU de Nantes (Hôpital Saint-Jacques), du CHS de Blain, du CH de Bouguenais (Hôpital G. Daumezon) sur une période d'un an (du 1/01/2016 au 31/12/2016).

2.a Recueil des données

Le recueil de données s'est fait par l'intermédiaire de la Direction de l'Information Médicale (DIM), avec l'outil de Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie « RIM-PSY », qui a fourni les données, après accord des présidents des Commissions Médicales d'Etablissement.

Pour le CHU de Nantes, elles ont été directement obtenues par le DIM qui les a extraites via un enregistrement de l'occupation des lits par le logiciel CLINICOM. Il a été nécessaire d'ouvrir les dossiers médicaux indépendamment pour rechercher la date de changement de mode légal (s'il y en avait un) et pour vérifier que les durées d'isolement pour ces séjours étaient conformes aux données extraites.

Pour les hôpitaux de Blain et Bouguenais, la majorité des données était extractible et disponible directement (âge, sexe, mode d'hospitalisation, durée d'hospitalisation). Mais nous avons dû effectuer un recueil manuel en ouvrant chaque dossier médical, via le logiciel Cariatides, pour avoir l'information de la durée de mise en chambre d'isolement et de date de changement de mode légal d'hospitalisation. Le DIM ne disposait pas de données assez

fiables pour pouvoir les exploiter. Celles-ci étant dépendantes du pointage des équipes soignantes, il n'était pas toujours fait.

Nous aurions souhaité inclure le CH de Saint Nazaire dans cette étude, ce qui aurait couvert le département de Loire-Atlantique en totalité, mais les données disponibles n'étaient pas suffisamment exhaustives.

La comptabilisation des jours d'hospitalisation s'est faite de la date du premier jour d'hospitalisation jusqu'au dernier jour inclus sur la période du 1/01/16 au 31/12/16 en retirant les jours de non présence à minuit (en cas de permission de sortie par exemple).

La comptabilisation d'une journée d'isolement se faisait à partir de 2h ou plus d'isolement. C'était la somme totale de jours d'isolement qui était recueillie, il n'était donc pas possible de différencier les temps fractionnés d'isolement avec des isolements continus.

Les chambres hôtelières fermées à clé n'étaient pas non plus comptabilisées. Cette pratique est pourtant bien présente dans les hôpitaux psychiatriques étudiés mais il n'y a pas de traçabilité dans ces cas-là.

Notre étude porte sur les mesures d'isolement, nous n'avons donc pas pris en compte l'utilisation de la contention.

Enfin, il avait été prévu initialement un recueil fait par unité, mais cela n'a pas été possible en raison de données qui n'étaient pas exploitables.

2.b Mode d'hospitalisation

Les modes d'hospitalisation étudiés sont ceux définis par la loi du 5 Juillet 2011, modifiée en septembre 2013, à savoir les Soins Libres (SL), Soins Psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), Soins psychiatriques en Péril Imminent (SPPI) et les Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat (SPDRE).

Nous avons aussi extrait les données pour les patients mineurs, ainsi que les patients détenus et irresponsables pénaux.

Nous avons pris en compte le mode légal initial au moment de la décision d'isolement ainsi que le changement du mode légal d'hospitalisation, s'il y en avait un.

2.c Diagnostic

Les diagnostics évoqués sont les diagnostics principaux cotés par les médecins référents lors de l'hospitalisation des patients. Ils sont définis en fonction de la Classification Internationale CIM 10.

La CIM 10 définit les troubles mentaux dans son cinquième chapitre avec :

- (F00-F09) Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques ;
- (F10-F19) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives ;
- (F20-F29) Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants ;
- (F30-F39) Troubles de l'humeur (affectifs) ;
- (F40-F48) Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ;
- (F50-F59) Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques ;
- (F60-F69) Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ;
- (F70-F79) Retard mental ;
- (F80-F89) Troubles du développement psychologique ;
- (F90-F98) Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence ;
- (F99) Trouble mental, sans autre indication ;

Dans les troubles de l'humeur nous avons différencié les épisodes maniaques avec les autres troubles de l'humeur (épisode dépressif, état mixte).

Après extraction par le DIM, il a été nécessaire d'aller chercher l'information diagnostique pour 29 séjours (1 à Nantes, 4 à Bouguenais et 24 à Blain) directement dans les dossiers, notamment dans les courriers de sortie. Les diagnostics étaient alors clairement explicités ce qui a permis d'inclure ces patients.

2.d Services étudiés

Les services étudiés au cours de l'étude sont les unités sectorielles de psychiatrie adulte.

Nous n'avons pas pris en compte les unités intersectorielles.

Suite à la présentation des établissements faite précédemment, on conclue qu'il y a au total :

- 211 lits d'hospitalisation au CHU de Nantes (Hôpital Saint-Jacques) dont 10 chambres d'isolement,
- 108 lits d'hospitalisation au CHS de Blain dont 6 chambres d'isolement,
- 101 lits d'hospitalisation au CH de Bouguenais (CH G. Daumezon) dont 6 chambres d'isolement.

L'étude porte donc au total sur **410 lits d'hospitalisation et 22 chambres d'isolement.**

2.e Activité des services étudiés

Afin de pouvoir comparer l'utilisation des différents hôpitaux, il est important de rendre compte de l'activité de chacun.

Tableau 2 : Données pour les patients hospitalisés sur l'année 2016 avec et sans isolement.

	Séjours	Patients	Journées d'hospitalisation (en j)
Blain	1895	703	25602
Bouguenais	1709	831	21734
Nantes	3069	1859	45406

Ainsi l'hôpital de Blain a enregistré sur la période étudiée, 1895 séjours d'hospitalisation où 703 patients différents ont été hospitalisés avec 25602 jours d'hospitalisation.

A l'hôpital de Bouguenais (CH G. Daumezon) on compte 1709 séjours, 831 patients et 21734 jours d'hospitalisation sur la période étudiée.

Enfin, au CHU de Nantes (Hôpital Saint-Jacques) on retrouve 3069 séjours avec 1859 patients différents hospitalisés sur cette période et 45406 jours d'hospitalisation.

On constate donc une différence notable d'activité entre les deux CHS situés en périphérie de Nantes et le CHU qui compte environ deux fois plus de séjours d'hospitalisation sur l'année 2016.

De plus, lorsqu'on effectue le ratio moyen de séjours par patient on retrouve : à Blain 2,7 séjours par patient, 1,6 pour Nantes et 2,05 à Bouguenais. L'activité globale des hôpitaux diffère donc avec des patients qui reviennent plus en hospitalisation au cours de l'année à Blain qu'à Nantes. Cela aura une incidence au moment d'étudier le taux d'utilisation de l'isolement.

2.f Répartition des modes légaux au moment de l'admission, tous séjours confondus, sur la période étudiée

Pour comprendre l'activité de chaque hôpital, il est intéressant d'observer la répartition des modes légaux d'hospitalisation au moment de l'admission de tous les patients hospitalisés sur l'année 2016.

Tableau 3 : Activité annuelle des hôpitaux en 2016 en fonction des modes légaux d'hospitalisation.

Mode légal	Blain		Bouguenais		Nantes	
	Nombre de séjours	Répartition sur l'hôpital (en %)	Nombre de séjours	Répartition sur l'hôpital (en %)	Nombre de séjours	Répartition sur l'hôpital (en %)
SL	1343	70,9%	1255	73,4%	2387	77,8%
SPDRE	56	3,0%	19	1,1%	135	4,4%
Irr. P.	1	0,1%	58	3,4%	0	0,0%
Détenus	4	0,2%	5	0,3%	11	0,4%
SPDT	366	19,3%	289	16,9%	356	11,6%
SPPI	78	4,1%	39	2,3%	103	3,4%
Mineurs	47	2,5%	44	2,6%	77	2,5%
Total	1895	100%	1709	100%	3069	100%

On remarque tout d'abord que les soins libres représentent la majorité des modes d'hospitalisations avec plus de deux tiers des modes légaux d'hospitalisations sur les trois hôpitaux pour Blain (70,9%), environ trois quarts pour Bouguenais (73,4%) et le CHU de Nantes (77,8%).

Ensuite, nous avons les SPDT avec une proportion plus importante pour Blain et Bouguenais (19,3% et 16,9%) par rapport au CHU de Nantes (11,6%).

Cependant les SPDRE sont beaucoup plus nombreux sur le CHU de Nantes avec plus de deux fois le nombre de séjours de Blain et environ huit fois le nombre de séjours à Bouguenais (135 séjours vs 56 et 19). En proportion, cela reste aussi important avec 4,4% contre 1,1% à Bouguenais et 3% à Blain.

Les mineurs ont une répartition équivalente entre les hôpitaux (environ 2,5% dans les trois hôpitaux).

Les répartitions pour les SPPI sont assez proches entre les 3 hôpitaux (de 2,3 % à 4,1%). On remarque tout de même que le CHU de Nantes a comptabilisé deux fois plus d'hospitalisations sous ce mode légal en comparaison au CH de Bouguenais.

Les 58 séjours recensés à Bouguenais dans le contexte d'irresponsabilité pénale concernent 3 patients différents, dont un patient compte 47 séjours séquentiels sur l'année avec une durée de 17 à 3 jours d'hospitalisation et l'autre patient comptait 10 séjours d'hospitalisations séquentielles de 3 jours, une fois par mois.

2.g Critères d'inclusion

Patients hospitalisés sur les unités sectorielles des hôpitaux de Nantes, Blain et Bouguenais avec une date d'admission et une date de sortie comprises entre le 1/01/16 et le 31/12/16, et ayant eu au moins une journée d'isolement.

2.h Critères d'exclusion

Les patients dont les dates d'admission et de sortie ne sont pas comprises dans la période étudiée (antérieure au 1/01/16 ou postérieure au 31/12/16), et/ou n'ayant eu aucune journée d'isolement.

2.i Les tests statistiques

L'analyse des résultats a été réalisée avec le logiciel IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Des tests de Chi 2 ont été réalisés pour faire des comparaisons de pourcentages ainsi que des tests de Fisher lorsque les effectifs étaient trop petits.

Le test de Student ainsi que l'analyse de variance ont été utilisés pour comparer les moyennes.

3. Résultats

3.a Nombres de patients et de séjours

En une année, 534 patients ont été admis en isolement pendant au moins 2 heures dans les trois établissements psychiatriques étudiés.

658 séjours d'hospitalisation ont été recensés avec 4537 jours d'isolement au total.

La distribution de ces données par hôpital, retrouvée ci-dessous, montre deux fois plus de séjours avec isolement pour le CHU de Nantes par rapport aux deux autres hôpitaux (368 séjours vs 168 pour Blain et 128 pour Bouguenais).

Tableau 4 : Résultats pour les patients hospitalisés en 2016 ayant eu au moins une journée d'isolement.

	Séjours avec isolement	Patients	Jours d'isolement
Blain	168	142	1110
Bouguenais	128	94	941
Nantes	362	298	2486
Total	658	534	4537

3.b Taux d'utilisation de la chambre d'isolement

Le taux d'utilisation de la chambre d'isolement est une donnée primordiale dans notre étude, il permet ainsi d'analyser et de relativiser l'utilisation de la chambre d'isolement en fonction de l'activité totale de l'hôpital ou du groupe étudié. Pour cela, on effectue le rapport de la variable observée pour l'isolement sur le rapport de la même variable pour les données en rapport avec la totalité de l'activité de l'hôpital sur la période (avec et sans isolement). Plusieurs variables peuvent être prises en compte telles que le taux d'utilisation par patient, par séjour et par jour d'isolement.

On fait donc le rapport des données du tableau 4 sur les données du tableau 2. Par exemple, le taux d'utilisation d'isolement par séjour pour le CHU de Nantes est de : 362 séjours (nombre de séjours avec au moins une journée d'isolement sur la période) divisés par 3069 (nombre de séjours totaux avec et sans isolement). Ce qui donne un résultat de 11,8%.

Tableau 5 : Taux d'utilisation de la chambre d'isolement.

	Par séjour	Par patient	Par jour
Blain	8,9%	20,2%	4,3%
Bouguenais	7,5%	11,3%	4,3%
Nantes	11,8%	16,0%	5,5%

En regardant **les taux en fonction des patients** on remarque qu'environ 20 % des patients, soit 1/5^e, hospitalisés à Blain ont eu au moins une journée d'isolement sur l'année 2016. Ce qui est beaucoup plus élevé qu'au CH de Bouguenais où on a un taux plus faible de moitié environ (11,3 %) et Nantes avec un taux intermédiaire à 16%.

Le taux d'utilisation par séjour est un indicateur dans les pratiques des différents hôpitaux. On remarque qu'il est plus élevé à **Nantes (11,8%)** par rapport à Blain (8,9%) et Bouguenais (7,5%) avec une différence statistiquement significative ($p < 0,0001$). Cela indique, sur un nombre de séjour équivalent, qu'il y aurait plus de patients hospitalisés susceptibles d'être admis en isolement à Nantes que dans les deux autres hôpitaux.

Les taux d'utilisation de la chambre d'isolement en fonction des jours d'hospitalisation sont assez proches entre les trois hôpitaux étudiés. On remarque tout de même que celui du CHU de Nantes est légèrement plus élevé par rapport aux deux autres (5,5% vs 4,3%). Cela indique que les chambres d'isolement sont plus utilisées en nombre de jours, proportionnellement, à Nantes par rapport aux deux autres hôpitaux.

C'est le type de taux qui présente le moins de biais car il recense les taux d'occupations de lits sans différencier les patients, ni les séjours.

3.c Durées d'isolement et d'hospitalisation

Tableau 6 : Durées d'isolement et d'hospitalisation par hôpital.

	Moyenne de durée d'iso (en j)	Moyenne de durée d'hospit (en j)	Médiane de durée d'Iso (en j)	Médiane de durée d'hospit (en j)
Blain	6,6	32,3	4	17
Bouguenais	7,4	24,2	4	14
Nantes	6,9	25,1	5	16
Total	6,9	26,7	4	16

Les tests statistiques n'ont pas montré de différences significatives entre les moyennes de durées d'isolement des hôpitaux étudiés ($p=0,729$).

On peut constater de manière descriptive une tendance de durées moyennes assez proches entre hôpitaux et une durée moyenne globale de 6,9 jours soit environ 166 h. La médiane globale était de 4 jours soit 96 h.

En revanche, les différences de durées moyennes d'hospitalisation étaient statistiquement significatives ($p=0,041$) avec une durée plus élevée à Blain que dans les deux autres hôpitaux (32,3j vs 25,1 au CHU de Nantes et 24,2 jours à Bouguenais).

3.d Age

Tableau 7 : Âge des patients admis en isolement.

	Moyenne d'âge (en années)	Ecart type de l'âge (en années)	Médiane (en années)
Blain	37,6	14,8	34,5
Bouguenais	34,7	14,7	30
Nantes	33,5	13,4	31
Total	34,8	14,1	32

L'âge moyen des patients admis en isolement était de 34, 8 ans avec une médiane à 32 ans et un écart type à 14,1.

La population de Blain est en moyenne plus âgée que la population étudiée à Bouguenais et à Nantes (37,6 vs 34,7 ans et 33,5 ans respectivement).

Cette différence entre les hôpitaux est statistiquement significative ($p= 0,007$).

L'étendue des âges allait de 11 à 84 ans.

3.e Sexe

Tableau 8 : Répartition des séjours d'hospitalisation en fonction du sexe.

	Homme	Femme
Blain	120 (71%)	48 (29%)
Bouguenais	72 (56%)	56 (44%)
Nantes	257 (71%)	105 (29%)
Total	449 (68%)	209 (32%)

Sur les 658 épisodes recensés, on retrouve 68% d'hommes hospitalisés ayant eu au moins une journée d'isolement et 32 % de femmes.

On remarque que la répartition est quasiment identique en pourcentage entre les hôpitaux de Blain et Nantes alors que l'hôpital de Bouguenais présente une proportion plus importante de femmes (44% vs 29%).

Ces différences de répartitions sont statistiquement significatives ($p=0,005$).

Dans notre échantillon, les hommes étaient en moyenne plus jeunes que les femmes (33,4 ans vs 37,8 ans) avec une validité statistique significative ($p=0,0001$).

Cela se retrouve lorsqu'on étudie ces valeurs par hôpital excepté pour le CH de Bouguenais où on a une moyenne d'âge plus élevée pour les hommes que pour les femmes (35,6 ans vs 33,6 ans).

Tableau 9 : Moyenne d'âge en fonction du sexe par hôpital.

	Homme (en années)	Femme (en années)	Total (en années)
Blain	34,3	45,9	37,6
Bouguenais	35,6	33,6	34,7
Nantes	32,3	36,3	33,5
Total	33,4	37,8	34,8

3.f Diagnostic

Tableau 10 : Répartition des diagnostics au cours des séjours par hôpital.

	Blain	Bouguenais	Nantes	Total
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	86 (51%)	54 (42%)	182 (50%)	322 (49%)
Troubles de l'humeur, type maniaque	11(7%)	8 (6%)	32 (9%)	51 (8%)
Autres troubles de l'humeur	17 (10%)	9 (7%)	28 (8%)	54 (8%)
Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	12 (7%)	9 (7%)	36 (10%)	57 (9%)
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	12 (7%)	12 (9%)	26 (7%)	50 (8%)
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	7 (4%)	12 (9%)	26 (7%)	45 (7%)
Troubles du développement psychologique	11 (7%)	4 (3%)	10 (3%)	25 (4%)
Autres	12 (7%)	20 (16%)	22 (6%)	54 (8%)
Total	168	128	362	658 (100%)

Dans la répartition des diagnostics posés lors des 658 séjours d'hospitalisations dans les trois hôpitaux on retrouvait :

- **Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants** : 322 séjours (49 % des séjours d'hospitalisation).
- **Troubles de l'humeur (affectifs) : 105 séjours (16% des séjours)**
 - o Type maniaque : 51 séjours (8%) ;
 - o Autres troubles de l'humeur : 54 séjours (8%) ;
 - Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte : 6 séjours,
 - Episodes dépressifs : 45 séjours dont 4 sont affiliés à un trouble bipolaire,
 - Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission : 3 séjours,

- **Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives : 57 séjours (9%) dont des troubles :**

- Liés à l'alcool : 19 séjours ;
- Liés au cannabis : 23 séjours ;
- Liés à la cocaïne : 4 séjours ;
- Liés aux sédatifs ou hypnotiques : 1 séjour ;
- Liés à l'utilisation d'opiacés : 2 séjours ;
- Liés à l'utilisation d'hallucinogènes : 1 séjour ;
- Liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives : 1 séjour ;

Sur les 57 séjours où les patients ont été diagnostiqués comme « troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives », 36 (soit 63 % des séjours) étaient hospitalisés au CHU de Nantes.

On remarque aussi que la majorité des patients hospitalisés pour ce motif le sont pour des troubles liés à l'alcool et au cannabis.

- **Troubles de personnalité et du comportement chez l'adulte : 50 séjours (8%) :**

- Personnalité émotionnellement labile : 18 séjours ;
- Personnalité histrionique : 4 séjours ;
- Personnalité dyssociale : 4 séjours ;
- Personnalité anankastique : 1 séjour ;
- Personnalité dépendante : 1 séjour ;
- Personnalité schizoïde : 1 séjour ;
- Trouble de la personnalité, sans précision : 13 séjours ;
- Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision : 2 séjours ;
- Trichotillomanie : 1 séjour ;
- 5 autres séjours ont été recensés pour des patients ayant « des modifications durables de la personnalité après une maladie psychiatrique ou non précisé, des troubles factices ou une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques » (1 patient par diagnostic).

- **Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes : 45 séjours (7%) ;**

- Troubles du développement psychologique : 25 séjours (4%) ;
- Les autres diagnostics ont été regroupés dans le tableau car ils représentaient des effectifs très faibles. Cela concernait 54 séjours soit 8% des séjours étudiés dont :
 - Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence : 13 séjours (2%) ;
 - Affections épisodiques et paroxystiques : 2 séjours (0,3 %) ;
 - Epilepsie et syndrome épileptique symptomatiques définis par leur localisation avec des crises partielles complexes : 2 séjours
 - Retard mental : 11 séjours (2 %) ;
 - Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs : 1 séjour (0,2%) ;
 - Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psychosociales : 17 séjours (0,3%) ;
 - Dont 8 séjours à Bouguenais pour une patiente ayant des « Difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat ».
 - Symptômes et signes généraux : 1 séjour (0,2%) ;
 - Altération (baisse) de l'état général : 1 séjour
 - Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement : 2 séjours (0,3%) ;
 - Désorientation : 1 séjour
 - Nervosité : 1 séjour
 - Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques : 4 séjours (1 %) ;
 - Anorexie mentale : 2 séjours
 - Boulimie : 1 séjour
 - Troubles de l'alimentation, non organique, sans précision : 1 séjour

Entre les trois hôpitaux, on ne retrouve pas de différence majeure dans l'ordre de répartition des diagnostics principaux (schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles de personnalité).

Les troubles schizophréniques sont les diagnostics les plus représentés avec 49 % des séjours totaux. Au CH de Bouguenais, la proportion de patients atteints de troubles

schizophréniques est moins élevée (42%) que dans les deux autres hôpitaux (49% à Nantes et 51% à Blain) « au profit » des troubles de la personnalité et des troubles névrotiques.

On retrouve ensuite les troubles de l'humeur avec 16 % des séjours totaux (environ la moitié de type maniaque, et la moitié de type dépressif, mixte ou bipolaire en rémission). Le CHS de Blain compte plus d'autres troubles de l'humeur, en pourcentage, que les deux autres hôpitaux (10% vs 7% à Bouguenais et 8% à Nantes).

Les troubles de personnalité sont représentés en nombre (8% des séjours totaux) avec une prédominance de personnalité émotionnellement labile (36 % des troubles de personnalité) puis les personnalités histrioniques (8% des troubles de personnalité) et dyssociales (8% des troubles de personnalité).

Les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives sont fréquemment retrouvés (9%). C'est le cannabis qui est majoritairement en cause puis vient l'alcool.

On observe une proportion plus importante de troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives à Nantes (10%) par rapport à Blain et Bouguenais (7%). Celle-ci est d'autant plus significative lorsqu'on regarde le nombre de séjours (36 à Nantes vs 12 à Blain et 9 à Bouguenais).

On peut aussi relever la proportion importante de « **troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes** » retrouvés lors de 45 séjours (7% des séjours totaux) dont 23 pour troubles de l'adaptation, qui sont par définition des troubles transitoires et ne relevant pas de pathologie psychiatrique chronique. La répartition entre les hôpitaux est différente avec un pourcentage plus grand sur les séjours du CH de Bouguenais avec 9% des hospitalisations contre 7% pour Nantes et seulement 4% pour Blain.

Les troubles du développement psychologique sont plus représentés, en proportion, à Blain (7% contre 3% à Nantes et à Bouguenais).

Les 13 patients diagnostiqués au cours de leur séjour comme « troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance » provenaient, pour 11 d'entre eux, du CHU de Nantes et pour les 2 autres du CH de Bouguenais. Il n'y en avait aucun diagnostiqué à Blain.

3.g Mode d'hospitalisation

Tableau 11 : Répartition des modes d'hospitalisation au moment de l'isolement par hôpital.

	SL	SPDRE	Irr. P.	Détenus	SPDT	SPPI	Mineurs	Total
Blain	32%	11%	0%	3%	41%	10%	4%	100%
Bouguenais	34%	9%	2%	4%	38%	5%	8%	100%
Nantes	26%	19%	0%	3%	31%	11%	9%	100%
Total	29%	15%	0%	3%	35%	10%	8%	100%

En observant les modes légaux d'hospitalisation au moment de la mise en isolement sur les trois hôpitaux, on constate que les mesures d'hospitalisation à la demande d'un tiers sont les plus représentées avec 35% de l'échantillon. Ensuite on retrouve les soins libres (SL) avec un peu moins d'un tiers des épisodes (29%) puis les Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat (SPDRE) (15%).

Les Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent (SPPI) sont moins représentés (8%).

Les patients mineurs sont présents dans 8% des séjours et les patients détenus dans 3% des séjours totaux. Ces deux groupes feront l'objet d'un paragraphe à part.

En observant les données par hôpital, on remarque la présence plus importante de décisions d'isolement alors que les patients étaient en soins libres sur les hôpitaux de Blain (32%) et Bouguenais (34%) en comparaison au CHU de Nantes (26%). Nous verrons, ci-dessous, dans quelle mesure la mise en conformité du mode d'hospitalisation a été faite.

On remarque aussi que les isolements pour les patients en SPDRE étaient plus importants au CHU de Nantes (19%), en comparaison au CH de Bouguenais (9%) et au CHS de Blain (11%).

L'exploration du mode d'hospitalisation à l'admission pour tous les patients admis sur les 3 hôpitaux ayant eu une période d'isolement ou non, apporte un élément de réponse dans la mesure où, on a pu voir plus de patients hospitalisés en SPDRE, en proportion, sur le CHU de Nantes au cours de l'année 2016 (Cf. tableau 3) avec 4,4 % des séjours totaux contre 1,1% pour Bouguenais et 3% des séjours totaux de Blain.

Afin de mieux contextualiser ces chiffres, il est important d'effectuer le taux d'isolement par séjour en fonction du mode légal en croisant les données du Tableau 3 avec les valeurs absolues de séjours avec isolement en fonction du mode légal.

Tableau 12 : Taux d'isolement par séjour en fonction du Mode légal d'hospitalisation.

Mode légal	Blain	Bouguenais	Nantes
SL	4%	4%	4%
SPDRE	32%	58%	51%
Irr. Pen.	0%	0%	0%
Détenus	80%	100%	100%
SPDT	19%	17%	32%
SPPI	22%	26%	39%
Mineurs	15%	16%	44%

En effet, lorsque nous analysons les données du pourcentage de séjour avec isolement sur les séjours avec et sans isolement en fonction des modes légaux, on constate que les patients admis en SPDRE sont les patients les plus susceptibles d'être isolés avec 51% à Nantes, 32% à Blain et jusqu'à 58% à Bouguenais.

Les patients en SPDT avaient pour près d'un tiers (32%) passés au moins une journée en chambre d'isolement au cours de leur séjour au CHU de Nantes, ce qui est beaucoup plus fréquent que dans les deux autres hôpitaux étudiées (19% pour Blain et 17% pour Bouguenais). Les patients en SPPI ont eux aussi des taux d'utilisation d'isolement élevés notamment au CHU de Nantes avec 39% des séjours, contre environ un quart pour le CHS de Blain et le CH de Bouguenais.

Les patients en SL sont les patients les moins admis en isolement au cours de leur hospitalisation (4% pour les trois hôpitaux).

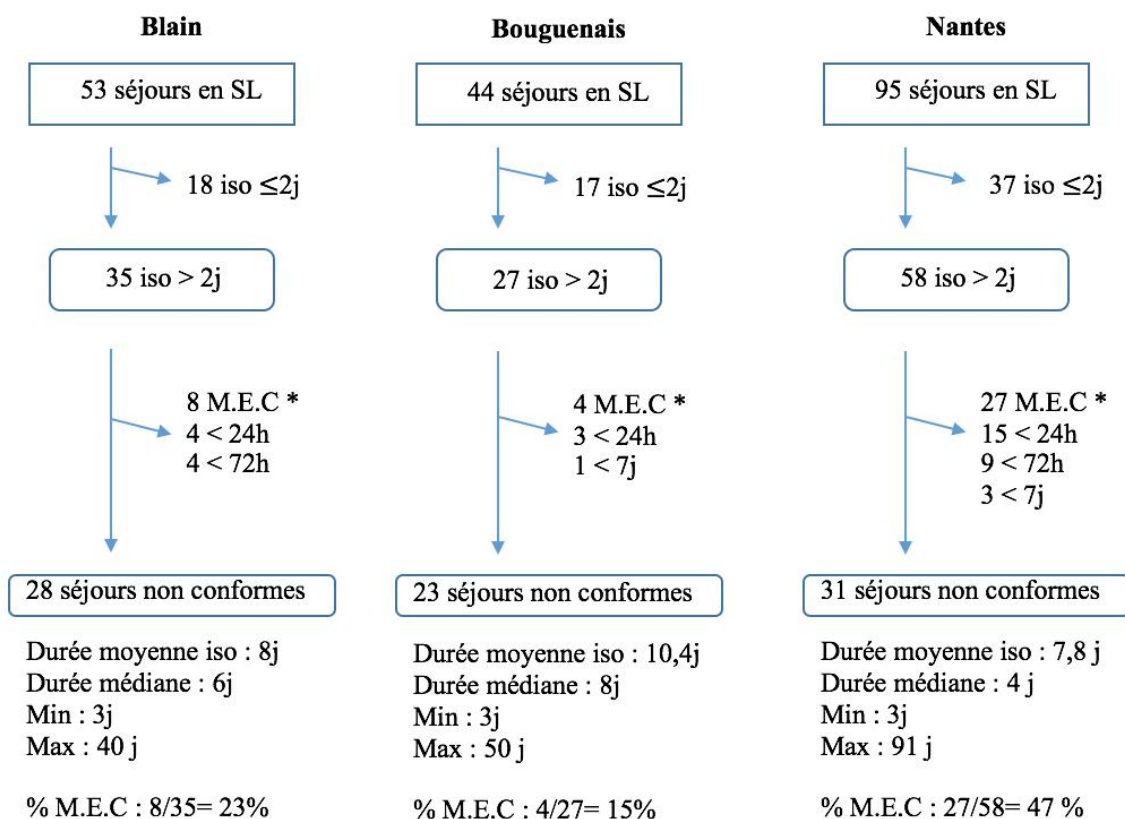
Les pourcentages d'isolement pour les patients détenus interpellent avec des taux de 100% d'isolement à Nantes et Bouguenais et 80 % à Blain. Ces taux élevés, comme ceux des mineurs, impliquent que ces sous-groupes fassent l'objet d'un paragraphe à part.

- Mise en conformité

Le pourcentage important de mises en isolement chez des patients en soins libres nous a amené à étudier s'il y avait, par la suite, une mise en conformité de ces modes d'hospitalisation. Pour cela on a délimité la mise en conformité dans les 24h, dans les 72h et dans la semaine suivant la mise en isolement.

On a considéré que les séjours comptabilisés comme étant inférieurs à 2 jours étaient conformes car ils répondaient à une gestion de crise et n'entraînaient pas nécessairement de mise en conformité. En sachant que 2 jours comptabilisés ne correspondent pas, dans la grande majorité, à 48 heures d'isolement. Par exemple : si un patient est mis en isolement à 20h et qu'il ressort après réévaluation médicale le lendemain à 8h du matin, la durée d'isolement comptabilisée sera de 2 jours alors qu'elle est en réalité de 12h.

Figure 1 : Mise en conformité des modes légaux d'hospitalisation au cours de l'isolement.



*M.E.C : Mise en conformité

En observant la figure ci-dessus, on constate que la mise en conformité des modes d'hospitalisation des patients initialement en soins libres est très faible par rapport aux recommandations. En effet, après avoir mis à part les séjours en isolement d'une durée inférieure à 2 jours on constate une mise en conformité dans seulement 23 % des cas à Blain, 15% à Bouguenais et 47% à Nantes. De plus, les séjours non conformes ont des durées d'isolement moyennes supérieures à une semaine et peuvent aller jusqu'à 40 jours pour Blain, 50 jours pour Bouguenais et 91 jours pour le CHU de Nantes.

3.h Diagnostic en fonction du mode légal

Tableau 13 : Répartition des diagnostics retrouvés par séjour en fonction des modes légaux d'hospitalisation.

	SL	SPDRE	Irr. P.	Détenus	SPDT	SPPI	Mineurs	Total
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	24%	19%	1%	4%	39%	12%	2%	100%
Troubles de l'humeur, type maniaque	24%	14%	0%	4%	43%	16%	0%	100%
Autres troubles de l'humeur	35%	6%	0%	2%	37%	9%	11%	100%
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	46%	14%	0%	4%	22%	6%	8%	100%
Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	30%	16%	0%	0%	40%	9%	5%	100%
Troubles du développement psychologique	52%	4%	0%	0%	24%	0%	20%	100%
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	16%	13%	0%	4%	33%	7%	27%	100%
Autres	44%	6%	0%	4%	15%	4%	28%	100%
Total	29%	15%	0%	3%	35%	10%	8%	100%

L'intérêt d'étudier les diagnostics en fonction des modes légaux permet d'affiner le profil des patients admis en isolement au cours de leur hospitalisation.

Pour les troubles schizophréniques, on note que 39% des patients admis en isolement le sont lorsqu'ils sont en SPDT et environ un quart sont en soins libres (24%). La proportion de SPDRE est importante pour ce groupe avec 19% des patients schizophrènes.

On retrouve aussi une proportion importante de SPDRE pour les patients en état maniaque (14%) bien qu'ils soient le plus souvent en isolement alors qu'ils sont en SPDT (43%).

Pour les autres troubles de l'humeur la répartition est équivalente entre les soins libres et les SPDT (35 et 37 %).

Les patients atteints de troubles de personnalité ont eu une majorité de mesures d'isolement mises en place alors qu'ils étaient en soins libres (46%).

Les patients atteints de « troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives » étaient le plus souvent en SPDT (40%), et une part importante en SL (30 %). On note aussi la représentation en nombre de SPDRE pour ce diagnostic (16%).

Le SL est le mode légal le plus retrouvé pour les patients atteints de troubles du développement psychologique (52% des séjours).

Les patients admis en isolement et atteints de « troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress ou troubles somatoformes » étaient pour un tiers en SPDT, un quart étaient mineurs et 16 % étaient en SL.

Les autres diagnostics ont été synthétisés du fait de leur faible représentativité mais on observe qu'il y a une forte proportion de séjours en Soins libres (44%) ainsi que de patients mineurs (28%).

Les sujets dont « la santé peut être menacée par des conditions socioéconomiques ou psychosociales » dont on parlait précédemment sont, pour plus de la moitié d'entre eux, en soins libres (59%).

3.i Durée d'isolement en fonction du sexe

Tableau 14 : Durée d'isolement moyenne par hôpital en fonction du sexe.

	Homme (en j)	Femme (en j)
Blain	7,1	5,3
Bouguenais	6,7	8,2
Nantes	7,2	5,9
Total	7,1	6,4

On observe sur la totalité des résultats qu'en moyenne les hommes bénéficient d'un isolement plus long que les femmes (7,1j vs 6,4j) mais cette différence n'est pas statistiquement significative (p= 0,260).

Le CH de Bouguenais fait exception avec une durée d'isolement moyenne plus longue pour les femmes que pour les hommes (8,2j vs 6,7 j).

3.j Durée d'isolement en fonction du mode légal

Tableau 15 : Moyenne de durée d'isolement en fonction du Mode Légal.

	Blain (en j)	Bouguenais (en j)	Nantes (en j)	Total (en j)
SL	6,3	6,7	6,1	6,3
SPDRE	11,0	5,6	8,8	8,9
Irresponsabilité pénale		6,0		6,0
Détenus	9,4	10,0	7,4	8,5
SPDT	5,3	8,6	6,7	6,7
SPPI	8,2	8,3	7,4	7,7
Mineurs	3,7	4,4	4,8	4,6
Total	6,6	7,4	6,9	6,9

La durée d'isolement est différente selon le mode légal (p=0,048) mais la comparaison faite entre les hôpitaux n'était pas statistiquement significative.

Elle est plus élevée pour les patients en SPDRE (8,9 jours) et les patients détenus (8,5 jours).

Les isolements en soins libres représentent les durées les plus courtes d'isolement, tous hôpitaux confondus, pour les adultes avec une durée de 6,3 jours.

Les SPDT ont une moyenne proche de la moyenne globale avec 6,7 j vs 6,9 j.

Les SPPI ont une durée moyenne d'isolement supérieure avec 7,7 j vs 6,9 j pour la moyenne globale.

Les patients mineurs ont une durée d'isolement moyenne inférieure (4,6j) aux autres.

3.k Durée d'isolement en fonction du diagnostic

Tableau 16 : Durée moyenne d'isolement en fonction du diagnostic.

	Blain (en j)	Bouguenais (en j)	Nantes (en j)	Total (en j)
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	7,5	9,2	7,9	8,0
Troubles de l'humeur (affectifs), type maniaque	5,2	10,9	6,8	7,1
Autres troubles de l'humeur (affectifs)	4,3	6,8	5,0	5,1
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	3,8	6,3	3,8	4,4
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	4,6	4,3	6,1	5,5
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	9,6	3,8	3,3	4,4
Retard mental	13,0	4,0	25,3	15,0
Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs			8,0	8,0
Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psychosociales	6,7	8,3	2,0	7,2
Symptômes et signes généraux	4,0			4,0
Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement	5,0		20,0	12,5
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques		2,0	3,0	2,8
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence		4,5	7,0	6,6
Troubles du développement psychologique	4,6	2,8	7,2	5,4
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	7,0	2,0		3,7
Affections épisodiques et paroxystiques	13,5			13,5
Moyenne totale	6,6	7,4	6,9	6,9

Les tests statistiques ont montré une différence significative de durée moyenne d'isolement pour les trois hôpitaux confondus ($p=0,002$) mais elle ne l'était pas pour les données entre les hôpitaux.

Tout d'abord, on remarque que les troubles schizophréniques ont des durées d'isolement plus élevées que la moyenne globale (8 j vs 6,9 j).

Les troubles de l'humeur de type maniaque sont proches de la durée d'isolement moyenne totale (7,1 j vs 6,9 j).

Les « autres troubles de l'humeur » comprenant les épisodes dépressifs et les états mixtes ont une durée d'isolement plus courte que la moyenne globale (5,1 j vs 6,9 j).

Les troubles dus à l'utilisation de substances psycho-actives ont une durée d'isolement moyenne plus courte que la moyenne globale.

Les troubles de personnalité ont une durée encore plus courte, en moyenne, que la moyenne globale (4,4 j vs 6,9 j) comme les troubles névrotiques (4,4 j).

Ce sont les patients atteints de retard mental qui font l'objet de mesures d'isolement les plus longues en moyenne (15 jours). Les deux patients atteints de troubles épileptiques et faisant partie du groupe diagnostic « affections épisodiques et paroxystiques » ainsi que les patients atteints de « symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement » ont eux aussi des durées moyennes d'isolement supérieures à 10 jours (13,5 jours et 12,5 jours) mais on rappelle que les effectifs pour ces diagnostics étaient très faibles donc peu représentatifs.

3.1 Cas particuliers

- Patients détenus

Tableau 17 : Analyse des données pour les patients détenus.

	Nombre de patients (dont iso)	Nombre de séjours (dont iso)	Nombre de jours d'hospit (en jours)	Nombre de jours d'iso (en jours)	Taux d'iso par jour (en %)	Moyenn e de durée d'iso (en jours)	Médiane de durée d'iso (en jours)	Moyenne de durée d'hospit (en jours)	Médiane de durée d'hospit (en jours)
Blain	6 (5)	6 (5)	88	47	53%	7,8	8	14,7	12,5
Bouguenais	5 (5)	5 (5)	61	50	82%	10,0	9	12,2	12
Nantes	10 (10)	11 (5)	71	81	114%	7,4	7	6,5	6
Total	21 (20)	22 (21)	220	178	81%	8,1	7,5	10	8

En reprenant les taux d'utilisation d'isolement par séjour pour les patients détenus utilisés dans le tableau 12 on retrouvait des taux de : 80 % à Blain et 100% à Bouguenais et à Nantes.

Après cette constatation de taux bien plus élevés que les autres patients inclus dans notre étude, il était important de développer et d'étudier l'utilisation de l'isolement pour les détenus.

Sur l'année 2016 donc, 21 patients détenus différents ont été admis dans les 3 hôpitaux pour 22 séjours d'hospitalisation. Sur ces 21 patients, un seul n'a pas eu de mise en isolement au cours de son hospitalisation. Il s'agissait d'un patient mineur (17 ans) à Blain.

Il n'y a eu aucun autre cas pour les autres patients détenus hospitalisés sur les autres hôpitaux étudiés.

Or, il n'est mentionné dans aucun document officiel l'obligation de mise en chambre d'isolement pour les patients détenus.

En observant le rapport du nombre de jours d'isolement sur le nombre de jours d'hospitalisation on obtient le taux d'isolement par jour d'hospitalisation. On observe que ce taux d'isolement est bien supérieur à deux tiers du temps passé à l'hôpital pour ces patients (68% à Blain, 82 % à Bouguenais). Il est même supérieur à 100 % au CHU de Nantes pour des raisons d'extractions de données différentes entre les jours d'hospitalisation et

d'isolement mais cela signifie que tous les détenus hospitalisés au CHU de Nantes l'ont été dans une chambre d'isolement pendant toute la durée de leur hospitalisation.

De plus, on remarque que la moyenne de durée d'hospitalisation est deux fois et demi plus courte par rapport à notre échantillon (10 j vs 26,7j).

En revanche, la durée d'isolement moyenne est plus longue (8,1 j vs 6,9 j).

Elle est donc très proche de la durée d'hospitalisation.

Ces constatations sont confirmées dans l'analyse des médianes tous hôpitaux confondus avec une médiane de 8j pour la durée d'hospitalisation et 7,5j pour la durée d'isolement.

Les patients hospitalisés au CHU de Nantes ont une durée moyenne d'hospitalisation (6,5j) deux fois inférieure aux deux autres hôpitaux (14,7j à Blain et 12,2 j à Bouguenais).

En observant les diagnostics des patients détenus on constate que :

- Près de **50 % des patients détenus hospitalisés avaient des troubles schizophréniques** (12 sur 22 séjours d'hospitalisation),
- 3 détenus hospitalisés l'étaient pour des troubles de l'humeur,
- 2 autres patients pour des troubles de personnalité,
- 2 patients pour des troubles de l'adaptation,
- 1 pour retard mental,
- 1 pour troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent,
- Enfin, le patient qui n'a pas été admis en isolement n'avait pas de diagnostic établi.

- Mineurs

Tableau 18 : Analyse des données pour les mineurs.

	Blain	Bouguenais	Nantes	Total
Patients totaux (dont iso)	28 (2)	25 (9)	62 (29)	115 (44)
Séjours Totaux (dont iso)	48 (7)	56 (9)	77 (34)	181 (50)
Nombre Jours d'hospit	847	544	777	2168
Moyenne de durée d'hospit (avec et sans iso) (en jours)	48 (7)	9	14	18
Nombre de jours d'iso	25	41	163	229
Moyenne de durée d'iso (en jours)	4	5	5	5
Taux iso par jour (en %)	3%	8%	21%	11%
Taux iso par séjour (en %)	15%	16%	44%	28%

Les patients mineurs au moment de leur admission sont aussi un groupe important à étudier car comme on a pu le voir avec les taux d'utilisation par séjour (15 % des mineurs hospitalisés à Blain, 16 % à Bouguenais et 44% à Nantes), ils sont beaucoup plus élevés par rapport aux patients adultes.

On constate tout d'abord que 115 patients mineurs (de 11 à 17 ans) ont été hospitalisés sur la période et les hôpitaux étudiés. Cela correspond à 181 séjours d'hospitalisation. Sur ces 181 séjours, il a fallu recourir à au moins une journée d'isolement pour 50 d'entre eux (soit 28%). Cela correspond en données journalières à 2168 jours d'hospitalisation pour 229 jours d'isolement, soit un taux d'isolement par jour de 11%.

On remarque que l'hôpital de Blain a des nombres de journées d'hospitalisation totales et moyennes beaucoup plus élevés que les autres hôpitaux, cela peut être dû à une patiente diagnostiquée « personnalité état limite » qui a été hospitalisée pendant 194 jours.

La moyenne de durée d'isolement est équivalente entre les hôpitaux avec une durée de 4 à 5 jours.

Les taux d'utilisation de l'isolement par jour pour ces patients sont bien différents entre les hôpitaux malgré les moyennes proches. Au CHS de Blain on a un taux d'isolement de 3% contre un taux quasiment trois fois plus élevé à Bouguenais (8%) et 7 fois plus élevé au CHU de Nantes (21%).

Les diagnostics les plus représentés pour ce sous-groupe sont les troubles schizophréniques. Cela peut donc expliquer leur admission en service adulte.

Pour approfondir notre développement, et identifier un peu plus précisément la population de sujets mineurs en service adulte, il est intéressant de cibler les patients mineurs âgés de moins de 16 ans.

- Mineurs de moins de 16 ans

Tableau 19 : Analyse des données pour les mineurs de moins de 16 ans

	Nombre de séjours (dont iso)	Nombre de jours d'hospit (en j)	Moyenne de jours d'hospit (en j)	Somme de jours d'iso (en j)	Moyenne de jours d'iso (en j)	Taux d'iso par jour (en %)	Taux d'iso par séjour (en %)
Blain	7 (0)	44	13,9	0	0	0	0
Bouguenais	9 (6)	53	6	28	4,7	53%	67%
Nantes	24 (16)	116	4,8	51	3,2	44%	67%
Total	40 (22)	213	5,3	79	3,6	47%	55%

On constate tout d'abord que plus de la moitié des patients de moins de 16 ans (55%) admis sur les trois hôpitaux étudiés avaient au moins une journée d'isolement au cours de leur séjour.

La répartition du nombre de patients mineurs de moins de 16 ans admis sur les différents hôpitaux était environ 3 fois plus importante au CHU de Nantes (24) par rapport à Bouguenais (9 séjours) et Blain (7 séjours).

Les taux d'utilisation d'isolement par séjour sur l'année 2016 sont similaires entre les hôpitaux de Bouguenais et Nantes avec deux tiers des séjours d'hospitalisation où ces patients ont eu au moins une journée d'isolement.

On note qu'aucun des 7 patients de moins de 16 ans admis à Blain n'a été admis en chambre d'isolement.

La moyenne de jours d'hospitalisation était plus faible que pour les mineurs au total (5,3 j vs 18 j) et encore plus faible par rapport aux adultes (26,7j)

La moyenne de durée d'isolement était, elle aussi, plus faible avec une durée moyenne de 3,6 j (contre 5 j pour les patients de moins de 18 ans).

A Bouguenais, la durée d'isolement moyenne pour ces patients était plus longue par rapport à Nantes (respectivement 4,7 j vs 3, 2 j).

A l'inverse des patients de moins de 18 ans, on ne retrouvait aucun diagnostic de troubles schizophréniques.

Le diagnostic le plus représenté était celui des « troubles du comportement et émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence ». Il y en avait 6 sur 22 (27%), tous au CHU de Nantes. 3 autres diagnostics de troubles de l'adaptation ont été retrouvés au CHU de Nantes.

A Bouguenais, 2 diagnostics sur 6 étaient liés à des difficultés dans le rapport avec les parents ou beaux-parents ou avec l'entourage, on retrouvait aussi 2 diagnostics de troubles de l'adaptation, un épisode dépressif léger et un « Trouble mixte des conduites et troubles émotionnels, sans précision ».

- Séjours prolongés

Nous avons aussi trouvé intéressant d'étudier quels patients étaient isolés plus d'une semaine afin d'avoir une meilleure analyse des pratiques entre hôpitaux.

Il y a eu 185 séjours d'hospitalisation dans ce cas soit 28% de notre échantillon.

Les trois diagnostics les plus représentés étaient dans :

- 61% des cas des patients atteints de troubles schizophrénique.
- 10 % des cas des patients atteints de troubles de l'humeur de type maniaque.
- 8% des cas des troubles liés à l'utilisation de substances psycho actives, soit 14 séjours, dont 6 séjours liés à l'utilisation de dérivés du cannabis.

Tableau 20 : Séjours avec isolement prolongé par hôpital.

	Isolement > 1 semaine	Isolement > 2 semaines	Maximum (en j)	Total séjours
Blain	39 (23%)	16 (10 %)	60	168
Bouguenais	46 (36%)	15 (12%)	50	128
Nantes	100 (28%)	34 (9%)	91	362
Total	185 (28%)	65 (10%)	91	658

En étudiant les séjours prolongés au-delà d'une semaine par hôpital on remarque que c'est une pratique répandue avec plus d'un quart des séjours pour le CHU de Nantes (28%). Cela va jusqu'à 36% des séjours à Bouguenais et 23% des séjours à Blain.

Le CHS de Blain compte donc le moins de séjours d'isolement prolongés supérieurs à une semaine, en proportion et en valeur absolue, mais cela reste des chiffres élevés.

Devant ces nombres importants, nous sommes allés plus loin en extrayant les données pour les séjours dont l'isolement était supérieur à 14j. On retrouve tout de même un proportion d'environ 10 % dans les trois hôpitaux.

Le CH de Bouguenais comptabilisait 12% de durée d'isolement comme étant supérieur à 2 semaines. C'est le taux le plus important par séjour entre les trois hôpitaux.

Le maximum de durée d'isolement par séjour interpelle lui aussi avec des durées de 50 j pour Bouguenais, deux mois (60 j) pour Blain et jusqu'à 3 mois (91 j) pour le CHU de Nantes.

- Séjours répétés

23 patients ont été admis en hospitalisation avec 3 séjours ou plus ayant nécessité de l'isolement soit 4,3% des patients.

On en retrouve deux, avec 8 séjours ayant nécessité un temps d'isolement. Il s'agit d'un patient de 30 ans, hospitalisé à 8 reprises à Nantes, avec une période d'isolement sur le séjour, au cours de l'année 2016. Ce fut des hospitalisations courtes (7 sur 8 étaient entre 1 et 3 jours) avec 100 % de temps d'isolement pour ces 7 séjours et 18% sur le huitième séjour (11 jours d'hospitalisation pour 2 jours d'isolement). Ils se sont tous déroulés en soins libres excepté un seul en SPPI initialement. Le diagnostic posé pour ce patient était une schizophrénie paranoïde résistante. Il est noté dans le dossier que plusieurs stratégies d'apaisement ont été essayées mais elles n'ont pas été efficaces.

Une autre patiente de 26 ans a été hospitalisée sur l'hôpital de Bouguenais à 8 reprises en soins libres avec un taux d'isolement par jour de 100% au cours de ces séjours, d'une durée moyenne de 10 jours. Cela questionne beaucoup étant donné que le diagnostic posé pour elle était « difficultés liées à de possibles sévices sexuels », donc un sujet potentiellement à risque de vécu traumatique de l'isolement. Devant la répétition de mises en danger et de passages à l'acte auto et hétéro-agressifs dans le service, un programme de soin a été défini afin qu'elle puisse être accueillie dans le service mais uniquement en chambre d'isolement.

A noter que deux autres patients à Bouguenais ont eu 7 séjours d'hospitalisation avec isolement au cours de l'année. Ils étaient diagnostiqués comme « personnalité émotionnellement labile » avec un taux de 30 % d'utilisation d'isolement en fonction des jours d'hospitalisation et un autre patient comme schizophrène avec un taux de 100% d'isolement sur la période.

De plus, 16 patients ont eu 3 séjours d'hospitalisation au cours de l'année avec au moins un temps d'isolement.

On retrouve :

- 3 patients de Blain avec des diagnostics de « troubles schizophréniques »,
- 3 patients de Bouguenais avec eux aussi des diagnostics de « troubles schizophréniques »,
- 10 patients de Nantes avec :
 - o 7 diagnostics de troubles schizophréniques,
 - o 3 diagnostics de troubles de l'humeur.

Cela arrive donc à moins de 5 % des patients d'avoir plus de 2 séjours avec isolement au cours de l'année. On voit que ce sont des patients atteints de pathologies psychiatriques chroniques avec des prises en charges difficiles.

3.m Utilisation de l'isolement et profils des patients admis en isolement

Tableau 21 : Récapitulatif de l'utilisation de l'isolement et des profils des patients admis en isolement en fonction des hôpitaux.

	Blain	Bouguenais	Nantes
Nombre de séjours avec et sans isolement	1895	1709	3069
Nombre de séjours avec isolement	168	128	362
Taux d'utilisation de l'isolement			
Par séjour	8,9%	7,5%	11,8%
Par patient	20,2%	11,3%	16,0%
Par jour	4,3%	4,3%	5,5%
Durée d'hospitalisation moyenne	32,3	24,2	25,1
Durée d'isolement moyenne (Diff. pas stat. significative)	6,6	7,4	6,9
Profils			
Age moyen	37,6	34,7	33,5
Sexe (Pourcentage Homme/Femme)	71%/29%	56%/44%	71%/29%
Diagnostic			
Troubles schizophréniques	51%	42%	50%
Troubles de l'humeur, type maniaque	7%	6%	9%
Autres troubles de l'humeur	10%	7%	8%
Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	7%	7%	10%
Troubles de personnalité	7%	9%	7%
Troubles névrotiques	4%	9%	7%
Troubles du développement psychologique	7%	3%	3%
Autres	7%	16%	6%
Total	100%	100%	100%
Répartition Mode d'hospitalisation (en %) (Taux d'iso en fonction du ML (en %))			
SL	32% (4%)	34% (4%)	26% (4%)
SPDRE	11% (32%)	9% (58%)	19% (51%)
Irr. P.	0% (0%)	2% (0%)	0% (0%)
Détenus	3% (80%)	4% (100%)	3% (100%)
SPDT	41% (19%)	38% (17%)	31% (32%)
SPPI	10% (22%)	5% (26%)	11% (39%)
Mineurs	4% (13%)	8% (23%)	9% (44%)
Total	100%	100%	100%
Mise en conformité des SL	23%	15%	47%

Bien que les durées d'isolement moyennes n'aient pas montré de différences significatives entre les hôpitaux, des différences étaient constatées au niveau des taux d'utilisation de l'isolement.

En effet, le CHU de Nantes avait un taux d'isolement par séjour plus élevé que le CHS de Blain (8,9%) et le CH de Bouguenais (7,5%).

Les taux d'isolement par jour étaient plus proches avec 5,5% à Nantes et 4,3% à Blain et à Bouguenais.

En constatant ces différences, il est intéressant de comparer les profils des patients admis en isolement en fonction des hôpitaux pour voir si une hétérogénéité de profils était retrouvée.

Au **CHS de Blain**, les patients étaient plus âgés que dans les deux autres hôpitaux (37,6 ans) avec une grande majorité d'hommes (71%). C'est l'hôpital qui a le plus de patients admis en isolement et atteints de « troubles schizophréniques », en proportion, avec 51% des séjours vs 50% à Nantes et 42% à Bouguenais. On retrouvait moins de patients atteints de troubles névrotiques mais il y avait une proportion plus importante de troubles du développement psychologique par rapport aux autres hôpitaux (7% vs 3% à Bouguenais et Nantes).

C'est l'hôpital qui a admis en isolement le plus de patient en SPDT, en pourcentage (41%), avec tout de même une part importante de SL (32%). Les patients en SPDRE étaient représentés à 11% ce qui est plus faible que Nantes (19%) mais plus élevé que Bouguenais (9%).

La mise en conformité des modes d'hospitalisation en soins libres n'était que de 23%.

Au **CH de Bouguenais**, les patients avaient un âge moyen plutôt jeune par rapport à l'échantillon global (34,7 ans), la répartition des sexes était plus équilibrée avec 56% d'hommes et 44% de femmes. Au niveau des diagnostics, les troubles schizophréniques étaient les plus représentés mais dans une proportion moindre que dans les deux autres hôpitaux, ceci au profit des troubles de personnalité (9%) et des troubles névrotiques (9%) qui sont plus représentés qu'à Blain et à Nantes.

De plus, on remarque qu'il y avait beaucoup plus de diagnostics dans la catégorie « autres » (16%) que dans les deux autres hôpitaux (7% et 6%) avec notamment 12 séjours sur les 17 tous hôpitaux confondus où le diagnostic de « Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psychosociales » a été posé. Ceci est dû aussi à une patiente

admise 8 fois au cours de l'année avec une période d'isolement à chaque fois, ce qui augmente ce chiffre.

C'est l'hôpital qui a isolé le plus de patients en SL initialement en proportion (34%), avec le pourcentage le plus faible de mise en conformité (15%).

Les SPDT restaient, comme dans les autres hôpitaux, le mode d'hospitalisation le plus recensé (38%).

Enfin, **au CHU de Nantes**, les patients admis en isolement étaient les plus jeunes en moyenne entre les trois hôpitaux (33,5 ans), majoritairement de sexe masculin (71%) et diagnostiqués comme « troubles schizophréniques » dans la moitié des cas. Une plus grande proportion de patients atteints de « troubles de l'humeur, type maniaque » était représentée par rapport aux deux autres hôpitaux (9% vs 7% à Blain et 6% à Bouguenais), ainsi que des troubles dus à des substance psycho actives (10% vs 7% à Blain et Bouguenais). Il y avait moins de diagnostics retrouvés dans la catégorie « autres » (6%) que pour Bouguenais (16%) ou Blain (7%).

C'est l'hôpital qui a isolé le plus de patients en SPDRE (19% des séjours) et le moins de patients, en pourcentage, en SL (26%). La mise en conformité du mode d'hospitalisation pour ces derniers était de 47% ce qui est plus élevé que dans les deux autres hôpitaux.

4. Discussion

L'objectif de notre étude était de comparer l'utilisation de l'isolement et les profils de patients admis, entre les différents hôpitaux étudiés et de les comparer aux données nationales.

En observant les nombreuses différences de contexte et de modalités d'application de l'isolement on pouvait se demander si des variations d'utilisation allaient être retrouvées.

- Des contextes différents

En effet, des différences démographiques et géographiques marquaient les hôpitaux étudiés avec une population plus grande et plus urbaine à Nantes par rapport à Blain ou Bouguenais qui étaient des populations plus rurales et dont les hôpitaux étaient moins accessibles.

L'architecture des hôpitaux différait elle aussi avec un accès aux sanitaires libre à Blain par rapport aux deux autres hôpitaux où les patients devaient faire leurs besoins naturels dans des seaux si les soignants n'étaient pas disponibles pour les accompagner.

Ces divergences étaient aussi présentes dans les modalités de mise en place de l'isolement avec une fréquence de réévaluation médicale qui était biquotidienne à Bouguenais, alors qu'elle était quotidienne à Nantes et pas forcément quotidienne à Blain sur les jours de week-end. On pourrait supposer qu'une réévaluation plus fréquente entraînerait une réduction de la durée d'isolement.

La notification dans le document officiel de Blain concernant l'isolement que « tout objet personnel doit être retiré » amène à penser que cela pourrait affecter l'état psychique du patient. Ces pratiques sont assez proches à Bouguenais et Nantes, notamment dans le port d'un pyjama obligatoire, mais elles ne sont pas notifiées dans le protocole.

La loi ne définit pas de ratio soignants/patients minimum mais elle pose comme condition que chaque hôpital doit avoir un effectif minimum capable d'assurer une sécurité suffisante et une continuité des soins. Au CH de Bouguenais, cet effectif minimum est de 3 soignants le matin, 3 l'après midi et 2 le soir. Il ne varie pas en fonction du taux d'occupation des lits, il y a donc une variation du ratio soignants/patients dans le temps. Or, comme nous l'avons vu, un ratio plus faible entraîne une restriction de liberté plus importante et donc une

plus grande susceptibilité de mise en isolement. Dans sa revue de littérature, Steinert décrit que plus le ratio soignant/patient est faible plus le recours à l'isolement est élevé. (72)

Après ces constatations, nous pouvions faire l'hypothèse d'une différence de prise en charge entre les différents hôpitaux psychiatriques étudiés.

- Difficultés de recueil

Il est important, avant d'aborder les résultats, de souligner les difficultés que nous avons eu pour récupérer des données les plus exhaustives possibles concernant la durée d'isolement et le mode légal d'hospitalisation au moment de l'initiation de celui-ci.

Dans les hôpitaux de Blain et de Bouguenais, nous avons dû rechercher manuellement ces informations en ouvrant chaque dossier car les durées d'isolement dépendaient du pointage des infirmiers et celui-ci n'était pas toujours fait.

Cette vérification a montré une différence de 71 jours qui n'étaient pas comptabilisés au CH de Bouguenais.

Au CHS de Blain, il n'y avait aucune donnée exploitable directement concernant la durée d'isolement. J'ai dû, de la même manière, ouvrir chaque dossier pour récupérer les données sur la durée d'isolement des patients au cours de leur séjour.

Au CHU de Nantes, la durée d'isolement était disponible via les données extraites directement par le DIM. Mais après vérification, il a été nécessaire de faire une nouvelle requête afin d'avoir les données les plus proches de la réalité. 75 résultats de durée d'isolement ont donc été corrigés pour un volume de 90 jours d'isolement en moins. Ceci était dû à des biais de recueil dans le logiciel.

Initialement, l'étude devait porter sur les quatre hôpitaux de Loire-Atlantique mais le CH de Saint-Nazaire ne disposait pas de données assez fiables pour pouvoir le prendre en compte. D'autant que les dossiers étaient manuscrits, et l'information était donc d'autant plus difficile à récupérer.

Nous souhaitions aussi faire la comparaison de l'utilisation de l'isolement entre les unités.

Or, les pratiques divergentes et le mode de recueil ne permettaient pas cela.

En effet au CHU de Nantes, les patients isolés dans les secteurs dont ils ne dépendaient pas étaient suivis par les médecins du service qui les accueillaient, alors qu'au CHS de Blain et au CH de Bouguenais, les patients étaient toujours suivis par les médecins des secteurs dont ils dépendaient. Ces derniers se déplaçaient dans les autres services pour les

réévaluer. Sans compter qu'un patient pouvait changer d'unité en cours d'isolement pour, par exemple, être transféré dans la chambre d'isolement de l'unité sectorielle dont il dépend. Il était donc très difficile de pouvoir conclure à une utilisation représentative de la chambre d'isolement en fonction des unités, nous ne l'avons donc pas effectué.

Ces difficultés de recueil témoignent du caractère indispensable de la tenue d'un registre spécifique comme préconisé dans la nouvelle loi du 26 Janvier 2016 et dans les dernières recommandations de la HAS avec le nom des prescripteurs, les heures de début et de fin de mesure, les heures de surveillance etc. Cette meilleure traçabilité permettra à l'avenir d'avoir un recueil plus fiable et plus accessible aux organismes de contrôle mais aussi aux établissements, ce qui leur permettra d'analyser l'utilisation de l'isolement au sein de leurs unités et de suivre leur évolution.

Outre les difficultés de recueil, les résultats obtenus comportent de nombreux biais avec la prise en compte des isolements uniquement supérieurs à 2 heures. C'est une limite posée nationalement par le Recueil d'Information Médicale - Psychiatrique. L'utilisation faite uniquement dans les moments de crise, comme le recommanderaient les pays anglo-saxons avec une durée moyenne d'isolement de 20 min au Royaume-Uni et quelques heures en Amérique du Nord (72) (74) ne peut donc pas être reconnue. De plus, le fractionnement de l'isolement au cours d'un séjour n'est pas différencié d'un isolement continu, tout comme l'absence de recueil des chambres hôtelières fermées à clé qui ne rend pas compte de l'utilisation réelle de l'isolement au sein des unités.

- Utilisation de l'isolement

Les disparités dans l'application de la mesure d'isolement ne se sont pas retrouvées significativement dans notre étude au niveau des durées d'isolement. Elles étaient plus faibles en moyenne, par rapport aux données nationales (6,9j vs 14,5 j) et à l'étude réalisée par Bizien pour sa thèse au CHRU de Tours et au CH de Château-Renault (11,5 j). (32) Dans tous les cas, cela reste bien supérieur aux durées moyennes retrouvées dans les études provenant d'Amérique du Nord avec 10h en moyenne, au Royaume uni (10 à 20 min), ou en Norvège (3h). (72) (74)

Cependant on retrouvait **un taux d'utilisation par patient** beaucoup plus important sur Blain avec un taux de 20,2%, soit environ 1 patient sur 5 hospitalisés à Blain ayant eu au moins une journée d'isolement sur l'année contre 16%, tout de même, à Nantes et 11% à Bouguenais soit deux fois moins que Blain. Ils sont donc beaucoup plus élevés que le taux moyen national qui est de 8,3% par patient. (31)

Le taux d'utilisation par séjour était plus important à Nantes (11,8%) qu'à Blain (8,9%) et Bouguenais (7,5%). La proportion de patients admis initialement en SPDRE étant quatre fois plus importante au CHU de Nantes (4,4%) par rapport à Bouguenais (1,1%), et une fois et demie plus importante par rapport à Blain (3%), cela peut expliquer en partie ce recours plus important par séjour, en sachant que les patients en SPDRE sont les patients les plus susceptibles d'être admis en isolement. (31)

Enfin, le taux plus faible par séjour à Blain que par patient peut aussi s'expliquer par un nombre de séjours total (avec et sans isolement) plus important par patient à Blain (2,7) qu'à Nantes (1,6) ce qui fait diminuer ce taux.

Les taux par séjour sont plus élevés que ceux retrouvés dans l'étude de Bizien (7,6 %) (32) excepté pour le CH de Bouguenais (7,5%).

Pour Nantes, cela reste au-dessus des taux d'Allemagne (7,8%), de Grèce (9,5%). (70) (71) Ces différences sont encore plus importantes lorsque nous les comparons avec les taux d'Amérique du Nord qui sont aux alentours de 1%. (68) (69) Le taux d'isolement pour la Suisse est plus élevé avec 17,8%. (70) (71)

Le taux d'isolement par jour est intéressant car il montre des taux assez proches entre les hôpitaux malgré les différences de taux constatées par séjour. On a ainsi des taux de 4,3 % à Blain et Bouguenais et un taux qui reste plus élevé à Nantes avec 5,5%.

C'est plus faible que le taux moyen national de 2015 (6%) (31) mais plus élevé que le taux retrouvé dans la thèse de Bizien (2,3%). (32)

Bien que les durées d'isolement moyennes semblent homogènes, l'utilisation n'est donc pas la même.

L'observation des **isolements prolongés** confirme la divergence d'utilisation de l'isolement avec plus d'un tiers (36%) des isolements de Bouguenais qui étaient supérieurs à 1 semaine contre 23 % à Blain et 28 % à Nantes. Pour les isolements supérieurs à 2 semaines, ils étaient d'environ 10% sur les trois hôpitaux.

C'est un constat alarmant, et non conforme avec les recommandations, qui nécessite une remise en question des pratiques.

Les **séjours répétés avec isolement** questionnent aussi, avec 2 patients hospitalisés à 8 reprises au cours de l'année avec au moins une journée d'isolement au CHU de Nantes et au CH de Bouguenais. Il s'agissait dans les deux cas de patients « difficiles » pour qui la chambre d'isolement restait le « seul moyen » selon les observations retrouvées, de garder un lien avec le patient ou au moins de le protéger de passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs.

De plus, on ne peut que se questionner en observant les résultats **des patients détenus** car ils présentent un taux d'utilisation de la chambre d'isolement par séjour de 100% à Bouguenais ainsi qu'au CHU de Nantes. Il est de 80 % au CHS de Blain. Et ce n'était pas un temps d'isolement de seulement quelques jours à l'admission car lorsqu'on regarde le taux d'isolement en fonction des jours d'hospitalisation on retrouve un taux de 81% dans les trois hôpitaux (59 % au CHS de Blain et 82 % au CH de Bouguenais). On arrive même à un taux de 100 % d'utilisation d'isolement à Nantes.

L'étude de Bizien montrait un taux de 76%, donc assez proche de ce qui a été retrouvé dans notre étude. (32)

Le placement à l'isolement de ce type de patient est souvent davantage lié à des contraintes sécuritaires que des indications cliniques, et parfois fortement suscité par les préfets, administration pénitentiaire ou la direction de l'établissement.

Or, il n'est notifié dans aucun texte l'obligation de mise en isolement pour les patients détenus. On remarque que les temps d'hospitalisation sont plus courts que pour les autres patients étudiés et particulièrement au CHU de Nantes. Cela peut être justement dû au cadre d'hospitalisation trop restrictif qui entrainerait les détenus à demander un retour en détention plus précoce où le cadre est plus ouvert alors qu'ils nécessiteraient la poursuite de soins. D'autant que, nous avons pu voir que les diagnostics établis pour les patients détenus étaient pour la plupart des pathologies psychiatriques chroniques. Ces patients hospitalisés initialement après validation médicale par un certificat d'hospitalisation en SPDRE-D398 ont donc toute leur place dans les soins psychiatriques.

L'autre sous-groupe qui interpelle est le groupe **des patients mineurs**. En effet, il concerne 50 séjours d'hospitalisation avec moins une journée d'isolement sur 181 au total, soit un taux d'isolement par séjour de 28% tous hôpitaux confondus. Le taux le plus élevé par

séjour étant le CHU de Nantes avec 44%. Ce sont par définition des patients jeunes qui peuvent avoir jusqu'à 11 ans. La situation de la pédopsychiatrie sur le département de Loire-Atlantique peut expliquer ce nombre important d'hospitalisations, et donc d'isolement, avec seulement 14 lits disponibles dans le service de pédopsychiatrie sur le CH de Bouguenais.

L'étude des patients mineurs de moins de 16 ans est encore plus frappante avec un taux d'isolement par séjour global de 55% (22 séjours sur 40). Il n'y a aucun patient de moins de 16 ans recensé à Blain ayant passé une journée en chambre d'isolement. Après un échange avec le président de CME il m'a affirmé qu'il n'y avait pas de protocole prédéfini pour ces patients.

La mise en isolement des jeunes patients, notamment ceux ayant un âge inférieur, est souvent justifié par la protection vis à vis de l'environnement adulte mais on a aussi pu voir l'impact traumatisant que cela pouvait engendrer. Il est donc important de réfléchir à des alternatives de prise en charge pour ces patients-là.

On remarque donc des divergences dans l'utilisation de la chambre d'isolement avec durées qui tendent à être plus souvent prolongées sur le CH de Bouguenais, plus fréquentes par patient à Blain et plus fréquentes par séjour d'hospitalisation sur Nantes.

Nous nous sommes donc demandés si ces différences d'utilisations, pouvaient se retrouver dans les profils de patients admis en isolement.

- Profils de l'échantillon étudié

L'âge moyen de notre échantillon de patients étudiés est de **34,8 ans** ce qui est un peu plus jeune que les résultats dans la littérature (39 ans pour Bizien (32), 38 ans selon les données nationales (31), entre 20 et 35 ans (58), 41 ans pour Baratta (45)). Palazzolo parle, dans son livre, d'un âge compris entre 20 et 35 ans et l'American Psychiatric Association évoquait dans une étude un âge médian de 31 ans. (60) C'est un âge proche de celui retrouvé dans notre étude (32 ans).

On remarque entre les hôpitaux étudiés, que les patients isolés à Blain sont plus âgés que dans les deux autres hôpitaux.

Les hommes avaient un âge moyen plus jeune que celui des femmes (33,4 ans vs 37,8 ans) ce qui est aussi comparable avec l'étude de Bizien. (37,1 ans pour les hommes vs 41,6 ans pour les femmes). (32)

De plus, on retrouve **une proportion plus importante d'hommes dans notre échantillon (68%)** ce qui est identique à ce qui a été retrouvé dans plusieurs études. (32) (54) (55)

Et c'est aussi proche d'autres études comme celle de Baratta (62%) qui retrouvent toutes une majorité d'hommes. (45)

Entre les hôpitaux étudiés, cette différence de sexe s'accroît pour Blain et Nantes (71%) alors qu'elle est plus ténue à Bouguenais (56% d'hommes).

Dans notre échantillon, nous retrouvons une **majorité de patients atteints de troubles schizophréniques** dans les trois hôpitaux (49% des séjours) comme dans la plupart des études retrouvées dans la littérature 40% (53), 49,8% (56), 56% (45), 50,2 % (32). Cependant le CH de Bouguenais avait une proportion moindre que les deux autres hôpitaux pour ce diagnostic (42% vs 49% à Nantes et 51% à Blain) et une proportion plus grande de troubles de la personnalité, de troubles névrotiques et de patients catégorisés comme « autres ».

Les diagnostics les plus représentés après les troubles schizophréniques étaient les troubles de l'humeur de type maniaque (8%), non maniaque (8%), et les troubles de personnalité (8%) avec une majorité de troubles émotionnellement labile. Les autres études retrouvent des distributions assez similaires, (61) (62) (63) (64) (45) tout comme celle de Bizien où l'on a : les troubles de l'humeur qui étaient les deuxièmes plus représentés (14,3 % pour les troubles maniaques et 8,9% pour les troubles de l'humeur non maniaques). (32)

Il n'y avait pas de différence majeure retrouvée dans l'ordre de répartition diagnostique entre les trois hôpitaux excepté pour les troubles liés aux substances psychoactives plus présents à Nantes avec 10% des diagnostics contre 7 % à Blain et Bouguenais. Etant localisé dans un milieu plus urbain et couvrant le secteur de la ville de Nantes, on peut penser que les patients sont plus exposés à la consommation de produits même si celle-ci n'est pas nulle dans les milieux plus ruraux.

L'étude de Sigaud qui portait sur un service d'urgence avait elle aussi rapportée une proportion importante de patients admis pour ce motif (16 sur 50 soit 32%). (53)

Dans sa thèse, A. Bizien retrouvait une proportion bien moindre de patients admis pour ce type de troubles avec 1,5% de son échantillon. (32) Est-ce que l'organisation des soins était différente avec une prise en charge de ces patients aux urgences ou dans une unité post-urgence ?

Enfin, le CH de Bouguenais comportait plus de patients identifiés comme « autres diagnostics » (16% vs 6% à Nantes et 7% à Blain).

Le nombre de patients ayant eu au moins une journée d'isolement et diagnostiqués comme ayant des « troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress ou troubles somatoformes » questionne lui aussi. En effet, ils représentent tout de même 45 séjours sur la période étudiée (7% des séjours totaux) dont 23 pour troubles de l'adaptation qui sont par définition des troubles transitoires où il est même recommandé, dans le document relatif à l'application de l'isolement au CHU de Nantes, de ne pas les admettre en isolement pour éviter des effets nocifs au niveau psychique. Ils étaient plus nombreux en proportion au CH de Bouguenais (9% vs 4% à Blain et 7% à Nantes).

Les troubles du développement psychologique, comprenant les troubles autistiques, étaient plus présents à Blain (7% par rapport à Bouguenais et Nantes (3%)). Ceci peut s'expliquer par la présence sur le site de Blain d'une unité de soins longue durée plutôt destinée à ce type de patient.

Les modes d'hospitalisations sous contraintes sont les plus fréquemment retrouvés dans notre étude avec 71% des séjours de notre échantillon. Les données nationales de l'ATIH donnent une proportion plus importante avec 83% des patients placés en isolement avec un mode d'hospitalisation similaire. (31)

Le mode légal d'hospitalisation le plus fréquemment retrouvé était les SPDT avec 35% des séjours, ce qui est plus faible par rapport à l'étude de Bizien (59%) même si c'était aussi le premier mode légal représenté. (32) Le CHS de Blain avait une plus grande proportion de patients en SPDT (41%) en comparaison aux deux autres hôpitaux (38% à Bouguenais et 31% à Nantes).

Ce qui interpelle le plus c'est le nombre de patients **admis en isolement initialement en soins libres (29% soit 192 séjours)**. Des disparités significatives étaient retrouvées entre les hôpitaux avec 34 % de séjours avec isolement en SL à Bouguenais, 32% à Blain et 26 % à Nantes. C'est plus élevé que les données des études avec 19 % pour Bizien (32) et 60% pour Baratta. Les données nationales recensent 17%, seulement, de patients admis en isolement alors qu'ils étaient en SL. (31) Il est donc capital de prendre cette question au sérieux, d'autant que sur les 192 séjours, seulement 39 ont mis en conformité et 72 étaient des isolements inférieurs à 2 jours, donc considérés comme une prise en charge de la crise. Il en restait 81, soit **42%, qui n'étaient pas conformes** selon les recommandations et la circulaire Veil, datant pourtant de 1993, et implique que pour un patient placé en isolement initialement

en soins libre, une mise en conformité du mode de soin doit être mise en place pour régulariser sa situation.

Entre les trois hôpitaux on retrouvait au mieux une mise en conformité dans 47% des cas au CHU de Nantes. Le CH de Bouguenais présentait une mise en conformité de seulement 15 %, malgré la mention du document officiel relatif à l'isolement dans cet établissement indiquant qu'un isolement supérieur à 24h chez un patient en SL ne pouvait se faire sans mise en conformité. A Blain celle-ci était de 23%.

C'est une constatation alarmante d'autant que les séjours en isolement des patients n'ayant pas eu de mise en conformité pouvaient être prolongés, par exemple, jusqu'à 91 j pour un patient de Nantes.

A. Bizien, dans sa thèse, a recensé 19% des patients placés dans une chambre d'isolement alors qu'ils étaient en soins libres et seulement 3 % de ces patients avaient pu bénéficier d'une mise en conformité de leur mode d'hospitalisation. (32)

L'étude de Baratta montrait une régularisation du mode d'hospitalisation plus importante (85%) mais avec un taux initial de SL de 60%. (45)

On peut ajouter que les taux d'isolement en fonction des séjours retrouvés dans les 3 hôpitaux pour les patients en SL (4%) étaient 4 fois plus importants que les données nationales où seulement 1% des patients en SL ont une période d'isolement au cours de leur séjour. (31) Les nouvelles recommandations de la HAS de 2017 précisent que « si l'isolement d'un patient hospitalisé en soins libre devait se prolonger au-delà de 12h, le mode d'hospitalisation devait être mis sous forme de contrainte pour le patient car il est considéré qu'un isolement qui se prolonge ne peut pas être fait en soins libre. ». Il faut aussi pour cela assurer une information et une communication globale sur les résultats retrouvés et l'importance du respect de ces recommandations car la circulaire Veil existait déjà et on a pu voir que la mention soulignée dans le document de Bouguenais relatif à l'isolement n'amenait pas forcément à son application.

De plus, on constate que le taux de patients isolés hospitalisés en SPDRE est de 15 % tous hôpitaux confondus. Il est assez proche dans l'étude de Bizien avec un pourcentage de 12,5%, (32) et identique à l'étude de Baratta (15%). (45)

Au CHU de Nantes, le pourcentage monte à 19% alors qu'il n'est que de 9% à Bouguenais et 11% à Blain. Ceci peut s'expliquer par la proportion plus importante de patients en SPDRE admis au CHU de Nantes sur l'année 2016 comme retrouvée dans le tableau 3. En effet, les patients en SPDRE sont les patients les plus susceptibles d'être admis en chambre d'isolement selon les données nationales (ATIH). Cela se confirme dans notre

étude avec un taux d'isolement pour les patients en SPDRE de 51% sur le CHU de Nantes, 58% au CH de Bouguenais et 32% au CHS de Blain. Ces deux premiers taux sont d'ailleurs bien supérieurs aux données nationales (36%). (31)

- Conclusion de l'étude

Notre étude n'a pas montré de différence statistiquement significative entre les durées moyennes d'isolement des hôpitaux de Nantes, Blain et Bouguenais.

Toutefois, nous pouvons affirmer que les taux d'utilisation de l'isolement retrouvés dans les hôpitaux étudiés étaient tous supérieurs aux taux nationaux moyens.

Des divergences constatées dans l'utilisation de l'isolement ont pu être établies via les différents taux d'isolement en fonction des séjours, des jours, des patients.

On remarque donc des disparités dans l'utilisation de la chambre d'isolement avec durées qui tendent à être plus souvent prolongées sur le CH de Bouguenais, deux fois plus fréquentes par patient à Blain qu'à Bouguenais et plus fréquentes par séjour d'hospitalisation sur Nantes.

Il y avait un taux d'isolement particulièrement plus élevé pour les patients détenus et mineurs tous hôpitaux confondus.

L'analyse des résultats pose donc la question de l'origine de ces divergences.

Vient-elle des modalités de mise en place de l'isolement ? Du profil des patients admis en isolement ? De l'organisation institutionnelle ? De la culture des services ?

Les données sur les profils des patients admis sont plutôt conformes aux données de la littérature avec une prédominance de patients plutôt jeunes, avec un diagnostic de schizophrénie et hospitalisés sous contrainte.

Elles sont aussi assez proches entre les hôpitaux, dont l'ordre de répartition des diagnostics, excepté la proportion plus grande de patients admis en SPDRE au CHU de Nantes qui peut expliquer un recours plus important.

Si ce n'est pas en lien avec les profils de patient cela peut l'être avec l'environnement institutionnel : un effectif soignant diminué qui amènerait, comme nous avons vu, à un recours à l'isolement plus important, le ratio infirmiers/patients présent au moment d'une décision d'initiation d'isolement, l'âge du personnel présent, la formation spécifique des personnels à la gestion de crise, la présence médicale etc. Une étude

prospective, comme cela a été fait par Baratta en 2009, pourrait permettre de répondre à ces questions.

L'autre interrogation peut être aussi dans les représentations de l'isolement auprès des soignants. Le CGLPL parlait de « culture de service », celle-ci n'est pas identifiable dans notre étude mais une enquête qualitative sur cette question de la représentation de l'isolement auprès des soignants, l'accès et l'intérêt qu'ils porteraient à des formations spécifiques à la gestion de crise, pourrait apporter un éclairage sur ces interrogations et orienterait vers une amélioration des pratiques.

Enfin, la prise en compte des nouvelles recommandations de la HAS et de la loi du 26 janvier 2016, avec la mise en place du registre de traçabilité de l'isolement avec le détail du prescripteur, des soignants présents, de la date d'entrée et de sortie d'isolement avec des publications de données sur ce thème, ouvriraient à une prise de conscience du personnel et appuieraient sur l'importance de réduction de ce recours autant que possible.

Le CHS de Blain a déjà commencé à mettre en place un registre et a modifié le mode de prescription des équipements de la chambre d'isolement. Désormais, le prescripteur doit justifier la raison d'une restriction de sortie dans l'unité, d'accès aux effets personnels, aux vêtements au lieu d'en justifier l'accès.

Le CH de Bouguenais tout comme le CHU de Nantes ont aussi mis en place un registre de traçabilité de mesures d'isolement.

De plus, le CHU de Nantes a inauguré un nouveau bâtiment l'année dernière avec de nouvelles chambres d'isolement dans le service de psychiatrie 4. Celles-ci disposent d'un cabinet de toilettes dans la chambre ce qui évite l'utilisation humiliante d'un seau pour les besoins naturels.

Il est important de constater que modifier les protocoles ne suffit pas, on a pu le voir dans le chiffre élevé d'absence de mise en conformité de l'isolement. Il faut donc organiser régulièrement des réunions d'informations et une utilisation des données de l'isolement afin de modifier et d'améliorer ces pratiques.

L'utilisation importante de l'isolement retrouvée dans notre étude, en sachant l'impact que peut avoir un recours à l'isolement pour le patient mais aussi pour les équipes, amène à

réfléchir à des axes d'amélioration de pratiques et d'alternatives à l'isolement en cas de situation de crise. C'est ce que nous allons développer dans la troisième partie.

Troisième partie : Réflexion pour une amélioration des pratiques, quelles alternatives avant le dernier recours ?

Avant d'aborder cette partie, il est tout de même important de rappeler que les services de psychiatrie sont les plus touchés, en France, par les épisodes de violence selon l'ONVS avec 3094 signalements d'atteinte aux biens ou aux personnes sur 14502 faits signalés, soit 21,3% des déclarations sur l'année 2014. A titre de comparaison, le deuxième type de service le plus touché est le service des urgences avec « seulement » 2171 évènements signalés soit 15% des déclarations. (33) Ces évènements font malheureusement partie de la pratique quotidienne, il est donc indispensable de réfléchir à la manière de prévenir ces évènements, et lorsqu'ils surviennent de les gérer de la manière la plus adaptée possible.

Comme vu précédemment, ce sont des situations cliniques de crise à risque auto ou hétéro-agressifs qui amènent les soignants à mettre en place l'isolement et/ou la contention mais comme l'indiquent la nouvelle loi du 26 Janvier 2016 et les nouvelles recommandations de la HAS, ces pratiques doivent rester des pratiques de « dernier recours » et énoncent des objectifs d'encadrement et de réduction de ces pratiques.

Nous allons donc réfléchir aux moyens permettant d'améliorer ces pratiques et les alternatives possibles avant l'utilisation de l'isolement en « dernier recours ».

I. Réflexion pour une amélioration des pratiques

1. Au niveau architectural

La HAS décrit dans l'audition publique sur la dangerosité que « les situations de trop grande proximité représentent un risque de sur-stimulation de patients vulnérables ». (25) Morisson et al. (1997) ont étudié les conditions environnementales ayant concourues à l'isolement de sujets hospitalisés en psychiatrie. Les auteurs soulignent que la plupart des incidents ayant entraîné l'instauration d'une procédure coercitive sont survenus au sein de la salle à manger et du salon de télévision de l'unité. Ils s'interrogent alors sur le bien-fondé de la pratique consistant à confiner les patients dans ces pièces afin de faciliter l'observation et la prise en charge de ces derniers par le personnel infirmier. L'espace d'intimité des individus

étant limité, ils émettent l'hypothèse que cette politique peut contribuer à la survenue de passages à l'acte. (94)

L'Inspection Générale des affaires sociales a publié un rapport en 2011 relatif à l'analyse des accidents en psychiatrie élaborant des axes d'amélioration pour une plus grande sécurisation des personnels et des patients au sein des structures d'hospitalisation de psychiatrie (95) (96) :

- Une bonne visibilité à l'intérieur du service, afin de favoriser la surveillance (ouvertures, baies vitrées, plan circulaire évitant recoins et angles en privilégiant la transparence) ;
- Des distances courtes, des espaces dégagés, permettant une intervention rapide en tout point du service ;
- Des fermetures sûres et pratiques en raison des risques de fugue, des possibilités d'isolement et de contention dans des lieux sécurisés ;
- La préservation de lieux d'intimité agréables, à l'abri des regards.

⇒ Il est donc intéressant de repenser les espaces de soin avec une plus grande liberté dans la circulation des patients au sein des unités tout en garantissant la sécurité des patients et des soignants ainsi que leur intimité.

- La chambre d'apaisement

Dans le seizième point de recommandations de 2017 de la HAS sur la chambre d'isolement, il est mentionné « qu'il est souhaitable d'aménager des espaces d'apaisement dans les unités de soins ». Cet espace est défini comme un lieu dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour procurer un espace de faible stimulation permettant une diminution de la tension interne d'un patient.

Il peut ainsi expérimenter des stimuli auditifs, visuels, olfactifs et tactiles agréables. Il contient des matelas, du matériel pour écouter de la musique, des fauteuils confortables, des livres, des lumières douces...

Il s'utilise de façon volontaire, le plus souvent à la demande du patient ou sur suggestion de l'équipe dans le respect du cadre défini pour son utilisation. Il est utilisé pour permettre au

patient l'apprentissage de techniques de relaxation et de détente, afin de diminuer l'agitation ou un comportement agressif.

Le patient peut choisir de quitter l'espace d'apaisement à tout moment. (97)

⇒ Cette chambre d'apaisement pourrait être une bonne alternative dans la prise en charge de patients en état de tension psychique d'autant que des études ont montré une forte corrélation entre la réduction de l'isolement et de la contention et l'utilisation de la chambre d'apaisement. L'accès aux chambres d'apaisement a entraîné une diminution des comportements agressifs ou de rebellions au sein des unités. (97)

Dans les unités qui n'ont pas la possibilité de mettre en place une chambre d'apaisement, un chariot d'apaisement ou une boîte d'apaisement peut être une autre alternative car portable, peu coûteux et facile à mettre en place. (90)

- Ouverture des unités d'hospitalisation

Malgré une augmentation progressive des hospitalisations sans consentement ces dernières années, la plupart des séjours en psychiatrie se réalisent dans le cadre d'une hospitalisation en soins libres. (95)

Il est donc important de réfléchir aux moyens d'accueil dans les services. En effet, nous pouvons constater que les services de psychiatrie ont tendance à fermer leurs portes, comme le relève le contrôleur général des lieux de privation de liberté qui constate que souvent « les unités visitées ont les portes fermées, pour des motifs flous, alors que ces unités hébergent des patients en soins libres ». (4)

La liberté d'aller et venir est déterminée dans le règlement intérieur établi par le chef d'établissement, puis les médecins ont la possibilité de mettre en place des restrictions justifiées par l'état clinique du patient. (98)

A la fin des années 1970, la plupart des services étaient « ouverts », puis progressivement les portes se sont fermées dans les années 1995-2000. Ces fermetures étaient justifiées à l'époque par une augmentation de la violence, un manque d'effectif soignant, la nécessité de surveillance en lien avec la responsabilité des praticiens et de l'administration, la cohabitation des patients ou des problèmes architecturaux.

Plusieurs études, notamment la thèse du Dr Reyboz, montrent que l'ouverture des unités permet un apaisement des tensions au sein des services, non seulement entre les patients mais aussi dans la relation soignant/patient où ces derniers se sentent plus responsabilisés. La violence a tendance à diminuer. Il est d'ailleurs signalé qu'il n'y a pas d'augmentation de fugue lorsque les portes sont ouvertes. (99) (32)

2. Au Niveau institutionnel

- Un cadre clair

Les problèmes institutionnels peuvent aussi être à risque de comportements violents et les prendre en compte c'est aussi prévenir ce risque. Comme énoncé dans l'audition publique de la HAS « des règles trop rigides, des limites floues ou appliquées de façon inconstante, une programmation d'activités insuffisante, un manque de disponibilité et d'écoute de la part du personnel en raison d'un faible ratio infirmière/patients ou d'un manque d'expérience et d'encadrement du personnel soignant augmentent le risque de malentendus pouvant dégénérer en des comportements violents ». (25) Toutes les situations allant à l'encontre des attentes du patient telles qu'un refus, une frustration ou une mauvaise nouvelle sont susceptibles de déclencher des comportements violents chez des patients instables. Ces problèmes institutionnels doivent alors être repris afin d'avoir un environnement plus apaisant au sein de l'unité pour les patients comme pour les soignants. La disponibilité du personnel pour chaque patient passe par un nombre suffisant de soignant.

- Effectifs soignants suffisants

Le rapport du CGLPL sur le personnel des lieux de privation de liberté rapporte que : « lorsque les effectifs sont restreints, les temps d'ateliers, d'activités permettant de créer une alliance dans un cadre informel sont relégués au second plan. » (100)

Le CGLPL ajoute : « Même lorsque des activités intersectorielles destinées à l'ensemble des unités sont organisées au sein de certains établissements, des patients non autorisés à sortir seuls des unités n'y ont pas toujours accès faute de personnel en nombre suffisant pour les prendre en charge ». Le nombre de soignants conditionnerait donc l'accès aux activités potentiellement apaisantes et bénéfiques pour les patients et l'alliance avec

l'équipe. (101)

De plus, le CGLPL rapporte des situations où le manque d'effectif peut aussi conduire les établissements à des restrictions injustifiées de libertés individuelles comme « maintenir les portes de leurs unités fermées même en l'absence de patients en soins sans consentement, fermer à clé les portes des chambres la nuit, parfois près de douze heures de suite ou confisquer les objets et produits potentiellement dangereux ». (100)

Il est important de noter que les prises en charges peuvent fréquemment résulter d'un comportement agressif ou faire suite à un épisode de crise. Il ne faut pas non plus occulter que la privation de liberté peut, en elle-même, susciter une réaction violente.

Si des restrictions plus élargies que celles justifiées par l'état clinique sont mises en place cela amènera d'autant plus de réactions violentes. Il n'est pas admissible que ces restrictions soient dues à des causes institutionnelles.

Or, comme évoqué dans le même rapport, il y a **de plus en plus d'absentéisme** chez les agents des établissements psychiatriques avec une hausse de 19% d'arrêts de travail depuis 5 ans. (100)

De plus, **la vacance d'emploi chez les médecins a elle aussi un impact important** dans la prise en charge des patients en hôpital psychiatrique. En effet, il a été observé dans le rapport du CGLPL « que lorsque la présence médicale faisait défaut, le recours à l'isolement était plus important et la mesure était généralement prolongée, notamment les week-ends. L'interne de garde n'osant que rarement, en l'absence du médecin sénior, lever la mesure. » De même, il est rapporté que les soignants « se tiennent en retrait ou bien s'abritent derrière les protocoles de mesures d'isolement et de contention, dès lors que des patients sont agités ou présentent un risque de passage à l'acte hétéro-agressif, craignant de ne pas être en capacité de contenir la crise. » Le recours à l'isolement, à des fins préventives voire sécuritaires, est alors plus fréquent. (100)

Or, les psychiatres sont très mal répartis sur le territoire, dans le secteur public comme dans le privé. On retrouve à Paris une densité de psychiatre de 88 pour 100000 habitants alors qu'elle est inférieure à 18 pour 100000 dans la moitié des départements. (100)

Le manque de médecin affaiblit la prise en charge intra et extra hospitalière, ce qui accroît le nombre d'hospitalisations en urgence et sous contrainte. La relation inverse entre la qualité des soins sur le secteur psychiatrique et le nombre des hospitalisations est constante. (100)

⇒ L'absentéisme et la vacance des emplois sont difficilement maîtrisables mais pour prévenir les conséquences néfastes sur la qualité des soins et le respect des droits fondamentaux, le CGLPL propose un accompagnement psychosocial des évolutions inquiétantes et la mise en place de remplaçants identifiés à l'avance ou la constitution de « forces de réserve » afin d'assurer une relative continuité de cette qualité de soins.

- Mobilité de l'équipe soignante

Si une mobilité rapide des agents peut être le signe d'une difficulté à soutenir le sens du travail dans la durée avec des projets professionnels à court terme, les conséquences peuvent être la faiblesse de l'investissement professionnel et l'inexpérience. Cela devient alors difficile d'établir une relation de confiance au sein d'une équipe et vis à vis des personnes prises en charge.

La stabilité du personnel a des effets positifs sur la prise en charge des patients. En revanche, le CGLPL a pu constater des conséquences négatives lorsque celle-ci était excessive : (100)

- un fonctionnement exclusivement oral de l'établissement qui conduit à des procédures floues, à une information insuffisante des patients ou à une perte de traçabilité des mesures ;
- une prédominance excessive des relations interpersonnelles dans la prise en charge qui nuit à son objectivité ;
- une réticence à la formation qui interdit les évolutions, en particulier lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre des obligations nouvelles, phénomène particulièrement sensible dans les difficultés de mise en place des politiques de réduction du recours à l'isolement et à la contention ;
- un risque accru d'occultation de pratiques non professionnelles au nom de la cohésion de l'équipe ;

- une perte progressive du sens de la prise en charge qui peut exceptionnellement conduire à perdre la conscience du caractère abusif de certaines pratiques, progressivement admises comme « inévitables » voire « normales ». (100)

⇒ Afin de pouvoir changer les « cultures de service » qui influent sur les pratiques d'isolement et de contention, il est donc nécessaire de prévenir le risque d'installation dans la routine des agents les moins mobiles en organisant des mobilités fonctionnelles au sein des établissements, en organisant une présence hiérarchique systématique dans les services isolés et en garantissant de manière adaptée à chaque situation, le maintien et le renouvellement des connaissances professionnelles, de la déontologie et de la qualité des pratiques. (100)

- Implication de la direction et de l'encadrement dans l'amélioration des pratiques

Le changement de pratiques global intervient aussi par un changement de politique d'encadrement et de direction. En effet, ceux-ci doivent aussi s'impliquer dans la promotion de plans de diminution de l'utilisation de l'isolement afin que tout le personnel soit concerné. Cela doit inclure un plan visant à déterminer les missions, les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe. Cela inclut également les patients, les membres des familles, les représentants des usagers dans tous les aspects du projet et maximiser le fait qu'il soit bien compris des équipes et qu'il soit perçu de manière positive. (90)

3. Au niveau des soignants

- Formation psychiatrique des infirmiers diplômés d'Etat (IDE)

Depuis 1992 et la disparition de la formation d'infirmier de secteur psychiatrique, les sujets relatifs à la situation juridique des patients, ou à l'isolement sont peu abordés. Le CGLPL rapporte que « les infirmiers de secteurs psychiatriques avaient auparavant une moyenne d'âge de 25 ans environ et avaient vécu une ou plusieurs expériences professionnelles, ce qui permettait un recul face au patient. Aujourd'hui, les infirmiers plus jeunes manquent parfois de capacité de « contenance psychique » et s'en tiennent aux protocoles. En revanche, les cadres de santé estiment que les Infirmiers Diplômés d'Etat sont

professionnels et sont en demande de formation continue alors que ceux de secteurs psychiatriques auraient plus tendance à « se reposer sur leurs acquis » ». (100)

⇒ Une formation psychiatrique supplémentaire pour les IDE pourraient permettre une meilleure adaptation aux situations complexes.

- Formations spécifiques adaptées à la gestion de crise

Des formations spécifiques adaptées à la gestion de crise comme la « formation Oméga » sont très intéressantes. Elles forment les soignants à gérer les crises de violence tout en assurant leur propre sécurité et celle des patients. Il s'agit de techniques psychologiques et physiques basées sur l'analyse de nombreuses interventions réussies en toute sécurité par des intervenants expérimentés lors de situations de violence. Dans l'intervention enseignée, le recours au contrôle physique est limité autant que possible. Ces techniques permettent donc de désamorcer des situations à risque en assurant au maximum la sécurité des personnes concernées. (25)

Les formations individuelles peuvent être bénéfiques en permettant d'insuffler un nouveau regard et de nouvelles pratiques. Il est primordial qu'elles soient soutenues institutionnellement car elles peuvent vite être freinées par l'inertie du groupe qui, au quotidien, l'emporte sur la dynamique portée par un seul des membres.

- Formations collectives

Les formations collectives sont donc indispensables à l'évolution des cultures de service. Outre l'activation des réseaux de professionnels dans les établissements, elles sont déterminantes dans l'exploitation des savoir-faire individuels. Elles peuvent porter sur l'impact de l'isolement et de la contention sur le patient, les mythes associés à son utilisation, l'introduction des caractéristiques du traumatisme dans le soin, l'éducation sur les effets neurobiologiques et psychologiques du trauma et la description des bases de la prévention. (101)

Malheureusement, avec les restrictions budgétaires actuelles les formations de gestion de crise ne sont pas accessibles à tous les soignants et la limitation des effectifs soignants ne facilite pas leur disponibilité pour des réunions.

La nécessité d'avoir une permanence des soins au sein des établissements ne permet pas une disponibilité totale des effectifs, mais il est possible de penser, aux moyens de formateurs qui interviendraient dans les services au sein même des équipes, éventuellement en accompagnant l'activité opérationnelle, de développer un système d'apprentissage collectif des savoirs individuels, des procédures et de la complémentarité des agents. (100)

Les attitudes soignantes telles qu'anticiper le risque en reconnaissant les signes d'une violence imminente, éviter les confrontations en cas de crise, s'entraîner à moduler ses réactions verbales et non verbales, savoir utiliser à bon escient les médicaments et les mesures d'isolement s'apprennent et nécessitent du temps et de l'expérience pour être bien intégrées. Les formations sont donc indispensables à l'amélioration des pratiques soignantes, notamment pour l'isolement.

- ⇒ Les infirmiers diplômés d'Etat doivent bénéficier de formations leur permettant d'approfondir, non seulement leurs connaissances cliniques, mais aussi d'acquérir un savoir-faire dans la prise en charge des patients et de réactualiser leurs connaissances en matière de dispositions juridiques applicables aux patients hospitalisés sans consentement.
- ⇒ La formation spécifique de désescalade de situation à risque de violence est primordiale pour l'ensemble de l'équipe soignante.
- ⇒ Pour renforcer les savoir-faire collectifs et les évolutions de cultures de services, il est souhaitable d'étudier la mise en place de formateurs intervenant dans les services au bénéfice d'équipes constituées pour qu'ils puissent apporter une formation collective.
- ⇒ Soutien institutionnel de la formation pour pérenniser les nouveaux apprentissages.

4. Au niveau du patient

La prévention de la violence au sein d'un hôpital psychiatrique passe tout d'abord par un cadre de soins adapté à la problématique du patient avec les explications sur les étapes de sa prise en charge afin qu'il puisse être acteur de ses soins. (102)

La psychoéducation est importante pour permettre au patient de comprendre l'environnement thérapeutique qui lui est proposé. Un contact permanent avec les soignants est indispensable pour répondre aux besoins du patient et adapter la prise en charge en fonction de l'évolution clinique. L'éventualité d'une mise en isolement en cas de refus ou

d'inefficacité de mesures alternatives, malgré la nécessité de leurs applications, doit lui être évoquée.

L'éthique est bien sûr à prendre en compte dans la prise en charge des équipes pluridisciplinaires. (102)

Les soignants veilleront à empêcher la perte de compétences résultant d'un séjour à l'hôpital et tenteront de structurer et de renforcer les aptitudes sociales, de loisirs et relationnelles grâce à des ateliers adaptés. (103) Toutes ces mesures permettront de prévenir les moments de tension ou de frustration à l'origine de violences.

Morin et Michaud évoquent dans leur article de réflexion sur la réduction de l'utilisation de l'isolement que : « l'utilisation de l'isolement et de la contention n'aide pas les patients à apprendre à gérer leur colère mais sert seulement à contrôler les gens et à provoquer une division entre ceux qui cherchent de l'aide et ceux qui dispensent des soins. Traités avec dignité et respect, les personnes hospitalisées deviennent habituellement moins agressives. » (103)

On constate donc, non seulement que l'isolement n'aide pas les patients à apprendre à gérer leurs émotions mais qu'en plus il augmente les divisions à l'origine de tensions entre soignants et patients. Il est donc d'autant plus fondamental de réfléchir aux alternatives qui permettront d'éviter au maximum le recours à l'isolement.

- ⇒ Responsabiliser le patient, le rendre acteur de ses soins.
- ⇒ Psychoéducation du patient pour améliorer la compréhension de l'environnement soignant, cela implique une disponibilité de l'équipe soignante permanente.
- ⇒ Renforcer les aptitudes sociales, de loisirs et relationnelles grâce à des ateliers thérapeutiques adaptés.

5. Les détenus

Les recommandations de la HAS de 2017 concernant l'isolement et l'instruction de Mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention stipulent que l'isolement et la contention « ne peuvent répondre à des impératifs d'ordre sécuritaire ou disciplinaire ». (3) (104)

Et il est bien précisé, dans l'instruction de Mars 2017, que le recours à l'isolement doit relever d'une nécessité médicale.

Comme nous avons pu le constater, les détenus hospitalisés dans les services de psychiatrie de secteur sont confrontés à un taux d'isolement important.

Afin d'améliorer leur prise en charge sanitaire, des établissements spécialisés ont été créés à la demande des psychiatres de secteurs.

Ce sont les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées ou UHSA. Elles sont spécifiquement dédiées aux patients incarcérés nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet. Cela a pu permettre d'avoir un lieu « sécurisé » de soin, particulièrement au niveau du risque de fugue car c'est une unité dont l'accès est géré par le service pénitentiaire.

Cependant, les hospitalisations dans ces unités ne peuvent pas se faire en urgence. Elles nécessitent parfois un délai de plusieurs semaines. Les hospitalisations en urgence se font donc toujours dans les services de secteur.

De plus, l'hospitalisation dans ces services entraîne une mise à la marge du circuit conventionnel et ouvre à un circuit « parallèle ».

- ⇒ Une des propositions serait un renforcement des dispositifs de fermeture des unités fermées et des accès afin de limiter le risque de fugue et que même les patients détenus puissent être dans les unités et non uniquement dans les chambres d'isolement.
- ⇒ Le lien et les relais entre les équipes d'UHSA et du SMPR avec les équipes de secteur sont primordiaux pour assurer une continuité des soins.

6. Programmes de réduction de l'utilisation de l'isolement

Depuis de nombreuses années, des programmes de réduction de l'utilisation de l'isolement et de la contention sont réfléchis et mis en place, notamment dans les pays anglo-saxons et en Amérique du Nord. Fisher en parlait déjà dans la revue de littérature de 1994 sur l'isolement et la contention avec des réductions significatives de recours à l'isolement. (64)

Aux Etats-Unis, de nombreux guides et programmes de réduction de recours à l'isolement et la contention sont utilisés.

Le « Six core strategies for reducing seclusion and restraint use » est un guide datant de 2002, développé par la National Association of State Mental Health Program Directors aux Etats-Unis. C'est une agence nationale de lobbying et d'assistance technique qui administre les hôpitaux psychiatriques dans de nombreux Etats.

La stratégie utilisée peut être décrite en six points (101) :

- Une modification dans l'organisation des soins,
- L'utilisation de données pour informer sur les pratiques,
- Développement de la main d'œuvre,
- Utilisation d'outils de prévention,
- Encourager le rôle des patients et des représentants des usagers dans les unités de soins,
- Utilisation d'outils de débriefing.

Les résultats de la mise en place de ce programme ont montré **une diminution de 75% du recours à l'isolement** et de la contention à l'Hôpital John Hopkins (Baltimore) sans augmentation de blessures pour l'équipe de soins ou les patients (105) et avec des économies importantes (106). Ce qui est vraiment encourageant et montre que c'est possible.

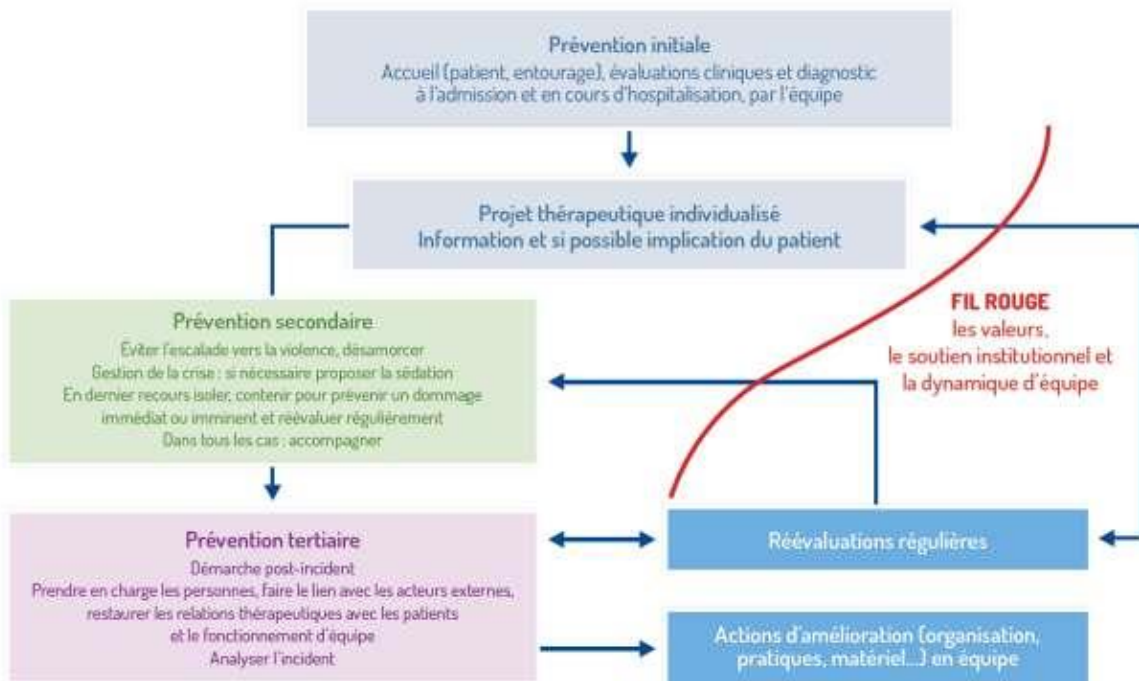
II Quelles alternatives avant le dernier recours ?

Comme rappelé précédemment, les services de psychiatrie sont les services les plus touchés par des évènements violents et ces évènements continueront à se produire.

La HAS a donc établi un programme d'amélioration des pratiques à travers un guide avec des outils de prévention de survenue d'évènements violents lors des hospitalisations en service de psychiatrie. En prenant cette base, nous allons développer les alternatives avant l'utilisation en dernier recours de l'isolement dans des situations de violence.

Figure 2 : Représentation des étapes de la prévention et de la prise en charge des moments de violence lors des hospitalisations en services de psychiatrie. (102)

Représentation des étapes de la prévention et de la prise en charge des moments de violence lors des hospitalisations en services de psychiatrie



1. Prévention initiale

Dans la prévention initiale, il peut être inclus tous les éléments abordés dans la première partie qui contribuent à un apaisement de l'ambiance des services et une meilleure formation du personnel.

On accordera une attention particulière à l'accueil du patient et de son entourage. L'évaluation clinique pluri-professionnelle à l'admission et en cours d'hospitalisation, en prenant en compte le point de vue de chacun, y compris du patient et de son entourage, permettra d'établir un projet de soin individualisé des patients et pourra répondre au mieux à leurs besoins.

Il est indispensable de respecter les principes éthiques, à savoir l'information du patient et favoriser si possible son implication dans le soin. (102)

2. Prévention secondaire

Lors d'une situation de crise dans une unité d'hospitalisation, il est important d'éviter l'escalade vers le passage à l'acte violent.

Le désamorçage de la crise passe par le repérage et le suivi des signes précurseurs et des circonstances de déclenchement.

Les soignants doivent donner des moyens au patient pour surmonter son anxiété et son agressivité afin de s'appuyer sur ses ressources pour désamorcer la crise.

L'aménagement de l'espace avec, par exemple, la proposition d'un temps dans un espace d'apaisement peut lui aussi permettre au patient de s'apaiser.

L'équipe doit savoir définir ses priorités dans la gestion du temps et être coordonnée pour rester attentive aux signaux du patient ainsi qu'analyser la situation pour identifier le risque et ajuster ses réponses de façon proportionnée pour sécuriser la situation.

Tout cela doit se faire dans le respect des libertés individuelles et avec la perspective du maintien et/ou de la restauration à distance de la crise de la relation thérapeutique avec le patient, par une écoute et une présence soignantes. (102)

Myers développe plusieurs méthodes alternatives à l'isolement pour gérer un comportement violent. Il évoque ainsi : (107)

- La nécessité d'une intervention précoce des soignants dans les situations de crise,
- Le fait de ne pas répondre à l'agressivité verbale,

- De mettre à l'écart le sujet en crise,
- De parler aimablement au patient.

Il insiste, en conclusion, sur l'importance du retour précoce de l'individu au sein du groupe, dans le respect et la sécurité de tous. (107)

Ces méthodes ont toutefois des limites car les gestions de situations de crise en psychiatrie sont celles nécessitant le plus de compétences cliniques et exerçant chez les soignants le plus fort impact émotionnel. D'où l'importance des formations évoquées précédemment dans notre développement.

Une **sédation médicamenteuse efficace**, accompagnée d'un entretien infirmier, ouvrirait à une alternative à l'isolement dans de nombreux cas. Certains auteurs désignent cela comme une « tranquillisation rapide » pour l'exemple de sujets psychotiques agités et potentiellement violents. (108) Cela permettrait d'éviter l'isolement sans mettre en péril la sécurité des personnes.

Le choix des molécules peut aussi influencer sur l'évolution de la situation. Baratta propose ainsi dans son étude « le recours plus fréquent aux antipsychotiques atypiques en traitement de fond et l'administration de benzodiazépines en phase aigüe. » (45)

Si malgré l'utilisation de toutes ces mesures il n'y a pas eu d'apaisement, l'isolement voire la contention peuvent être envisagés en dernier recours mais toujours dans le respect éthique et dans la continuité d'un lien verbal avec le patient avant, pendant et après la crise.

- L'isolement

Comme décrit dans les dernières recommandations HAS et développé dans la première partie de ce travail, l'isolement, s'il est indiqué, doit l'être en « dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque ».

Le Pr Senon donne une définition précise du dernier recours dans un numéro spécial de la revue Santé Mentale sur l'isolement et la contention :

« Le dernier recours, c'est n'utiliser l'isolement et la contention que quand une relation d'apaisement empathique, investie et répétée a échoué, quand un traitement médicamenteux per os adapté proposé avec patience et dans une démarche d'information n'a

pas été accepté ou n'a pas apaisé le patient, quand les techniques de désescalade n'ont pas eu de résultat, et quand une analyse clinique laisse penser que l'isolement ou la contention sont proportionnés à la gravité des troubles et aux risques encourus par le patient et son entourage et en graduant l'atteinte aux droits du patient : atteinte grave dans l'isolement et extrêmement sévère dans la contention, atteintes qui peuvent laisser des traces très négatives dans la mémoire du patient et retentir négativement dans la prise en charge ultérieure. Dernier recours... » (109)

On voit ici toute l'importance dans la réflexion de l'utilisation de l'isolement et la nécessité de mise en place, ou au minimum de tentatives d'application, d'autres mesures moins restrictives en amont qui permettraient une potentielle amélioration de la situation clinique sans avoir à recourir à ces pratiques.

Lorsque celui-ci est appliqué, cela doit être dans le respect des droits fondamentaux des patients et des principes éthiques.

Comme décrit dans les nouvelles recommandations de la HAS, il est réalisé sur décision d'un psychiatre et pour les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.

Un entretien et un examen médical doivent être réalisés initialement pour évaluer l'état clinique psychique et somatique du patient.

Une fiche particulière de prescription de suivi doit être présente dans le dossier du patient afin d'avoir une traçabilité la plus exhaustive possible des mesures prises.

L'indication à l'initiation de la mesure est de 12h et ne doit dépasser qu'exceptionnellement 48h.

L'information du patient est indispensable au moment de l'initiation de la mesure et tout au long de celle-ci.

L'isolement doit être fait dans un environnement suffisamment soignant et sécurisé pour le patient.

La visite médicale doit être biquotidienne afin d'avoir des évaluations fréquentes et permettre la levée de la mesure dès que celle-ci n'est plus cliniquement justifiée. (3)

⇒ Essai de mesures alternatives à l'isolement en premier recours (temps d'entretien, sédation médicamenteuse efficace, techniques de désescalade...).

- ⇒ Utilisation de l'isolement en dernier recours.
- ⇒ Nouvelles recommandations visibles par toute l'équipe soignantes dans les unités.

3. Prévention tertiaire

- Verbalisation autour de l'isolement

Une fois l'événement ou l'isolement survenu, il est indispensable de verbaliser autour de l'isolement et de la situation de crise.

L'utilisation de l'isolement n'est pas uniquement la résultante d'une symptomatologie objectivable mais également liée à l'interprétation des signes cliniques par les soignants, ainsi qu'à de nombreux autres éléments de caractère subjectif (composition de l'équipe soignante, stress, habitudes thérapeutiques, environnement...). Face à cette subjectivité, certains auteurs suggéreraient que faire circuler l'information non seulement au sein de l'équipe soignante mais aussi avec les patients concernés permettrait une meilleure implication de chacun dans le projet de soin.

Cela éviterait les non-dits, les attitudes contre transférentielles néfastes pour le soin. La parole serait alors utilisée pour remettre en question les habitudes, les fausses représentations, les idées reçues... Cette verbalisation doit inclure le point de vue du patient isolé : Quel vécu décrit-il concernant ce type de procédure restrictive ? Lui a-t-on expliqué pourquoi il était isolé ? L'équipe soignante a-t-elle pris la mesure de son éventuelle souffrance ? (58)

Cela rejoint l'importance du « **débriefing** » qui permet un retour de l'expérience du patient afin d'améliorer les pratiques soignantes mais aussi de mettre du sens pour le patient dans l'objectif de ce soin. C'est l'occasion d'informer sur les règles, la procédure et les pratiques pour réduire l'utilisation future de l'isolement afin de permettre au patient de comprendre, d'anticiper et de prévenir ces moments.

Cela permet aussi de diminuer les effets secondaires et potentiellement traumatiques de l'isolement, tant pour l'équipe que pour les patients et les témoins de l'événement.

Ce débriefing peut être standardisé avec deux périodes : une immédiatement après l'événement, effectué par une infirmière ou un médecin qui n'a pas été impliqué dans l'événement. Ce temps a pour but de s'assurer que toutes les parties sont en sécurité, de revoir les documents, de faire un entretien avec l'équipe qui était présente. (90)

Le second débriefing est plus formel, a lieu souvent quelques jours après. Il inclut l'équipe soignante, les psychiatres, l'encadrement et utilise des méthodes de résolution de problèmes ou une analyse des causes pour analyser l'événement. Le but étant de déterminer ce qui peut être modifié face à un événement similaire dans le futur. (90) (110)

A l'échelle d'un établissement, les groupes de travaux pluridisciplinaires sur les chambres d'isolement maintiennent une réflexion sur les pratiques et ouvrent un espace où celles-ci peuvent être discutées.

- Meilleure traçabilité de l'isolement

La modernisation de la loi santé avec la révision de l'article 72 et l'obligation de la tenue d'un registre recensant toutes les mesures d'isolement vont permettre d'avoir des données plus exhaustives qu'auparavant en France.

Elle permet aussi aux autorités extérieures et aux établissements d'avoir un retour de leur pratique et d'identifier les dérives de l'utilisation de l'isolement.

- Utilisation des données

L'utilisation de ces données recueillies est primordiale dans l'amélioration des pratiques dans un but, non pas punitif, mais de comparaison entre les unités valorisées par les recommandations de la HAS et la Ministre de la santé et des affaires sociales dans une instruction de Mars 2017 soutenant la diminution du recours à l'isolement. (3) (104)

Ces données doivent être utilisées pour encourager l'administration à identifier les équipes qui réussissent à diminuer avec succès le nombre d'isolements ou de contentions et à partager les pratiques de prévention efficaces.

- ⇒ Débriefing avec le patient de son vécu de l'isolement.
- ⇒ Formations, réunions d'informations sur les nouvelles recommandations, sur l'impact de l'isolement, des discussions sur les représentations de l'isolement.
- ⇒ Tenue d'un registre avec des données plus exhaustives.
- ⇒ Utilisation des données dans un but d'amélioration des pratiques.

Conclusion

L'isolement est une pratique courante et généralisée en psychiatrie. Malgré l'absence d'efficacité thérapeutique démontrée, la restriction de liberté que cela entraîne, et le vécu traumatisant des patients, le CGLPL a constaté une grande hétérogénéité de pratiques en France avec parfois des dérives.

Cette hétérogénéité s'est retrouvée dans notre étude menée en 2016 qui portait sur l'utilisation de l'isolement au sein des hôpitaux psychiatriques du CHU de Nantes, du CHS de Blain et du CH de Bouguenais.

On constatait, tout d'abord, des différences dans les modalités d'application de l'isolement entre les hôpitaux dans l'architecture (accès aux sanitaires), la fréquence de réévaluation médicale, par exemple plus fréquente à Bouguenais que dans les deux autres hôpitaux, l'accès aux effets personnels...

De plus, les taux d'isolements par patient pouvaient être quasiment doublés entre Bouguenais (11,2%) et Blain (20%).

Les taux par séjour montraient une utilisation plus importante à Nantes que dans les deux autres hôpitaux (11,8% vs 7,5% à Bouguenais et 8,9% à Blain).

Il y aurait donc un recours à l'isolement plus important, en proportion, à Nantes par rapport aux deux autres hôpitaux.

Cependant, les taux d'isolement par jour d'hospitalisation étaient assez proches (4,3% à 5,5%) et inférieurs aux moyennes nationales (6%) avec une durée d'isolement globale plus faible que les données de la littérature française (6,9 j vs 11,5 j (32) et 14,5 j (31)). Les différences de durées d'isolement moyennes n'étaient pas statistiquement significatives entre les hôpitaux.

Des disparités étaient aussi remarquées dans la proportion plus importante d'isolements supérieurs à une semaine au CH de Bouguenais (36% vs 28% à Nantes et 23% à Blain).

Le taux de mise en conformité retrouvé dans notre étude n'était vraiment pas satisfaisant par rapport aux recommandations (de 15% à Bouguenais à 47% à Nantes). Il est primordial d'améliorer ce chiffre en communiquant d'avantage dans les services sur la nécessité de mise en conformité des patients en SL.

Toutefois, cette hétérogénéité de pratique ne s'est pas retrouvée, en globalité, dans les profils de patient admis en isolement où on avait une grande majorité de patients jeunes, de sexe masculin, admis sous contrainte, et diagnostiqués comme troubles schizophréniques dans les trois hôpitaux, comme décrit dans les données de la littérature.

Même s'il pouvait y avoir quelques différences de répartition avec une plus grande proportion de patients admis en SPDRE à Nantes, plus de patients ayant été hospitalisés pour des diagnostics ne relevant pas de maladie psychiatrique à Bouguenais, et une plus grande proportion de troubles du développement psychologique à Blain, les profils restaient relativement similaires.

L'origine de ces disparités pourrait donc venir du contexte institutionnel, mais cela n'est pas objectivable dans notre étude (ratio infirmier/soignant, formation à la gestion de crise des infirmiers, présence médicale...). Une étude prospective avec les motifs de mise en isolement, les mesures d'apaisement tentées et les critères cités au-dessus permettrait une meilleure analyse des pratiques.

Elle peut être aussi due à des différences de « culture de service », comme évoqué dans les rapports nationaux. Une enquête qualitative auprès des soignants sur leurs représentations de l'isolement, et sur l'objectif de son utilisation permettrait d'approfondir cette évaluation.

La promulgation de la première loi spécifique à l'isolement et à la contention en Janvier 2016 et la publication de nouvelles recommandations de la HAS en Mars 2017 devraient contribuer à une homogénéisation des pratiques avec un cadre plus précis, et l'introduction de la notion d'utilisation en « dernier recours » de l'isolement.

Ces nouveaux textes enjoignent clairement les soignants à le limiter et à développer des alternatives pour la prise en charge thérapeutique des troubles psychiatriques pouvant amener, dans leur forme aigue à une « dangerosité psychiatrique ».

Il est aussi mentionné l'obligation de tenue d'un registre de traçabilité qui permettra d'avoir un recueil plus exhaustif de l'utilisation de l'isolement et donc d'avoir une analyse plus précise des pratiques.

Par ailleurs, ces textes recommandent les échanges entre les unités et l'utilisation de données, comme nous avons pu le faire dans notre étude, afin d'améliorer les pratiques et de diminuer le recours aux chambres d'isolement.

D'autres axes d'améliorations de pratiques passent par une réflexion sur l'architecture des services avec des espaces amenant moins de promiscuité, la possibilité d'accès à un espace d'apaisement, ou encore l'ouverture des unités d'hospitalisations.

Une organisation institutionnelle différente, apportant un cadre clair au patient, lui permettant donc d'être acteur de ses soins, avec des effectifs soignants suffisants, formés à la gestion de crise permettrait une prévention de survenue d'évènements violents au sein des services de psychiatrie et donc une diminution du recours à l'isolement.

La verbalisation autour de l'isolement entre les soignants et patients, avec les familles mais aussi entre les soignants pourrait favoriser la réflexion sur des alternatives possibles.

Cela passe aussi par un soutien de la direction et de l'encadrement pour que ces changements soient pérennes et portés en équipe au sein des services.

Ainsi donc il est, d'une part, indispensable de définir un cadre plus clair dans les indications et les modalités de mise en place de l'isolement pour permettre une limitation de son application et un meilleur respect des droits fondamentaux des patients.

D'autre part, ces dernières années, les mouvements sécuritaires sociétaux, de plus en plus grands, ont la tentation d'utiliser la psychiatrie pour « enfermer », mettre en isolement, des personnes jugées « dangereuses ». Or, la psychiatrie est une spécialité médicale avec une mission de soin et non d'enfermement.

Les nouvelles lois et recommandations amènent donc un cadre clair, et définissent l'isolement, non plus comme une mesure thérapeutique mais comme une mesure de protection pour les patients à risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif du fait de leur maladie psychiatrique. La prescription initiale d'un isolement devient donc une décision qui ne peut être prise que par un psychiatre.

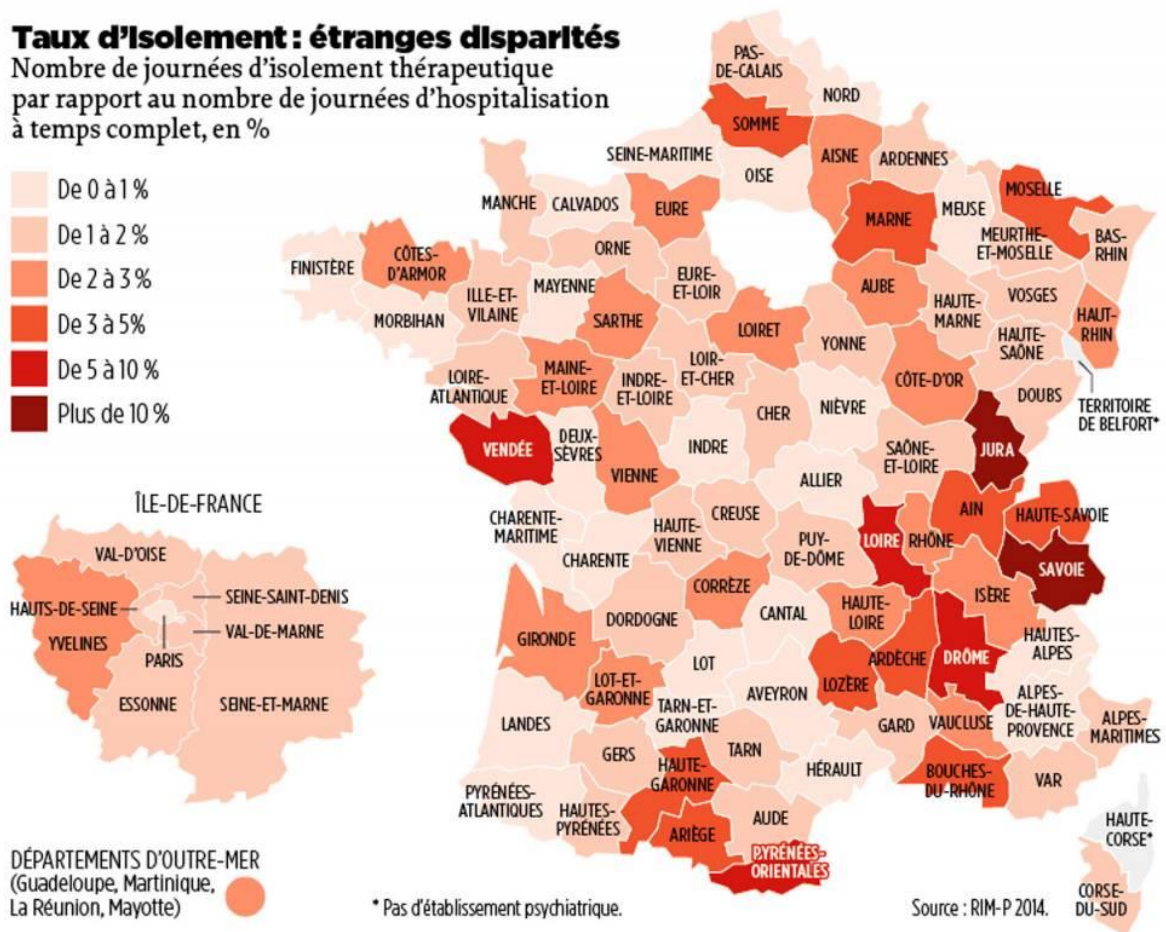
Le rôle soignant de notre spécialité y est donc bien réaffirmé, et ce nouveau cadre, comme ces recommandations, pourraient nous aider d'un côté à nous dégager de tentations politiques ou sociétales visant à nous attribuer une fonction sécuritaire de défense sociale et de l'autre, de réduire et d'encadrer le recours à l'isolement pour les patients.

Annexe :

Annexe 1 : Carte de la pratique de l'isolement au niveau national en fonction des jours d'hospitalisations. (111)

Taux d'isolement : étranges disparités

Nombre de journées d'isolement thérapeutique par rapport au nombre de journées d'hospitalisation à temps complet, en %



Bibliographie

1. Pélicier Y, Brenot P. Les objets de la Psychiatrie. L'Esprit du Temps ; 1997.
2. Esquirol M. Aliénation mentale. Des illusions chez les aliénés. Question médico-légale sur l'isolement des aliénés. Paris ; 1832.
3. Haute Autorité de Santé. Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandation de bonne pratique. Paris : HAS ; 2017 Fev.
4. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Paris : Dalloz ; 2016.
5. Mental Health Commission. Rules governing the use of seclusion and mechanical means of bodily restraint. Issued pursuant to section 69(2) of the Mental Health Act, 2001. Dublin : MHC; 2009.
6. Ministry of Health New Zealand. Seclusion under the Mental Health (compulsory assessment and treatment) Act 1992. Wellington : MoH New Zealand; 2010.
7. American Psychiatric Nurses Association. Seclusion and restraint standards of practice. Falls Church : APNA; 2014.
8. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Contention, isolement et substances chimiques. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle. Edition révisée. Québec : Gouvernement du Québec; 2015.
9. Friard D. L'isolement en psychiatrie : Séquestration ou soin ?. 2^e ed. Paris : Masson ; 2002.
10. Brenot P. 500 ans de psychiatrie. L'Esprit du Temps ; 2000.
11. Foucault M. Surveiller et punir : Naissance de la prison. Paris : Gallimard ; 1975.
12. Geletei P. Chambre d'isolement et libertés individuelles. Droit, déontologie et soin. 2006 Sep ; 6 (3) : 293-320.
13. Morel P, Quétel C. Les médecines de la folie. Paris : Pluriel ; 1985.
14. Palazzolo J, Lachaux B, Chabannes J. Isolement, contention et contrainte en psychiatrie. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris : Medias flashes ; 2000.
15. Royer J, Jean J, Durand B, et al. Histoire de la justice en France. Paris, puf ; 1995.
16. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Gallimard, 1976.

17. Castan N. Du grand renfermement à la révolution. In : Histoire des galères, bagnes et prisons. Toulouse : Privat ; 1991 : 45-77.
18. Caire M. Modalités de séquestration des aliénés de la Révolution à 1838. In : Histoire de la psychiatrie en France. [en ligne]. [page consultée le 20 Juillet 2017]. Disponible : <http://psychiatrie.histoire.free.fr>
19. Hochmann J. Histoire de la psychiatrie. Paris : Puf ; 2004.
20. Metton A, Données historiques de l'organisation des soins et de la législation en psychiatrie. In: Senon JL, Jonas C, Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Issy les Moulineaux: Elsevier Masson; 2013 : 5-10.
21. Toulouse E. Les pages oubliées, de l'emploi des cellules par Parchappe. Revue de psychiatrie, 1897 ; 9 : 15.
22. Chesnais JC. Les morts violentes dans le monde. Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques. 2003 nov ; (395).
23. Alezrah C. Réponse d'un service hospitalier à la dangerosité. L'information psychiatrique. 2009 Aou ; 85 : 735-44.
24. Sarkozy N. Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur la réforme de l'hôpital psychiatrique, notamment la prise en charge des patients à risque, à Antony le 2 décembre 2008. [en ligne]. Vie publique ; 2008. [page consultée le 20 juillet 2017]. Disponible : <http://discours.vie-publique.fr/notices/087003805.html>
25. Haute Autorité de Santé. Audition publique - Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur. Texte des experts. Paris : HAS ; 2010 Dec.
26. Collectif des 39. Quelle hospitalité pour la folie ? [en ligne]. [page consultée le 10 juillet 2017]. Disponible : <http://www.collectifpsychiatrie.fr/?cat=13>
27. Agence France Presse. Le psychiatre d'un schizophrène meurtrier condamné pour homicide involontaire [en ligne]. Paris : Le monde.fr ; 2016 dec 14 [page consultée le 10 aout 2017]. Disponible : http://www.lemonde.fr/societe/article/2016/12/14/le-psychiatre-d-un-schizophrène-meurtrier-condamné-pour-homicide-involontaire_5048993_3224.html
28. Sénécat A. Interner tous les djihadistes présumés « fichés S », le retour d'une

- proposition inapplicable [en ligne]. Paris : Le Monde ; 2016 Jun 14, [page consultée le 30 juin 2017]. Disponible : http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2016/06/14/interner-tous-les-djihadistes-presumes-fiches-s-le-retour-d-une-proposition-inapplicable_4950347_4355770.html
29. Voyer M, Senon JL, Paillard C, et al. Dangersité psychiatrique et prédictivité. *L'information psychiatrique*. 2009 ; 85 (8) : 745-752.
 30. Burgelin J. Santé, justice et dangersités : pour une meilleure prévention. Ministère de la Justice et de la Santé. 2005 Jul.
 31. Coldefy M. Les données administratives de l'isolement. *Santé mentale*. 2016 Sep ; (210) : 46-49.
 32. Bizien A. Propositions pour l'amélioration de l'isolement thérapeutique à partir d'une analyse de pratique au CHRU de Tours et au centre hospitalier d'Amboise-Château-Renault. [Thèse pour le doctorat en médecine] Tours : Académie Orléans-Tours Université François Rabelais Faculté de Médecine de Tours ; 2016.
 33. Observatoire National des Violences en Milieu de Santé. Rapport annuel de 2015 sur les données de 2014. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015.
 34. Jonas C, Senon JL. Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011. In : Senon JL, Jonas C, Voyer M. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson ; 2013 : 53-64.
 35. France. Code de la Santé publique. Article L3211-3 modifié par la loi n°2013-869 du 27 sept 2013 – art. 7.
 36. France. Code de la Santé publique. Article L3211-12-4 modifiée par la loi n°2013-869 du 27 sept 2013 – art. 7.
 37. ONU. Résolution 46/119. 1991 Dec.
 38. Conseil de l'Europe. A propos du Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants [en ligne]. [page consultée le 18 aout 2017]. Disponible : <http://www.cpt.coe.int/fr/apropos.htm>
 39. Conseil de l'Europe. Convention européenne des droits de l'homme, article 3. 1950.
 40. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). Rapport au Gouvernement de la République Française relatif à la visite effectuée en France par le CPT du 28 novembre au 10 décembre 2010. Strasbourg : CPT ; 2012.
 41. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Evaluation des

- pratiques professionnelles dans les établissements de santé : l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie : juin 1998. ANAES ; 1998.
42. National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline 10. Manchester : NICE ; 2015.
 43. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le CPT du 15 au 27 novembre 2015. Strasbourg : CPT ; 2017.
 44. Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la ville. Circulaire n°48 D.G.S/SP3 du 19/07/1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux. Paris ; 1993.
 45. Baratta A. L'utilisation de la chambre d'isolement comme soin en psychiatrie adulte Partie I Etude pilote au centre de Brumath (EPSAN, Alsace Nord). Perspectives psy. 2009 ; 48 (3), 278-285.
 46. France. Code de la Santé publique. Art R4127-2 codifié par décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 ;
 47. France. Code de la Santé publique. Art R4127-8 modifié par décret n°2012-694 du 7 mai 2012 – art. 1.
 48. Code pénal 432-49 : Code pénal 432-49 : France. Code Pénal. Article 432-4 modifié par ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 – art. 3. (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1^{er} janvier 2002.
 49. Rapport CGLPL Bourg en Bresse Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Recommandations en urgence relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse) [en ligne]. 2016 [page consultée le 20 Aout 2017]. Disponible : <http://www.cglpl.fr/2016/recommandations-en-urgence-relatives-au-centre-psychotherapique-de-lain-bourg-en-bresse/>
 50. Art L 3222-5-1 CSP : France. Code de la Santé publique. Article L3222-5-1 créé par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 72.
 51. Péchillon É, David M. Décision ou prescription du psychiatre : quelles différences juridiques ? L'information psychiatrique. 2017 mai 9 ; me 93 (4) : 349-50.
 52. 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.

53. Sigaud T, Gay A, Granet C, et al. Pratique de l'isolement chez des patients hospitalisés sous contrainte dans un service universitaire d'urgences psychiatriques. Revue de 266 dossiers. *Annales Médico-Psychologiques*. 2015 ; 173 : 143-147.
54. Hafner RJ, Lammersma J, Ferris R, Cameron M. The use of seclusion: a comparison of two psychiatric intensive care units. *Aust N Z J Psychiatry*. 1989 ; 23 (2) : 235-239.
55. Morrison P, Lehane M. A study of the official records of seclusion. *Int J Nurs Stud*. 1996 ; 33 (2) : 223-235.
56. Kaltiala-Heino R, Tuohimäki C, Korkella J, et al. Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Int J Law Psychiatry*. 2003 ; 26 (2) : 139-149.
57. Noda T, Sugiyama N, Sato M, Ito H, Sailas E, Putkonen H, et al. Influence of patient characteristics on duration of seclusion/restraint in acute psychiatric settings in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2013 ; 67 (6) : 405–411.
58. Palazzolo J. *Chambre d'isolement et contention en psychiatrie*. Paris : Masson ; 2002.
59. Palazzolo J, Chignon JM, Chabannes JP. Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie. Enquête prospective. *L'Encéphale*. 1999 ; 25 (5) : 477-484.
60. American Psychiatric Association. *Seclusion and restraint. The psychiatric uses*. In Washington (DC) ; 1985.
61. Philips P, Nasr SJ. Seclusion and restraint and prédiction of violence. *Am J Psychiatry*. 1983 ; 140 (2) : 229-232.
62. Palazzolo J, Favre P, Vittini P, Bougerol T. Isolement thérapeutique et contention en psychiatrie : bilan et perspectives. *L'Encéphale*. 2001 ; XXVII : 570-577.
63. Tardiff K. The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 ; (49) : 493-499.
64. Fisher W. Restraint and seclusion. *Am J Psychiatry*. 1994 ; 151(11) : 1584-1591.
65. Dumont A, Giloux N, Terra JL. Observation et évaluation d'une pratique clinique : l'isolement à l'unité médicale d'accueil du Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron. *L'information psychiatrique*. 2012 Oct ; 88 (8) : 687-93.
66. Tardiff K. Emergency control measures for psychiatric inpatients. *J Nerv Ment Dis*. 1981 ; 169 (10) : 614–8.
67. Bornstein PE. The use of restraints on a general psychiatric unit. *J Clin Psychiatry*. 1985 ; 46 (5) : 175–8.
68. Pollard R, Yanasak EV, Rogers SA, Tapp A. Organizational and unit factors

- contributing to reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Q.* 2007 ; 78 (1) : 73–81.
69. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin H-M, Altenor A, Altenor RJ, et al. Special section on seclusion and restraint: Pennsylvania State Hospital System's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv.* 2005 ; 56 (9) : 1115–22.
 70. Baratta A, Morali A. Chambre d'isolement en psychiatrie : état des lieux en France. *EMC Médecine et droit.* 2010 ; 86-89.
 71. Martin V, Bernhardsgrütter R, Goebel R, Steinert T. The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: A comparison of the practice in Germany and Switzerland. *Clinical Practic and Epidemiology in Mental Health.* 2007 Fev 4 ; 3 :1.
 72. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 ; 45 (9) : 889–97.
 73. France. Décret n° 2015-1721 du 21 décembre 2015 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé privés autorisés à exercer l'activité de soins de psychiatrie. *JORF n°0297 du 23 décembre 2015, p. 23826, texte n° 55.*
 74. Scanlan JN. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far. A review of the littérature. *Int J Soc Psychiatry*, sous presse. 2009.
 75. Morrison P. A multidimensional scalogram analysis of the use of seclusion in actue psychiatric settings. *Journal of Advanced Nursing.* 1990 ; 15 (1) : 59-66.
 76. Plutchik R, Karasu T, Conte H, Siegel B, Jerrett I, Toward a rationale for the seclusion procès. *J Nerv Ment Dis.* 1978 ; (166) : 571-579.
 77. Convertino K, Pinto RP, Fiester AR. Use of inpatient seclusion at community health center. *Hosp Community Psychiatry.* 1980 ; 31(12) : 848-850.
 78. Baxter E, Hale C, Hafner J. Use of seclusion in a psychiatric intensive care unit. *Australian Clinical Review.* 1989 ; 8 (3-4) : 142-145.
 79. Gutheil TG. Observations on the theoretical basis for seclusion of the psychiatric inpatient. *Am J Psychiatry.* 1978 ; 135 : 325-328.
 80. Palazzolo J. A propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage de patients. *L'Encéphale.* 2004 ; XXX : 276-284.

81. Hodgkinson P. The use of seclusion. *Journal of Medicine, Science and the Law*. 1985 ; 25 (3) : 215-222.
82. Alty A, Mason T. *Seclusion: a break with the past*. London : Chapman and Hall ; 1994.
83. La Fédération Freudienne de Psychanalyse. Site officiel de la Fédération Freudienne de Psychanalyse Dico Psy [en ligne]. [page consultée le 20 Aout 2017]. Disponible : www.psychanalyse.fr/
84. Cano N, Boyer L. Evolution des pratiques institutionnelles : Questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement. *L'information Psychiatrique*. 2011 ; 87 (7) : 589-593.
85. Tomaso A, Kuipers T. Separeren: therapeutikum of noodmaatregel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 1988 ; 30 : 290-301.
86. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T , Corr F , Cronin-Davis J, et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2006 ; 3 (1) : 8-18.
87. Sailas EES, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2000 ; Issue 1 : CD001163.
88. Cano N, Boyer L, Garnier C, et al. L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. *L'Encéphale*. 2011 ; 37 : S4-S10.
89. Meehan T, Vermeer C, Windsor C. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *J Adv Nurs*. 2000 ; 31(2) : 370-377.
90. Haute Autorité de Santé. Isolement et contention en psychiatrie générale - Argumentaire scientifique. Paris : HAS ; 2017 Fev.
91. British Columbia Ministry of Health. Secure rooms and seclusion standards and guidelines: a literature and evidence review. Vancouver : BCMOH ; 2012.
92. Ministry of Health New South Wales. Aggression, seclusion and restraint in mental health facilities in NSW. Sidney : MoH NSW ; 2012.
93. Institut National de la Statistique et des études économiques (INSEE). Loire-Atlantique : un dynamisme démographique soutenu [en ligne]. INSEE Flash Pays de la Loire ; 2015 [page consultée le 25 aout 2017]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1895097>

94. Morrison P, Lehane M, Palmer C, Meehan T. The use of behavioral mapping in a study of seclusion. *Aust N Z J Ment Health Nurs.* 1997 ; 6 (1) : 11-18.
95. Inspection générale des affaires sociales. Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions Justice et de la Santé. Paris : IGAS ; 2011.
96. Kovess-Masféty V, Severo D, Causse D, Pascal J-C. Architecture et psychiatrie [en ligne]. Editions Le Moniteur; 2004 [page consultée le 10 Aout 2017]. Disponible : <http://www.openbibart.fr/item/display/10068/808113>
97. New York State Office of Mental Health. Comfort rooms. A preventative tool used to reduce the use of restraint and seclusion in facilities that serve individuals with mental illness. Ideas and instructions for implementation. Albany : OMH ; 2009.
98. Péchillon E, Jonas C. Liberté d'aller et venir : que dit le droit ? . *Santé Mentale.* 2015 Juin ; (199) : 28-34.
99. Reyboz D. Point de vue de patients sur l'ouverture et la fermeture à clé des portes des services d'hospitalisation psychiatrique. [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine] Nantes : Université de Nantes Faculté de Médecine ; 2012.
100. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Le personnel des lieux de privation de liberté : rapport d'activité 2016. Paris : Dalloz ; 2017. 64 p.
101. National Association of State Mental Health Program Directors. Six core strategies for reducing seclusion and restraint use. Alexandria : NASMHPD ; 2006.
102. 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 – Guide méthodologique. Paris : HAS ; 2016 Sept.
103. Morin P, Michaud C. Mesures de contrôle en milieu psychiatrique : trois perspectives pour en guider la réduction, voire l'élimination. *Santé Mentale Au Québec.* 2003 ; 28 (1) : 126–50.
104. Ministre des affaires sociales et de la santé. Instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement. 2017 Avr.
105. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use. Rockville : SAMHSA ; 2011.
106. LeBel J, Goldstein R. The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatr Serv* 2005 ; 56 (9) : 1109-14.

107. Myers S. Seclusion: a last resort measure. *Perspective in Psychiatric care*. 1990 ; 26 (3) : 24- 28.
108. Dubin WR, Feld JA. Rapid tranquilization of the violent patient. *Am J Emerg Med*. 1989 ; 7 (3) : 313-320.
109. Senon JL. Moins recourir à l'isolement et la contention !. *Santé mentale*. 2016 Sept ; (210) : 22-28.
110. Morales E, Duphorne PL. Least restrictive measures: alternative to four point restraint and seclusion. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1995 ; 33 (10) : 13-16.
111. Vincent FM Jérôme. Spécial hôpitaux - Psychiatrie : les dérives de l'isolement thérapeutique [Internet]. 2016 [page consultée le 25 août 2017]. Disponible : http://www.lepoint.fr/palmares-hopitaux/special-hopitaux-psychiatrie-les-derives-de-l-isolement-therapeutique-30-08-2016-2064656_41.php

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)

Monsieur le Professeur Jean-Marie
VANELLE

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)

Monsieur le Docteur David
SECHTER

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur Pascale JOLLIET

NOM : HAIBE

PRENOM : Olivier

Titre de Thèse :

Etat des lieux de l'utilisation de l'isolement en Psychiatrie au CHU de Nantes, au CHS de Blain et au CH de Bouguenais.

Réflexion pour une amélioration des pratiques à la lumière des dernières recommandations de la HAS.

RESUME

L'isolement est une pratique courante en psychiatrie mais hétérogène sur le territoire français. Le CGLPL décrit des dérives dans certains établissements et explique ces disparités par des différences de « culture de service ». Pour remédier à cela, une loi spécifique à l'isolement et à la contention a été rédigée le 26/01/16 ainsi que des nouvelles recommandations de la HAS. Notre étude vise à comparer l'utilisation de la chambre d'isolement entre les hôpitaux de Nantes, Blain et Bouguenais. Nous avons constaté des taux d'utilisation plus important que la moyenne nationale ainsi qu'une hétérogénéité de pratique avec un recours à l'isolement plus important par patient à Blain, plus important par séjour et par jour à Nantes et avec des séjours plus fréquemment prolongés à Bouguenais. Cela amène à réfléchir à des axes d'améliorations de pratiques ainsi qu'aux alternatives avant l'isolement en dernier recours.

MOTS-CLES

PSYCHIATRIE - HOSPITALISATION - ISOLEMENT - DANGEROUSITE - CONTRAINTE - HAS -
LEGISLATION