



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2020 - 2021**

Date du Jury : **octobre 2021**

Réforme de l'isolement contention en psychiatrie : mettre en œuvre

Fabien LATINIER

Remerciements

Mes remerciements vont d'abord à mon établissement de stage, l'EPSM Morbihan en particulier à son Directeur Général, M. Pascal Bénard lequel m'a permis de découvrir et d'exercer des missions en psychiatrie et santé mentale à travers le quotidien de son établissement, ainsi que lors de rencontres régionales et nationales en psychiatrie et santé mentale, en particulier celles de l'Association des Etablissements du service public de Santé Mentale (AdESM), de l'Espace de Réflexion Ethique de Bretagne (EREB) ou encore la Commission Nationale de la Psychiatrie (CNP).

Je tenais également à remercier Mme Isabelle Leborgne-Roudaut, Directrice des Finances, de la Stratégie et des Coopérations au sein de l'EPSM Morbihan, ma maitre de stage, et M. Jean-Philippe Lecamus, Coordonnateur Général des soins de l'EPSM Morbihan, directeur en charge de la direction de la Qualité et des Relations Usagers, lequel était le coordonnateur de la mise en œuvre de la réforme de l'isolement contention sur l'établissement.

Afin de mettre en perspective la problématique, ont été sollicités en entretiens dirigés et semi-ouverts plusieurs directeurs d'établissements en psychiatrie santé mentale, garant de la responsabilité administrative et pénale de leur établissement, des médecins psychiatres prenant les décisions d'isolement contention, des juges des libertés et de détention qui les contrôlent, des cadres de santé en charge des relations usagers évoquant les conséquences organisationnelles, éthiques pour leurs équipes et un représentant des usagers en tant que porte-parole d'une association nationale de patients. Je tenais à tous les remercier.

Sommaire

Introduction	3
1 Comprendre la réforme de l'isolement et de la contention comme une extension du pouvoir judiciaire pour une amélioration du soin au droit	7
1.1 L'extension du pouvoir du Juge des libertés et de la détention, suite logique de la réforme des soins psychiatriques sans consentement	7
1.1.1 L'encadrement des mesures d'isolement et de contention dans la loi	8
1.1.2 Le rôle du juge des libertés et de la détention dans l'hospitalisation complète en soins sans consentement transposé à l'isolement contention.....	14
1.2 Appliquer la réforme de l'isolement et contention	18
1.2.1 La délicate application du nouveau dispositif relatif à l'isolement contention en l'état des moyens alloués à la psychiatrie en France.....	19
1.2.2 Problématiques concrètes posées par l'article 84 pour sa mise en œuvre en établissement de psychiatrie et santé mentale	23
2 Mobiliser les ressources autour de l'article 84 afin de répondre à un objectif d'amélioration du droit aux soins	29
2.1 Rechercher des solutions adaptatives autour d'une dynamique projet	29
2.1.1 Positionnement de la gouvernance d'établissement pour la mise en œuvre de la réforme sur l'isolement et la contention et actions identifiées.....	30
2.1.2 Principaux moyens et adaptations relevées par les premiers retours d'expérience en établissements	34
2.2 Améliorer le droit aux soins comme finalité de la réforme de l'isolement contention	39
2.2.1 Les alternatives à l'isolement et la contention	39
2.2.2 Quelles évolutions pour l'isolement contention ?	46
Conclusion	51
Bibliographie	55
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AdESM	Association des directeurs d'Établissements de Santé Mentale
ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CGLPL	Contrôleur Général des Lieux de Privation et de Liberté
CDSP	Commission Départementale des Soins Psychiatriques
CDU	Commission des Usagers
CME	Commission Médicale d'Établissement
CHS	Centre Hospitalier Spécialisée
CSI	Chambre de soins intensifs
CSP	Code de la Santé Publique
DAP	Directives anticipées en psychiatrie
DAP	Directives anticipées incitatives en psychiatrie
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DPI	Dossier Patient Informatisé
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
EREB	Espace de Réflexion Ethique de Bretagne
ESPIC	Établissement de santé privé à but non lucratif
FHF	Fédération Hospitalière de France
HAS	Haute Autorité de Santé
JLD	Juge des libertés et de la détention
QPC	Question prioritaire de constitutionnalité
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
OPP	Ordonnance de Placement Provisoire
PCME	Président de la Commission Médicale d'Établissement
PPP	Plan de Prévention Partagé
SDRE	Soin à la demande d'un représentant de l'Etat
SDT	Soin à la demande d'un tiers
SSC	Soins sans consentement
UNAFAM	Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées Psychiques
USIP	Unité de Soins Intensifs de Psychiatrie

Introduction

« L'usage de l'isolement et de la contention n'est pas l'apanage de l'univers de la psychiatrie et de la santé mentale, puisque souvent pratiquées dans les EHPAD et/ou aux urgences médicales, en gériatrie... mais il dit quelque chose du risque de brutalisme au sein d'une société marquée par la souffrance psychique (mal)traitée en son sein. Et, de fait, les personnes atteintes de troubles mentaux, notamment celles soumises au régime des soins contraints, sont davantage susceptibles d'être victimes d'abus de ces pratiques des plus difficiles à penser, au sein même de la profession. Ainsi, Thierry Najman précise que (...) la contrainte et l'enfermement demeure comme une sorte d'impensé de la psychiatrie. »¹

Dans une période de crise sanitaire, marquée par l'instabilité de la balance entre le registre du risque et celui de la liberté d'aller et venir, cette incise d'un médecin psychiatre, acteur majeur dans l'application de l'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) du 14 décembre 2020 pour 2021² sur l'isolement et la contention trouvent un écho particulier avec cette réforme dans le champ de la psychiatrie, santé mentale. Applicable depuis le 1^{er} janvier 2021 dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie, l'article de loi soumet désormais l'isolement et la contention au contrôle de l'autorité judiciaire et interroge les pratiques d'isolement contention en établissement de santé.

Selon les données de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), rapportés par le Pr Jean-Louis Senon, sont concernées en France annuellement (au moins) 80 000 mesures d'isolement et 22 000 mesures de contention, pour environ 289 000 mesures de soins sans consentement³.

Sans fixer d'objectifs chiffrés de diminution de l'isolement et de la contention ni de temps pour y parvenir, le législateur a inscrit l'article 84 dans une logique de diminution de la prévalence de l'isolement et de la contention, dans un contexte où des associations de patients relayés par des avocats ou le Contrôleur Général des Lieux de Privation et de Liberté (CGLPL) autorité indépendante instituée par la loi du 30 octobre 2007⁴ dénoncent ce type de pratiques « indignes » et privatives de liberté.

Cavalier législatif, issu d'une Question Prioritaire de Constitutionnalité (QPC) l'article 84 construit d'abord par le Ministère de la Justice puis de la Santé, a été décliné à travers un

¹ HAZIF-THOMAS (Cyril), PELLÉ (Pierre), « Tous les arbitraires ne sont pas permis en matière d'isolement et de contention dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement », RGDM, n° 78, 2021, p. 19-34.

² Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021

³ Source Pr SENON, données chiffrées ATIH issues du RIMP-P divulgué lors d'une plénière exceptionnelle sur l'article 84 de la Commission Nationale de Psychiatrie (CNP) le 1er juillet 2021.

⁴ Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté

décret d'application⁵, puis une instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)⁶ précisant le cadre de sa mise en œuvre, sans apporter toutes les réponses suffisantes quant à son application.

De surcroît, l'article 84, deux fois « retoqué » par le Conseil Constitutionnel⁷ est d'une grande complexité d'application et émerge dans un contexte de crise de la psychiatrie en France à tel point qu'une minorité d'établissements sont en mesure d'appliquer strictement la loi. Dans l'illégalité, directeurs d'établissement et médecins engagent leurs responsabilités pénales voire administrative, et sont majoritairement dans un compromis avec le Juge des libertés et de la détention (JLD), sous le couperet de main levée de mesures pour vice de forme et de contentieux émanant des patients, leurs proches ou leurs avocats.

Mettre en œuvre la réforme de l'isolement et la contention relève de plusieurs dimensions:

- éthique, dans son acception à la dignité de la personne humaine et dans le respect des droits fondamentaux des patients, où le médecin et les équipes soignantes ont une occasion de lever le dogme de l'isolement contention,
- politique, avec un pouvoir judiciaire renforcé dans ses prérogatives, des enjeux économiques forts dans un contexte national de ressources paramédicales et médicales tendues avec une interrogation sur la place des autorités tels que la Haute Autorité de Santé (HAS), le CGLPL ou d'autres dans la limite des mesures d'isolement contention,
- managériale, interrogeant le positionnement du Directeur d'hôpital et du médecin à travers une loi qui engendre des difficultés techniques, organisationnelles, humaines en lien avec les acteurs de l'hôpital et la justice sous le couvert du secret médical,
- de temporalité, avec des paliers de déploiement de court terme dans l'application stricte des textes, en particulier de l'instruction DGOS/R4/2021/89 du 29 avril 2021 qui a suivi l'article 84, et de moyen-long terme pour ce qui concerne les alternatives à l'isolement contention, où la maturité des démarches, la remise en cause des pratiques et les moyens qui y sont consacrés sont essentiels.

Quels impacts la réforme va-t-elle engendrer dans la continuité des rapports directeur-médecin-juge-patient ? A quelles adaptations et enjeux devront faire face les établissements de santé, sa gouvernance et les juges de la liberté et de la détention pour mettre en œuvre l'article 84 ? Comment le directeur d'hôpital peut-il organiser et mettre en

⁵ Décret n° 2021-537 du 30 avril 2021 relatif à la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement.

⁶ Instruction N° DGOS/R4/2021/89 du 29 avril 2021 relative à l'accompagnement des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la mise en œuvre du nouveau cadre relatif aux mesures d'isolement et de contention.

⁷ La récente décision du Conseil Constitutionnel n°2021-912-913-914 QPC du 4 juin 2021 lequel s'est prononcé contre l'article 84, article L. 3222-5-1 du Code de la Santé Publique (CSP) considérant qu'il était non conforme à l'article 66 de la Constitution « car le contrôle par le juge des mesures en cas de dépassement de durées n'était pas systématique mais facultatif

œuvre de manière effective une telle réforme ? Quelles alternatives à l'isolement contention pour quelles perspectives ?

Autant de questions traitées à partir d'observations et travaux menés au sein de l'EPSM Morbihan, pour un sujet ouvert à plusieurs établissements autorisés en psychiatrie, dans le but de confronter les démarches institutionnelles dans leur rapport aux soins sans consentement, leur rapport à la réforme et leurs relations avec leur environnement administratif et judiciaire dans un contexte d'inégalités territoriales.

Des établissements subissent des problèmes de pénurie de personnel médical et soignant lesquels peuvent manquer de formation adaptée, rendant hétérogène les pratiques, et selon le CGLPL, peuvent isoler, contentionner les patients dans des locaux inadaptés. Il existe des inégalités entre établissements quant aux moyens techniques et humains à consacrer (et consacrés) à l'application de cette disposition législative dont la lecture peut différer d'un établissement, d'un JLD à l'autre.

Des entretiens avec des acteurs de la mise en œuvre de l'article 84 en établissements, ou au sein de collectifs, la lecture d'articles, de revues scientifiques ou de mémoires sur l'isolement contention et ses alternatives, la participation à des débats et la reprise de données d'enquêtes ont été essentielles pour traiter le sujet.

En sus des rapports d'inspection, recommandations, travaux d'audits du CGLPL, certifications de la HAS, la réforme de l'isolement et contention peut être perçue comme une opportunité en établissement de santé pour tester la force collective d'une organisation médico-soignante et administrative autour d'un sujet de responsabilité où le patient est au cœur des préoccupations. Ce mémoire aura pour ambition de rendre lisible la mise en œuvre de l'article 84 en établissement de santé et d'alimenter les réflexions quant à son application en général en psychiatrie.

Il s'agit d'abord de percevoir l'article 84 comme une extension du pouvoir judiciaire pour une amélioration du soin au droit (I), finalement inscrite dans une suite logique de la réforme des soins psychiatriques sans consentement (1.1) même si son contexte d'apparition et la complexité de son application s'inscrivent en obstacle à sa mise en œuvre (1.2). De fait, se pose la question de la mobilisation des ressources employées par le directeur d'hôpital en charge d'appliquer la législation dans le respect des droits fondamentaux des patients (II), où le directeur d'hôpital va décliner une dynamique projet (2.1) et manager un collectif et une organisation pour œuvrer à l'amélioration du droit aux soins des patients (2.2).

1 Comprendre la réforme de l'isolement et de la contention comme une extension du pouvoir judiciaire pour une amélioration du soin au droit

« L'agité peut être calmé ou réduit. On ne lui demande pas ce qu'il préfère. Si on n'a pas le temps de la calmer on le réduit. Quand on le juge assez réduit, parfois on le calme. On l'écume comme le pot-au-feu. Il est des cas, côté des hommes, où la réduction s'opère à la semelle de brodequins. Ce traitement n'est pas ordonné par les médecins. Il a lieu surtout la nuit. L'agité crie, se démène, il ennuie le surveillant. L'homme a déjà la camisole, on lui donne quelques bons coups avec le passe-partout, histoire de l'avertir.⁸ » Cet extrait de l'essai d'Albert Londres de 1925, intitulé « Chez les fous », dressa l'état des lieux des hôpitaux psychiatriques de la France de l'entre-deux-guerres et provoqua un tollé dans le milieu de la psychiatrie.

Près d'un siècle plus tard, ces actes de violence et de contention se sont heureusement très marginalisés, tant du côté des prises en charge médico-soignantes que dans les moyens de contrôler ces pratiques.

Ainsi la réforme de l'isolement et de la contention peut être avant tout perçue comme l'extension du pouvoir du Juge des libertés et de la détention, suite logique de la réforme des soins psychiatriques sans consentement (1.1) où les établissements ont à travers l'article 84 de la LFSS pour injonction d'appliquer la réforme (1.2).

1.1 L'extension du pouvoir du Juge des libertés et de la détention, suite logique de la réforme des soins psychiatriques sans consentement

La loi du 26 janvier 2016⁹ et l'instruction DGOS de 2017¹⁰ qui avait suivi, relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie permettaient déjà un encadrement des interventions médicales dites de « dernier recours », mais sans être contrainte par le pouvoir judiciaire. L'article 84 et sa déclinaison dans le code de la santé publique (CSP), introduit de nouvelles modalités médico-administrative relative à l'isolement contention et de contrôle du juge des libertés et de la détention (1.1.1) dans une forme de continuité des lois de 2011, 2013, 2016 de contrôle du juge des hospitalisations en soins sans consentement (1.1.2).

⁸ LONDRES A., 1997, *Chez les fous*, à Paris, France, Motifs, 162 p.

⁹ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

¹⁰ 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

1.1.1 L'encadrement des mesures d'isolement et de contention dans la loi

« La perspective de contrôler la volonté aliénée par le prisme de l'isolement est présente depuis la loi dite Esquirol de 1838¹¹ qui, avec la disparition de la volonté derrière l'aliénation, justifiait les traitements forcés »¹².

Les mesures d'isolement et de contention ont longtemps constitué un domaine des soins psychiatriques non juridiquement traité, ne bénéficiant d'aucun cadre légal jusqu'à ce que la loi du 26 janvier 2016, article L. 3222-5-1 du CSP, ne leur fournisse un régime juridique. L'article 84 de la LFSS du 14 décembre 2020 vient renforcer les garanties accordées aux patients qui, dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement qui leur seraient imposés, feraient l'objet de mesures d'isolement ou de contention, et tend à remédier à l'inconstitutionnalité de l'article L. 3222-5-1 du CSP, déclarée par le Conseil Constitutionnel dans sa décision n° 2020-844 Question Prioritaire de Constitutionnalité du 19 juin 2020, indiquant que :

- « les décisions d'isolement et de contention sont des privations de liberté qui ne doivent intervenir que dans le cas où ces mesures sont adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état de la personne qui en fait l'objet.
- la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible. »

L'intervention de l'autorité judiciaire dans le cadre d'un isolement ou d'une contention ne se réalise que dans le cadre exclusif d'une hospitalisation sans le consentement du patient en psychiatrie. Les établissements qui prennent en charge des patients hospitalisés en dehors de ce cadre, en soins libres en psychiatrie, en établissements sanitaires, en établissements sociaux et médico-sociaux, ne sont pas autorisés à pratiquer l'isolement ou la contention.

L'instruction DGOS du 29 avril 2021 définit les mesures soumises au contrôle de l'autorité judiciaire exclusivement sur décision motivée d'un psychiatre, ce qui caractérise le champ de son intervention. Selon l'instruction DGOS, « les mesures d'isolement et de contention sont des pratiques de derniers recours (...) Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque, après évaluation du patient. »

¹¹ Loi n° 7443 sur les aliénés du 30 juin 1838

¹² HAZIF-THOMAS C., La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, thèse de droit public soutenue à l'université de Rennes 1 le 13 septembre 2016, LEH Édition, mars 2017, 506 p

Selon les termes définis par le Conseil Constitutionnel, « dans le cadre d'une prise en charge dans un établissement assurant des soins psychiatriques sans consentement, l'isolement consiste à placer la personne hospitalisée dans une chambre fermée et la contention à l'immobiliser. Ces mesures ne sont pas nécessairement mises en œuvre lors d'une hospitalisation sans consentement et n'en sont donc pas la conséquence directe. Elles peuvent être décidées sans le consentement de la personne. Par suite, l'isolement et la contention constituent une privation de liberté. »

Les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, qui pratiqueraient l'isolement ou la contention risquent d'être confrontés à moyen terme au contrôle de l'autorité judiciaire si on reprend les termes de l'article 66 de la constitution : « Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi. » D'autres outils sont censés garantir la protection des libertés fondamentales des usagers, où le consentement de la personne est recueilli avec la conclusion d'un contrat de séjour, remise d'un livret d'accueil intégrant le règlement de fonctionnement de l'établissement ainsi une charte des droits et liberté de la personne accueillie (CASF, art. L311-4). Le législateur précise dans l'article L. 311-4-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) que « toute limitation de la liberté d'aller et venir dans les établissements et services accueillant des personnes âgées, doit être proportionnée, rendu nécessaire par l'état de la personne et conforme aux objectifs de sa prise en charge ». Toutefois au contraire du CSP, le CASF ne prévoit pas de contrôle des restrictions d'aller et venir par des garants dédiés à la restriction de cette liberté tels que le JLD. Par contre, il est possible à l'utilisateur de faire valoir ses droits, là où le juge administratif peut également être saisi par le patient¹³.

Les définitions de l'isolement et la contention sont interprétées différemment selon les établissements. Des échanges avec un JLD et un psychiatre expert visiteur de la HAS ont permis d'appréhender certains arrangements de la loi par les établissements qui excluent du registre de l'isolement et de la contention, rendu obligatoire par la loi du 26 janvier 2016, et du contrôle possible de l'autorité judiciaire, certains profils de patients isolés ou contentonnés :

- patients hospitalisés en psychiatrie au long cours (avant la loi de 2011) mis en isolement par les soignants en chambre la nuit
- patient admis après une tentative de suicide. Mise contention et dans une chambre fermée à clef pour raison dites somatiques.

¹³ CAA Marseille, 25 janvier 2017, req. n°05MA01245, portant sur Isolement, contention et pratiques de dernier recours, où le patient peut saisir le juge administratif s'il considère que l'usage de ce type de pratique est disproportionné ou fondé sur un motif illégal.

- patient « enfermé » en chambre la nuit pour maladie neurologique en psychiatrie du sujet âgé
- patient en chambre d'apaisement, contention mécanique, chambre fermée à clé de l'extérieur

En outre ces interprétations corroborent avec les données étonnamment basses du nombre de mesures d'isolement remontées par certaines structures au niveau national, avec un impact sur le respect des droits des patients, le contrôle du pouvoir judiciaire et en définitive la mise en œuvre de la réforme.

Pour faciliter le périmètre de son intervention, le JLD du Tribunal Judiciaire de Vannes intervenant sur l'EPSM Morbihan a défini l'isolement et la contention selon ces termes :

- « L'isolement concerne toutes les mesures pour lesquelles le patient est enfermé en Chambre de Soins Intensifs (CSI) ou dans n'importe quelle pièce fermée. Cela ne concerne pas les cas dans lesquels le patient peut ouvrir lui-même la chambre ou le placement en espace dédié ou d'apaisement non fermé à clef. »
- « La contention concerne des mesures d'entrave mécanique (sangles sur le lit, entraves mobiles, contention ambulatoire quand elle limite les capacités de déplacement du patient) non ce qui est appelé "contention chimique". Le port de casque ou gants ou les barrières de lit / tablettes disposées dans les services de gérontopsychiatrie ne s'analysent pas comme des mesures de contention au sens de la loi. »

Ces définitions permettent d'encadrer le périmètre d'application de l'article 84 au sein des établissements. Toute décision de mise en chambre d'isolement, de contention, isolement en espace dédié à l'isolement (CSI) ou non, hors des conditions de l'article L. 3222-5-1 du CSP est illégale et susceptible d'entraîner la responsabilité pénale et/ou administrative de la structure ou des professionnels.

Dans le cadre de l'article 84, le législateur a modifié l'article L. 3222-5-1 issu de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 en créant :

- une obligation d'information du JLD par le médecin décisionnaire dès lors qu'une mesure d'isolement dépasse les quarante-huit heures et dès lors qu'une mesure de contention dépasse les vingt-quatre heures dans un délai de 15 jours,
- cette information doit également être adressée aux personnes ayant qualité pour requérir le placement de la personne en hospitalisation sous contrainte avec une obligation de traçabilité des mesures,

- le JLD peut être saisi par l'intéressé ou par l'une de ces personnes aux fins d'ordonner la mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention. Il doit alors statuer dans les vingt-quatre heures selon des modalités de contrôle.

L'annexe 1 permet de comparer l'article L. 3222-5-1 du CSP modifié.

- Limitation des durées d'isolement et de contention

« La nouvelle rédaction du L. 3222-5-1 introduit des durées aux mesures d'isolement et de contention, issues des recommandations de bonnes pratiques de la HAS de mars 2017. »¹⁴

L'instruction DGOS de 2021 précise :

- les durées maximales (6h pour la contention, 12h pour l'isolement)
- les durées totales, (24h pour la contention, 48h pour l'isolement)
- le cadencement des mesures,
- leur renouvellement exceptionnel,
- la mesure de prolongation.

Les conditions d'information en cas de renouvellement exceptionnel des mesures sont explicitées. Il faut noter que pour certaines structures les isolements au-delà de 48h n'ont rien d'exceptionnels car ils sont majoritaires. En effet, les mesures les plus longues concernent des patients qui finalement, hospitalisés dans le cadre de démence neurodégénératives n'ont pas leur place en psychiatrie.

- Obligation d'information au JLD

Dans la configuration actuelle de l'article L. 3222-5-1 du CSP, le psychiatre sénior prescripteur doit désormais « informer sans délai » le JLD et les proches au-delà des bornes temporelles décrites ci-dessus avec la dualité de vingt-quatre heures ou de quarante-huit heures selon la mesure envisagée, sur une période de 15 jours.

Cette information repose sur la décision motivée d'un psychiatre sénior après évaluation du patient et justifiant que la mesure prise est pratique de dernier recours, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui et que la mesure est adaptée, nécessaire et proportionnée au risque.

L'information est délivrée au patient faisant l'objet d'une mesure et aux personnes de l'entourage immédiat du patient concerné, celles égrenées à l'article L. 3211-12 du CSP :

- les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;

¹⁴ Instruction N° DGOS/R4/2021/89 du 29 avril 2021 relative à l'accompagnement des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la mise en œuvre du nouveau cadre relatif aux mesures d'isolement et de contention.

- la personne chargée d'une mesure de protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins ;
- son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
- la personne qui a formulé la demande de soins ;
- un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;
- le procureur de la République.

Le but même de cette information s'analyse dans la possible saisine du JLD pour une éventuelle mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention. Pour le moment, si le psychiatre s'en tient à ces délais, 24/48h le JLD n'intervient pas dans la décision purement médicale dans ses limites de temps. Dans les deux cas si au-delà des durées, le contrôle du JLD intervient a posteriori, il n'y a pas d'obligation de saisir le JLD préalablement, ce qui impose d'informer le JLD par le psychiatre avec une charge de travail administrative supplémentaire non négligeable.

- Traçabilité des mesures

Le Docteur Hazif-Thomas, médecin psychiatre au CHRU de Brest et docteur en droit public, président de l'Espace de Réflexion Ethique de Bretagne (EREB) précisait lors d'un webinaire de l'EREB¹⁵, avec les pratiques de l'isolement et de la contention que « sur le fond, il conviendra pour le JLD de contrôler spécifiquement s'il existe un détournement de ces pratiques de leur finalité, à savoir s'il y a un risque de dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui. Dans cette hypothèse, il conviendra de vérifier qu'il s'agit bien d'un dernier recours. » De plus, selon le psychiatre, « le contrôle devrait également porter sur le respect des mesures de surveillance par des professionnels de santé identifiés. » La surveillance somatique et psychiatrique devra être effectuée par un professionnel de santé désigné dans le respect du R. 4311-6 du CSP avec une surveillance infirmier diplômé d'Etat toutes les heures.

- Modalités de contrôle du JLD

Le JLD peut contrôler soit d'office (informé par le médecin d'un renouvellement exceptionnel de mesure), soit être saisi par les personnes. Le juge quand il est saisi doit statuer dans les 24h et l'établissement lui transmettre les informations dans les 10 heures. La procédure est par principe écrite. L'instruction DGOS de 2021 prévoit que « S'il l'estime

¹⁵ EREB-Webinaire Isolement et contention du 22 avril 2021

nécessaire, le JLD peut tenir une audience ». Cette audition pourra être réalisée soit en visioconférence soit à titre exceptionnel par téléphone. La loi regarde une mesure d'isolement et de contention comme une nouvelle mesure si le délai dépasse les taquets horaires de 24/48h.



Blog jurisanté de la CNEH: www.cneh.fr

De fait, il convient de remarquer que ce nouveau texte est d'abord centré sur le patient.

- Le patient ou le demandeur peut demander à être entendu par le JLD, auquel cas cette audition est de droit et toute demande peut être présentée oralement;
- L'audition du patient ou du demandeur peut être réalisée par tout moyen de télécommunication audiovisuelle ou, en cas d'impossibilité avérée, par communication téléphonique, à condition qu'il y ait expressément consenti. L'audition du patient ne peut être réalisée grâce à ce procédé que si un avis médical atteste que son état mental n'y fait pas obstacle;
- Les mesures d'isolement et de contention peuvent faire l'objet d'un contrôle par le JLD dans le cadre de son contrôle systématique à 12 jours ou à 6 mois de l'hospitalisation complète.

Extrait d'une information CNEH

Cette focale sur le patient est très positive. Toutefois, au-delà des difficultés pratiques de ce nouveau type de contrôle, qui risquent d'être insurmontables en l'état des moyens alloués tant aux établissements que du côté des magistrats, ce texte semble introduire en droit positif, selon plusieurs magistrats, une injonction pour le JLD d'opérer un

« contrôle en opportunité¹⁶ » et non plus seulement un contrôle de légalité. Ce nouveau type de contrôle pourrait considérablement modifier le soin apporté au droit des patients de même que la prévalence de l'isolement contentieux tant en nombre que sur leur durée, et les rapports juge-médecin-directeur-patient au sein des établissements de santé mentale au cours des audiences.

1.1.2 Le rôle du juge des libertés et de la détention dans l'hospitalisation complète en soins sans consentement transposé à l'isolement contentieux

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011¹⁷, avait instauré un contrôle systématique des mesures d'hospitalisation sans consentement par l'autorité judiciaire en tirant les conséquences de cette déclaration d'inconstitutionnalité. Selon Marc Grimbert, magistrat, JLD au tribunal judiciaire de Quimper, auteur d'un article intitulé « Vers un juge médical, sur l'ambiguïté de l'office du juge en matière d'hospitalisation sous contrainte » présenté dans le cadre d'un webinaire de la Société Médico-Psychologique « le contrôle de cette privation de liberté était dévolu à l'autorité administrative jusqu'à deux déclarations d'inconstitutionnalité respectivement des 26 novembre 2010 et 9 juin 2011, où le Conseil Constitutionnel a établi que l'entrave à la liberté d'aller et venir et à la liberté individuelle que constitue une hospitalisation imposent un contrôle de celle-ci par l'autorité judiciaire dans un délai maximal de quinze jours ».

Depuis, dans un délai de douze jours à compter du placement de la personne en hospitalisation sans consentement, la personne doit être présentée au JLD qui devra valider ou non le principe de la contrainte par une décision susceptible d'appel. Par la suite, la personne sera de nouveau présentée tous les six mois si l'hospitalisation se poursuit sous la forme d'une hospitalisation complète. De plus, s'ajoute au contrôle juridictionnel obligatoire des douze jours, un contrôle juridictionnel provoqué, dans la mesure où le juge peut-être saisi par la personne, ses proches ou le Procureur de la République d'une demande de mainlevée à tout moment. L'assistance d'un avocat est obligatoire et aucune disposition légale ne prévoit de possibilité de refus.

L'article 84 peut être perçu comme une voie extensive du contrôle judiciaire sur les hospitalisations sans consentement. En effet, selon les propos de Marc Grimbert, la Cour de Cassation s'est prononcée sur le contrôle juridictionnel lequel prend sa décision de maintien ou de mainlevée sur deux points :

- la régularité de la mesure de placement en hospitalisation sans consentement,

¹⁶ L'opportunité se définit par opposition à la légalité, comme l'ensemble des considérations d'intérêts, d'utilité et de justice amenant une autorité à faire tel acte ou à donner telle solution à une affaire dont elle est soumise

¹⁷ LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

- le bien-fondé de la mesure.

Or, la pratique de l'isolement ou de contention ne peut être déconnectée de l'hospitalisation sans consentement, et par essence le contrôle du juge, sur le bien-fondé de cette mesure. Selon un directeur des soins, « le pouvoir judiciaire est dans une dynamique de garantir le respect de la liberté des patients. Dans ses prérogatives dès lors où il y a un enfermement le pouvoir judiciaire doit le contrôler. L'article 84 peut être vu comme un prolongement des lois sur les soins sans consentement car la première étape est de contrôler la régularité et le bien-fondé de la mesure pour le patient. »

Le contrôle de régularité de la mesure n'est pas sujet à débats et doit respecter le cadre légal en vigueur avec des procédures et délais précisés par les textes, et faisant l'objet de convention entre l'établissement de santé et le tribunal judiciaire.

- Le bien-fondé de la mesure

Le bien-fondé de la mesure pose plus de difficultés car il ajoute une part de subjectivité pour le JLD à une décision médicale qui elle-même recueille part de subjectivité. C'est pourquoi, s'agissant de la subjectivité de la décision médicale en soins psychiatriques la loi considère que pour certaines décisions il faut faire intervenir deux experts médicaux (exemple : certificats médicaux dans le cadre d'un Soin à la demande d'un tiers (SDT) de droit commun.¹⁸)

Pour un JLD le bien-fondé peut être vu sous différentes acceptions, selon la propre définition qu'il se fait de la notion et de la nature de son contrôle, et par le médecin qui souhaite défendre le secret médical et son indépendance.

Des échanges effectués auprès de trois JLD démontrent des positionnements parfois opposés sur la nature du contrôle s'agissant des hospitalisations sans consentement :

- l'acception objective de la notion de bien-fondé se rapproche d'un contrôle de régularité (cf. tableau de la page suivante),
- dans une acception subjective, le juge va entrer dans un contrôle d'opportunité de la mesure de placement, où il va juger si la privation de liberté répond à certaines conditions de nécessité et de subsidiarité. Il pourra prendre une décision de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation sans consentement en proposant une autre mesure moins attentatoire à la liberté de la personne (programme de soins).

¹⁸ Soin à la demande d'un tiers, dispositif de droit commun (art.L.3212-1-II-1 du CSP)

Présentation des deux types d'acceptations de la notion de bien-fondé pour le contrôle du JLD pour les soins sans consentement

Acceptation objective de la notion de bien-fondé	Acceptation subjective de la notion de bien-fondé
<ul style="list-style-type: none"> - Bien-fondé limité à vérifier s'il résulte des pièces de procédure que l'hospitalisation était bien nécessaire. - Contrôle du JLD : légalité externe, certificats médicaux en conformité avec chaque forme d'hospitalisation sans consentement. - Ne procède pas à la pertinence du placement de la personne en hospitalisation, qu'il estime être une décision purement médicale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Extension du bien-fondé à l'opportunité même de la mesure de placement. - Contrôle du JLD : vérifier en opportunité si placement de la personne en hospitalisation justifié. - Privation qui pourrait répondre aux conditions de nécessité et de subsidiarité, (ou au caractère nécessaire, adapté, proportionné.) - Aucune autre mesure moins attentatoire à la liberté (programme de soins) suffisante pour satisfaire aux finalités recherchées par l'hospitalisation.

Pour rappel, la réforme de l'isolement et de la contention part du principe que « la liberté individuelle, dont la protection est confiée à l'autorité judiciaire, ne saurait être entravée par une rigueur non nécessaire », et que « les atteintes portées à l'exercice de cette liberté doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs poursuivis ».

Le contrôle du JLD sur le caractère nécessaire, adaptée, proportionnée (NAP) d'une mesure d'isolement et de contention, l'atteinte à la liberté individuelle pourrait conduire à immiscer le JLD de façon plus forte dans le champ médical, créant l'idée du « juge médical » et de la méfiance des médecins qui restent pour certains dans « sur une position d'ancrage sur l'exigence cardinale de protection de secret médical »¹⁹. Dans le même temps, le JLD risque de se retrouver face à la difficulté d'objectiver le fondement d'une mesure d'isolement contention, lequel demande des moyens et expertises à mobiliser dans un délai court, en particulier pour l'isolement et la contention, ressources dont les juges ne disposent pas toujours au sein de leur juridiction.

Exercice de transposition du caractère Nécessaire, Adaptée, Proportionnée du bien-fondé d'une mesure sur l'isolement et la contention (EPSM Morbihan)

Contrôle du bien-fondé par le JLD à partir des NAP	Commentaires au regard de la réforme de l'isolement contention, nature de contrôle
Nécessaire	Appréciation par le JLD des stratégies thérapeutiques pour éviter l'isolement contention par rapport aux troubles du comportement du patient

¹⁹ Extrait commentaires groupe de réflexion éthique d'un CHS session du 18 mai 2021

Adapté (ou subsidiarité)	Appréciation par le JLD de l'architecture des locaux, espace dédié ou non, accompagnement par les professionnels
Proportionné	Evaluation du nombre d'heures d'isolement ou de contention par tranche de 24h mais difficultés du JLD à se positionner sur le volume horaire requis

Or, l'idée du « juge médical », n'est pas inhérent à l'article 84 aux dires d'un JLD : « on a des dossiers de responsabilités médicales, on fait déjà appel à des experts²⁰. Notre travail est de nous mêler de tout avec des moyens adaptés. Il y a des méthodes, le contradictoire, les expertises. Devant la technicité des décisions, à ce jour de nombreux JLD réalisent un contrôle en retrait mais cette position évolue. » Pour rappel l'audience devant le JLD est effectuée majoritairement en présence de la personne concernée. Or, si le contrôle opéré par le juge se bornait au seul contrôle de régularité, celui-ci pourrait parfaitement prendre la forme d'un contrôle en l'absence de la personne représentée uniquement par un avocat.

Cependant, en dehors de la protection du secret médical, lequel est déjà perturbé par la transmission d'informations aux personnes énumérées au sein de l'article L. 3211-12 du CSP, ce positionnement du juge dans le champ médical peut poser d'autres types de problèmes. Selon un psychiatre expert visiteur de la HAS, peut « poser des problèmes concrets pour la continuité de prise en charge des patients dans le cadre de mainlevée d'isolement ou de contention sur le bien-fondé d'une mesure ». En effet, en ce qui concerne les hospitalisations sans consentement, sur un problème de proportionnalité le JLD prend sa décision de levée de l'hospitalisation complète et peut laisser à l'établissement 24h pour proposer un programme de soins (exemple : maintien en soins sans consentement avec suivi en extra-hospitalier). Selon le médecin psychiatre, « il arrive souvent qu'une mainlevée d'une hospitalisation sans consentement avec mise en place d'un programme de soins se traduisent dans les 24h par une nouvelle mesure d'hospitalisation sans consentement après une rechute, avec au final des mesures plus longues que si la levée n'avait pas eu lieu. »

Dans le cadre de l'isolement contention, évaluer la proportionnalité est compliquée car l'isolement contention correspond à une dynamique binaire, « on décide d'enfermer le patient ou on décide de lui appliquer une contention ou pas », et « si le JLD décide d'une mainlevée sur le fond en proportionnalité, il pourrait confronter les équipes à des phénomènes d'auto ou d'hétéro-agressivité du patient par la suite et que plus personne ne lève la mesure. »

²⁰ Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs

Selon un directeur des soins, « le JLD est sur une dynamique de proportionnalité disproportionnée par rapport à ce qu'il peut percevoir du patient en isolement ou contention. Il pourrait conduire l'établissement à trouver des alternatives pour le patient à l'isolement contention, mais je ne le vois pas adresser une ordonnance où il dirait que la personne peut être isolé encore 24h le temps que les équipes médicales et soignantes aient une autre stratégie thérapeutique. » De plus, l'équipe soignante et médicale serait également en difficulté lorsqu'un patient isolé contentonné dans le service aurait fait l'objet d'une levée par un tiers, le juge, sur le bien-fondé de la mesure. En effet, la levée pour isolement ou contention ne signifie pas la levée de l'hospitalisation sans consentement. Dans ce cadre, la difficulté est le maintien de l'alliance thérapeutique entre le patient et les équipes médico-soignantes.

Un chef d'établissement prend un exemple : « L'équipe médicale de l'intérieur dit qu'il faut isoler la personne et une personne de l'extérieur dit non. Dans la relation thérapeutique cela créer quelque chose de particulier y compris pour la suite de sa prise en charge... On imagine si on part du principe que nous sommes dans un soin intensif, le réanimateur est passé, il prescrit et derrière il y a une personne qui arrive et revoit la prescription. Cela rejoint le contexte de la psychiatrie qui a du mal à se faire entendre comme discipline médicale dure. »

Dans les faits, au cours des premiers mois d'application de la réforme, peu d'établissements ont connu des mainlevées sur le bien-fondé d'une mesure d'isolement contention. Par contre, il est plus fréquemment arrivé qu'un jugement d'irrégularité d'une mesure d'isolement ou de contention fasse l'objet d'une mainlevée laquelle s'est immédiatement traduit en une nouvelle mesure, rendant finalement assez limité, à ce jour, le rôle du pouvoir judiciaire dans son contrôle. Cela interroge le sens de la réforme au regard des moyens mis en œuvre et de l'éthique des soins.

1.2 Appliquer la réforme de l'isolement et contention

Selon les acteurs de la psychiatrie, l'article 84, a posé des contraintes beaucoup plus fortes que les recommandations émises par la HAS en 2017 sans réfléchir à la mise en œuvre, les moyens et le sens nécessaire pour y parvenir. Ajoutant de la complexité pour les établissements, la nouvelle décision du conseil constitutionnel, décision n°2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021, qui va encore modifier l'article L. 3222-5-1 du CSP d'ici à la fin 2021, interroge les modalités pour parvenir au respect du calendrier législatif, dans un contexte défavorable à la mise en œuvre de la réforme (1.2.1). Ces considérations

posent en l'état, la question des capacités des établissements à appliquer le nouveau dispositif au regard de la complexité de l'article L. 3222-5-1 du CSP (1.2.2).

1.2.1 La délicate application du nouveau dispositif relatif à l'isolement contention en l'état des moyens alloués à la psychiatrie en France

L'article L. 3222-5-1 du CSP n'est pas conforme à l'article 66 de la Constitution²¹, car il ne prévoyait pas un contrôle systématique des mesures par le JLD au-delà des taquets horaires des 24 et 48h. Le conseil constitutionnel s'est de nouveau prononcé en déclarant l'inconstitutionnalité de l'article L. 3222-5-1 du CSP. "Il en aurait résulté que ces mesures auraient pu être mises en œuvre sur de longues périodes en dehors de tout contrôle judiciaire", relèvent les juges constitutionnels. En d'autres termes, un patient aurait pu être maintenu en situation d'isolement pendant plusieurs mois, voire années sans qu'il y ait un contrôle obligatoire de la mesure par le JLD.

Dans tous les cas, si cette nouvelle position des « sages » aura des conséquences sur les modalités de contrôle des patients, ces nouvelles dispositions arrivent déjà dans un contexte particulier de manque de moyens et d'attractivité de la psychiatrie publique ajoutant de la complexité à leur mise en œuvre pour les hôpitaux, ceci malgré plusieurs signaux d'alerte des acteurs de la psychiatrie depuis plusieurs années.

La loi du 26 janvier 2016 aurait pu jouer le rôle de catalyseur de l'isolement contention à travers l'instruction DGOS de 2017, les recommandations HAS ou l'exploitation du registre isolement contention, mais comme se désolait des difficultés rencontrées par la psychiatrie Marie-Jeanne Richard, présidente de l'UNAFAM dans un article publiée par Libération²²: « La psychiatrie reste à part. Pour le reste, que voit-on? Ce sont ces petits arrangements avec la loi qui donnent le sentiment qu'elle est élastique, que l'on ne va jamais au bout des réformes. Un exemple: on fait des registres pour surveiller les pratiques, mais ces registres sont inexploitable, mal remplis ou enregistrés dans des systèmes informatiques obsolètes. A quoi cela sert-il? ».

Selon les propos rapportés par un médecin DIM de CHS, dans le cadre d'un groupe de réflexion éthique au sein d'un CHS, par un médecin DIM, « l'article 84 naît de ce que l'Europe renvoie de nos pratiques d'isolement et de contention. Il naît d'une indignation qui aurait pu rencontrer celles des soignants, des usagers, de leurs familles. Il s'est construit à la hâte, malgré les mises en garde de différentes sociétés savantes psychiatriques (...)

²¹ Constitution du 4 octobre 1958, article 66

²² FAVEREAU E., 2021, « On n'arrive pas à penser la maladie mentale », Libération, 30/03/2021, p. 14.

Cette commande européenne sur le sujet de l'isolement et de la contention amène un rationnel législatif qui aggrave encore davantage les possibilités d'exercice des soignants et par là le non-respect des droits fondamentaux des patients... ».

En outre, dans un courrier co-signé du 23 mars 2021 adressé au Directeur Général de l'ARS Bretagne, la FHF et l'AdESM (Association des directeurs d'établissements de santé mentale), faisaient état de l'ouverture de leurs établissements aux autorités d'inspections et de contrôle, ainsi qu'aux représentants politiques, précisant deux points :

- Les services de la CGLPL, par leurs visites et les rapports rédigées à l'issue, exercent leurs missions avec la plus grande vigilance.
- Les représentants de l'Etat dans les départements, les Présidents des Tribunaux Judiciaires, les Procureurs, les Maires et les Parlementaires disposent également du droit plus large de « visiter » les établissements.

De fait, une autorité indépendante de contrôle comme le CGLPL, créé par la loi du 30 octobre 2007²³, aurait pu être l'alternative trouvée par le législateur pour garantir le respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients. Des inspections suivies de recommandations ont pu parfois, trouver des issues positives à très court terme. Dans un propos liminaire lors de l'EREB, le Dr Hazif-Thomas indiquait que « suite aux évolutions réglementaires et surtout aux recommandations du CGLPL, certains établissements en région Auvergne-Rhône-Alpes ont pu, « à moyen constant (voire dans un contexte de démographie médical pénalisant), diminuer en quelques mois de manière très significative leurs recours à la contrainte : moins 66 % sur trois ans au Centre psychiatrique de l'Ain. »²⁴ Cependant, dans l'actualité récente, le CGLPL fustigeait le gouvernement en dénonçant « l'inertie et la désinvolture" du Gouvernement face à ses recommandations, où lors de son premier rapport annuel, la contrôleuse générale des lieux de privation de liberté Dominique Simonnot se montrait très critique quant à l'attitude des ministères face à ses recommandations, en particulier celles liées à la psychiatrie.²⁵ « Il ne suffit pas de "répondre point par point aux lourdes problématiques soulevées, voire aux dérives constatées par le CGLPL, mais d'intégrer ses recommandations dans de véritables plans d'action et d'en garantir la mise en œuvre", développait Dominique Simonnot.

Cette discussion autour du pouvoir coercitif des autorités indépendantes tel que le CGLPL, voire la HAS ou de manière plus locale les Commissions Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) peut faire débat dans un contexte d'absence de concertation avec

²³ Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté

²⁴ LANQUETIN J-P., ROHR L., Rapport d'audit croisés en région Auvergne Rhône-Alpes, le moindre recours à l'isolement et à la contention, septembre 2020, 126 pages, p. 82

²⁵ CORDIER C., 2021, « La CGLPL dénonce "l'inertie et la désinvolture" du Gouvernement face à ses recommandations », Hospimedia, 09/06/2021.

les acteurs de la psychiatrie, en difficulté et en manque de reconnaissance, là où ces contrôles qui ont déjà donné des résultats auraient pu être renforcés.

Un chef d'établissement en EPSM trouve un parallélisme dans l'esprit du texte entre l'isolement et la garde-à-vue. « La décision du conseil constitutionnel intervient sur la liberté d'aller et venir et éjecte complètement la notion de soin. Dans l'esprit des juges on va vers un parallélisme entre une garde-à-vue et un isolement ce qui en conséquence fait que la notion de soin disparaît, or quand les médecins déclenchent un isolement pour le patient c'est souvent pour répondre à de l'auto ou hétéro-agressivité... ».

Dans cette réforme, la question du contrôle de la liberté d'aller et venir s'est posée avant le soin, or sont ici concernés, le soin et la liberté individuelle. Kress, médecin émérite de psychiatrie indiquait : « Il est de première importance au plan éthique que le patient puisse, dans la mesure du possible, percevoir qu'il n'est pas un objet soumis au caprice du médecin et à son bon vouloir, mais un sujet temporairement troublé qui est soumis à la loi.²⁶ »

La mission parlementaire sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie considère, dans son rapport du 18 décembre 2013²⁷, que « la contention est une prescription médicale dans un contexte de soins. Elle consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit ou sur un brancard, et permet de protéger un malade agité ou violent de s'automutiler ou de blesser son entourage. La notion d'isolement thérapeutique y est associée, sans toutefois être définie, mais l'épithète thérapeutique est invariablement associée à la mesure d'isolement ».

Ses propos sont soutenus par un coordonnateur général des soins en EPSM, qui voit l'isolement et la contention comme des soins, ultimes, intensifs et y fait un parallélisme avec la réanimation. « Cependant à la différence de la réanimation, la question du consentement du patient ne s'exprime pas en réanimation. En réanimation, il y a toujours la question d'urgence vitale, les décrets permettent aux médecins anesthésistes réanimateurs d'intervenir en dehors de tout accord quand le pronostic vital est engagé. En psychiatrie, l'urgence vitale peut être considérée engagée pour les hauts risques suicidaires car l'isolement peut aussi répondre à l'auto-agressivité. Il s'agit d'adapter un environnement qui limite le plus possible. »

Or, l'adaptation à un environnement passe par du temps médical et soignant supplémentaire dont souffre déjà les établissements et qui pourrait s'accroître avec la réforme selon plusieurs témoignages de directeurs ou médecins.

²⁶ KRESS J-J, Urgence et contrainte en regard de la psychose, Ethique de la décision médicale, HaloPsy, n 20, 1999, pp 23-6.

²⁷ Assemblée nationale, « rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie » n° 1662, 2013, p35.

La démographie médicale en psychiatrie hospitalière est préoccupante : ainsi un tiers des postes de praticiens hospitaliers en psychiatrie ne sont pas pourvus. De plus, selon un article du journal Le Monde publié le 15 juin 2021, la psychiatrie déjà peu attractive jusqu'ici l'est d'autant moins pour les internes. Selon l'auteur de l'article, « les deux dernières années ont été particulièrement noires : en 2019, 17% des places d'internes en psychiatrie sont restées vacantes, 11% en 2020. »

Le Pr Muller, Président de la conférence des PCME de psychiatre évoque également la problématique de manque d'attractivité : « par exemple dans la mise en place des espaces d'apaisement, l'idéal est qu'un professionnel passe du temps dans ses espaces d'apaisement. Idem sur les astreintes médicales. Sur la plage additionnelle, on va se prendre de plein fouet de grosses problématiques de disponibilités médicales.²⁸ »

D'autant plus que la pénurie médicale diminue le temps passé auprès du patient en ajoutant au médecin du temps administratif au détriment du soin, temps administratif qui complexifie l'application de la réforme dans certains territoires, et risque outre les problématiques pendant les gardes, de diminuer l'attractivité en psychiatre.

Pour rappel, la décision de renouvellement des mesures doit être effectuée par un psychiatre sénior, or tous les établissements en possèdent pas de ligne de garde de médecin. De plus, les renouvellements des mesures s'effectuent régulièrement sans que le médecin psychiatre voit le patient. Aussi, des établissements « enferment » certains patients la nuit (exemple cité de patients avec démences neurodégénératives), pour lesquels le renouvellement des mesures, au-delà des bornes fixées par les textes n'ont rien d'exceptionnels. Ces profils patients vont engendrer un surcroît de travail administratif pour les psychiatres et les équipes soignantes et administratives de l'hôpital. En d'autres termes, ces tâches rébarbatives, finalement peu médicales risquent d'engendrer l'effet inverse que celui voulu par le législateur.

Revenant dans le détail de l'article 84, le journal Libération dans son édition du 8 juin 2021²⁹ avait relayé des extraits de la lettre adressée au ministre de la Santé sur l'impossibilité de faire appliquer cette loi, mettant avant le manque de moyens de la psychiatrie publique. « Le projet de décret d'application de cet article de loi définit des critères de durée et de renouvellement très stricts, dont l'application paraît difficile si ce n'est impossible, en raison notamment des moyens actuels de la psychiatrie publique (...) Les pratiques de contention et d'isolement sont favorisées par la dégradation de l'offre de soin psychiatrique, notamment la pénurie de psychiatres et de personnels soignants des établissements publics. »

²⁸ Intervention lors de la Commission Nationale de Psychiatrie (CNP) du 1er juillet 2021.

²⁹ FAVEREAU E., 2021, « Isolement en psychiatrie : la loi retoquée par les «sages» », Libération, 08/06/2021

Interrogé sur la réforme, un Président de Commission Médicale d'Établissement (PCME) en EPSM pense qu'à terme « on va-t-on vers la restructuration de la psychiatrie ? Se posera des questions éthiques versus clinique. Il faudra trouver une organisation qui réponde complètement à la loi et aux considérations éthiques, ce qui est difficile. Le passage des 6h et 12h conduit à doubler les système d'astreinte et de garde, et attention à l'attractivité médicale ... dans ce cas précis, on serait perdant. On est dans une zone grise, où on pourrait uniquement tendre vers l'esprit de la loi sans l'appliquer à la lettre car ce n'est pas toujours possible, mais avec des risques de jurisprudence et de saisine. Si on effectue une garde le dimanche, le lundi on est de repos de sécurité, donc on voit 25 patients en moins à effectif constant. Il faudrait adapter la loi avec un temps de répit la nuit, seul point d'achoppement de la loi et de bon sens. »

Selon un autre PCME, la réforme induit un « risque de désaffectation des jeunes collègues médecins face au risque juridique avec une position des avocats qui pourrait entraîner une fuite de collègues médecins dans le privé dont il faut se saisir. » Or les autorités d'inspection ont déjà démontré des manquements pour la psychiatrie avec une « mise en jeu de leur responsabilité juridique » et un « risque de désaffectation supplémentaire des psychiatres ... pour leur carrière hospitalière ».³⁰

Concernant le personnel soignant, les difficultés de recrutement sont également inquiétantes, comme partout à l'hôpital. Le manque de moyens en personnel soignant qualifié est une vraie problématique relayée par l'AdESM et la FHF lesquelles dans un communiqué de presse le 21 juin 2021 intitulé « la psychiatrie en crise », faisait une demande d'accompagnement en moyens car « la limitation de l'isolement et de la contention nécessite un renforcement des équipes soignantes et des aménagements architecturaux. » En effet, les administrateurs, médecins interrogés déplorent une pénurie d'effectif aide-soignant et infirmier, et une formation peu développée pour la psychiatrie.

1.2.2 Problématiques concrètes posées par l'article 84 pour sa mise en œuvre en établissement de psychiatrie et santé mentale

L'enquête menée par l'AdESM et la FHF sur la période du 1er mars au 23 avril 2021, annexée à ce mémoire (Annexe 2 – Enquête AdESM) sur un panel de 96 établissements participant reprend l'ensemble des problématiques relatives à la mise en œuvre de la réforme et montre que peu d'établissements respectent strictement l'article 84 :

- le respect des taquets horaires de 6h et 12h et le renouvellement des prescriptions médicales dans ses délais dans la limite de 24 et 48h y compris la nuit

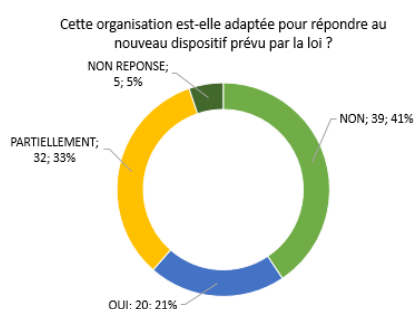
³⁰ Communiqué de presse le 21 juin 2021 AdESM FHF

- l'adéquation entre le respect des renouvellements et la présence médicale en permanence des soins via une astreinte ou une garde de psychiatre
- l'information donnée au patient, à ses proches, au JLD et au procureur en cas de dépassement de la durée maximum d'isolement et de contention
- l'adaptation du Dossier Patient Informatisé (DPI) en support des évolutions réglementaires de traçabilité, d'alerte des dépassements et de transmission d'information
- la mise en place éventuelle d'une astreinte administrative
- les rapports et la concertation avec le JLD qui supervise l'établissement
- les recours éventuels présentés au JLD
- l'autosaisi possible du JLD
- l'appréhension du nouveau dispositif par le corps médical avec d'éventuelles démissions ou menaces de démission

80% des établissements indiquaient avoir mis en application le nouvel article L. 3222-5-1 du CSP, mais seulement 22% d'entre-eux indiquaient l'avoir mis en place strictement. En effet, pour les établissements l'ayant mis en œuvre partiellement, soit la grande majorité des établissements (75%), plusieurs adaptations ont dû être mis en œuvre en concertation ou non avec le JLD.

- La difficulté d'application du respect des taquets horaires ou durées des mesures d'isolement et de contention

Selon l'enquête, onze établissements ont témoigné de "la complexité de respecter ces durées et précisent "faire au mieux" tout en faisant preuve d'une certaine souplesse", avec des patients "vus si possible deux fois par jour". Neuf ont déclaré ne pas procéder à des renouvellements la nuit, l'un a expliqué faire intervenir si nécessaire le médecin généraliste de garde et un autre encore a expliqué que les internes renouvellent la nuit mais que ce sont les psychiatres qui réalisent les certificats. Deux hôpitaux ont insisté sur la difficulté à calculer les délais sur quinze jours et donc à repérer les situations nécessitant une information. Un autre a indiqué anticiper de quatre heures la transmission de l'information au JLD avant la durée maximum prévue.



Modifications envisagées :

- 11 établissements envisagent d'organiser une garde sur place ou une astreinte
- 2 établissements ont mis en place une garde sur place
- 8 établissements ont réorganisé la garde sur place ou le dispositif existant

On note les freins suivants :

- 16 fois « manque d'effectif médical ou administratif »
- 6 fois « manque de moyens financiers »
- 7 fois « perte d'attractivité des postes médicaux »

Hormis le travail sur la diminution de l'isolement et de la contention, la question du sens de l'application de l'article 84 se pose. Selon les propos d'un médecin « Le médecin arrive à 22h fait sa tournée et voit des patients à moitié endormis, il renouvèle la prescription ... Pour renouveler la prescription suivante dans le cadre de la contention (6h), le médecin n'étant pas de garde, et ne pouvant le faire pour des raisons techniques à distance, revient de chez lui à 4h du matin simplement pour se connecter à son ordinateur pour renouveler la prescription. Quel sens ça a ? Ces démarches peuvent être délétères pour la prise en charge du patient que nous ramènerons vers l'intra-hospitalier avec des impacts sur les équipes soignantes. »

Dans les fait, l'adaptation trouvée par plusieurs établissements a été de systématiser deux visites de médecins psychiatres quotidiennes, l'une le matin et l'autre le soir afin de répondre a minima à l'injonction des 12h pour l'isolement, sans être en conformité avec la contention, et avec une surcharge de travail administratif pour renouveler les prescriptions le matin ou le soir. Un EPSM indiquait avoir mis en place « un passage d'un psychiatre tous les soirs à partir de 18h (afin de renouveler les prescriptions entre 18h et 20h) sur les isolements et contention, avec des perspectives d'aller plus loin en maintenant la présence du psychiatre tous les soirs.

En réponse aux premières difficultés recensées par les établissements, l'instruction DGOS de 2021 prévoit des adaptations pour la nuit profonde, non prévues dans l'article 84, permettant d'établir un protocole médico-soignant afin que les infirmiers en nuit profonde puissent passer dans la chambre du patient avec un questionnaire validé d'un point de vue médical qui indiquerait si oui ou non le psychiatre doit refaire une prescription. En conséquence, ces dispositions vont entrainer une augmentation de la charge de travail infirmier plus ou moins acceptée, où les effectifs notamment la nuit et le week-end sont restreints.

Concernant les autres adaptations,

- Quatre établissements ne procèdent qu'à l'information auprès du JLD et neufs établissements précisent que cette information n'intervient pas nécessairement dans les délais strictement prévus et que des protocoles particuliers ont été négociés avec le JLD concernant le week-end et les jours fériés.
- Six établissements en accord avec leur JLD sont en attente des textes d'application pour mettre en place le nouvel article à la lettre et un établissement explique qu'un protocole a simplement été mis en place pour gérer l'éventualité d'une saisine par un patient ou un tiers.

- un autre établissement précise que le JLD contrôle les mesures des patients concerné par le contrôle à 12 jours et 6 mois dans le cadre des soins sans consentement.
- Un établissement explique organiser le respect du secret médical opposable au tiers en recueillant le consentement du patient à son admission.

A savoir que le recueil du consentement du patient à son admission n'est possible que sous certaines conditions cliniques du patient, s'il est en pleine possession de ses moyens, ce qui est rare.

- Les difficultés techniques liées au Dossier Patient Informatisé (DPI)

Pas moins d'une quinzaine de systèmes différents pour recenser ces mesures ont été cités par les hôpitaux. Seuls 14% des répondants ont jugé que leur système était adapté, 34% qu'il ne l'était que partiellement et 48% qu'il n'était pas adapté. Ils ont alors pu expliquer quelles étaient les évolutions souhaitées. 73% des établissements ont pris contact avec l'éditeur du dossier patient informatisé (DPI) mais dans la majorité des cas, les solutions étaient soit en attente, soit partielles, soit non concluantes.

Lors de la restitution de l'enquête AdESM le 17 juin à l'occasion de la Journée AdESM droits et libertés des patients, « François Courtot a alors annoncé que la DGOS, en collaboration avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), a constitué un groupe de travail afin de produire, "en principe cette année", un cahier des charges à destination des éditeurs. »³¹

Cette action est d'autant plus importante que selon un directeur d'établissement « la mise en œuvre de la réforme était déjà compliquée pour les médecins et le rejet du décret par le conseil constitutionnel, va renforcer l'inactivisme de certains tant du côté de la communauté médicale que l'éditeur de l'éditeur du Dossier Patient Informatisé (DPI), avec le risque qu'un certain nombre d'acteurs ne veulent pas y aller tant que la loi n'est pas stabilisée. Ceci est déjà exprimé par certains psychiatres. »

Or la transmission des documents au juge, patient et ses représentants nécessite un système d'information performant et une organisation administrative ad hoc. Dans certains établissements, comme à Bohars (CHU de Brest), « Les médecins font, mais disent que c'est intenable. Ils déplorent les renouvellements sous 12h et au niveau administratif la transmission de l'information sans délai est intenable » selon la Directrice déléguée à la psychiatrie. On dénote une mobilisation complexe des éditeurs de DPI en particulier ceux non exclusivement dédiés à la psychiatrie. Le recueil d'information médicale et

³¹ CORDIER C., 2021, « Les directeurs remontent les difficultés d'application de la réforme isolement-contention », Hospimedia, 17/06/2021

administrative, les alertes en cas de dépassement des taquets horaires posent le plus de difficultés.

- Une forme de co-construction avec le JLD mais un décalage entre les objectifs de la réforme et les moyens alloués pour y répondre

L'AdESM laissant la place en synthèse de son enquête aux remarques des établissements a pu recueillir le ressenti des établissements qui ont voulu s'exprimer.

Parmi ceux-ci, l'enquête recense les éléments suivants :

- Démotivation des équipes face à une situation kafkaïenne de répétition ;
- Absurdité de la mesure, dispositif mal pensé
- Discrédit, défiance ;
- On fait déjà au mieux avec les moyens que nous avons
- Décalage entre l'objectif poursuivi qui est bon et la méthode pour l'atteindre, déconnexion par rapport à la réalité, une réglementation contreproductive ;
- Procédures plus administratives que protectrices, difficiles à appliquer ;
- Une sorte de punition pour nous pousser à moins prescrire d'isolement et de contention sans aucune nouvelle alternative ;
- Recours systématique au juge contreproductif, extrême judiciarisation ;
- Altération du lien de confiance avec les familles.

- Les difficultés organisationnelles et les problématiques juridiques

En ce qui concerne les difficultés organisationnelles les établissements déplorent « des effectifs médicaux insuffisants, un exode des psychiatres vers le secteur libéral, des locaux inadaptés, une aide financière nécessaire pour des renforts et des formations, des adaptations des logiciels informatiques ainsi qu'une organisation logistique de la saisine et de l'audience compliquée. »

S'ajoutent à ces difficultés, des problématiques juridiques dont certaines déjà évoquées : « le risque de rupture du secret médical dans l'information des proches sans accord du patient, l'incompréhension entre le rôle du psychiatre et celui du directeur, des jugements rendus au fil de la semaine par des magistrats parfois non au fait de la problématique, la situation des mineurs et des patients chroniques non résolu, la gestion des situations en cas de levée de la mesure par le JLD si la dangerosité du patient existe encore, sécurité des autres patients et du personnel lorsque le JLD invalide de fait la prescription médicale mais il ne la remplace par rien, le risque d'interférence avec la prise en charge thérapeutique... »

- La particularité de l'isolement et de la contention des patients mineurs

S'agissant des patients mineurs, un vide juridique existe concernant l'isolement et la contention et rend la réforme peu applicable à ce stade pour cette tranche de la population, dans la mesure où il ne peut désormais avoir d'isolement ou de contention que dans le cadre d'une mesure d'hospitalisation sans consentement.

Or, l'hospitalisation d'un mineur (de surcroît en pédopsychiatrie ou en psychiatrie) ne nécessite pas l'accord du mineur (bien qu'il faille toujours chercher son consentement aux soins) mais nécessite l'accord des titulaires de l'autorité parentale. Il faut bien l'accord des deux parents car il ne s'agit pas d'un acte usuel de l'autorité parentale qui dispenserait de l'accord du deuxième parent. La loi ne le dit pas, mais il est d'usage que les mineurs ne puissent être hospitalisés en Soins à la Demande d'un Tiers (SDT). Toutefois ils peuvent, dans des cas rares, être hospitalisés en Soins à la Demande du Représentant de l'État (SDRE) quand les troubles psychiatriques compromettent la sûreté des personnes ou portent de façon grave à l'ordre public.

Faute de SDT, le SDRE est souvent dévoyé de ces conditions de mise en œuvre. Dans l'urgence, les structures utilisent ce mode d'admission pour la mise en œuvre d'une mesure d'hospitalisation sans consentement.

Quand l'état psychiatrique du mineur nécessite des soins auxquels ne consentent pas les titulaires de l'autorité parentale et que l'état du mineur lui fait courir un péril, il peut être hospitalisé en pédopsychiatrie sur décision de l'autorité judiciaire par une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP).

Pour les mineurs, théoriquement on pourrait demander l'autorisation aux parents avant un isolement-contention. Toutefois, la question de l'isolement et la contention des mineurs n'a pas été débattue et fera probablement l'objet selon un JLD, d'une jurisprudence.

L'article L. 3222-5-1 du Code de la Santé Publique (CSP) ne concerne la pédopsychiatrie que dans le cas où le mineur « bénéficiant » d'une mesure d'isolement ou de contention est en SDRE, cas relativement rare. « On ne peut prendre de décision que dans le cadre d'un SDRE mineur et pas dans le cadre d'une OPP laquelle n'est pas suffisante alors que c'est un cadre juridique très protecteur ». En effet, les situations OPP ne passent pas au niveau des audiences car il s'agit d'une ordonnance judiciaire et pas une mesure d'hospitalisation en soins sans consentement. L'idée du JLD serait de permettre un Soins à la Demande d'un Tiers (SDT) pour les mineurs. « On ne va pas faire un SDRE à chaque fois mais le problème du SDRE c'est que pour faire évoluer la mesure, les préfetures sont peu enclines ». De surcroît, un JLD a fait remonter que l'on puisse faire un SDT mineur, que la « chancellerie » a refusé. Selon un autre JLD, « la Cour de Cassation peut régler les choses en prenant une mesure de SDT mineur et en la faisant remonter sur les voies d'appels avec l'accord de la famille. »

Dans ce contexte de réforme et d'adaptation complexe pour les établissements, les postures communes du directeur d'hôpital, chef d'établissement et de la gouvernance hospitalière semblent essentielles, où chacun va avoir un rôle déterminant pour faire appliquer les textes, mais également faire remonter les difficultés dans un dialogue avec les tutelles, Agences Régionales de Santé (ARS), fédérations, les juges de la liberté et de la détention, et les représentants des patients dans une démarche de co-construction. Si la nouvelle décision du conseil constitutionnel conduit à ce que l'article L. 3222-5-1 soit abrogé d'ici au 31 décembre 2021, la finalité même du nouvel article de loi ne sera pas modifiée. Il est important pour les établissements de continuer à mobiliser les ressources afin de faciliter la mise en place de cette réforme dont le principe est acté par le conseil constitutionnel et le législateur.

2 Mobiliser les ressources autour de l'article 84 afin de répondre à un objectif d'amélioration du droit aux soins

L'instruction DGOS du 29 avril 2021 a précisé des éléments de l'article 84 en précisant les actions de tout établissement de santé autorisé en psychiatrie à travers deux pans de l'article L. 3222-5-1 du CSP :

- La mise en place d'une organisation pour répondre aux exigences juridiques
- La politique d'amélioration de la qualité des prises en charge en soins sans consentement pour réduire les pratiques d'isolement et de contention

Il s'agit de deux objectifs qui doivent permettre au directeur d'hôpital et aux acteurs de la mise en œuvre de l'article 84 de sérier les actions, et manager les équipes dans le cadre d'une dynamique projet répondant à ces injonctions législatives à travers la recherche de solutions adaptatives (2.1). Il s'agit également d'un « prétexte » permettant de lever certains dogmes au prisme de la dignité et liberté d'aller et venir des patients, en travaillant sur les adaptations internes de la loi et en interrogeant les alternatives à l'isolement contention (2.2).

2.1 Rechercher des solutions adaptatives autour d'une dynamique projet

Dans le contexte d'une réforme, le rôle de la gouvernance et du directeur d'hôpital prend tout son sens en tant que manager des ressources nécessaires à l'application d'un article de loi controversé, où la gouvernance d'établissement occupera un rôle déterminant pour

organiser le déploiement du dispositif en lien avec la communauté médico-soignante-administrative et le pouvoir judiciaire (2.1.1) tout en étant le coordonnateur des moyens et adaptations nécessaires à sa mise en œuvre (2.1.2).

2.1.1 Positionnement de la gouvernance d'établissement pour la mise en œuvre de la réforme sur l'isolement et la contention et actions identifiées

Pour le directeur d'hôpital, il est primordial d'emmener la communauté médico-soignante et administrative dans un sens de travail commun et une ligne claire, tout en précisant les modalités d'organisation avec un tiers, le juge des libertés et de la détention.

Les « errements » possibles des organisations, à partir de la publication de l'article 84 au journal officiel le 14 décembre 2020 ont pu être généralement mieux appréhendés après la parution du décret du 30 avril et de l'instruction DGOS du 29 avril 2021.

Selon un directeur des soins, sur une telle évolution législative il y a des incontournables. « La première est une collaboration très haute entre direction, médecins et paramédicaux, la bonne coordination entre les trois membres de droit du directoire³². Le préalable est que chacun puisse convaincre ses collègues. L'un des problèmes du PCME est qu'il n'est pas hiérarchique par rapport à ses pairs. Tous les psychiatres peuvent avoir des regards très différents sur la loi, ils savent qu'ils ne peuvent être hors la loi mais il y a un côté insidieux où certains considèrent que s'il y a une levée d'isolement, ils ne seraient pas responsables. Le juge serait responsable en cas de défaillance du patient. Les psychiatres travaillent dans une forme d'exercice individuel (avec leurs équipes), de fait, l'harmonisation de pratiques est très compliquée car les psychiatres ne sont pas tous confrontés à la même ampleur vis-à-vis des conséquences de ces réformes... On est obligé de convaincre, d'échanger et après il y a un quatrième acteur, le juge. L'entente de ce que représente la « triplète » avec le juge est primordiale. Quand on a l'habitude de travailler ensemble, on peut faire avancer les choses. »

Pour un directeur d'hôpital, « ce qui peut compliquer la mise en œuvre est que la psychiatrie est une discipline adossée à un savoir médical mais reste à un carrefour entre les champs du social, du culturel, du philosophique et sur la question du consentement par exemple on voit que peut ressurgir des différences sur l'isolement contention... Pour pallier à ça on a besoin de pouvoir travailler autour d'un collectif, et être clair sur nos missions, dans notre zone de compétence, à nous de trouver un intérêt commun par exemple pour la santé, le droit des populations. »

³² CSP Art. L. 6143-7-5, le directeur-président, le PCME, vice-président, le président de la CSIRMT

Le sujet de l'isolement contention, et plus généralement la psychiatrie invitent l'administrateur à opter pour un management subtil d'autant plus lorsqu'il s'agit de sujets touchant aux pratiques médicales. Selon un Directeur Général d'EPSM, dans le contexte de la réforme, « on touche au cœur de la pratique médicale. Le rôle du directeur est d'amener les médecins à respecter une loi et à clarifier leurs pratiques. On se situe dans un rôle de management subtil, où il faut les amener à un point mais sans prendre le leadership car ce sont des pratiques qui appartiennent aux médecins. Il peut y avoir des effets de bord énormes... J'entends déjà dire par certains collègues (directeurs) que des psychiatres publics partent de l'hôpital... En interne on avait rédigé une note de service pour organiser la mise en œuvre médicale, au cas où mais c'est le pire de ce que l'on peut faire. Le rôle de la direction est d'amener à faire respecter l'esprit de la loi en soutenant les réflexions médicales avec des échéances afin que les médecins avancent. Une partie de nos métiers est de travailler sur la notion d'appropriation/suggestion avec un rôle de « siffler la fin de la partie » à un moment, mais où il s'agit d'amener le plus loin possible la réflexion de terrain. Au sein de mon établissement, on a vu les médecins, on les a écoutés, on est venu les voir avec plusieurs scénarios. On y va progressivement. Dès lors que les médecins acceptent de discuter d'un scénario la partie est à peu près gagnée. J'ai demandé aux médecins et aux soignants de rédiger un protocole médical et soignant pour la surveillance du patient en nuit profonde. Si on voit que rien ne sort on va écrire les choses... on est sur un travail d'appropriation progressif avec une échéance donnée. On savait lors de l'écriture de certains scénarios qu'ils ne seraient pas acceptés mais ouvrir les portes était le premier point. Verticalement ça ne peut pas marcher mais en même temps on n'a pas le choix. »

L'établissement interrogé a rencontré les magistrats en CME et souhaite valider un protocole médico-soignant pour le suivi et renouvellement de la prescription en nuit profonde en CME tout en évoquant sa mise en œuvre en commission de soin avec une « mise en œuvre du protocole qui va faire débat entre infirmiers et médecins. »

Interrogeant un autre chef d'établissement d'un établissement de santé mentale d'un Etablissement Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), ce dernier estime que le « directeur est le coordonnateur de ce type de dispositif. Chez nous, cela a démarré en décembre 2020. J'ai organisé une réunion avec les équipes du DIM, l'informatique, le bureau des admissions, le PCME, les médecins de l'unité fermée, le directeur des soins et le service Qualité. Nous avons fait en sorte de faciliter la lecture des textes et rédiger un protocole sur les actions à mener par chacun avec un rétro-planning. Le directeur a une place de chef d'orchestre. L'un des avantages de notre structure est la souplesse et la réactivité. Nous avons mobilisé pour avis les instances ainsi que le comité éthique et la Commission des Usagers (CDU).»

Au sein de l'EPSM Morbihan, le Directeur Général et le Coordonnateur Général des soins ont travaillé dans cette même approche, avec un guide de travail et une délégation aux médecins par l'intermédiaire de la PCME afin que ces derniers se saisissent d'un dossier touchant pour beaucoup à l'organisation médicale et soignante.

Des réunions ad hoc maintenues sur un rythme rapproché, entre administrateurs et médecins, ou entre médecins uniquement et l'inscription aux ordres du jour du directoire, et de la CME ont permis de travailler sur la mise en œuvre opérationnelle de la réforme.

Les méthodologies de travail du dispositif ont pu différer d'un établissement à l'autre, mais la ligne de conduite et la philosophie semblent très proches, entre établissements qui ont pu avoir une approche managériale plus descendante, délégataire quand d'autres étaient sur une approche plus horizontale et participative. Selon un chef d'établissement « Cela dépend de la communauté médicale en place et des habitudes de travail de chacun. Après une lecture commune des textes avec l'ensemble des parties prenantes, nous avons été dans une approche de laisser faire sur le volet purement médical, afin que la communauté médicale se saisisse des problématiques et fasse d'elle-même émerger les solutions qui lui convienne tout en respectant l'esprit de la loi. »

Un autre directeur précise, « l'importance de l'histoire des établissements qui entraîne des diversités d'approches » et le positionnement du médecin vis-à-vis du directeur où « la question de la gouvernance médicale peut-être ambivalente notamment quand il s'agit de la responsabilité. », le directeur indiquant qu'il n'aura pas forcément plus de responsabilité d'un point de vue pénal mais que par contre « il faut avoir cette responsabilité dans l'organisation générale de l'établissement. »

L'organisation générale de l'établissement pour la mise en œuvre du dispositif a été précisée avec l'instruction DGOS de 2021 avec une coordination que l'on peut qualifier de « court terme » portant sur l'organisation pour répondre aux exigences juridiques, et une coordination « moyen-long terme » portant sur la politique d'amélioration de la qualité des prises en charge en soins sans consentement pour réduire les pratiques d'isolement et de contention. Il est possible, et même souhaitable que ces deux coordinations puissent « vivre » en parallèle, et ce fut le cas dans certaines structures.

L'instruction DGOS se voulant plus clairvoyante que l'article 84 et le décret du 30 avril 2021, a pu permettre aux établissements de produire un plan d'actions portant sur chacun des attendus de l'instruction.

La « fiche pratique » construite à partir de l'instruction DGOS et d'un état des lieux des actions portées au sein d'établissement propose un plan de 21 actions portant sur l'organisation à mettre en œuvre pour répondre aux exigences juridiques des textes.

Cette proposition de fiche pratique annexée à ce mémoire (Annexe 3 – Fiche pratique Répondre aux exigences juridiques de l'article 84) reprend les grands axes de l'article 84, à savoir :

- le décompte des durées
- l'organisation de l'information par le psychiatre (patients, personnes habilitées à saisir le JLD, juge)
- le renouvellement exceptionnel des mesures
- les registres des mesures d'isolement et de contention
- les temps d'échange entre établissements, JLD, CDSP et ARS

Sur un « temps deux » du dispositif, dit de moyen-long terme, il s'agit de travailler à la poursuite et l'accélération du travail de réflexion à la diminution des situations d'isolement et de contention. Les établissements sont notamment incités à déployer les Directives Anticipées en Psychiatrie (DAP), appelées également Plan de Prévention Partagée (PPP) ou Plan de Gestion de Crise. Très tôt dans la démarche, des réunions régionales de l'AdESM traduisaient la volonté commune de médecins PCME et directeurs d'hôpitaux de constituer rapidement des groupes de travail à l'échelle régionale sur les moyens humains, l'architecture, les espaces d'apaisement, la désescalade, la formation des professionnels dans la gestion de la crise, répondant aux deux temps de la démarche.

En outre, l'instruction DGOS du 29 avril 2021 indiquait que « Depuis l'instruction DGOS/DGS du 29 mars 2017, les établissements de santé autorisés en psychiatrie recevant des patients en soins sans consentement doivent mettre en place une politique d'amélioration de la qualité des prises en charge de ces patients et de réduction des pratiques d'isolement et de contention. Cette politique doit mobiliser tous les professionnels de l'établissement de santé, notamment la direction, la direction des soins, le président de CME, les chefs de pôle, les chefs de service, les médecins et les équipes soignantes. »

Au même titre que pour la réponse aux exigences juridiques de l'article 84, un plan de 16 actions est proposé afin que les établissements puissent se saisir de l'article de loi pour réfléchir aux alternatives à l'isolement contention (Annexe 4 – Fiche pratique Mettre en place des alternatives à l'isolement contention).

Ces réflexions pourraient porter sur quatre axes de travail :

- Un état des lieux réguliers des pratiques, protocoles, analyse de pratiques
- Des réflexions sur les organisations et mise en place d'alternatives à l'isolement et à la contention

- La réalisation d'un plan de formation spécifique
- La recherche d'un accompagnement financier et le renforcement des effectifs et du temps médical

Au-delà des éléments pratiques à mobiliser, l'application de la loi nécessite l'obtention de moyens financiers permettant d'y répondre. L'article 84 nécessitant des adaptations d'envergure, il convient à la gouvernance d'établissement de proposer des organisations opérantes, en réponse, aux exigences juridiques actuelles de l'article L. 3222-5-1 du CSP et à l'esprit de la loi.

2.1.2 Principaux moyens et adaptations relevées par les premiers retours d'expérience en établissements

La LFSS pour 2021 prévoyait une enveloppe de 15 millions d'euros pérennes afin d'effectuer les recrutements nécessaires et organiser le temps médical afin de répondre aux modalités de surveillance et de renouvellement des mesures.

A cette première enveloppe, 20 millions d'euros de financement non reconductible seront également délégués pour l'aménagement des locaux et à la mise à jour du DPI. Pour rappel, outre l'article 84 l'isolement et la contention demandait déjà une organisation particulière avec des moyens dédiés en réponse aux recommandations des conditions de l'isolement ou de la contention mécanique formulées par la HAS en février 2017³³.

Suite aux échanges internes au sein des établissements entre les équipes de direction, médecins, éditeurs de DPI, encadrement des personnels administratifs et soignants, et externes FHF, ARS, AdESM, CRPCME Psy, des scénarios d'organisation graduée ont été proposés et chiffrés, de manière à pouvoir intervenir auprès de l'ARS de tutelle des établissements dans le cadre d'une enveloppe d'accompagnement déléguée.

Au sein de certaines régions, les demandes de moyens coordonnés par la FHF et l'AdESM reprennent les deux niveaux de financement et de temporalité de mise en œuvre de la réforme, le premier correspondant à la réponse aux exigences juridiques, le second à la recherche de solutions alternatives à l'isolement contention. Ils s'échelonnent selon les établissements, pour la réponse aux exigences juridiques en plusieurs paliers en distinguant l'évaluation clinique, l'information et la transmission des informations au JLD, patient, tiers. Il en ressort que les moyens prioritaires demandés par les établissements en crédits pérennes concernent essentiellement des moyens pour répondre juridiquement

³³ HAS, Isolement et contention en psychiatrie générale, RBP, Fév. 2017: – Conditions de l'isolement ou de la contention mécanique

à l'esprit des textes, plus que pour répondre à l'objectif de diminution de l'isolement contention. De plus, au regard des premières demandes affichées par les établissements, on peut suggérer que l'enveloppe nationale sera insuffisante pour que les établissements puissent répondre aux exigences juridiques. Or, la diminution de l'isolement et de la contention engendre des moyens en personnel important afin de prévenir et d'accompagner la crise, ainsi que des évolutions architecturales (cf. 2.1). En outre, rien ne prouve que la parfaite réponse aux exigences juridiques de la loi entraîne une diminution de la prévalence de l'isolement contention.

- Proposition de nouvelle organisation pour répondre aux exigences juridiques – remontées établissements

Palier 1 : évaluation clinique

Actions	Atouts	Difficultés	Moyens complémentaires
Augmenter la présence à compter de 22h du psychiatre d'astreinte sur le site (5 CSI) 7j/7	Respect du délai de renouvellement de 12h	1ere étape qui ne prend pas en compte les situations d'isolement hors espaces dédiés qui permettrait d'évaluer le temps médical (astreinte et plage additionnelle, voire garde sur place).	à calculer en fonction des modalités organisationnelles posées 1/2 plage TTA 7/7
Augmenter la présence à compter de 21h d'un IDE (5 CSI) et surveillance des patients en situation isolement hors espaces dédiés 7j/7 en renfort des équipes de soins concernées (IDE transversal).	Respect du délai de renouvellement de 12h présence permanente auprès du psychiatre pendant les évaluations	Professionnel ne participe pas à la prise en charge continue des patients concernés mais le cas échéant peut venir remplacer les IDE référents.	2,6 ETP IDE

Remontées auprès de la FHF et de l'AdESM pour l'EPSM A

Actions	Atouts	Difficultés	Moyens complémentaires
Augmenter la présence médicale avec passage tous les jours à partir de 18h dans les services d'hospitalisation d'un psychiatre, pour ré-évaluation des isolements et contention	Systématise 2 visites de psychiatre / 24h pour les isolements, et répond à l'esprit de la loi	Ne respecte pas systématiquement le maximum de 12h entre 2 visites / Ne garantit pas une visite médicale tous les 6h en nuit profonde par les contentions (besoin d'un protocole médico-soignant)	Temps supplémentaires : décompté sur des plages additionnelles de nuit à partir de 18h30
Transformer l'astreinte en demi-garde	Assure un présentéisme de psychiatre jusqu'à 0h30 et permet de se rapprocher de la réglementation sur les intervalles de 12h	Nécessite de cumuler les responsabilités sur le site urgence et sur le site EPSM. Ne résout pas la question des intervalles de 6h pour la contention (besoin d'un protocole médico-soignant)	Compensation des repos de sécurité par recrutement supplémentaire médical

Remontées auprès de la FHF et de l'AdESM pour l'EPSM B

Solution concernant le personnel médical :

- la systématisation d'au moins deux visites de psychiatre par tranche horaire de 24h (matin et soir) permettrait de répondre à l'esprit des textes pour ce qui concerne le respect des taquets horaires pour l'isolement avec une présence d'un psychiatre entre 18h et 22h avec le paiement de plages additionnelles. Par contre, pour l'EPSM « B » cette organisation ne répond pas aux exigences de la contention avec des visites médicales prévues par les textes toutes les 6h. Dans une note de synthèse d'une réunion de coordination nationale des UHSA datant du 01/02/2021, les représentants effectuaient la proposition collective de « Privilégier deux évaluations par jour pour les isolements plutôt que strictement toutes les 12 heures (et quatre par jour pour les contentions plutôt que toutes les 6 heures) afin que cela soit compatible avec l'organisation de la permanence des soins et le confort du patient (notamment la nuit). »

Une des autres solutions proposées par l'EPSM « B » pourrait être la transformation de l'astreinte en demi-garde afin d'assurer un présentiel d'un psychiatre jusqu'en début de nuit profonde et se rapprocher de l'exigence des 6h pour la contention, avec la mise en place d'un protocole médico-soignant dans l'intervalle.

Solution concernant le personnel paramédical :

- l'EPSM « A » propose la présence supplémentaire d'un effectif infirmier à partir de 21h afin d'assurer la surveillance de ses chambres de soins intensifs et d'être présent en effectif transversal pour surveiller les isolements en espaces non dédiés, un soignant précisant « l'importance du temps soignant auprès des patients pour pouvoir adapter et proportionner les soins et les décisions. »
- Palier 2 : Informer le JLD, Procureur et tiers dès le dépassement des mesures – remontées établissements

Actions	Atouts	Difficultés	Moyens complémentaires
Augmenter le temps secrétariat la semaine sur les secteurs concernés Création de temps les week-end et jours fériés	respect des exigences réglementaires	évolution nécessaire du DPI afin que les courriers soient effectués par requête	0,5 ETP pôle A 0,5 ETP pôle B 0,5 ETP création Adjoint administratif

Remontées auprès de la FHF et de l'AdESM pour l'EPSM A

Solution concernant le personnel administratif :

- L'information du JLD et des tiers dès le dépassement des mesures « consomme » un temps de secrétariat supplémentaire, en semaine et les week-end et jours fériés, aussi bien sur les pôles les plus concernés par le nouveau dispositif mais également

sur le service des soins sans consentement. En outre, ces besoins se justifient malgré une évolution nécessaire du DPI afin d'automatiser le maximum d'informations.

- La transmission des dossiers en cas de saisine dans le délai de 10h, la mise en place d'entretiens avec un psychiatre en nuit profonde et l'organisation, la tenue des audiences modifient considérablement les organisations et seront répercutés sur les équipes de secrétariat, et de direction en particulier le directeur de garde.
- Palier 3 : Transmission des dossiers en cas de saisine – remontées établissements

Actions	Atouts	Difficultés	Moyens complémentaires
Augmenter le temps secrétariat la semaine sur les secteurs concernés	respect des exigences réglementaires	Evolution DPI	coût par l'éditeur DPI à évaluer
Acquérir des équipements informatiques permettant les visio audiences et entretiens psychiatres sur périodes nuits profondes	respect des exigences réglementaires	existence de matériel mobile pour répondre	
Augmenter la présence d'un représentant du directeur lors des visios audiences Préparer les dossiers avant les audiences	respect des exigences réglementaires	difficile à évaluer à ce jour mais temps qui peut être important si contrôle systématique de toutes les mesures (en fonction de l'évolution réglementaire)	1,3 ETP temps administratif métier à définir. Adjoint des cadres hospitaliers / Attaché d'administration hospitalière

Remontées auprès de la FHF et de l'AdESM pour l'EPSM A

Solution concernant le matériel informatique :

- L'acquisition des équipements informatiques permettant les visio audiences et entretiens psychiatres est un élément majeur pour les établissements sur les périodes de nuits profondes.
- Temps second de la mise en œuvre : recherche de solutions alternatives – remontées établissements

Propositions	Actions	Atouts	Difficultés	Moyens complémentaires
Proposition 1 :	Créer des espaces d'apaisement (3 unités d'admission 3 unités intersectorielles)	action inscrite dans le Projet qualité de l'établissement 2019-2023	travaux en site occupé et neutralisation de chambres « hôtelières » avec diminution capacité d'accueil.	
Proposition 2 :	Créer une unité en remplacement d'une unité existante accueillant 24 patients déficitaires présentant des troubles du comportement	répondre aux exigences réglementaires et recommandations HAS et CGLPL		

	paroxystique et hospitalisés au long cours			
Proposition 3 :	Déployer des directives anticipées et/ou plan de prévention de crise (accompagnement méthodologique et pédagogique des équipes)	action inscrite dans le Projet qualité de l'établissement 2019-2023		mission d'un professionnel cadre de santé ou infirmier en pratiques avancées sur une année

Remontées auprès de la FHF et de l'AdESM pour l'EPSM A

Trois propositions sont mises en avant par l'EPSM « A » s'agissant des alternatives à l'isolement et la contention :

- La création d'espaces d'apaisement (recommandations HAS)
- La création d'une unité en remplacement d'une unité existante afin de répondre à des contraintes architecturales de l'unité rendant l'ouverture des chambres la nuit compliquée pour des patients hospitalisés au long court avec des pathologies ne leur permettant pas de librement circuler la nuit.
- Le déploiement des directives anticipées en psychiatrie ou plan de prévention partagé (PPP).

Proposition	Actions	Atouts	Difficultés	Moyens complémentaires
Proposition 1 :	Créer dans 3 unités une chambre d'apaisement + réorganisation totale de l'espace isolement (3 ouvertures, sas d'entrée, matériaux adaptés...)	Diminution prévisible du recours à la contention ++ et recours à l'isolement	Travaux en site occupé Perte d'espace de vie au sein du service	

Remontées auprès de la FHF et de l'AdESM pour l'EPSM B

L'EPSM « B » envisage sur proposition de son chef de service, de reconstruire ses chambres de soins intensifs (CSI) avec trois entrées différentes pour éviter les situations de violence et les contentions en chambre se basant sur le cahier des charges HAS des chambres de soins intensifs. De plus, la création dans trois unités d'une chambre d'apaisement permettrait d'éviter la mise en CSI, et d'éviter l'isolement.

Face aux premières remontées des établissements, force est de constater que les crédits pérennes ou non reconductibles sont très inférieurs aux besoins des établissements dont les demandes sont d'autant plus importantes que le nombre de mesures quotidiennes d'isolement et contention est haute. La quantification du nombre de mesures est multiparamétrique. Elle dépend en partie du périmètre des secteurs couverts par les établissements, de la patientèle accueillie, de leurs pathologies, de la définition du cadre

de l'isolement et de la contention déterminé par les établissements avec les JLD, des moyens dont ils disposent, et de la maturité, qualité des prises en charge en soins consentement.

2.2 Améliorer le droit aux soins comme finalité de la réforme de l'isolement contention

Le cadre législatif de l'article 84 positionne la réduction de l'isolement et de la contention comme un objectif de la loi. La loi modifiée, cet objectif sera invariablement maintenu. Il convient de fait pour les établissements, et les équipes médico-soignante-administratives de travailler à l'amélioration de la qualité du droit aux soins afin de mettre en œuvre des alternatives à l'isolement et la contention (2.2.1), tout en interrogeant sa place dans l'avenir des prises en charge en soins sans consentement (2.2.2).

2.2.1 Les alternatives à l'isolement et la contention

« L'isolement et la contention sont des techniques psychiatriques d'extrême recours utilisées quand le patient présente un risque imminent de violence envers les autres ou envers lui-même. (...) l'interrogation doit-elle régulièrement persister sur le rapport bénéfice/risque d'isoler, versus bénéfice/risque de ne pas isoler un patient. Par ailleurs, la question de solutions alternatives à ces deux pratiques doit être constamment reposée. »³⁴

Bien que les préoccupations de l'article 84 ont été majoritairement celles de la réponse aux exigences juridiques du législateur, la mise en œuvre de la réforme de l'isolement contention invitent les établissements de santé à faire évoluer plusieurs paramètres en alternatives à ces pratiques de derniers recours. Ces dernières pourraient être catégorisées de la façon suivante, eux-mêmes réparties en huit propositions pour diminuer la prévalence à l'isolement et la contention :

- Réflexions sur les pratiques et organisation
- Formation des professionnels
- Architecture et environnement

³⁴ DUMONT A., GILOUX N., TERRA J-L., « 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, 88, p. 687-93

- Réflexions sur les pratiques et organisation

Proposition n°1 : Mettre en place une commission isolement contention

- De nombreux établissements ont structuré une organisation afin de traiter sur des temps dédiés entre personnels médical, soignant, administratif, l'isolement et la contention, avec la mise en place de commissions isolement contention (P1), permettant la mise à jour de procédures, protocoles, des audits de pratiques, évaluation d'actions, retour d'expériences, indicateurs.

Proposition n°2 : Rechercher des outils de médiations thérapeutiques innovants

- La recherche de nouveaux outils de médiations thérapeutiques (P2), d'apaisement tels que la musique, un salon d'apaisement, la création d'ambiance (portes vitrées, puits de lumière), l'aménagement de chambre sensorielle, la mise en œuvre de sas d'apaisement dans les unités de soins, permettrait également à certains patients de pouvoir s'isoler avec les soignants. La création d'une salle de sport (sac de frappe, rameur vélo d'appartement, matériel pour exercice physique etc. travail en lien avec la sociothérapie) constitue un autre moyen permettant de travailler à l'apaisement du patient, là où selon un médecin psychiatre « les médiations thérapeutiques sont importantes car rester inoccupé est contre-productif. » L'objectif des médiations thérapeutiques est de canaliser l'attention presque débordante du patient.

Eve-Marie Roth, ancien psychiatre praticien hospitalier et Edmond Heitzmann, infirmier en psychiatrie, ergothérapeute en Unité de Malades Difficiles ont rendu compte de leur expérience respectivement de vingt et trente-cinq ans à l'Unité pour malades difficiles (UMD) de Sarreguemines. À travers la visite d'un atelier vannerie et la narration de plusieurs histoires cliniques, ils ont exposé comment, dans les conditions les plus compliquées, ils ont participé à installer un cadre thérapeutique, en montrant qu'à cet égard, « les ateliers d'ergothérapie permettent une relation privilégiée du patient avec lui-même et autrui par l'intermédiaire du matériau auquel il se confronte et qu'il transforme. »³⁵

Proposition n°3 : Tester et déployer les Directives anticipées en psychiatrie

- Parmi le panel d'outils, l'association du patient à la gestion de la crise avec les directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAiP) font partie des outils dont peuvent se saisir les établissements (P3). Les DAiP n'ont pas de valeur contraignante pour les soignants et les proches tandis que les directives anticipées

³⁵ ROTH E.-M., HEITZMANN E., « Les ateliers d'ergothérapie dans un service psychiatrique fermé (Unité pour malades difficiles) », Travailler 2008, 19, p. 81-102

pour la fin de vie sont un droit. Selon le Docteur Aurélie Tinland, psychiatre à l'APHM de Marseille³⁶ il convient avec les patients de leur faire partager « des consignes dans les moments où elles ont toutes leurs compétences de jugement, pour qu'elles soient mises en œuvre dans des moments où elles ne peuvent plus décider. Ainsi leurs choix et préférences peuvent être connus et respectés même dans ces moments difficiles. La désignation d'une personne de confiance ainsi que le partage du document avec le psychiatre facilite l'usage et le respect des DAiP.»

Une étude sur les DAiP est coordonnée par l'APHP de Marseille. Cette étude part du postulat que « Dans certaines pathologies psychiatriques, les capacités de jugement peuvent être atteintes. Lors de décompensations, les personnes qui vivent avec ces troubles ne sont plus en mesure de décider pour elles-mêmes. Les décisions qui sont prises dans ces moments sont difficiles et douloureuses pour ceux qui les subissent. »

Elle a pour objectif d'étudier le fonctionnement des directives anticipées incitatives psychiatriques (DAiP), de voir si elles sont bien acceptées par les différents acteurs, et si elles ont une efficacité sur le parcours des gens qui les rédigent.

Plus généralement, les Directives anticipées en Psychiatrie (DAP) englobent plusieurs outils. En effet, la HAS a mis en ligne le 21 avril 2021 un guide intitulé « Programme de soins psychiatriques sans consentement : Mise en œuvre ». Ce guide issu d'un travail d'experts concerne les programmes de soins psychiatriques sans consentement (PDS).

Un outil, plan de prévention partagé, appelé PPP correspondant aux DAP a été diffusé. Cet outil doit permettre « d'impliquer le patient dans les décisions qui concernent sa santé, pour augmenter sa participation dans un esprit de co-construction ; il s'appuie notamment sur les travaux autour de la notion de décision partagée ».

Le PPP trouve sa place dans les analyses menées à la suite d'un incident/accident qui se produit dans le parcours du patient et s'inspire des concepts utilisés dans les méthodes proposées par la HAS pour analyser à distance un évènement indésirable et prévenir sa récurrence (cf. « Revue de morbidité mortalité »). Le PPP est produit à distance d'une situation de crise. Il invite d'aller davantage dans l'accompagnement de la crise. Il doit être utilisé comme un outil de prévention et résulte d'une décision partagée entre le patient et le professionnel référent (infirmier, psychologue, psychiatre ...). Selon un psychiatre travaillant au sein d'une USIP, « il faut pouvoir produire ce travail de recueil avec le patient suffisamment tôt dans sa prise en charge ou à distance de la crise mais parfois le patient n'est pas en mesure d'identifier de lui-même ce qu'il souhaiterait au moment d'une crise, et c'est compliqué lorsque le patient n'a pas fait en amont un travail sur sa maladie, où il n'a pas eu de psychoéducation. » Un autre médecin psychiatre y voyait un parallèle avec le plan de sécurité pour la crise suicidaire, lequel se construit avec le patient dans la durée.

³⁶ <https://centre-ressource-rehabilitation.org/etude-sur-les-directives-anticipees-incitatives-en-psychiatrie>

Le rôle des personnels soignants dans la diffusion et pour le remplissage de cet outil avec le patient est à positionner en mettant en place des formations adhoc.

Proposition n°4 : Mettre en place des réunions de supervision des pratiques

- Des échanges avec un psychiatre, ressort la mise en place de réunions de fonctionnement et de supervision de pratiques avec l'intervention nécessaire de personnes extérieures dont des représentants des usagers (proposition n°4). De plus, selon le psychiatre, « l'exploitation des entretiens patient par les psychologues en sortie de CSI pourraient également être exploités ».

Lors de débats dans le cadre de la Commission Nationale de la Psychiatrie (CNP), des propositions étaient faites autour du retour d'expérience après chaque mesure pour voir si et comment elle aurait pu être évitées.

Selon le Professeur Jean-Louis Senon, lors de propos recueillis lors de la réunion du CNP du 1^{er} juillet 2021, « il ne suffit pas de travailler à comment mieux adapter l'article 84 mais travailler sur ce qui conduit à l'isolement et à la contention. Il faut réaffirmer le fait que la personne peut s'opposer à la transmission de l'information mais travailler sur comment on va s'attacher à reconnaître la personne de confiance, et que le patient puisse la donner bien en amont de la crise. » Il convient de travailler dans l'inter-crise les mesures thérapeutiques.

En outre, le travail d'équipe et l'empathie des équipes soignantes permettrait de réduire significativement l'utilisation de l'isolement et des mesures de contrainte où les auteurs d'une étude (Yang, Hargreaves & Bostrom, 2014), montrent que les soignants ayant des compétences en termes d'empathie élevée diminuent l'utilisation de l'isolement (Yang & al., 2014, p.253).

Proposition n°5 : Créer une équipe de liaison de gestion de crise

- A partir d'une équipe compétente et formée, le médecin psychiatre de l'USIP de l'EPSM Morbihan propose « la création d'une équipe de liaison de gestion de crise avec des infirmiers qui connaissent les patients, apaisent, afin d'éviter certaines admissions en unités de soins intensifs de psychiatrie et gagner en fluidité » (proposition N°5). La mise en place d'une telle organisation nécessite néanmoins des équipes stables, formées et en nombre suffisants.

- Formation des professionnels

La formation et les compétences infirmières perceptibles dans les travaux d'Eve-Marie Roth et Edmond Heitzmann rappellent que la psychiatrie touche essentiellement à des compétences humaines où l'expérience de la crise et la capacité d'empathie sont majeures dans les critères de recrutement des infirmiers. Au titre de la formation, l'instruction DGOS /R4/2021/89 du 29 avril 2021 suggérait d'elle-même le plan d'actions décrit dans le point 2.1.2 de ce mémoire, avec en annexes utiles aux établissements un programme de formation à la gestion de la crise en psychiatrie :

- programme Quality Rights de l'OMS,
- formation à la désescalade de type OMEGA,
- le GPS Guide Prévention et Soins du Psycom
- la formation Soclecare.

Ces incitations des établissements à la formation des personnels soignants corroborent avec les propos de personnels soignants remontés par des cadres de santé d'un CHU dans le cadre de l'EREB. Pour un infirmier jeune dans sa fonction, « l'isolement, la contention c'est une privation de liberté, c'est choquant l'enfermement. J'ai eu une formation de contention. Au début je ne comprenais pas. Il faut de l'expérience, expertise, travailler sur les alternatives, la concertation collective en équipe, pour éviter l'escalade, trouver des compromis. »

Proposition n°6 : Former le maximum de professionnels à la désescalade

- Un médecin psychiatre d'USIP évoque la pénurie des effectifs paramédicaux et le manque de temps pour « développer ces formations en particulier OMEGA (P6) à travers des jeux de rôle avec l'équipe avec simulation de crise, des méthodes de pacification verbale, méthode de contention mécanique ... langage non verbal, technique de self-défense. » Le programme OMEGA vise la formation des professionnels et équipes à la gestion des situations d'agressivité, avec le développement d'habiletés et modes d'intervention permettant d'assurer la sécurité du professionnel et celles des autres en situation d'agressivité.

Selon un PCME de CHS, il est nécessaire d'utiliser les laboratoires de recherche, car « les problématiques ne sont pas toujours liées à un manque de personnel mais à une organisation, une culture, politique. Des infirmiers sont parfois très négatifs avec des peurs et finalement dans un mode éducatif et pas de compréhension. Le positionnement des soignants vis-à-vis des soignés peut créer une ambiance délétère avec en miroir de la violence. »

En France, est paru en 2013 dans la revue *L'encéphale* un article visant à recueillir le vécu soignant face à la mise en place de l'isolement et de la contention³⁷. Il en ressort des sentiments très majoritairement négatifs comme « la frustration, la colère », même si le caractère parfois nécessaire est identifié faisant de la contrainte un acte de soins et de sécurité. Cette étude propose également une approche éthique du soin. Un infirmier interrogé sur son vécu en tant que soignant de l'isolement indique que « le patient peut être rassuré un temps d'être en isolement. Parfois il y a des isolements contre le patient. La formation OMEGA est aidante mais cela (l'isolement) reste impressionnant pour les équipes et pour le patient. Ce qui est agréable c'est le travail d'équipe, le fait d'en parler entre professionnels. »

Proposition n°7 : Accueillir le programme Quality Rights de l'OMS

- Le programme Quality Rights de l'OMS (P7) propose à travers une analyse de pratiques d'experts via le prisme du respect des droits dans les services, un programme de formation de 14 modules dont une partie est dédiée aux alternatives aux pratiques d'isolement et de contention. Déployé en France par le Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et ma formation (CCOMS), le programme propose également une plateforme de e-training individuel.
- Architecture et environnement

Les établissements de psychiatrie et de santé mentale sont encore très pavillonnaires avec des architectures souvent inadaptées aux nouvelles prises en charge et aux situations de crise. Dans ses outils pour l'amélioration des pratiques qu'elle intègre dans le programme 6 – prévenir et gérer la crise, la HAS a publié une fiche sur la mise en place d'espaces d'apaisement avec pour finalité de permettre aux patients de prévenir leurs moments de violence, lorsque des tensions internes apparaissent. Il s'agit d'un espace dédié (souvent, une pièce) spécialement aménagé pour permettre aux patients hospitalisés en psychiatrie de s'isoler et de retrouver leur calme lorsqu'ils reconnaissent les signes avant-coureurs d'une perte de contrôle pouvant provoquer des comportements violents (auto-agressifs ou hétéro-agressifs). Selon la HAS, « Les patients accèdent à cet espace de manière volontaire. L'accès à cet espace est libre, dans le respect du cadre défini pour son utilisation. »

³⁷ GUIVARCH J. Retour de la contention en psychiatrie : perception des patients et soignants et considérations éthiques, *Éthique Santé*, 2016, 13, p 209-14.

Proposition n°8 : Créer des espaces d'apaisement au sein de chaque unité

- Les espaces d'apaisement (P8) peuvent permettre au patient d'utiliser « le time-out » une notion reprise dans le cadre d'un mémoire infirmier sur les alternatives à l'utilisation de l'isolement en psychiatrie hospitalière³⁸, Bapst Aurélie et Guillemin Alan, ont mis en exergue une étude portée sur 522 patients de 84 services différents de 31 hôpitaux anglais sur une période de 10 mois. Bowers, Ross, Nijman, Muir-Cochrane, Noorthoorn & Duncan, 2011 ont mis en avant le « time out » comme alternative à l'isolement. Par définition, le « time out » signifie demander au patient de s'isoler dans sa chambre (porte non fermée) jusqu'à ce qu'il se calme. Il s'agit d'une alternative à l'isolement, étant une pratique moins coercitive pour le patient que l'isolement ou la contention.

Proposition subsidiaire :

- En ce qui concerne la contention, un médecin psychiatre voit un lien entre la mauvaise qualité de l'isolement et la prévalence de la contention. Il indique que « la contention peut diminuer à condition que les médecins fassent de l'isolement de bonne qualité au sein d'espace dédié adapté aux pathologies psychiatriques des patients. » Selon ce dernier, « il n'est pas normal que l'ensemble des CSI soient de structuration architecturale identique. Un patient suicidaire n'a pas besoin de la même chambre qu'un patient autiste. Nous n'avons pas de chambres capitonnées mais un patient suicidaire ne cherche pas à arracher les couvertures murales. Nous avons également des contentions mécaniques en dehors des CSI mais ces contentions sont liées au fait que le patient ne soit pas pris en charge en espace dédié. » Un autre médecin interroge les surfaces indiquant « nous sommes parfois dans de la promiscuité organisée, augmenter les surfaces au sein des unités permettrait que chacun se mettent à distance les uns des autres. »

Alternatives à l'isolement contention	Propositions
Réflexions sur les pratiques et organisation	Proposition n° 1 : Mettre en place une commission isolement contention <ul style="list-style-type: none">- Mise à jour de procédures, protocoles- Audits de pratiques, évaluation d'actions, retour d'expériences, indicateurs
	Proposition n° 2 : Rechercher des outils de médiations thérapeutiques innovants <ul style="list-style-type: none">- Création d'une salle de sport (sac de frappe, rameur vélo d'appartement, matériel pour exercice physique)- Musique- Création d'ambiance (portes vitrées, puits de lumière)- Ateliers d'ergothérapie
	Proposition n°3 : Tester et déployer les Directives anticipées en psychiatrie <ul style="list-style-type: none">- Prévention

	<ul style="list-style-type: none"> - A distance de la crise - A la sortie du patient
	Proposition n° 4 : Mettre en place des réunions de supervision des pratiques <ul style="list-style-type: none"> - Exploiter les entretiens patient par les psychologues en sortie de CSI
	Proposition n° 5 : Créer une équipe de liaison de gestion de crise <ul style="list-style-type: none"> - Equipe mobile avec expertise soignante
Formation	Proposition n° 6 : Former le maximum de professionnels à la désescalade <ul style="list-style-type: none"> - OMEGA
	Proposition n° 7 : Accueillir le programme Quality Rights de l'OMS <ul style="list-style-type: none"> - Tester la formation des professionnels aux alternatives à l'isolement contention en e-training.
Architecture, environnement	Proposition n° 8 : Créer des espaces d'apaisement au sein de chaque unité

Au total ces huit propositions, non exhaustives, et non priorisées devraient participer à réduire l'isolement et la contention en étant plus respectueuses des souhaits et prises en charge des patients. Les débats actuels tant sur les exigences juridiques applicables aux établissements de santé pour l'isolement contention, que sur la capacité des établissements à répondre à la législation, pose la question du rapport à la loi, des moyens juridiques, financiers et humains qui y sont consacrés ainsi que du temps alloué aux structures pour faire évoluer l'isolement et la contention.

2.2.2 Quelles évolutions pour l'isolement contention ?

Plusieurs questions concrètes se posent tant sur les réponses à l'amélioration des textes que sur l'organisation de l'isolement contention en France.

« Comment renforcer les équipes soignantes afin d'améliorer le taux d'encadrement des unités d'hospitalisation sans diminuer l'extrahospitalier, pivot des prises en charge ? Comment renforcer la séniorisation des prises en charge ? Comment travailler en intelligence avec la justice afin de ne pas réveiller les patients en pleine nuit ? Comment ne pas démultiplier les documents (décisions ou prescriptions) ? Comment limiter le nombre de tiers informés pour maintenir le secret médical ? Comment former toutes les équipes afin de garantir les analyses de pratiques et les retours d'expérience post-crise ? Doit-on spécialiser des établissements sur l'isolement et la contention ? » autant de questions posées au sein de la Conférence Nationale de Psychiatrie dans sa séance du 2 juillet 2021, dont une très grande majorité concernait l'application des injonctions législatives en réponse aux dispositions première de l'article 84.

- Vers une véritable prise en compte de la dignité et les droits fondamentaux des patients

Sans évoquer dans l'immédiat, la fin de l'isolement ou de la contention, laquelle aurait pu être un objectif du législateur, projeté dans un temps « long » comme ce fut le cas du virage ambulatoire en psychiatrie, voire en Médecine-Chirurgie-Obstétrique, le vécu des patients et de certains soignants nous conduit aussi à réfléchir au respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients entre protection et sécurité des professionnels et des patients. Comme l'a rappelé le docteur Thierry Najman, il convient de « souligner l'articulation intime entre les libertés des patients et celles des professionnels. La liberté des uns ne va pas sans celle des autres »³⁹. Le nouvel article de loi L. 3222-5-1 sera abrogé. Il faudra trouver un nouvel équilibre juridique et soignant entre sécurité et liberté.

N'oublions pas à quel point la contention, et aussi dans une moindre mesure l'isolement, sont marqués par « un vécu essentiellement négatif chez les patients avec une prédominance de thématiques d'impuissance, de déshumanisation, de punition et d'humiliation, un vécu de violence et de peur chez les soignants », rapportait une étude du Pr Senon⁴⁰.

Ces constats renvoient à des réflexions pratiques et éthiques sur la façon dont on entrevoit l'isolement et la contention.

L'hétérogénéité des pratiques, leur banalisation ou l'absence d'indications médicales véritables sont pointées du doigt par des associations de patients ainsi que par les autorités encadrant les mesures d'isolement et de contention et garantissant le respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients comme le CGLPL.

Le Dr Hazif-Thomas entrevoit à travers cette réforme, l'absence de prise en compte par le législateur d'une « vraie reconnaissance de la dignité des malades souffrant de troubles mentaux. » Selon le médecin psychiatre, « On n'a pas évoqué la question du principe de dignité qui n'est pas soulevé par le juge constitutionnel qui est pourtant au cœur des recommandations du CGLPL. On remarque que le juge constitutionnel ne mobilise pas le recours au droit au respect de la dignité pour rendre sa décision QPC du 19 juin 2020, dont faut-il le rappeler, l'introduction ressort en psychiatrie d'un amendement apporté dans le texte de l'article L. 326-3 du CSP lors de la réforme de 1990 ! Il avait été demandé d'ajouter, à la fin du premier alinéa du texte présenté par l'article 1er pour l'article L. 326-3 du code de la santé publique, la phrase suivante : « En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée. »

³⁹ NAJMAN T., « Le péché originel de la psychiatrie », Revue juridique Personnes et Famille, 2019, 10, p. 19.

⁴⁰ SENON J-L, CARRE R., PORTEAU S., CLENET A., DUJARDIN V., HAOUI R., Contention en psychiatrie : de nouvelles approches pour mieux la comprendre – Epidémiologie de la contention : première étude en France sur 13 établissements psychiatriques (FERREPSY-Occitanie), French Journal of Psychiatry, 2008, 1, p 5

L'enjeu humain et la question éthique sous-jacente à son traitement juridique semblent être la trace d'une psychiatrie en souffrance, qui à ce jour, faute d'une véritable loi pour la psychiatrie a les pires difficultés à mettre en œuvre un article de loi censé améliorer le soin des droits et le droit aux soins. Selon le Pr Senon, il faut « soigner l'institution afin qu'elle ne tombe pas malade. »

- Vers une concentration des moyens des hôpitaux dans des unités dédiées

Etre en mesure de répondre aux exigences juridiques de la loi et aux alternatives à l'isolement et la contention, soit le droit et le soin peut passer par des structures spécialisées. Il peut en effet être tentant selon la démographie médicale, de concentrer les moyens des hôpitaux dans des unités dédiées. Cette possibilité est d'autant plus intéressante pour les directeurs d'établissements et les médecins psychiatres exerçant dans des zones de sous-densité médicale avec peu de moyens. Rappelons que certains établissements ferment ponctuellement des pans d'unité, voire de services faute de ressources humaines suffisantes. Les nouvelles exigences juridiques liées à l'article 84, et la réponse aux alternatives à l'isolement contention vont entraîner des besoins en ressources administratives, techniques, architecturales conséquentes, que seuls les établissements qui posséderont une masse critique de personnel médical suffisante pourront se permettre de s'octroyer.

D'un autre côté, « sanctuariser » des prises en charge au sein d'établissements de santé spécialisés pour prendre en charge des patients en crise serait peu attractive pour les médecins au regard des exigences actuelles de la législation, où nombre d'entre-eux souhaitent ne pas y travailler. De plus, ces lieux dédiés pourraient être stigmatisant pour les patients, et les perturber dans leur prise en charge, les éloigner de leur lieu de vie sur un temps court, tandis que la gestion de crise est supposément courte.

- Vers une véritable reconnaissance médicale de la dimension intensive du soin d'isolement et de contention en psychiatrie

Parmi le panel des évolutions possibles, un président de CME, voit un parallélisme entre soins intensifs de psychiatrie et réanimation. Selon le PCME, « Il y a une opportunité à saisir sur la dimension intensive du soin. Nous avons tout intérêt à rendre public la manière dont on pose les indications sur ce type de soins avec pédagogie, en régulant les mesures d'isolement-contention avec une attention particulière quant aux pratiques maltraitantes ». Pour le médecin il convient de travailler sur la prescription médicale des chambres de soins intensifs (CSI) ainsi que sur la prescription des psychotropes. « Aujourd'hui on pense psychotropes pour ne pas nuire. Il y a beaucoup de soins qui sont maltraitants. On a une

responsabilité de formation des jeunes médecins. » Dans son établissement, une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) sur les prescriptions de psychotropes en CSI a permis de mettre en avant que les durées et la posologie étaient insuffisantes. « Le soin intensif de CSI est un acte technique, de réanimation psychique où le parallèle peut être fait entre réanimation et psychiatrie de crise. Il faudrait changer le vocable iso-contention par chambre de soins intensifs comme le recommande la HAS sur l'isolement et la contention ».

Un chef d'établissement poursuit dans ce sens : « Ce qui est certain c'est que l'article 84 arrive dans un contexte général de dégradation des moyens en psychiatrie avec un déficit de psychiatres a minima mal réparti sur le territoire. Le nouveau dispositif isolement contention fait que certains jeunes médecins quittent l'hôpital⁴¹ préférant l'ambulatoire, éventuellement l'intra hospitalier mais sans isolement contention, qui devient presque une surspécialité de la psychiatrie. »

- Vers une véritable loi pour la psychiatrie

Il convient d'innover dans les prises en charge et leur environnement, ainsi que dans la législation. « On est sur une loi permettant d'ouvrir le débat sur les pratiques mais ça ne se décrète pas du jour au lendemain. » selon un directeur d'établissement en EPSM. « Le Pr Semon dit que dans les pays scandinaves l'isolement-contention n'existe plus mais des ils ont des ratios de personnel avec des ratios allant de un à sept en situation de crise. » Peut-on avec les conditions et avec les moyens actuels de la psychiatrie aller vers la fin de l'isolement contention ?

Il est peu probable que l'article 84 ait un véritable impact à ce jour sur les quelques 100 000 mesures d'isolement ou de contention annuelles enregistrées en France, dont le chiffre est aussi à positionner au regard des évolutions sociétales et des profils patients pris en charge au prisme de la sécurité des populations. Selon, le Dr Hazif-Thomas, « Seule une loi humanisée et claire pour la psychiatrie permettra une sécurité juridique et sanitaire authentique, ce qui ne cadre pas vraiment avec ce qui peut apparaître comme un cavalier législatif et non un texte encadrant les pratiques de santé mentale... »⁴²

⁴¹ Dans son Enquête AdESM sur les conditions de mise en œuvre de la loi du 14 décembre 2020 sur l'isolement et la contention, publiée le 17 juin 2021, 7 établissements indiquent avoir déjà des démissions de personnels, en moyenne trois départs, et 34% des établissements participant reconnaissent avoir eu des menaces de démission du fait du nouveau dispositif.

⁴² L'isolement et la contention sans consentement, une réforme légale des soins psychiatriques impulsée par le Conseil constitutionnel

Conclusion

Mettre en œuvre l'article 84 de la LFSS de 2021 dit réforme de l'isolement et la contention est une injonction difficile à organiser pour le directeur d'hôpital en établissement de psychiatrie et de santé mentale. Cette loi est complexe à mettre en œuvre, dans le contexte juridique dans lequel elle a été produite, dans le délai qui lui est imparti, sans allocation préalable de moyens. Plus de six mois après la parution de la réforme sur l'isolement et la contention, peu d'établissements sont en conformité avec les exigences de la loi. Les récentes QPC et la nouvelle décision du conseil constitutionnel auront clairement un impact péjoratif dans le calendrier de mise en œuvre de la réforme dans un article de loi qui devra être abrogé avant le 31 décembre 2021.

Se voulant protecteur des droits fondamentaux des patients, l'article 84 est avant tout l'extension du contrôle du juge des libertés et de la détention appliquée il y a tout juste dix ans pour les soins sans consentement. Les recommandations de la HAS de 2017, du CGLPL à l'issue de visites d'inspection, ses recommandations minimales pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté parues en juin 2020⁴³, avaient déjà eu pour effet que certains établissements s'organisent afin de mieux faire respecter les droits des patients et diminuer la prévalence de l'isolement et la contention dans une perspective d'amélioration de la qualité des prises en charge en soins sans consentement.

La conception du texte de loi, la faible concertation avec les acteurs de la psychiatrie et les exigences juridiques imposées tant aux établissements de santé, qu'aux magistrats ont engendrées des contraintes techniques, organisationnelles, humaines, voire éthiques rendant le texte peu opérant en établissement.

Cet article de loi construit, piloté par le Ministère de la Justice avec le Ministère de la Santé, se positionne plutôt comme protecteur de la personne privée de liberté, que protecteur du patient en établissement de santé. Afin de prendre le soin d'améliorer les droits des personnes privées de liberté, il a peut-être eu le défaut de ne pas interroger en première intention la dimension du soin nécessaire à son application, que l'instruction DGOS du 29 avril 2021 a essayé de corriger plusieurs mois après l'injonction législative.

Dès janvier 2021, le Dr Gilles Martinez, chef de pôle au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences⁴⁴ percevait les difficultés encore recensés par les acteurs de la psychiatrie pour son application. « Ce texte va donc avoir des conséquences logistiques et organisationnelles considérables. Les médecins vont passer leur temps à faire des

⁴³ Journal officiel du 04/06/2020

⁴⁴ Réforme de l'isolement et de la contention : « des conséquences logistiques et organisationnelles considérables », JIM le 30/01/2021

certificats (ce qui est déjà le cas !), les infirmiers vont passer leur temps à faire imprimer et signer des notifications aux patients et les secrétaires vont passer leur temps à envoyer des documents aux proches et au JLD. »

Appliquer la loi sur l'isolement contention mobilise des ressources considérables et engendre une perte de sens pour les professionnels de la psychiatrie. Les médecins en sont les premiers concernés en premiers lieux. De plus, le texte pourrait avoir des effets inverses des finalités pour lesquels il avait été construit. Il n'est pas exclu en l'état que le nombre de mesures pour des raisons sécuritaires, par manque de ressources médicales et soignantes viennent à augmenter.

Améliorer les prises en charge, permettre le droit à des soins nécessaires, adaptés proportionnés s'inscrit dans le même registre que celui de la sécurité du patient. Il s'agit pour les établissements de travailler à la diminution de pratiques de dernier recours décriées, qui nécessitent au sein des établissements de planifier, de faire, de contrôler et d'agir en continu, comme autant d'investissements pour la psychiatrie en France pour les années à venir.

L'association des directeurs d'hôpitaux en psychiatrie, en santé mentale, des médecins, soignants, patients, juristes sera capitale, dans un moment où la psychiatrie a déployé ses ressources vers l'ambulatoire, prenant en charge près de 80% des patients en extra-hospitalier, et où la réforme pourrait conduire les établissements à repositionner les ressources médicales vers l'intra-hospitalier, avec une démographie médicale défavorable et avec le risque de connaître « le syndrome de la plaque tournante » selon le Pr Jean-Louis Senon, où « les patients décompensant seront emmenés dans le secteur d'à côté avec une rupture de la prise en charge et des risques de rechute... »

Réduire, voire en finir avec la contention, et un degré moindre l'isolement doit autant s'inscrire dans démarche immédiate d'amélioration continue des prises en charge, les outils ne manquant pas, que dans le cadre d'un travail de fond avec les ARS et l'ensemble des acteurs du sanitaire, social, médico-social. Eviter au maximum les moments de décompensation, passe par des travaux systémiques sur le parcours de soin. Face à la hausse de la violence dans la société et l'hétéro-agressivité, il semble que l'avenir se dessine autant par l'innovation organisationnelle dans une dimension intensive du soin de psychiatrie, effectuée par des experts médicaux, avec une prise en charge sur un plateau « technique » dédié (architectural, soignant) que par le travail de tous les acteurs de la psychiatrie, des associations de patients, de la justice, des collectivités territoriales pour parvenir à une réponse collective, pérenne et éthique pour la personne protégée et pour l'institution qui la protège.

Axel Kahn disait que « L'éthique est le domaine par excellence du dilemme. » A la lumière des enjeux éthiques, des enjeux de moyens et face aux difficultés rencontrées par les établissements pour appliquer l'article de loi, le directeur d'hôpital, les médecins, les

personnels soignants se trouvent nez à nez avec à un autre dilemme, celui de répondre à des injonctions législatives tout en étant garant de la sécurité de leurs établissements, et de la société, « avec le risque qu'on ne soit plus en mesure de prendre en charge à l'hôpital ceux qui en ont besoin » indiquait le Dr Martinez. C'est pourquoi, mettre en œuvre la réforme de l'isolement et de la contention devrait être l'occasion d'une véritable approche systémique de la psychiatrie où il faudra, au sein des établissements, être en capacité de donner de véritables moyens humains, techniques aux médecins et personnels soignants pour garantir les pratiques de l'isolement et de la contention dans une démarche de soin nécessaire, adaptée, proportionnée en cherchant comme le suggère le modèle islandais « à écouter et à collaborer avec les personnes que les institutions de santé mentale sont censées aider.⁴⁵ »

⁴⁵<https://www.forumpsy.net/t1801-contention-isolement-contrainte-en-psychiatrie-recommandations-de-l-islande-a-la-france-2017>

Bibliographie

Textes législatifs ou réglementaires :

- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- Décision n°2021-912/913/914 QPC
- Constitution du 4 octobre 1958, article 66
- Décret n° 2021-537 du 30 avril 2021 relatif à la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement.
- Instruction N° DGOS/R4/2021/89 du 29 avril 2021 relative à l'accompagnement des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la mise en œuvre du nouveau cadre relatif aux mesures d'isolement et de contention.
- 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
- Loi n° 7443 sur les aliénés du 30 juin 1838
- Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs

Ouvrages et Articles scientifiques :

- DUMONT A., GILOUX N., TERRA J-L., « 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, 88, p. 687-93
- ROTH E-M., HEITZMANN E., « Les ateliers d'ergothérapie dans un service psychiatrique fermé (Unité pour malades difficiles) », Travailler, 2008, 19, p. 81-102
- HAZIF-THOMAS C., La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, thèse de droit public soutenue à l'université de Rennes 1 le 13 septembre 2016, LEH Édition, 2017, 506 p
- KRESS J-J, Urgence et contrainte en regard de la psychose, Ethique de la décision médicale, HaloPsy, 1999, 20, p 23-6.
- GUIVARCH J. Retour de la contention en psychiatrie : perception des patients et soignants et considérations éthiques, Éthique Santé, 2016, 13, p 209-14.
- SENON J-L, CARRE R., PORTEAU S., CLENET A., DUJARDIN V., HAOUI R., Contention en psychiatrie : de nouvelles approches pour mieux la comprendre – Epidémiologie de la contention : première étude en France sur 13 établissements psychiatriques (FERREPSY-Occitanie), French Journal of Psychiatry, 2008, 1, p 5.
- HAZIF-THOMAS C., PELLE P., RAMDJEE B., L'isolement et la contention sans consentement, une réforme légale des soins psychiatriques impulsée par le Conseil constitutionnel, Revue Générale de Droit Médical, 2021, 78, p 57.
- LONDRES A., 1997, Chez les fous, à Paris, France, Motifs, 162 p.

Articles de presse :

- CORDIER C., 2021, « La CGLPL dénonce "l'inertie et la désinvolture" du Gouvernement face à ses recommandations », Hospimedia, 09/06/2021
- CORDIER C., 2021, « Les directeurs remontent les difficultés d'application de la réforme isolement-contention », Hospimedia, 17/06/2021
- FAVEREAU E., 2021, « On n'arrive pas à penser la maladie mentale », Libération, 30/03/2021, p. 14.

- FAVEREAU E., 2021, « Isolement en psychiatrie : la loi retoquée par les «sages» », Libération, 08/06/2021

Rapports administratifs ou de recherche :

- LANQUETIN J-P., ROHR L., Rapport d'audit croisés en région Auvergne Rhône-Alpes, le moindre recours à l'isolement et à la contention, 2020, p. 82
- Assemblée nationale, « rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie » n° 1662, 2013, p. 35.

Travaux d'étudiants :

- BAPST A., GUILLEMIN A., 2016, Les alternatives à l'utilisation de l'isolement en psychiatrie hospitalière adulte, Fribourg,

Site internet :

- CNEH, www.cneh.fr
- AdESM, www.adesm.fr/
- <https://www.forumpsy.net/t1801-contention-isolement-contrainte-en-psychiatrie-recommandations-de-l-islande-a-la-france-2017>

Liste des annexes

Annexe 1 – Tableau comparatif présentant les nouvelles dispositions issues de la loi du 14 décembre 2020 – article L3222-5-1 du CSP

Annexe 2 - Enquête AdESM sur les conditions de mise en œuvre de la loi du 14 décembre 2020 sur l'isolement et la contention - Présentation des résultats à l'occasion de la Journée AdESM droits et libertés des patients – 17 juin 2021

Annexe 3 – Fiche pratique « Répondre aux exigences juridiques de l'article 84 »

Annexe 4 – Fiche pratique « Mettre en place des alternatives à l'isolement contention »

**ANNEXE 1 – TABLEAU COMPARATIF PRESENTANT LES NOUVELLES DISPOSITIONS
ISSUES DE LA LOI DU 14 DECEMBRE 2020**

Article L3222-5-1 du code de la santé publique		
	Ancienne version	Nouvelle version
Le recours à l'isolement et la contention	L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin	I. - L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.
La durée et le renouvellement de la mesure		II. - La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de douze heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures. La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de six heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures.
L'information du JLD		A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au delà des durées totales prévues aux deux premiers alinéas du présent II, la mesure d'isolement ou de contention, dans le respect des autres conditions prévues aux mêmes deux premiers alinéas. Le médecin informe sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure, ainsi que les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 dès lors qu'elles sont identifiées. Le médecin fait part à ces personnes de leur droit de saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure en application du même article L. 3211-12 et des modalités de saisine de ce juge. En cas de saisine, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures.
Le contrôle du JLD		Les mesures d'isolement et de contention peuvent également faire l'objet d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en application du IV de l'article L. 3211-12-1. Pour l'application du présent II, une mesure d'isolement ou de contention est regardée comme une nouvelle mesure lorsqu'elle est prise au moins quarante-huit heures après une précédente mesure d'isolement ou de contention. En-deçà de ce délai, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement et de contention qui la précèdent et les dispositions des trois premiers alinéas du présent II relatifs au renouvellement des mesures lui sont applicables. L'information prévue au troisième alinéa du présent II est également délivrée lorsque le médecin prend plusieurs mesures d'une durée cumulée de quarante-huit heures pour l'isolement et de vingt-quatre heures pour la contention sur une période de quinze jours. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent II.

<p>Le registre</p>	<p>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.</p>	<p>ii. - 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, un identifiant du patient concerné ainsi que son âge, son mode d'hospitalisation, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, 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.</p>
<p>Le rapport annuel</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>

Source CNEH



Enquête AdESM sur les conditions de mise en œuvre de la loi du 14 décembre 2020 sur l'isolement et la contention

Présentation des résultats à l'occasion de la
Journée AdESM droits et libertés des patients – 17 juin 2021

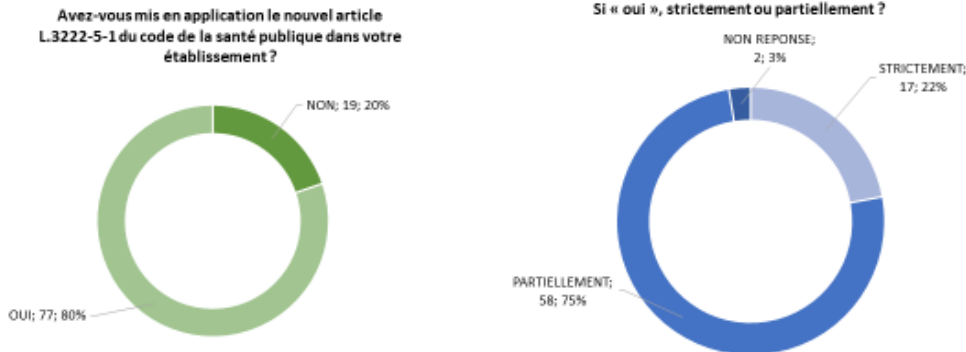


Présentation de l'enquête

- Grille de questions co-construite avec le Bureau National et le groupe AdESM droits et libertés des patients
- Période d'enquête : du 1^{er} mars au 23 avril 2021
- Cible de l'enquête : 200 adhérents du réseau AdESM
- Nombre de réponses : 96 soit une participation de 48 %



1 - Avez-vous mis en application le nouvel article L.3222-5-1 du code de la santé publique dans votre établissement ?



1 - Avez-vous mis en application le nouvel article L.3222-5-1 du code de la santé publique dans votre établissement ? Précision pour les applications partielles.

Adaptations concernant les durées d'isolement et de contention :

- Bien que 10 établissements pour l'isolement et 17 pour la contention précisent respecter les durées de décision prévues par la loi, ils affirment pour autant ne pas appliquer strictement le nouvel article.
- 11 établissements témoignent de la complexité de respecter ces durées et précisent « faire au mieux » tout en faisant preuve d'une certaine souplesse (patients vus si possible 2 fois par jour).
- 6 établissements soulignent qu'ils pratiquent peu la contention.
- 9 établissements ne procèdent pas à des renouvellements la nuit, 1 établissement explique faire intervenir si nécessaire le médecin généraliste de garde et 1 autre explique que les internes renouvellent la nuit mais que ce sont les psychiatres qui réalisent les certificats.
- 2 établissements insistent sur la difficulté à calculer les délais sur 15 jours et donc à repérer les situations nécessitant une information.
- 2 établissements précisent appliquer les recommandations de la HAS pour l'isolement : 12h en initial puis renouvellement de 24h.
- 1 établissement anticipe de 4h la transmission de l'information au JLD avant la durée maximum prévue.

Autres adaptations:

- 4 établissements ne procèdent qu'à l'information auprès du JLD et 9 établissements précisent que cette information n'intervient pas nécessairement dans les délais strictement prévus et que des protocoles particuliers ont été négociés avec le JLD concernant le week-end et les jours fériés.
- 6 établissements en accord avec leur JLD sont en attente des textes d'application pour mettre en place le nouvel article à la lettre et 1 établissement explique qu'un protocole a simplement été mis en place pour gérer l'éventualité d'une saisine par un patient ou un tiers.
- 1 autre établissement précise que le JLD contrôle les mesures des patients concerné par le contrôle à 12 jours et 6 mois dans le cadre des SSC.
- 1 établissement explique organiser le respect du secret médical opposable au tiers en recueillant le consentement du patient à son admission.



2 - En ce qui concerne l'information donnée au patient, à ses proches, au JLD et au procureur en cas de dépassement de la durée maximum d'isolement et de contention, qui délivre cette information ? Préciser le cas échéant si l'organisation est différente entre la journée, la nuit, le week-end et les jours fériés.

A noter :

- Les secrétariats médicaux interviennent quasiment toujours que ce soit pour la production ou l'envoi de l'information ou de l'avis médical.
- 9 établissements expliquent ne pas procéder à l'information la nuit et/ou les week-ends/jours fériés mais seulement en journée par : le psychiatre seul ou avec le bureau des admissions (BA) / le BA + l'équipe de soins / le bureau des soins sans consentement (BSSC). Des boîtes de dépôts sont parfois prévues la nuit pour gestion le lendemain.

Pour 22 établissements l'information est réalisée sans distinction jour/nuit/week-end/jours fériés par :

- Le psychiatre
- Le psychiatre + BA ou IDE ou CDS ou BSSC
- Les IDE et/ou le BA et/ou le CDS

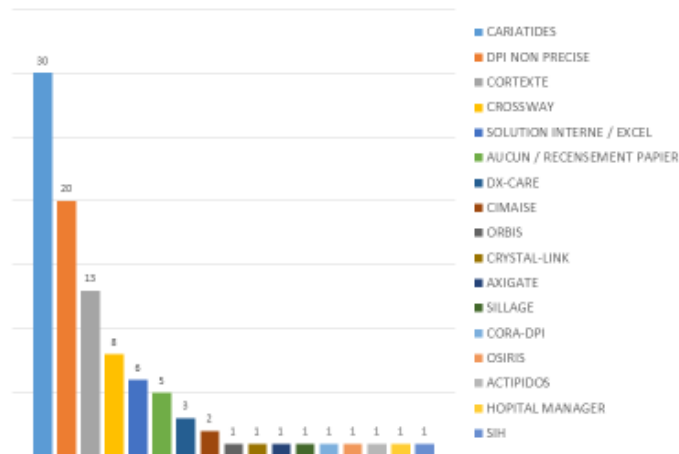
Pour 32 établissements l'information est réalisée en distinguant la journée et nuit/week-end/jours fériés



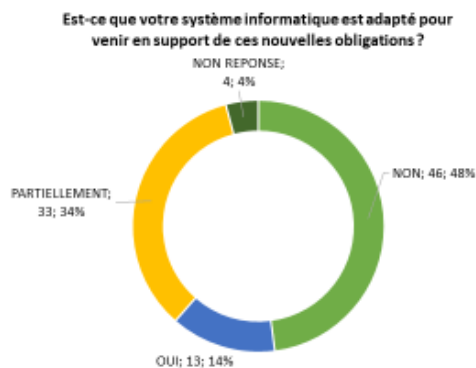
Jour	nuit/week-end/jours fériés
Psychiatre	Psychiatre / interne / CDS de garde ou Bureau des soins infirmiers / IDE régulateur
Psychiatre + BA	BA ou psychiatre / interne / directeur / CDS de garde
Psychiatre + BA ou BL ou BSSC	Psychiatre / interne / BSSC / CDS / directeur de garde ou standard
Psychiatre + IDE coordonnateur ou CDS	IDE ou psychiatre / directeur / CDS de garde
BA	Standard ou IDE ou psychiatre de garde



3 - Quel système d'information est utilisé par votre établissement pour recenser ces mesures ?



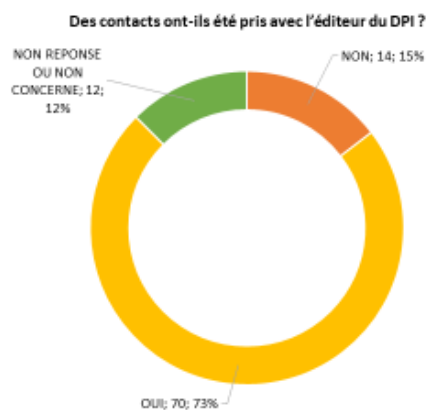
4 - Est-ce que votre système informatique est adapté pour venir en support de ces nouvelles obligations ? Et sinon quelles sont les évolutions souhaitées ?



Évolutions souhaitées :

- Performance et respect réglementaire du calcul et cumul des délais
- Alerte et cadrage sur les dépassement des délais
- Maquettes courriers et certificats alimentés par des champs automatiques et en libre saisie
- Transfert automatisé des données vers les JLD
- Gestion automatisée de l'information aux tiers et au JLD
- Avoir une vision globale des chambres/salles d'isolement
- Générer des registres individualisés
- Créer des salles d'audience virtuelles avec le JLD
- Avoir un outil qui centralise toutes les fonctionnalités

5 - Des contacts ont-ils été pris avec l'éditeur du DPI ? Si oui, avec quels résultats ?



Résultats :

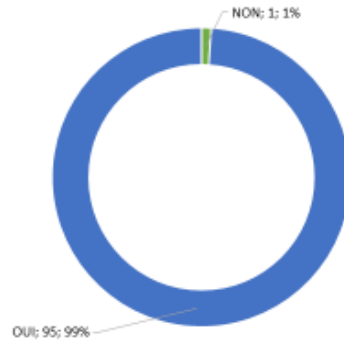
- Pour 11 établissements, pas de solutions concluantes proposées ou échec des mises à jour
- Pour 6 établissements, attente d'une nouvelle version de l'éditeur
- Pour 29 établissements, en attente de retours, des échanges ou phase de test sont en cours, voire des groupes de travail sont constitués avec l'éditeur
- Pour 3 établissements, des solutions partielles ont été proposées (alerte sur les délais) et d'autres sont en cours d'études
- Pour 9 établissements, des solutions concluantes ont été proposées (alerte sur les délais + aide à la transmission des infos au JLD)

A noter :

La DGOS en collaboration avec l'ATIH a constitué un groupe de travail afin de produire, en principe cette année, un cahier des charges à destination des éditeurs.



6 - Existe-t-il une astreinte ou une garde de psychiatre dans votre établissement ?



7 - Cette organisation est-elle adaptée pour répondre au nouveau dispositif prévu par la loi ? Est-il question d'apporter des modifications (mise en place d'une garde sur place, par exemple) pour répondre aux nouvelles obligations ?



Modifications envisagées :

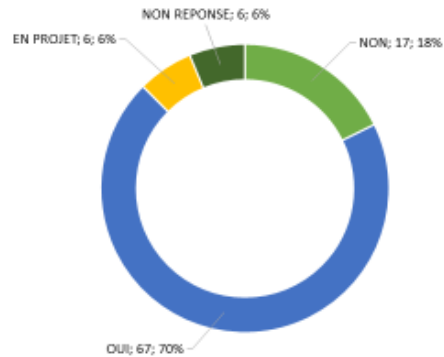
- 11 établissements envisagent d'organiser une garde sur place ou une astreinte
- 2 établissements ont mis en place une garde sur place
- 8 établissements ont réorganisé la garde sur place ou le dispositif existant

On note les freins suivants :

- 16 fois « manque d'effectif médical ou administratif »
- 6 fois « manque de moyens financiers »
- 7 fois « perte d'attractivité des postes médicaux »



8 - Est-il prévu ou déjà effectif d'organiser une astreinte administrative ?



9 - Avez-vous eu une concertation avec le JLD qui supervise votre établissement ? Si « oui », pouvez-vous synthétiser en quelques mots l'état d'esprit de ce magistrat vis-à-vis de son nouveau rôle ?

Avez-vous eu une concertation avec le JLD qui supervise votre établissement ?



Pour 43 établissements :
En recherche de consensus, conciliant avec les établissements et en co construction pour arriver à une application de la loi permettant de concilier les contraintes de moyens pour nos deux administrations

Pour 13 établissements :
Volonté d'une application rapide et stricte de la loi mais tout en comprenant les difficultés des structures hospitalières, et seulement 2 établissements parmi eux témoignent d'une complexité de dialogue avec leur JLD

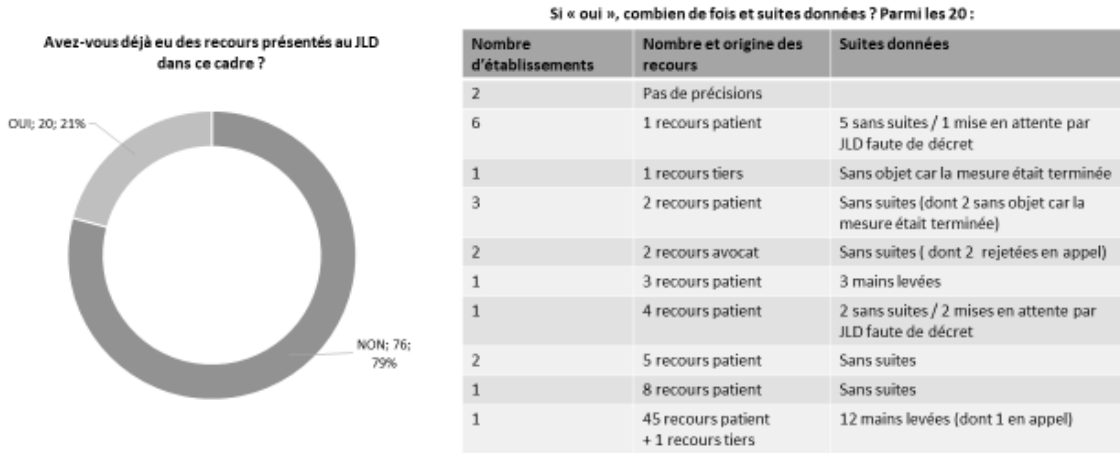


Pour 17 établissements :
Position d'attente jusqu'à la parution du décret

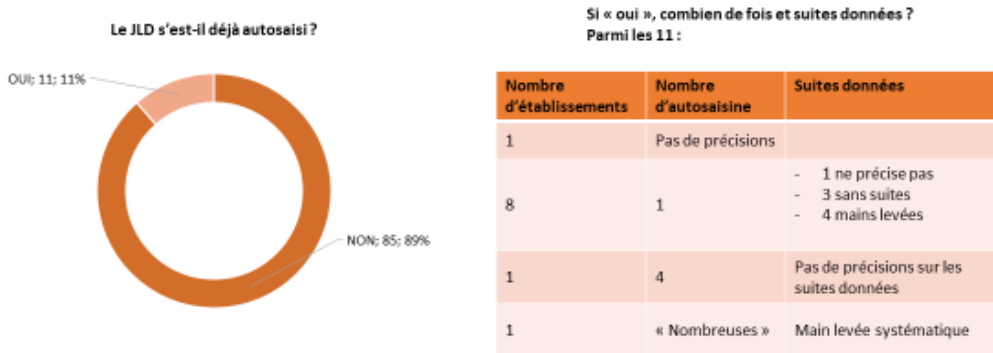
Pour 17 établissements :
Perplexité face à la capacité de tenir le rôle de contrôle que la loi leur attribue faute de moyens humains



10 - Avez-vous déjà eu des recours présentés au JLD dans ce cadre ? Si « oui », combien (préciser l'origine du recours) ? Décisions rendues et nombre de mains levées ?

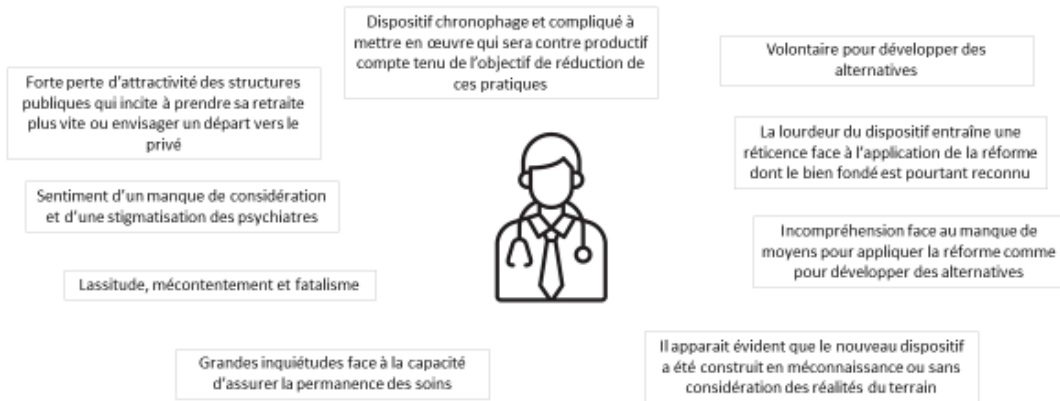


11 - Le JLD s'est-il déjà autosaisi ? Si « oui », combien de fois ? Décisions rendues et nombre de mains levées ?





12 - Pouvez-vous décrire en quelques mots l'état d'esprit du corps médical de votre établissement par rapport à ce nouveau dispositif ?

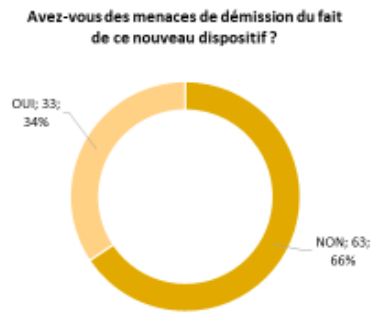


13 - Avez-vous déjà des démissions ou des menaces de démission ? Si « oui », combien ?



Si « oui », combien ? Parmi les 7 recensés :

- En moyenne 3 départs ;
- Principalement du personnel médical ;
- 2 établissements précisent que ce n'est pas uniquement dû à cette réforme mais que la charge de travail induite est une des raisons principales



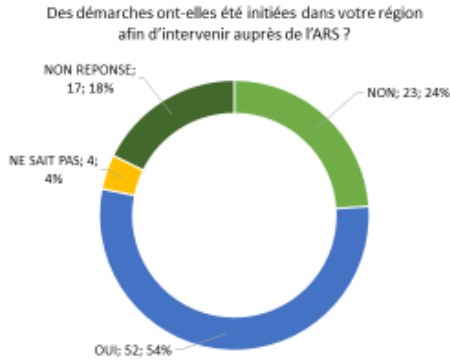
On retient les expressions :

- « Lassitude »
- « Tensions »
- « Perte d'attractivité du service public hospitalier »





14 - Des démarches ont-elles été initiées dans votre région afin d'intervenir auprès de l'ARS ? Si oui, quels types de démarches ?



Types de démarches recensées parmi les 52 « OUI » :

- Courriers, lettres ouvertes et pétitions
- Alertes communes AdESM / FHF / Conférence PCME de CHS / Syndicats de psychiatres
- Alertes sur le financement en demandant des moyens concrets
- Sollicitation pour la création de groupe de réflexion et partage des protocoles
- Motions des CME d'établissement



15 – En conclusion, voici la synthèse des remarques ajoutées en fin de questionnaire :

Ressenti :

- Démotivation des équipes face à une situation kafkaïenne de répétition ;
- Absurdité de la mesure, dispositif mal pensé
- Discrédit, défiance ;
- On fait déjà au mieux avec les moyens que nous avons
- Décalage entre l'objectif poursuivi qui est bon et la méthode pour l'atteindre, déconnexion par rapport à la réalité, une réglementation contreproductive ;
- Procédures plus administratives que protectrices, difficiles à appliquer ;
- Le Ségur fait référence à la confiance et à la simplification, on en est loin ;
- Une sorte de punition pour nous pousser à moins prescrire d'isolement et de contention sans aucune nouvelle alternative ;
- Recours systématique au juge contreproductif, extrême judiciarisation ;
- Altération du lien de confiance avec les familles.

Organisation et moyens disponibles :

- Effectifs médicaux insuffisants ;
- Exode des psychiatres vers le secteur libéral, le glas de la psychiatrie publique ;
- Locaux inadaptés ;
- Comment la justice va-t-elle pouvoir absorber une telle charge ?
- Aide financière nécessaire pour des renforts et des formations ;
- Adaptation des logiciels informatiques ;
- Organisation logistique de la saisine et de l'audience compliquée.



15 – En conclusion, voici la synthèse des remarques ajoutées en fin de questionnaire (suite) :

Problématique juridique :

- Risque de rupture du secret médical dans l'information des proches sans accord du patient ;
- Incompréhension entre le rôle du psychiatre et celui du directeur ;
- Problématique des détenus ;
- Jugements rendus au fil de la semaine par des magistrats parfois non au fait de la problématique ;
- Situation des mineurs et des patients chroniques ;
- Quid de la gestion des situations en cas de levée de la mesure par le JLD si la dangerosité du patient existe encore, sécurité des autres patients et du personnel, le JLD invalide de fait la prescription médicale mais il ne la remplace par rien ;
- Risque d'interférence avec la prise en charge thérapeutique.

Propositions :

- Obligation de retour d'expérience après chaque mesure pour voir si et comment elle aurait pu être évitée ;
- Publication et comparaison de données entre les établissements ;
- Incitation financière à la diminution ;
- Mission d'inspection dans les établissements qui présenteraient des taux élevés ;
- Formation des équipes à la désescalade ;
- Importance du développement des lieux d'apaisement.

ANNEXE 3 – FICHE PRATIQUE REpondre AUX EXIGENCES JURIDIQUES DE L'ARTICLE 84

Instruction DGOS du 29/04/2021	REpondre AUX EXIGENCES JURIDIQUES DE L'ARTICLE 84 Actions identifiées (21 actions)
I- Le décompte des durées	<ol style="list-style-type: none"> 1- Décompter les durées des mesures en distinguant les mesures de renouvellement des nouvelles mesures avec intégration des interruptions d'isolement-contention avec information au sein de la fiche de prescription afin de savoir à quel niveau de la prescription se situe le patient ... 2- Mettre en place une alerte de dépassement dans le DPI pour le médecin psychiatre pour le suivi (avec si possible un délai pour l'anticipation ou la rétroactivité du renouvellement de la prescription)
II- L'organisation de l'information par le psychiatre	
- Information du patient	<ol style="list-style-type: none"> 3- Adapter les supports pour information de la situation (raisons de la mesure, critères de levée, surveillance) et pour la saisine (avec avis du psychiatre si le patient est auditionnable) 4- Tracer dans le dossier patient l'information transmise au patient et si refus de communication de son dossier (respect du secret médical et de la volonté du patient)
- Information des personnes habilitées à saisir le JLD (art. L 3211-12 du CSP)	<ol style="list-style-type: none"> 5- Recueillir auprès du patient l'intérêt et la volonté du patient d'informer les personnes habilitées de son hospitalisation 6- Structurer l'information des personnes identifiées à contacter avec un socle de personnes à prévenir (tiers, mandataire, autorité parentale ; conjoint). 7- Adapter les supports d'information (trame dans l'instruction avec intervention des AMA de l'unité concerné)
- Information du juge	<p>Cas de la prolongation des mesures :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8- Prévenir le juge de la prolongation de ces mesures par un moyen de communication sécurisé (messagerie sécurisée, boîte de dépôt cryptée) 9- Utiliser le formulaire d'information du JLD de la prolongation d'une mesure <p>Cas de communication d'une requête formée par le patient :</p> <ol style="list-style-type: none"> 10- Réaliser un procès-verbal horodaté de la requête effectuée par le patient accompagné de pièces justificatives : pièces utiles prévues à l'article R. 3211-12, décision de renouvellement de la mesure exceptionnelle et décision prononçant la mesure, éléments susceptibles d'éclairer le juge (au choix du médecin). 11- Transmettre les pièces au greffe du JLD dans un délai de 10h à compter de la demande du JLD afin de respecter le fait que le juge soit en mesure de statuer dans un délai de 24h 12- Description de plusieurs circuits : Remise par la Direction des seuls documents administratifs au tribunal, remise par la Direction des documents administratifs au médecin qui les transmet au tribunal, remise par le médecin des éléments cliniques au Tribunal et transmission des autres informations par la Direction
III- Le renouvellement exceptionnel des mesures	<p>Cas d'une réévaluation en dehors des horaires de présence d'un psychiatre sur place (soirée) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 13- Etudier l'opportunité de mettre en place une téléconsultation (acquisition de matériel) avec le patient accompagné d'un infirmier (renfort des équipes sur la tranche horaire de la soirée) 14- Tracer l'échange dans le DPI (infirmier) 15- Compléter l'observation médicale dans le DPI (médecin) <p>Cas de renouvellement en nuit profonde :</p> <ol style="list-style-type: none"> 16- Effectuer des visites infirmières et consigner leur fréquence par le médecin dans le DPI ; dans le cas où le patient dort et ne présente pas de signe d'inquiétude clinique, mentionner dans le DPI l'heure à laquelle l'infirmier a vérifié son état clinique. 17- Prolonger la mesure sur avis du psychiatre (même à distance) dans l'attente de la réévaluation impérative le lendemain matin avant la fin de la durée de la mesure renouvelée dans ces conditions. <p>Dans tous les cas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 18- Dématérialiser les certificats médicaux initiaux et les demandes de tiers au DPI afin d'être en mesure d'assurer la transmission d'information le week-end

IV- Le registre des mesures d'isolement et de contention	
- Les nouvelles données du registre	19- Intégrer les nouvelles données au registre : nom du psychiatre, identifiant du patient, âge, mode d'hospitalisation, date et heure de début de la mesure, durée et nom des professionnels ayant surveillé le patient
- La communication du registre à des tiers	20- Occulter ce qui est nécessaire à la protection des données (secret médical et de la vie privée), identité du patient et des professionnels avant de communiquer le registre à des tiers
V- Temps d'échange entre établissements, JLD, CDSP et ARS	21- Apprécier les déclinaisons locales d'application de la réglementation et appréhender les difficultés de terrain

F. LATINIER à partir de l'Instruction DGOS du 29/04/2021

**ANNEXE 4 – FICHE PRATIQUE METTRE EN PLACE DES ALTERNATIVES A L'ISOLEMENT
CONTENTION**

Instruction DGOS du 29/04/2021	METTRE EN PLACE DES ALTERNATIVES A L'ISOLEMENT CONTENTION Actions identifiées (16 actions)
I- Etat des lieux réguliers des pratiques, protocoles, <i>débriefing</i> (ou analyse de pratiques)	<ol style="list-style-type: none"> 1- Rédiger des procédures et protocoles en lien avec les nouvelles exigences juridiques et les recommandations HAS 2- Mettre en place des RETEX systématiques après la mise en œuvre de ces mesures avec instauration des « plans de prévention partagée » entre le patient et les soignants lorsque l'état de santé psychique du patient le permet 3- Après la mesure, mettre en place des staffs spécifiques entre professionnels et en présence du patient afin de réfléchir à la mesure et aux alternatives de la mesure 4- Utiliser le registre et les dossiers patient afin d'établir un bilan qualitatif et quantitatif des mesures par durée et services en CME et CSIRMT en plus du rapport annuel isolement-contention prévu par la loi. 5- Mettre en place des protocoles de coopération médico-soignant afin de réévaluer l'indication de la mesure d'isolement contention.
II-Réflexions sur les organisations et mise en place d'alternatives à l'isolement et à la contention	<ol style="list-style-type: none"> 6- Mettre en place une commission isolement contention en associant les représentants des usagers aux travaux et réflexion nécessaires à la mise en œuvre d'une politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention. 7- Etudier les alternatives à travers l'aménagement de salons d'apaisement 8- Mettre en place des suivis d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs sur la réduction de l'isolement et de la contention à travers la politique qualité et les contrats de pôle 9- Inscrire ces actions dans le dispositif prévu dans le décret n°2020-255 du 13 mars 2020 portant sur la « mobilisation des personnels autour de projets collectifs décidés au niveau des équipes et de valoriser leur engagement dans ces démarches » 10- Mettre en place un appel à candidatures et former des binômes médecin/infirmier référent, aux techniques de désescalade et de désamorçage afin de venir en appui, assurer des formations, participer à des audits ou des accompagnements de pratiques 11- Participer à des travaux de recherche sur l'isolement et la contention et ses alternatives (projet en lien avec une Université pour un EPSM)
III-Plan de formation	<ol style="list-style-type: none"> 12- Etablir un plan de formation sur la réduction des pratiques d'isolement et de contention pour les personnels en poste et les nouveaux arrivants 13- Former les professionnels notamment sur les droits des patients en psychiatrie, la formation à la clinique et à la psychopathologie, à la prévention de la crise, à la gradation des différents niveaux de recours, à la gestion de la violence et la désescalade, à l'intervention face aux situations difficiles et aux techniques permettant le recours à l'isolement et la contention
IV-Accompagnement financier et renforcement des effectifs et du temps médical	<ol style="list-style-type: none"> 14- Tendre vers des effectifs adaptés aux besoins du patient dans une recherche d'alliance thérapeutique 15- Evaluer les besoins dans le cadre de l'enveloppe nationale pérenne de 15 millions € en terme de recrutement nécessaires et organiser le temps médical afin de répondre aux modalités de surveillance et de renouvellement des mesures, en lien avec l'ARS qui évaluera les besoins en tenant compte du contexte local : <ul style="list-style-type: none"> - Recrutements nécessaires à la nouvelle organisation et au renfort éventuel de la permanence médicale - Binômes médecin/infirmier « référents isolement contention » - Actions de formation 16- Evaluer les besoins dans le cadre d'un financement de 20 millions € non reconductible afin d'aménager des locaux, salons d'apaisement, matériel pour des médiations dans les unités d'hospitalisation temps plein ...) ou la mise à niveau du DPI

F. LATINIER à partir de l'Instruction DGOS du 29/04/2021

LATINIER

Fabien

Octobre 2021

DIRECTEUR D'HÔPITAL

Promotion 2020-2021

Réforme de l'isolement contention en psychiatrie : mettre en œuvre

Résumé :

La réforme de l'isolement contention engage la responsabilité des acteurs, médecins et directeurs et interroge dans sa mise en œuvre, le positionnement du directeur, des médecins et du personnel soignant dans sa déclinaison opérationnelle, au prisme du rapport à la loi, à l'autorité judiciaire en psychiatrie et des relations au patient et à ses proches.

A travers une revue actualisée de littérature sur l'isolement contention, de la législation en vigueur, des constats du contrôleur général des lieux de privation et de liberté, l'observation du déploiement de la réforme sur un établissement de psychiatrie et santé mentale et les regards croisés de professionnels en charge de son application, il convenait de réaliser une approche analytique de la mise en œuvre d'une réforme subie, complexe pour les autorités en charge de son application et en particulier pour le directeur d'hôpital, aux confins du respect des droits du patient et des moyens alloués à sa prise en charge en situation de crise.

Mettre en œuvre la réforme de l'isolement et de la contention en établissement de psychiatrie et santé mentale n'est pas chose aisée. Face aux constats d'impuissance d'établissements, directeurs, médecins, personnels soignants, usagers, il convient de « retourner » la réforme autant en réponse aux exigences juridiques immédiates de l'article 84, qu'à travers un travail de fond sur les alternatives à l'isolement contention.

Un plan d'actions et huit propositions émergent de cette réflexion où se pose autant la question du soin apporté par le législateur au droit, et de son respect en établissement de psychiatrie et santé mentale, que le droit du patient à l'amélioration de ses soins.

Mots clés :

Isolement – contention – psychiatrie – droit des patients – éthique

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.