



Bretagne

Analyse

« Rapports 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 » pour l'année 2023.

Mars 2026

Introduction générale :

Dix années après la publication de la loi, du 26 janvier 2016 qui introduisait dans le code de la santé publique un article visant à préciser les conditions du recours à l'isolement et à la contention des patients hospitalisés pour des soins psychiatriques sans consentement notre association considère que la réduction du recours à ces pratiques doit être amplifiée. Ainsi, l'Unafam a publié en 2025 deux plaidoyers, visant à une amélioration des soins et au respect des droits dont l'un demande l'abolition de la contention. Cette volonté a été réaffirmée lors d'un colloque organisé par notre association en 2025 au Ministère de la santé, ayant pour thème « Usagers de la psychiatrie, tous citoyens. Mieux soigner par le respect des droits. »

Ce document se fonde sur la conviction que la mise à l'isolement ou sous contention des personnes concernées, quand bien même elle est justifiée pour des motifs de sécurité est vécue pour la majorité d'entre eux et pour leurs aidants comme un moment traumatisant. Notre association a parfaitement conscience que le recours à ces pratiques est aussi vécu par les professionnels comme difficile ; situation à laquelle ils se résolvent le plus souvent « faute de mieux ». Toutefois, elle considère que ce constat largement partagé doit inciter à « faire mieux » et à mettre en œuvre toutes les solutions pour en limiter le recours, voire pour la contention à ne plus y recourir. Ce mouvement engagé dans de nombreux pays et dans certains établissements doit se déployer plus largement.

Dans cette perspective, notre délégation a souhaité engager une analyse des rapports que les établissements autorisés à pratiquer des soins sans consentement doivent présenter devant leur commission des usagers mais aussi devant leur conseil de surveillance ou leur conseil d'administration, pour « rendre 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 ».

L'objectif premier de cette démarche est de permettre à l'ensemble des représentants des usagers, bénévoles de l'Unafam, membres de commissions des usagers, des conseils de surveillance ainsi que des commissions départementales des soins psychiatriques de disposer de données comparatives sur le recours à ces pratiques dans les établissements de santé de la région mais aussi d'apprécier la démarche engagée par chacun d'eux. Il vise ainsi à leur permettre d'interpeller les établissements sur la manière dont ils intègrent « la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques » dans la

politique générale de l'établissement « en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge ¹».

Cette analyse peut aussi contribuer à aider les établissements car malheureusement, peu d'éléments de comparaison sont disponibles à l'exception d'une étude de l'Irdes², quelques études menées par les premières fédérations de recherche en santé mentale et les échanges conduits dans certaines par des dispositifs d'appui à la qualité comme le CAPPS en Bretagne.

La publication de ce document est aussi une invitation à mettre en place un observatoire des soins sans consentement et à inscrire les modalités relatives au recours à l'isolement et à la contention dans la région à l'agenda de la future fédération régionale de recherche en santé mentale qui devrait se mettre en place prochainement.

Une précision doit être apportée sur le décalage entre la publication de cette étude et la période sur laquelle portent les rapports portant sur l'année 2023. Dans la mesure où ceux concernant l'année 2023 ont été « transmis pour avis à la commission des usagers et au conseil de surveillance au mieux en juin de l'année 2024 et pour un nombre certain en décembre 2024 », la collecte a commencé au premier trimestre 2025. Les rapports ont été reçus au premier semestre et le dernier en juillet 2025³.

La lecture des rapports montre une richesse des réflexions. En agrégeant les observations, les propositions et les orientations retenues se dégage le sentiment que les établissements se sont saisis de la demande du législateur de s'engager dans la mise en œuvre de pratiques respectueuses des droits des personnes et dans la réduction du recours à l'isolement et à la contention. Pour autant, on peut repérer dans certains rapports des hésitations, voire des incompréhensions sur la nature du recours à l'isolement et à la contention, quand bien même est affirmée une volonté d'avoir des pratiques éthiques et respectueuses des droits. Ce document n'a pas pour objet de dresser un palmarès des établissements mais plutôt d'engager un dialogue avec eux car la lecture des rapports montre qu'un engagement dans cette démarche, une volonté de transparence sur le recours à ces pratiques au point que certains établissements communiquent en annexe le registre évoqué dans l'article L.3222-5-1 ou des données par services.

Le rapport qui suit s'articule en deux parties. La première porte sur l'étude des rapports au regard des objectifs assignés par le législateur. La seconde présente les premiers enseignements qui se dégagent des données quantitatives communiquées par les établissements sur les pratiques de recours à l'isolement et à la contention.

¹ Article L.1112-3 du code de la santé publique. « Le conseil de surveillance des établissements publics de santé ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés délibère au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des usagers. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et à l'agence régionale de santé, qui est chargée d'élaborer une synthèse de l'ensemble de ces documents. »

² Questions d'économie de la santé – février 2024 : Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements.

³ Le CH de Redon qui a perdu son autorisation à pratiquer les soins sans consentement n'a pas produit ce document.

Première partie

Analyse des rapports rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, de la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre.

La première partie du document aborde plusieurs thèmes. Le premier concerne la forme des rapports et la publicité qui leur est donnée. On aborde à cette occasion la manière dont est parfois comprise la loi. Le deuxième sujet porte sur la manière dont sont organisés les établissements pour la mise en œuvre de l'isolement ou de la contention ; il correspond à la notion de pratiques évoquées dans la loi. On y examine les modalités d'accueil et de prise en charge des patients aux différentes étapes de leur parcours au sein de l'établissement. Dans la partie suivante, est abordée dans un premier temps la manière dont sont collectées puis analysées les données quantitatives. De manière plus succincte sont évoqués ensuite les enseignements des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) conduites dans l'établissement ou des commissions de retour d'expérience (CREX). Enfin les données sur la politique ne retiendront que celles concourant à la réduction du recours à l'isolement et à la contention. Un dernier point d'observation est fait sur la manière dont fonctionne le contrôle juridictionnel.

1. La composition des rapports

La première caractéristique qui ressort à la lecture des rapports est leur très grande diversité par le nombre de pages, par leurs plans, le nombre d'annexes, la qualité ou la richesse des informations communiquées. Ce constat est d'autant plus surprenant qu'on aurait pu imaginer que les rapports auraient été alignés sur les thèmes retenus par le législateur et par les instructions ministérielles.

1.1. Une grande diversité

Si le premier élément de diversité tient à la nature des établissements concernés, les rapports se montrent souvent inégaux dans leur composition, dans la longueur des développements et parfois dans leur qualité formelle.

1.1.1. La diversité des établissements disposant de la mention soins sans consentement.

La Bretagne n'échappe pas à la distribution observée au niveau national. Les activités de psychiatrie en matière de soins sans consentement se répartissent entre plusieurs types d'établissements selon leur nature juridique, la taille de la population desservie et la nature de leurs activités. Ainsi dans notre région, parmi les 13 établissements « désignés »⁴ pour délivrer des soins psychiatriques sous le mode légal des soins sans consentement, on trouve 10 établissements publics de santé (EPS) et trois établissements à but non lucratif (EBNL). Afin de disposer d'une vision plus complète, ces établissements sont distingués selon un autre critère. En effet, ces établissements peuvent être d'anciens hôpitaux spécialisés départementaux pour lesquels l'activité de psychiatrie est l'activité principale voire unique ; ils sont définis ici comme des établissements de santé mentale (ESM). Ces établissements peuvent être des EPS comme des EBNL. Les autres établissements sont des établissements publics de santé qui ont une activité de psychiatrie à côté de leurs activités de médecine, chirurgie et obstétrique. , soit à l'occasion d'une fusion avec un ancien établissement spécialisé, soit par démembrement d'une partie de l'activité de ces hôpitaux spécialisés. En Bretagne, on distingue ainsi un centre hospitalier universitaire (Brest), cinq centres hospitaliers désignés ici comme des centres hospitaliers généraux (CHG) implantés à Landerneau, Morlaix, Quimperlé, Saint-Malo et Redon. L'activité relevant de la zone d'intervention de Quimperlé est rattachée au groupe hospitalier de Bretagne Sud (GHBS) dont le siège est implanté à Lorient dans le Morbihan.

⁴ Avant la mise en place du régime des autorisations en psychiatrie introduit dans le code de la santé publique en septembre 2022, les établissements accueillant des patients sous la modalité des soins sans consentement était désigné par l'ARS. Les nouvelles autorisations ayant été délivrées en 2024, l'activité réalisée en 2023 l'était sous l'ancien régime de la désignation.

Département	Etablissement		Nature juridique	Activité	Psychiatrie	Population adulte de la zone d'intervention	
Siège*	ZI**						
22-56		Association hospitalière de Bretagne (AHB)	EBNL	ESM	PA-PEA	122 144	4,56%
22	22	Fondation du bon sauveur (FBS)	EBNL	ESM	PA-PEA	185 598	6,93%
22	22	Fondation saint-jean-de-dieu - CH Dinan Saint Briec (FSJD)	EBNL	ESM	PA-PEA	227 808	8,51%
29	29	CH des Pays de Morlaix (CHPM)	EPS	CHG	PA-PEA	150 426	5,62%
29	29	CHU de Brest	EPS	CHU	PA-PEA	243 663	9,10%
29	29	CH de Landerneau	EPS	CH	PA	56 748	2,12%
29	29	EPSM de Quimper	EPS	ESM	PA-PEA	234 132	8,75%
56	29	Groupe hospitalier de Bretagne sud (GHSB)	EPS	CHG	PA	49 300	1,84%
35	35	Centre hospitalier Guillaume Rognier (CHGR)	EPS	ESM	PA-PEA	701 848	26,22%
35	35	Groupe hospitalier Rance-Emeraude (GHRE)	EPS	CHG	PA-PEA	130 367	4,87%
35-56-44		CH de Redon-Carentoir	EPS	CHG	PA	50 407	1,88%
56	56	EPSM Bretagne Sud - CH de Caudan	EPS	ESM	PA-PEA	188 197	7,03%
56	56	EPSM Morbihan - CH de Saint-Avé	EPS	ESM	PA-PEA	336 213	12,56%
						2 676 851	100,00%

* Siège de l'établissement détenteur de l'autorisation

** Zone d'intervention de l'établissement

On constate aussi que la répartition de la population bretonne entre les zones d'intervention des établissements autorisés à pratiquer les soins sans consentement en psychiatrie est polarisée. Les 7 établissements spécialisés en santé mentale prennent en charge un peu plus de 75% de la population bretonne et desservent en moyenne une population de 280 000 habitants adultes alors que les 6 hôpitaux généraux assurent les SSC pour les 25% restants avec une population moyenne de 113 500 adultes par zone d'intervention. Sous un autre angle, on constate que la ZI de trois des 6 hôpitaux généraux se situe autour de 50 000 personnes adultes. Ces trois établissements en outre n'ont en charge que la population adulte de leurs territoires.

1.1.2. La dimension variable du rapport

Avant d'examiner la taille des rapports, il convient de préciser que le centre hospitalier de Redon-Carentoir a indiqué ne pas avoir établi de rapport et n'entendait pas le faire dans la mesure où il n'avait pas déposé de demande d'autorisation pour obtenir la mention soins sans consentement dans le cadre de la procédure d'autorisation ouverte par l'ARS de Bretagne, initiée par les décrets de septembre 2022.

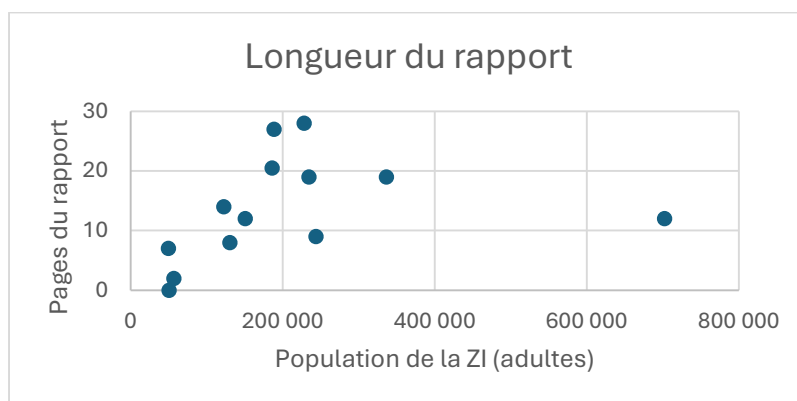
Dès la réception des rapports, on s'aperçoit de différences quant à leur volume ou leur présentation. S'agissant de cette dernière modalité, on peut s'interroger sur un lien éventuel avec l'importance accordée à cette politique par les établissements de santé.

Une analyse quantitative montre que les rapports élaborés dans les établissements généraux sont en général de dimension plus réduite que ceux produits dans les établissements spécialisés en santé mentale. Cependant, l'intérêt pour la réduction du recours à l'isolement et à la contention parmi les premiers ne dépend pas de la taille de l'établissement de santé généraliste mais plutôt de l'importance de sa zone d'intervention.

Il faut toutefois préciser qu'un certain nombre de rapports voient leur volume réel diminuer dès lors qu'on en ôte les annexes, les rappels de la réglementation ou des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Etablissement	Rapport (1)	rappel de la réglementation dans le corps du rapport (2)	Rapport (3) = (1) - (2)	Annexes (4)	Rapport (5)=(4) - (3)
Association hospitalière de Bretagne (AHB)	15	1	14		14
Fondation du bon sauveur (FBS)	30	3,5	26	6	20
Fondation saint-jean-de-dieu - CH Dinan Saint Brieuc (FSJD)	31	3	28		28
CH des Pays de Morlaix (CHPM)	14	1	13	1	12
CHU de Brest	10		10	1	9
CH de Landerneau	2		2		2
EPSM de Quimper	41	22	19		19
Groupe hospitalier de Bretagne sud (GHBS)	7		7		7
Centre hospitalier Guillaume Rénier (CHGR)	13	1	12		12
Groupe hospitalier Rance-Emeraude (GHRE)	9	1	8		8
CH de Redon-Carentoir				0	0
EPSM Bretagne Sud - CH de Caudan	44	2	42	15	27
EPSM Morbihan - CH de Saint-Avé	27		27	8	19

A l'exception d'un établissement, plus la population de la zone d'intervention est élevée plus le rapport est épais.



1.1.3. La publicité inégale donnée au rapport.

Afin de pouvoir évaluer si les établissements avaient bien satisfait à l'obligation de « transmettre pour avis » les rapports devant leurs commission des usagers (CDU) et leurs conseils de surveillance,⁵ il avait été demandé la communication des rapports portant sur l'année 2023. En effet, à la date de la demande formulée en février 2025, nombre d'établissements n'avaient pas encore produit leurs rapports portant sur l'année 2024 et plus encore ne pouvaient avoir satisfait à l'obligation légale de présentation de ces documents aux instances pour avis.

⁵ Dans la note, il sera fait mention systématiquement du conseil de surveillance même si cette instance ne concerne que les établissements publics de santé puisque les établissements à but non lucratif ont comme organe de décision des conseils d'administration.

Etablissement	CDU	CSIRMT	CME	CSou CA
Association hospitalière de Bretagne (AHB)	juin-24		juin-24	juil-24
Fondation du bon sauveur (FBS)				
Fondation saint-jean-de-dieu - CHDinan Saint Brieuc (FSJD)				
CH des Pays de Morlaix (CHPM)				déc-24
CHU de Brest	juin-25			
CH de Landerneau				
EPSM de Quimper	déc-24	déc-24	déc-24	déc-24
Groupe hospitalier de Bretagne sud (GHBS)				
Centre hospitalier Guillaume Rognier (CHGR)	juin-24			juil-24
Groupe hospitalier Rance-Emeraude (GHRE)				
CH de Redon-Carentoir				
EPSM Bretagne Sud - CH de Caudan	juin-24	juin-24	juin-24	juin-24
EPSM Morbihan - CH de Saint-Avé	déc-24			déc-24

Au vu des informations qui ont été communiquées par les établissements, seulement 5 établissements ont satisfait pleinement à l'obligation légale de présentation du rapport devant la commission des usagers et devant le conseil des surveillances. On peut sans doute estimer que le rapport présenté devant le Conseil de surveillance du CH des Pays de Morlaix a dû faire l'objet d'une présentation devant la CDU même si l'extrait du procès-verbal de séance du CA ne porte pas mention du visa de l'avis de la CDU.

D'autre part, on peut se réjouir que deux établissements mentionnent avoir aussi présenté ce rapport devant la CME de leur établissement ainsi que pour l'un d'eux devant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Cette démarche mériterait d'être adoptée par l'ensemble des établissements afin de mieux associer les communautés médicales et paramédicales des établissements à la réduction du recours à l'isolement et à la contention.

1.1.4. Des compositions différentes

Si la loi précise que le rapport « rend compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre », seulement quatre rapports reprennent exactement le triptyque proposé par le législateur. A l'opposé 3 rapports n'intègrent aucun de ces points dans leur composition. Entre ces deux modalités de présentation, on peut retrouver dans le plan des rapports quelques éléments évoqués dans le modèle standard. Certaines parties vont s'intituler différemment. Dans d'autres rapports, une partie supplémentaire va être ajoutée pour dessiner les perspectives nouvelles ou les déploiements à venir.

Les rédacteurs semblent rencontrer quelques difficultés à intégrer les données quantitatives dans le rapport. Pour certains, celles-ci vont être évoquées dans la partie relative à la pratique existante, d'autres vont réduire l'évaluation de la politique à la seule présentation des données quantitatives. A ce titre, certains établissements présentent de manière les données quantitatives en détaillant les principaux indicateurs pour chacune de leurs unités d'hospitalisation, alors que d'autres vont présenter les résultats agrégés.

Cette différence de présentation rend difficile les comparaisons en raison des règles de construction des données. En effet, si les durées passées à l'isolement dans les différentes unités de l'établissement peuvent s'agréger sans difficulté, il n'en va pas de même pour le nombre de patients, car un patient peut avoir été hospitalisé dans différentes unités pendant un seul séjour ou avoir été hospitalisé à plusieurs reprises dans l'année.

Quelques rapports comprennent aussi des données sur la judiciarisation de l'isolement et des contentions en présentant le nombre de saisines par le juge judiciaire puis les ordonnances prononcées par ce dernier.

La notion de politique est aussi comprise différemment selon les rédacteurs. Certains vont s'en tenir strictement aux orientations retenues pour la réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention alors que d'autres vont y intégrer des éléments relatifs au respect des droits et ajouter par exemple la mise en conformité des locaux et des espaces consacrés à l'accueil des patients mis à l'isolement. Ces différences rendent donc difficiles l'élaboration d'une synthèse.

Sur le plan formel, on peut regretter dans certains rapports des longueurs qui proviennent parfois de rappels inutiles des dispositions légales ou des recommandations de bonne pratique comme il est inutile de rappeler dans le rapport la politique visant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein de l'établissement. De la même manière, il serait préférable de présenter des données exhaustives sous la forme de tableau plutôt que dans des présentations littérales parfois incomplètes, ou sous la forme de représentations graphiques n'apportant pas d'explications, voire parfois erronées. A l'opposé, des rapport brefs comportant très peu de données et parfois aucune explication peuvent donner l'impression d'un désintérêt pour le sujet.

1.2. Quelques interrogations sur la compréhension de la loi.

Sans remettre en cause, l'effort important consenti par les établissements pour se mettre en conformité à la loi, il apparaît à la lecture des rapports que près de 10 ans après sa publication, les dispositions de l'article L.3225-5-1 ne semblent pas toujours bien comprises.

1.2.1. La dénomination des rapports

Sans doute par commodité, beaucoup d'établissements dénomment ce document « rapport isolement et contention », d'autres « rapport sur les pratiques d'isolement et de contention » omettant le plus souvent d'indiquer que ce document a aussi pour objet de présenter « la politique définie pour en limiter le recours »⁶. Ainsi seulement 3 rapports sur les 12 examinés intègrent cette dernière mention dans le titre du rapport.

⁶ Article L3222-5-1 « ...L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambres d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre ». On peut à cette occasion suggérer pour améliorer la qualité rédactionnelle de cette phrase de glisser après contention « et présentant ».

Or le simple examen du libellé des instructions de 2017⁷ et 2022⁸ montre que le but du rapport est d'abord de présenter la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention et non de présenter les seules données relatives aux pratiques d'isolement et de contention. Ainsi l'intitulé de l'instruction du 29 mars 2017 est clair. La ministre des affaires sociale et de la santé rappelle dans ce document que l'objectif du dispositif législatif est bien « la réduction des pratiques d'isolement et de contention dans les établissements désignés pour pratiquer les soins sans consentement ». Le 29 mars 2022, la ministre des solidarités et de la santé après avoir précisé les modalités de mise en œuvre du nouveau cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie, mis en place après les deux modifications législatives intervenues en décembre 2020 et de janvier 2022 pour définir puis préciser les modalités du contrôle juridictionnel des mesures d'isolement et de contention, rappelle de nouveau la nécessité pour les établissements d'affirmer « la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention ».

Dès lors en constatant l'absence de toute mention à la réduction du recours à ces pratiques dans le titre du rapport, on peut légitimement s'interroger sur le sens donné à ce document par les établissements.

1.2.2. Pour le législateur le recours à l'isolement et à la contention est une mesure de protection des personnes.

Avant d'examiner le contenu du I de l'article L3222-5-1, il convient d'abord de rappeler que l'adoption par le parlement des dispositions invitant à limiter le recours à l'isolement et à la contention a été précédée par de nombreuses publications et plusieurs rapports parlementaires. Une excellente synthèse de ces documents et une mise en perspective historique figurent dans la note de cadrage, rédigée en vue de la publication d'une recommandation de bonne pratique, publiée en janvier 2015 par la HAS, soit un an avant la publication de la loi. Tous les documents soulignaient le caractère inapproprié du recours à ces pratiques. C'est donc au terme de ce processus et après des débats parlementaires assez riches que la loi a été publiée en janvier 2016. Ainsi pour le législateur, quand bien même il s'inscrit dans le cadre d'une démarche thérapeutique, le recours à l'isolement et à la contention est une mesure de protection des personnes. Comme cela est précisé dans la première partie de la deuxième phrase du I de l'article L3222-5-1 « il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui ». Cette mesure n'a donc aucun caractère thérapeutique. La recommandation de bonne pratique de la HAS publiée en avril 2017 ne dit pas autre chose. Les instructions ministérielles publiées depuis, et particulièrement celle du 22 mai 2022, vont dans le même sens. A ce titre, cette dernière instruction précise bien dans sa partie consacrée au recueil des données dans le RIM-P que les seuls motifs justifiant les mesures relèvent du champ sécuritaire : « Menace ou imminence de violence ou d'hétéro-agressivité » « passage à l'acte », « menaces suicidaires ou passages

⁷ Instruction 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 sans consentement.

⁸ Instruction du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à [la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention](#).

à l'acte suicidaire » « état d'agitation non dirigé ». Il conviendrait en outre pour que ces actes soient de nature thérapeutique qu'ils soient inscrits dans la NGAP⁹ ou la CCAM¹⁰ ; ce qui n'est pas le cas.

Toujours dans la même phrase, le législateur en précisant qu'on ne peut procéder à la mise à l'isolement ou sous contention que « sur décision motivée d'un psychiatre » confirme qu'en agissant ainsi le médecin ne prescrit pas un acte médical mais prend un acte administratif de privation de liberté. En retenant le terme de décision au lieu de celui de prescription, le législateur permet ainsi au juge de se prononcer en première intention sans avoir à commettre un expert. Plus, en précisant ensuite que cette mesure doit être prise de « manière adaptée, nécessaire et proportionnée » au risque, après « évaluation » du patient, il confirme qu'elle relève bien du champ juridique en ce sens qu'elle restreint l'exercice des droits et libertés¹¹ et qu'en conséquence elle doit faire l'objet d'un contrôle par le juge judiciaire, gardien des libertés individuelles comme l'a ensuite confirmé le Conseil constitutionnel postérieurement à la publication de la loi.

1.2.3. Quelques exemples de méconnaissance de la loi

A la lecture des documents, on peut observer à de nombreuses reprises l'utilisation de termes inappropriés comme « prescription des isolements » « chambre de soins intensifs », « isolement thérapeutique », « pratique thérapeutique de dernier recours » « la fonction de contenance de la chambre d'isolement » ; termes qu'on ne retrouve ni dans la loi ni dans les recommandations de bonne pratique de la HAS. Cette dimension « sécuritaire » a trouvé sa confirmation dans le décret du 28 septembre 2022 pris pour préciser les conditions techniques de fonctionnement des unités de psychiatrie disposant de la mention soins sans consentement. Ainsi, l'article D6124-265, introduit à cette occasion dans le code de la santé publique, précise que les unités d'hospitalisation où sont accueillis des patients en soins sans consentement doivent disposer « d'une ou plusieurs chambres d'isolement individuelles¹² ». Aussi, il convient de dénommer l'espace dédié « chambre d'isolement ».

	AHB	FBS	FSJD	CH Morlaix	CHU de Brest	CH de Landerneau	EPSM de Quimper	GH-BS	CH-GR	GFH-RE	EPSM de Caudan	EPSM Morbihan
Chambre de soin intensif	1							2	12			
Chambre d'isolement thérapeutique		2					2					
Prescription IC	*	*					*	*				

⁹ NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels

¹⁰ CCAM : Classification commune des actes médicaux

¹¹ Le principe de proportionnalité, protecteur des libertés, Jean-Marc Sauvé vice-président du Conseil d'Etat, dans les cahiers Portalis, novembre 2017.

¹² De manière surprenante, le terme « chambre d'isolement n'apparaît dans l'article L5222-5-1 que dans la dénomination du rapport qui rend « compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement... »

Il convient de souligner que même dans les rapports où l'occurrence des termes inappropriés a été repérée, l'utilisation de ces derniers demeure minoritaire. Ainsi dans l'établissement où l'appellation « chambre de soins intensifs » apparaît le plus souvent, elle est moins utilisée que l'expression figurant dans la législation « chambre d'isolement ». Toutefois, la présence de ces termes même sous forme de scories tend à révéler une méconnaissance du contenu des dispositions législatives. Une lecture attentive montre que dans un des rapports où les termes inappropriés évoqués précédemment ne sont pas utilisés, il est indiqué qu'« une mesure de contention ne peut être prescrite que médicalement » ou qu'« à défaut de valeur thérapeutique démontrée, le recours à la contention ou à l'isolement doit être proscrit ».

Cette méconnaissance de la loi semble être manifeste dans un établissement, qui distingue les « contentions psychiatriques » des « contentions gériatriques ». Ainsi, constatant qu'aucune contention n'a été appliquée à des patients souffrant uniquement de troubles psychiques, il ne déclare aucune contention tout en indiquant que les personnes présentes dans son unité de gérontopsychiatrie peuvent se voir appliquer des « contentions gériatriques ». Il est écrit ainsi dans son rapport : « *qu'en psychiatrie du sujet âgé, la structure ne disposant pas de chambre d'isolement, une contention peut être mise en œuvre dans le cas de déambulation, d'agitation psychomotrice ou de crise clastique.* » Plus loin il est indiqué : « *Il faut noter toutefois que le recueil des données ne concerne que la contention « psychiatrique », la contention dite « gériatrique » n'étant pas du tout encadrée de la même façon pour le moment d'un point de vue législatif.* » Si cette proposition n'est pas totalement infondée, puisque les services de médecine n'entrent pas dans le champ des dispositions relevant du livre II de la troisième partie du code de la santé publique consacrée à la « *lutte contre les maladies mentales* », il n'empêche que tous les patients admis dans une unité de psychiatrie, pour laquelle l'établissement dispose dans le cadre de son autorisation de la mention soins sans consentement, dès lors qu'ils sont placés dans une chambre d'isolement, sont isolés dans un espace non dédié ou font l'objet de la pose de contention et quel que soit leur âge entrent dans le champ des dispositions de l'article L.5222-5-1 du code de la santé publique. Dès lors, pour toutes les mesures de privation de liberté qui leur sont appliqués une saisine du juge doit être effectuée. Toujours dans le même établissement, il est indiqué de manière surprenante et aussi un peu confuse au titre d' « *observations concernant l'isolement* » que « *le nombre de patients distincts est à la baisse : 18 patients en 2023... Pour l'exercice 2023, 63,3% des patients sont en Hospitalisation sous contrainte et 36,7%, soit 11 patients en hospitalisation libre.* ». Sauf si ces derniers patients ont été placés à l'isolement pour de très courtes durées alors qu'ils étaient en soin libre ou qu'une mesure de placement en soins sans consentement a été immédiatement prise après leur mise à l'isolement ou sous contention, il y aurait là aussi un écart manifeste à la loi. En effet, toute privation de liberté pour une personne doit être placée sous le contrôle d'un juge judiciaire, gardien des libertés publiques. Ces anomalies coexistent cependant dans cet établissement avec des pratiques plutôt positives puisque le recours à l'isolement y est faible.

2. Les pratiques en matière d'isolement et de contention.

Dans cette partie, on présente la manière dont les établissements décrivent l'organisation générale de leurs services et les modalités dans lesquelles sont mises en œuvre les mesures d'isolement et de contention.

2.1. L'organisation générale de l'établissement est peu décrite.

D'une manière générale, la lecture des rapports ne permet pas d'avoir une vision d'ensemble sur l'organisation des établissements en matière de prise en charge des patients en soins sans consentement et par conséquent la manière dont les patients sont mis à l'isolement ou sous contention. Les éléments sont absents ou éclatés dans les différentes parties du rapport.

Tout d'abord, il serait utile que les rapports donnent une vision globale de l'organisation de la psychiatrie en listant l'ensemble des unités de psychiatrie, avec l'indication pour chacune d'entre elles, de leur localisation, de la nature des prises en charge qui y sont effectuées¹³, le nombre des chambres d'isolement et le nombre d'espaces d'apaisement qui y sont installés. Les premières données encore partielles communiquées dans le cadre de la SAE 2024 confirment en effet des différences marquées entre les établissements en matière d'équipements¹⁴.

Elles sont manifestes quand on rapporte le nombre de chambre d'isolement au nombre de lits d'hospitalisation ou le nombre d'espace d'apaisement par rapport au nombre de chambre d'isolement.

Ces différences sont aussi manifestes pour la prise en charge des patients en soins sans consentement. Ainsi, trois établissements précisent dans leurs rapports que les patients hospitalisés en soins sans consentement le sont dans des unités qui leur sont dédiées et que les autres unités n'accueillent que des patients en soin libre. Un de ces établissements déclare ne disposer à cet effet que d'une seule unité, conçue à cet effet et disposant d'un espace spécialement aménagé pour recevoir deux chambres d'isolement. Dans un autre établissement, les admissions se font dans une partie des unités ; chacune d'entre elles ne disposant que d'une chambre d'isolement. Dans le

¹³ Au sens du nouvel arrêté du 4 juillet 2025 du 4 juillet 2025 relatif à la définition des modes de prise en charge en psychiatrie et à la liste de ces modes pouvant être déployés en dehors du site autorisé en application de l'article R. 6123-174 du code de la santé publique remplaçant l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement et l'arrêté du 28 septembre 2022 fixant les modes de prise en charge pouvant être déployés en dehors du site autorisé prévus à l'article R. 6123-174 du code de la santé publique sont abrogés. Au moment de la rédaction des rapports, ces deux derniers textes étaient en vigueur.

¹⁴ Elles apparaissent nettement à la lecture des rapports. Les données sont communiquées et analysées dans la dernière partie du document.

troisième, une même organisation semble en place mais on constate l'installation de chambres d'isolement dans quasiment la totalité des unités ; ce qui tendrait à montrer que des patients peuvent toutefois y être hospitalisés et mis à l'isolement. Les rapports émanant des autres établissements n'apportent quasiment aucune précision de cet ordre.

Etablissement	Population adulte de la zone d'intervention	Lits d'hospitalisation	Journées en SSC	Journées en SSC pour 10 000 h	Espace d'apaisement	Chambre d'isolement	EACI	CI / Lits	CI / 10000h	CI / 10 000 Journées en SSC
FBS	185 598	146	8 434	454	2	8	0,25	5,48%	4,31	9,49
AHB	122 144	160	22 460	1 839	7	9	0,78	5,63%	7,37	4,01
Saint-Jean-de-Dieu	227 808	184	10 543	463		4		2,17%	1,76	3,79
CH de Lanterneau	56 748	47	3 321	585	1			2,13%		
CH Pays de Morlaix	150 426	193	9 879	657	4	4	1,00	2,07%	2,66	4,05
CHRU de Brest	243 663	217	14 694	603		3	0,00	1,38%	1,23	2,04
EPSM Sud-Finistère	234 132	173	11 380	486	3	4	0,75	2,31%	1,71	3,51
GH - Bretagne Sud	49 300	68	2 870	582						
CH Guillaume Régnier	690 910	471	52 732	763						
CHIC Redon Carentoir	61 344	17	2 283	372		1	0,00	5,88%	1,63	4,38
GH Rance Emeraude	130 367	80	3 439	264	4	2	2,00	2,50%	1,53	5,82
EPSM Bretagne Sud	188 197	153	17 459	928	5	5	1,00	3,27%	2,66	2,86
EPSM Saint-Avé	336 213	218	34 825	1 036	2	5	0,40	2,29%	1,49	1,44
Bretagne	2 676 851	2 127	194 319	726	28	45	0,62	2,12%	1,68	2,32

Source : SAE2024

Avec des données plus précises, il serait alors possible d'avoir une vision globale qui permettrait de savoir si le recours à l'isolement est plus fréquent dans les établissements accueillant des patients en soins sans consentement dans l'ensemble de leurs unités d'hospitalisation que dans ceux qui ne les prennent en charge que dans des unités fermées mais adaptées à leur accueil. On peut observer en effet que les trois établissements mentionnés précédemment déclarent un faible nombre de journées de soins sans consentement mais aussi de faibles recours à l'isolement et à la contention.

Il serait intéressant aussi de disposer d'informations sur l'organisation de la prévention des fugues¹⁵ et un éventuel lien entre ce phénomène et le recours à l'isolement.

Toujours pour disposer d'une vision globale, les établissements pourraient préciser la manière dont ils envisagent la sécurisation de leurs sites. En effet, on ne sait si les établissements, qui n'opèrent pas de distinction nette entre unités fermées et unités ouvertes, sécurisent par ailleurs leur site par un contrôle des accès à celui-ci ; la liberté d'aller et venir étant alors possible pour les personnes en soins sans consentement sur le site de l'établissement.

Il apparaît une situation particulière au sein d'un pôle du CHGR qui déclare une unité fermée de 8 lits sous l'appellation d'unité de soins intensifs¹⁶. Il est aussi indiqué que dans

¹⁵ Un établissement de la région a été condamné par le CE en 2019 pour des dégâts provoqués par un patient hospitalisés en soins sans consentement alors qu'il était en fugue.

¹⁶ La caractéristique de cette unité est incertaine car elle ne relève pas de la nomenclature des activités autorisés précisés en 2023 par l'arrêté ministériel du 28 septembre 2022. Elle ne peut être une unité dans laquelle l'ensemble des patients hospitalisés en soins sans consentement de ce pôle puisque la part des journées en soins sans

ce pôle, « sur les 80 lits, une seule chambre pourra accueillir un patient nécessitant des contentions » sans qu'il soit précisé si cette dernière est une chambre d'isolement ni tel est le cas, si elle est la seule chambre d'isolement de l'unité.

2.2. L'organisation des espaces particuliers présents dans les unités accueillant des patients en soins sans consentement.

En premier lieu, il a été examiné si des établissements apportaient des précisions sur la manière dont se distribuent les différents espaces mentionnés à l'article D.6124-265¹⁷ au sein de leurs unités accueillant des patients en SSC dans la mesure où cette configuration au sein de l'unité n'est pas sans effet sur les patients et particulièrement sur ceux qui sont hospitalisés pour de longues durées.

Quelques établissements font état de la présence d'espaces d'apaisement au sein de leurs unités sans pour autant en préciser les caractéristiques¹⁸, ni leur implantation au sein de l'unité. Un ou deux établissements associent à ces locaux les espaces snoezelen. Il convient cependant de rappeler que les espaces d'apaisement sont une alternative à la mise à l'isolement dans un espace dédié ; ils ne peuvent être un lieu où se pratique l'isolement et encore moins la contention.

Alors que la HAS recommande un emplacement de la chambre d'isolement à proximité de la salle de soins afin de permettre une surveillance rapprochée, un établissement a fait un choix intéressant. Tout en satisfaisant à cette demande, il a installé ces deux chambres d'isolement dans un espace éloigné des autres chambres et accessible directement depuis l'extérieur. Cette organisation spatiale permet une relative « étanchéité » phonique entre les chambres d'isolement et le reste de l'unité. Pour compenser ce relatif « isolement », cet établissement a choisi de privilégier une

consentement au CH-GR est proche de 30%. De plus, les quelques établissements qui déclarent en France des USIP adhèrent en majorité à une association qui vise à promouvoir ce type d'unités pour des niveaux de population plus large que celle desservie par ce pôle et qui viendrait se placer dans l'organisation des soins entre les unités classiques de secteur et les UMD. L'Unafam a signé en 2022 une pétition demandant le moratoire sur ce type d'unités au motif qu'elles conforteraient le recours à des méthodes coercitives.

¹⁷ Article D6124-265

Les unités d'hospitalisation comprennent, outre les locaux mentionnés à l'article D. 6124-257 :

1° Un ou des espaces d'apaisement, adaptés à la nature de la prise en charge des patients et au projet thérapeutique mis en œuvre, permettant des échanges avec le psychiatre ou avec un autre professionnel à l'écart des autres patients ;

2° Une ou plusieurs chambres d'isolement individuelles. Chaque chambre d'isolement dispose d'une luminosité naturelle, d'une aération, d'un dispositif d'appel accessible, de sanitaires respectant l'intimité du patient et sa dignité, d'un point d'eau, d'une horloge indiquant la date et l'heure et du mobilier adapté à l'état clinique du patient ;

3° Un espace d'accueil de l'entourage du patient permettant des visites dans l'intimité et respectant la confidentialité des échanges et notamment les rendez-vous avec les avocats ;

4° Un espace extérieur sécurisé.

Le titulaire de l'autorisation s'assure que l'aménagement des locaux permet la libre circulation des patients entre les différents lieux de soins de l'unité mentionnés à l'article D. 6124-257 et au présent article.

¹⁸ Des établissements apportent des précisions mais plutôt dans le cadre de projet d'équipements : équipement audio-visuel, couvertures lestées.

surveillance continue depuis la salle de soins par vidéo-surveillance¹⁹. Toutefois, cette distribution des espaces permet un accès direct à une courette à l'air libre aux patients placés en chambre d'isolement pour s'aérer ou fumer. A l'exception de cet établissement aucun autre rapport n'apporte de précisions sur l'implantation des chambres d'isolement au sein des unités.

Alors que le soutien des familles est considéré comme un excellent facteur de prévention des rechutes en psychiatrie, les établissements n'évoquent pas dans leurs rapports la présence d'espace d'accueil de l'entourage au sein des unités accueillant des patients en SSC.

A l'exception de l'établissement évoqué précédemment, les rapports des autres établissements ne décrivent pas la manière dont les patients placés à l'isolement peuvent bénéficier d'un accès à l'espace extérieur sécurisé dès lors qu'il existe. On peut aussi supposer que la présence d'un espace extérieur sécurisé peut être un facteur favorisant un apaisement au sein de l'unité et par la même une source de bien-être pour certains patients et contribuer à prévenir des comportements violents.

2.3. Peu de précisions sont apportées sur les chambres d'isolement.

En premier lieu, il convient de rappeler que la recommandation de la HAS prévoit que l'isolement se fait dans un espace dédié. La réglementation précise aussi que cet espace dédié se dénomme la chambre d'isolement et non « la chambre de soins intensifs ». Ainsi, il n'est plus possible, comme le déclare un établissement de procéder à l'isolement dans 5 catégories d'espace que peuvent être « un espace d'isolement, un espace d'apaisement, un espace de contention, une chambre de surveillance et une chambre hôtelière standard. » On peut toutefois admettre la dénomination « chambre de sécurité » adoptées par un établissement pour éviter la dimension négative du terme isolement.

A cet égard, il serait souhaitable que les établissements soient plus précis sur le dénombrement de ces espaces dédiés à l'isolement car on a pu remarquer des écarts en matière de recensement au sein même de certains rapports. On peut formuler le vœu que les déclarations faites dans le rapport soient en conformité avec celles apportées dans le cadre de la SAE puisque depuis 2024, les établissements sont tenus d'y préciser le nombre de ces espaces comme celui des espaces d'apaisement.

En dehors de mentions sur la nécessité de les moderniser, voire assez rarement sur la manière de les rendre conformes aux exigences formulées dans l'article évoqué précédemment et introduit dans le code de la santé publique en septembre 2022, et à l'exception de l'établissement déjà évoqué précédemment, aucun établissement ne décrit l'organisation des chambres d'isolement en fonction des exigences formulées dans le 2° de l'article D.6124-265 comme la présence d'un dispositif d'appel, de sanitaires respectant l'intimité du patient et sa dignité, d'un point d'eau. Toutefois quelques rapports mentionnent la présence d'une horloge au sein la chambre d'isolement. On peut imaginer que toutes les chambres d'isolement bénéficient d'une luminosité naturelle et d'une aération car ces manquements auraient été soulevées par les CDSP voire par le CGLPL.

¹⁹ On sait le CGLPL mesuré sur cette modalité de surveillance.

En outre, aucun établissement ne décrit la manière dont les patients placés à l'isolement prennent leurs repas et ainsi savoir si le repas se prend dans la chambre, dans un sas, dans un local adjacent dédié à cet effet. Il est rarement précisé comment les patients peuvent se laver, se doucher. Pratiquement aucun établissement ne précise comment se concilient la nécessaire surveillance du patient et le respect de son intimité et de sa dignité lorsqu'il doit satisfaire à ses besoins naturels. Très peu d'établissements précisent si les chambres sont équipées de sanitaires, si ces derniers sont visibles à travers un oculus placé dans la porte d'entrée ou dans le champ d'une caméra de vidéosurveillance.

Quasiment aucun établissement n'apporte de précisions sur le couchage présent dans la chambre d'isolement et sa compatibilité avec des exigences de sécurité pour la prévention de l'automutilation ou le passage à l'acte suicidaire. Il n'est pas non plus précisé la tenue remise aux patients placés à l'isolement si ce dernier présente un risque suicidaire.

S'agissant de la contention, quelques établissements précisent le type d'équipement dont ils sont dotés mais aucun ne précise la manière dont sont conservés ou stockés ces équipements nécessairement présents à proximité de la chambre d'isolement.

2.4. Les conditions d'accueil des personnes en situation de crise sont évoquées par quelques établissements.

Tant les rapports qu'une analyse rapide des données tendent à montrer, fort heureusement, qu'aucun établissement dans la région n'inscrit le passage dans la chambre d'isolement comme une étape obligée lors de l'admission des patients en soins sans consentement.

Beaucoup d'établissements font valoir l'existence de procédures encadrant le recours à l'isolement et à la contention souvent de manière très détaillée parfois au risque de reprendre in extenso des passages de la recommandation de bonne pratique de la HAS. La majorité de ces procédures ont une visée opérationnelle, permettant aux professionnels de respecter les règles légales ou d'utiliser à bon escient les outils informatiques mis à leur disposition dans le but de prévenir tout risque de mainlevée. Quelques-unes portent sur la nécessité de bien analyser le bénéfice-risque avant le recours à une mesure de coercition et notamment de bien prendre en compte son caractère « adapté, nécessaire et proportionné ». Ces mêmes rapports soulignent l'importance d'une réflexion collective au sein de l'équipe pluriprofessionnelle avant la mise en œuvre de toute mesure.

Aucun établissement ne précise si des pratiques différentes s'appliquent selon que la violence du patient s'exprime au moment de l'admission ou à l'occasion de séjours prolongés ; or ces deux moments différents sont selon la littérature²⁰ les plus propices à la manifestation d'une agressivité aux effets délétères. Ainsi, pratiquement aucun rapport ne mentionne les conditions dans lesquelles les patients provenant des services de médecine d'urgence et pour lesquels une orientation en soins sans consentement a été

²⁰ Note de cadrage de la HAS 2014 ; guide méthodologique : mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie HAS, septembre 2016.

initiiée au sein de ces services sont accueillis. A titre d'exemple, aucun établissement n'évoque la convention prévue à l'article D.6124-26-9 qui « *précise les modalités selon lesquelles la structure des urgences ou l'antenne de médecine d'urgence assure ou fait assurer, s'il y a lieu, le transfert des patients dont l'état exige qu'ils soient pris en charge par un établissement de santé autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie, dans le respect des dispositions du second alinéa de l'article L. 3211-1 et de l'article L. 3222-1.* ».

Un établissement a intégré lors de la conception du bâtiment l'accueil de patients agités et devant être placés à l'isolement lors de leurs admissions. Ainsi les chambres d'isolement sont situées à proximité d'une entrée réservée à l'accueil de ces personnes, accessible par une ambulance. Cette organisation spatiale permet d'éviter lors de l'admission que ces patients perturbent le fonctionnement du reste de l'unité. Cet espace est suffisamment grand et isolé pour permettre un entretien lors de l'accueil du patient.

Des établissements mentionnent l'existence de locaux adaptés à l'entretien d'accueil du patient.

De la même manière, seuls quelques hôpitaux font état de la manière dont un patient admis en soins libres peut se voir imposer des mesures coercitives. Un établissement, dans lequel de nombreuses mesures coercitives sont initiées pour des patients en soin libre n'apporte quasiment pas de précisions sur la manière dont il fait en sorte que ces mesures s'inscrivent dans un cadre légal dans des délais nécessairement rapprochés.

Les quelques établissements où le recours à l'isolement est élevé n'apportent pas de précisions sur les conditions dans lesquelles il peut se pratiquer en dehors des espaces dédiés. Un établissement où le recours à ces pratiques semble différent entre la nuit et le jour n'apporte aucune précision à ce sujet dans son rapport.

On peut souligner que dans une volonté de transparence, quelques établissements font figurer en annexe à ce rapport les différents protocoles mis en œuvre. Cette méthode a aussi l'avantage de ne pas encombrer le texte du rapport par de trop nombreux rappels des dispositions légales.

2.5. L'engagement de la mesure : la décision médicale

Certains rapports consacrent quelques développements aux conditions dans lesquelles le praticien est conduit à décider d'une mesure. Ils soulignent que la décision est engagée après un échange au sein de l'équipe soignante de sorte de s'assurer que cette décision est bien « adaptée, nécessaire et proportionnée ».

En premier lieu, aucun établissement ne précise la manière dont est assurée la permanence médicale alors que la présence des médecins au sein de l'hôpital est déterminante pour une évaluation continue du patient particulièrement la nuit ou les week-ends et jour fériés. La garde apparaît plus particulièrement souhaitable pour apprécier la pertinence du maintien de la mesure pour les patients placés sous contention puisque celle-ci « fait l'objet de deux évaluations par douze heures ». Pour autant, des informations sont apportées par ailleurs par les établissements dans le cadre de l'enquête annuelle réalisée par la DRESS auprès des établissements de santé,

dénommée SAE²¹. En examinant les déclarations des établissements, on peut tout d'abord observer que deux établissements n'apportent aucune précision à ce sujet et que seulement quatre établissements déclarent avoir mis en place une garde sur place.

Nom	Existence d'une garde senior 24h/24 ?	Existence d'une astreinte senior 24h/24 ?
FBS	Non	Non
AHB		
Saint-Jean-de-Dieu	Oui	Oui
CH de Landerneau		
CH Pays de Morlaix	Non	Oui
CHRU de Brest	Oui	Non
EPSM Sud-Finistère	Non	Non
GH - Bretagne Sud		2 Oui
CH Guillaume Régnier	Oui	Oui
CHIC Redon-Carentoir	Non	Oui
GH Rance Émeraude	Non	Oui
EPSM Charcot de Caudan	Oui	Oui
EPSM Saint-Avé	Non	Oui

Source : SAE2024

Il serait utile que les établissements précisent comment ils s'assurent du respect des obligations légales en matière d'évaluation des mesures et surtout pour éviter le prolongement de mesures au-delà du nécessaire.

Quelques établissements apportent des précisions sur les conditions dans lesquelles le placement peut être réalisé en urgence. Un établissement indique par exemple que « *la décision peut être prise par l'équipe paramédicale en urgence, dans les conditions prévues à l'article R.4301-3²² du CSP.. ou par un interne ou par un médecin non psychiatre, dans l'heure qui suit. Cette confirmation peut se faire par téléphone (si décision de l'interne ou d'un médecin non psychiatre) en fonction des informations échangées.* » Cette affirmation appelle quelques interrogations. Ainsi comment peut être tracée dans le dossier patient informatisé une confirmation téléphonique sauf à ce que l'établissement mette à la disposition des praticiens en astreinte à domicile ou présent sur un autre site de l'établissement un accès au dossier du patient informatisé (DPI) par un lien sécurisé leur permettant de valider l'initiative prise par les paramédicaux ou les autres personnels médicaux de sorte « que cette prescription soit tracée dans le dossier du patient, nominative, horodatée et signée » ? Il serait donc pertinent que dans leurs rapports les établissements précisent comment ils s'assurent que les deux évaluations par 24 heures pour l'isolement et surtout les deux évaluations par douze heures pour la contention sont réalisées.

On peut penser que les établissements ayant envisagé cette modalité pourront la revoir en intégrant le récent arrêt de la Cour de cassation du 24 septembre 2025 qui considère que l'interne, qu'il soit ou non docteur junior, peut par délégation mettre en œuvre une procédure d'isolement ou de contention dès lors qu'il est bien identifié et que son

²¹ SAE : Statistique annuelle des établissements

²² Cette interprétation est très extensive à double titre. Cet article vise les IPA et secondairement n'autorise ces derniers à agir en de la sorte uniquement dans le cadre des services de médecine d'urgence.

« évaluation » fait l'objet d'une supervision par le médecin psychiatre qui lui a délégué cette tâche.

Quelques établissements indiquent appliquer les dispositions de la recommandation de la HAS relatives aux modalités de mise en œuvre et notamment l'entretien et l'examen médical dans le but d' « *évaluer l'état mental, émotionnel et physique du patient, ... d'expliquer au patient les raisons de la mesurer, ... d'expliquer la surveillance, ... discuter avec l'équipe soignante, ... des facteurs déclenchants de l'épisode, ... et d'identifier les soins permettant d'accélérer la levée de l'isolement ou de la contention mécanique.* » Peu d'établissements indiquent dans le rapport la mobilisation d'alternatives à l'isolement alors que selon le formulaire-type²³ proposé par le ministère de la santé dans le cadre de la saisine du juge sont clairement identifiées : « intervention verbale, désescalade, temps calme, espace d'apaisement, entretien avec un soignant, médicaments ».

Une fois la décision prise, les établissements ont une obligation d'informer les proches du patient à partir du moment où elle est renouvelée. Plusieurs établissements déclarent y accorder une attention particulière.

2.6. La surveillance pendant l'application des mesures coercitives

Dans la mesure où l'article L.3222-5-1 est venu indiquer, immédiatement après les conditions dans lesquelles le recours à ces pratiques étaient possibles, que « *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* », certains établissements apportent des précisions à ce sujet. Comme pour le point précédent, quelques établissements soulignent que les recommandations de la HAS en matière de surveillance sont bien mises en œuvre. Ils soulignent notamment l'importance qu'ils attachent à la surveillance de l'état somatique du patient.

En revanche peu d'établissements précisent la manière dont est respectée la surveillance « au moins toutes les heures » recommandée par la HAS. Il apparaît toutefois qu'un établissement déclare le faire dans le cadre d'une vidéosurveillance alors que la HAS considère que cette modalité ne peut remplacer « *une surveillance physique et une interaction relationnelle* ». Le CGLPL considère même que cette pratique porte atteinte à la dignité de la personne en plaçant le patient sous le contrôle continu d'un tiers.

Alors que bon nombre d'établissements déclarent tenir des commissions de retour d'expérience dans le cadre des événements indésirables graves, aucun établissement n'indique comment il prévient le passage à l'acte suicidaire. Ce silence est étonnant car ce sujet donne généralement lieu à des échanges au sein des comités d'éthique. La question des tenues des patients admis en chambre d'isolement n'est quasiment pas évoquée : mise en pyjama, tenue indéchirable.

²³ Annexe 3 de l'instruction de l'instruction du 22 mars 2022 : « Formulaire-type relatif à la saisine du juge des libertés et de la détention relative à une mesure d'isolement et/ou de contention.

2.7. Des actions menées après l'épisode de mise à l'isolement ou sous contention.

Quelques établissements déclarent dresser en réunion d'équipe un bilan sur le passage du patient en chambre d'isolement ou sous contention pour en apprécier la pertinence et les éventuels effets mais aussi pour prévenir la récurrence d'un tel épisode. Ces mêmes établissements indiquent organiser des temps d'échange avec le patient sur sa perception de ce moment si singulier. Un établissement déclare même construire des règles relatives à ces échanges en associant à leur définition les représentants des usagers. Cette modalité apparaît particulièrement intéressante car certains de nos proches qui ont connu de tels épisodes en gardent un mauvais souvenir et déclarent même en avoir été traumatisés au point pour certains de refuser les soins.

2.8. Peu d'informations sur les conditions dans lesquelles les juges et les familles sont informés ou saisis des mesures.

Si quelques établissements communiquent des données quantitatives sur les mesures qui ont fait l'objet d'informations ou de saisines auprès du juge judiciaire, aucun établissement n'évoque la manière dont les procédures sont engagées ni les conditions dans lesquelles les proches et les patients concernés par ces mesures y sont associés.

On aurait pu s'attendre à quelques développements sur les éventuelles difficultés que posent ces modalités d'information à l'égard du patient (III de l'article R.3211-31-1) et des familles (I du même article). Les modalités dans lesquelles le greffe communique avec le patient sur la possibilité de se faire assister par un avocat et surtout les conditions matérielles dans lesquelles les avocats peuvent s'entretenir avec le patient, y compris lorsque le médecin a pu certifier que le patient n'est pas en mesure de se présenter à une audience pourraient aussi être évoquées.

2.9. Des populations spécifiques : les mineurs et les détenus

Plusieurs établissements abordent les conditions de mise à l'isolement des mineurs. Il s'agit principalement des établissements dotés d'unités d'hospitalisation réservées aux adolescents. Toutefois, les établissements ne disposant pas de l'autorisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et non dotés d'unités qui leur seraient réservées, n'apportent pas de précision sur la convention mentionnée au troisième paragraphe de l'article R.6123-200²⁴. En revanche, quelques établissements soulignent que les mineurs placés en chambre d'isolement ou sous contention mécanique font systématiquement

²⁴ **Sous-section 4 : Soins sans consentement**

Article R6123-200

Création Décret n°2022-1263 du 28 septembre 2022 - art. 1

A titre exceptionnel, un mineur de plus de seize ans peut être pris en charge par un titulaire de la mention " soins sans consentement " et de la mention " psychiatrie de l'adulte ". Le titulaire doit disposer d'une convention établie avec un titulaire de la mention " psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent " prévoyant les modalités de prise en charge et de transfert du patient.

l'objet d'une hospitalisation en soins à la demande du représentant de l'Etat comme la Cour de cassation l'a recommandé dans un avis du 18 mai 2022.

Plusieurs établissements déclarent placer systématiquement les détenus hospitalisés admis dans leurs services dans des chambres d'isolement pour prévenir toute tentative d'évasion. Pour autant, ils ne précisent pas si le placement des détenus fait l'objet d'un recensement dans le registre de l'établissement. Aucun établissement ne détaille les motifs qui les ont conduits à admettre des patients incarcérés alors que des dispositifs spécifiques leur sont réservés comme les unités sanitaires en milieu pénitentiaire, voire le service médico-psychologique régional (SMPR) ou l'unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) du CH Guillaume Régnier.

3. L'évaluation.

La notion d'évaluation peut renvoyer à des interprétations différentes. Pour certains rédacteurs, elle a simplement consisté à présenter les données émanant du dossier patient informatisé. D'autres ont considéré que l'évaluation porte sur l'analyse des processus ou sur les retours d'expériences. Sans trancher sur la pertinence de chacune de ces approches, le choix a été fait de les examiner toutes les deux. Aussi dans un premier temps, une attention est portée aux données quantitatives que les instructions ministérielles recommandaient de faire figurer dans leurs rapports et celles qu'elles doivent transmettre à l'agence technique de l'information hospitalière. Dans un second temps, le regard est porté sur les évaluations conduites au sein des établissements dans le cadre des procédures qualité.

3.1. Les évaluations quantitatives.

Tout d'abord, il est intéressant d'observer les données communiquées dans les rapports puis au vu de celles-ci de s'interroger sur leurs qualités et enfin d'examiner l'analyse qu'en font les établissements en regard de l'objectif du rapport : la réduction du recours à l'isolement et à la contention.

3.1.1. Les données présentées

Pour la plupart d'entre eux, les établissements communiquent de manière plus ou moins exhaustives les informations figurant dans les deux instructions ministérielles s'adressant aux établissements pour la réduction du recours à l'isolement et à la contention. Deux établissements sur les 12 ont pris l'initiative d'ajouter aux indicateurs recommandés par le ministère dans ces deux instructions des informations supplémentaires figurant dans le recueil d'informations communiqué à l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH) dans le cadre du recensement des informations médicales en psychiatrie (RIM-P).

- Les informations relatives aux indicateurs mentionnés dans les instructions.

A la lecture des rapports, on observe une grande diversité dans la présentation des données relatives aux pratiques d'isolement et de contention. Certains établissements présentent des tableaux reprenant les indicateurs mentionnés dans les instructions de 2017 et 2022. D'autres font le choix de les énumérer de manière exhaustive pendant que d'autres priorisent des données unités par unité. Un établissement ne présente aucun tableau.

La plupart des établissements s'attachent à respecter la nomenclature proposée par la DGOS en 2017 puis reprise en 2022 en distinguant l'isolement en espace dédié (A),

l'isolement en espace non dédié (B), la contention mécanique en espace dédié (C), la contention mécanique en espace non dédié (D) et la contention ambulatoire (E)²⁵. Il détaille le plus souvent pour chacune de ces catégories, le nombre de patients concernés, les mesures, ainsi que leurs durées. La plupart présente aussi les valeurs moyenne, maximale et minimale relative à la durée d'application des mesures. Quelques établissements ont aussi communiqué les indicateurs introduits par l'instruction du 29 mars 2022 relatifs au placement en isolement de plus de 48h et de plus de 72 h et les mesures de contention supérieures à 24h et 48h ; délai enclenchant les mesures d'information puis de saisine du juge. Aucun établissement n'a communiqué « le nombre d'agrégation de mesures d'isolement >48 et >72h sur 15 jours » ni « le nombre de mesures de contentions >24h et >48h sur 15jours ». Un établissement en revanche a communiqué le nombre de séquences par mesure.

Toutefois, seulement 4 hôpitaux ont présenté des tableaux permettant de disposer de tous les indicateurs et de calculer les ratios suggérés par la DGOS. Trois ont communiqué aussi des tableaux non exhaustifs ou pour l'un d'eux, agrégant les données d'isolation (A+B) et celles relatives à la contention (C+D+E). Enfin, 4 établissements n'ont pas présenté de tableaux synthétiques, tout en délivrant des informations sur chacun de leurs services interdisant ainsi d'avoir une vision globale puisqu'un patient peut, au cours d'une même année, avoir séjourné dans différents services. Un établissement présente les informations de manière tellement agrégée qu'on ne sait si une valeur moyenne pour des durées de séjour est relative aux mesures ou aux patients.

On peut suggérer aux établissements de présenter un tableau pour l'année en cours permettant de disposer à la fois de données et d'indicateurs comme l'a fait à titre d'exemple la Fondation du Bon Sauveur.

Synthèse de mesures d'isolement et de contention terminées en M12 2023 <i>Source Tableau [1.D.2.ISOCONT] - ATIH</i>	File Active	Nombre de séjours	Nombre de mesures	Nombre de séquences	Durée moyenne (en heure)	Durée Minimum (en heure)	Durée maximum (en heure)
En A : Mesure d'isolement dans un espace dédié : Un espace est dit dédié s'il est conforme aux recommandations de bonnes pratiques (RBP) de la HAS concernant les espaces dédiés à l'isolement	94	113	161	353	9,1	0	15,2
En B : Mesure d'isolement dans un espace non dédié : Tout espace (dont la chambre du patient) ne respectant pas les RBP de la HAS concernant les espaces dédiés à l'isolement	8	8	13	14	7,9	2	12
En C : Contention mécanique (non ambulatoire) : Fait référence à un patient en position allongée dans un lit avec sangle	30	33	50	112	4,6	0,5	6
En E : Contention mécanique ambulatoire : Exemple : vêtement de contention,...	2	2	2	2	2,5	2	3
En D : Contention mécanique autres : Tout moyen de contention qui ne relèverait pas du type « C » et « E » décrit au-dessus.	3	3	4	6	4,8	3	6

Ce dernier tableau serait utilement complété en ajoutant trois colonnes permettant de disposer des informations sur les placements dont la durée est supérieure aux bornes

²⁵ Annexe II de l'instruction du 29 mars 2017

évoquées précédemment (24h, 48h et 72h) quitte à griser les rectangles pour les valeurs non demandée pour la contention comme celle relative au 72h.

Les établissements pourraient ajouter ensuite dans leurs rapports d'autres tableaux ou des représentations graphiques faisant apparaître les informations significatives. Cette distinction entre des tableaux synthétiques et les commentaires apparaît véritablement nécessaire pour faciliter la lecture des rapports. Bien évidemment, cette observation ne vaut pas pour les rapports pauvres en information.

Une autre forme de présentation permet de disposer de séries historiques. Ces données permettent ainsi au lecteur de mesurer aisément les évolutions enregistrées et les efforts consentis par les établissements conjugués à la pertinence de la politique retenue par l'établissement pour réduire le recours aux pratiques d'isolement et de contention.

EPSM CHARCOT CAUDAN – BILAN DU REGISTRE CONTENTION ISOLEMENT	2020	2021	2022	2023
<i>Isolement espace dédié</i>				
Nombre d'espaces d'isolement :	5	5	5	5
Nombre de mesures d'isolement en espace d'isolement :	229	256	274	176
Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement :	138	156	147	111
Durée totale de ces mesures d'isolement (heure décimale) :	47337,1	24324,4	21840,5	32159,3
<i>Isolement hors espace dédié</i>				
Nombre de mesures d'isolement hors espace d'isolement :	105	53	26	29
Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement :	60	32	11	17
Durée totale de ces mesures d'isolement (heure décimale) :	41405,5	10688,2	501,1	1538,8
<i>Contention au lit espace dédié</i>				
Nombre de mesures de contention en espace d'isolement :	66	39	18	28
Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention :	27	23	13	23
Durée totale de ces mesures de contention(heure décimale) :	2941,3	1568,6	149,3	839,8
<i>Contention autres hors espace dédié et hors exception HAS</i>				
Nombre de mesures de contention:	11	3	11	3
Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention :	9	2	6	3
Durée totale de ces mesures de contention (heure décimale) :	7593	542,9	372,7	343,5
<i>Contention hors espace dédié selon exception HAS</i>				
Nombre de mesures de contention hors espace d'isolement :	0	0	1	4
Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention :	0	0	1	1
Durée totale de ces mesures de contention (heure décimale) :	0	0	8,8	10,2

On pourrait suggérer à l'EPSM de Caudan l'ajout de deux lignes supplémentaires permettant de disposer du nombre de patients en soins sans consentement et du nombre d'espaces d'apaisement.

Enfin quelques établissements communiquent des informations par service. Cette décomposition par unité semble indispensable dès lors que les unités sont spécialisées dans l'accueil de certaines populations. Le premier intérêt d'une telle présentation est de s'assurer de la cohérence entre les informations communiquées dans le registre avec les

commentaires portés dans le rapport. Par exemple, quand on rapporte le tableau présenté ci-dessous, élaboré à partir des données du registre²⁶ de l'EPSM de Bretagne sud, avec les commentaires formulés dans le rapport, on peut repérer quelques anomalies. Ainsi l'établissement déclare la présence de 5 chambres d'isolement alors que dans le registre figurent des isolements en espaces dédiés dans 6 unités fonctionnelles différentes.

L'intérêt d'une présentation détaillée réside aussi dans les particularités de certaines unités. En l'espèce, l'unité accueillant des adolescents enregistre des durées de placement à l'isolement bien plus courtes que dans les unités d'adulte ; ce qui n'est pas au demeurant souligné dans le rapport alors que cela montre tout l'intérêt d'une prise en charge adaptée. Il en va de même pour l'unité spécialisée dans l'accueil des personnes présentant des troubles envahissant du développement (TED) qui n'enregistre quasiment aucun placement en chambre d'isolement et un seul isolement hors espace dédié ; ce qui mériterait d'être souligné.

	PEA	Pôle 2		Pôle 3		Pôle 1		Pôle 5	
Unités fonctionnelles	323	1153	1193	1253	1293	1383	1393	1613	EPSM-FS
A- Isolement dédié									
Nombre de chambres d'isolement	1	1	1		1		1		5
Mesures d'isolement en espace d'isolement	58	10	41	5	8	0	62	0	184
Patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement									
Durée totale de ces mesures d'isolement (heure décimale)	1217	2686	4550	2051	7142	0	5618	0	23264
Durée moyenne par mesure	20,98	268,61	110,98	410,25	892,70		90,61		126,44
Durée moyenne par patient									
Durée minimale	0,50	4,00	1,00	4,00	67,00	0,00	1,00	0,00	0,50
Durée maximale	161,75	2478,75	413,25	1118,25	1817,00	0,00	610,00	0,00	2478,75
Mesures >48h	7,00	2,00	24,00	3,00	8,00	0,00	33,00	0,00	77,00
Mesures >72h	4,00	2,00	22,00	3,00	8,00	0,00	23,00		62,00
B- Isolement non dédié									
Nombre de mesures d'isolement en espace d'isolement	12	24	29	17	12	1	32	1	128
Durée totale de ces mesures d'isolement (heure décimale)									
	472,59	8914,41	8774,25	1686,63	2845,31	12,00	2460,17	12,00	25165,36
Durée moyenne par patient									
Durée minimale	1,93	0,73	3,00	5,00	10,00	12,00	6,00	12,00	0,73
Durée maximale	168,00	4668,00	3531,50	1105,45	1124,00	12,00	384,00	12,00	4668,00
Mesures >48h	2,00	11,00	17,00	4,00	6,00	0,00	12,00	0,00	52,00
Mesures >72h	2,00	10,00	15,00	2,00	4,00	0,00	8,00	0,00	41,00
Ratios									
Taux d'occupation des CI (Durée/CI*365*24)	13,89%	30,66%	51,94%		81,53%		64,13%		53,11%

²⁶ Depuis la modification intervenue avec la loi du 22 janvier 2022, l'article L.3222-5-1 précise que : « 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 ». Toutefois, en prenant en compte la décision du Conseil d'Etat du 18 novembre 2021, il apparaît que seul l'identification du patient, son âge, son mode d'hospitalisation, la date et l'heure de début de la mesure et sa durée peuvent figurer dans le registre. Or celui communiqué par l'EPSM de Sud Bretagne ne communique ni l'âge ni le mode d'hospitalisation dont on peut supposer qu'il renvoie à ce que le RIM-P dénomme comme le mode légal de soins puisque la seule forme d'activité dans lequel peut être prise une mesure d'isolement ou de contention est l'hospitalisation à temps complet. En revanche fort utilement il précise l'unité fonctionnelle dans laquelle est pris en charge le patient.

Il ressort aussi des données de cet établissement que la durée totale des mesures d'isolement, quelle que soit la modalité, y est nettement moins élevée dans un pôle que dans les deux autres ; ce qui mériterait ici d'être expliqué. La commission des usagers de chaque établissement est en droit de disposer d'informations sur le recours à l'isolement et à la contention pratiqué dans les différentes unités de l'établissement pour fonder ses avis et demandes dans le but de contribuer à la définition du programme d'amélioration de la qualité des prises en charge. Si ces données par unité fonctionnelle comportent des biais pouvant provenir de l'accueil de patients ne relevant pas du pôle ou du secteur où ils sont pris normalement en charge, les représentants des usagers sont fondés alors à obtenir des informations par unité de rattachement et non par unité de prise en charge.

Autre observation intéressante et qui vaut aussi pour d'autres établissements : si on peut comprendre que dans une unité fonctionnelle des isolements soient pratiqués hors espace dédié dans la mesure où le taux d'occupation apparent de la chambre d'isolement est de 81%, il est plus difficile de comprendre le niveau élevé de l'isolement hors espace dédié dans des unités fonctionnelles dont les chambres d'isolement sont utilisées faiblement comme on le constate particulièrement dans une autre unité. Ces singularités mériteraient d'être expliquées voire justifiées dans le rapport présenté devant les instances de l'établissement.

De manière assez générale, on peut observer que beaucoup de rapports présentent des données sans nécessairement en expliquer les singularités. Cela vaut particulièrement pour les séries historiques présentées par certains établissements²⁷.

On peut aussi observer que quelques établissements continuent à présenter la répartition des mesures par heure, par jour de la semaine, par sexe/genre, comme le recommandait l'instruction de 2017.

- Les informations complémentaires issues du RIM-P

Dans la note d'information du 9 mai 2022, le ministère a précisé les informations que les établissements devaient communiquer à l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH) dans le cadre du recensement des informations médicales en psychiatrie (RIM-P)²⁸. Ces informations sont précisées au point VI en distinguant celles relatives au registre de celles remontées à l'ATIH sous la forme d'un fichier dénommé « Fichcomp isolement et contention ». Plus précisément, ce fichier intègre des informations supplémentaires sur le mode légal sous lequel le patient a été admis en SSC, le motif de la mesure d'isolement ou de contention, le diagnostic principal du patient, la prise de toxique et l'antériorité de soins au bénéfice du patient. Ces informations complémentaires ont l'intérêt d'apporter un éclairage permettant la

²⁷ Il faut remercier les deux établissements qui ont communiqué leurs registres et ainsi se sont exposés à une lecture critique. Or, celle-ci est nécessaire pour que petit à petit la qualité des rapports s'améliore et participe ainsi à l'objectif auquel adhèrent tous les acteurs, représentants d'usagers, pouvoirs publics, professionnels de santé : la réduction du recours à des pratiques coercitives, très souvent perçues comme traumatisantes par les personnes concernées, quand bien ces personnes n'en contestent pas l'utilité a posteriori. Dans l'autre établissement, on a pu observer que des mesures de contention étaient appliquées à des patient qui n'étaient pas à l'isolement, sauf à considérer alors que ces mesures de contention relevaient de la catégorie E ; catégorie qui n'était pas distinguée dans le rapport.

²⁸ Le RIMP est le versant pour la psychiatrie du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

compréhension de la situation ayant prévalu au moment la décision de mise à l'isolement ou sous contention.

Deux établissements ont intégré ces données complémentaires pour enrichir leur rapport. Ainsi un seul établissement a cherché à caractériser les motivations de la décision en regard de la violence manifestée par le patient ou du risque d'un passage à l'acte suicidaire. Cet établissement a présenté une répartition des principaux motifs par unité sans toutefois en dégager des conclusions pour la prise en charge des patients. Toutefois, le recensement des motivations permet de mettre en évidence qu'un peu plus d'un quart des décisions n'entrent pas dans la nomenclature proposée par le Ministère alors que celle-ci semble assez large pour ne pas dire exhaustive. De manière générale, on peut s'étonner de l'absence d'analyse de la motivation alors que celle-ci figure sur le formulaire-type relatif à la saisine du juge.

Deux établissements ont proposé une répartition des placements à l'isolement ou sous contention en les mettant en rapport avec la pathologie du patient. On peut simplement regretter que dans cette démarche originale les établissements ont fait des choix différents pour la présentation des données relatives aux pathologies. L'un d'entre eux a retenu la nomenclature du Fich comp alors que le second présente les données selon les catégories de la CIM-10. Or ces deux nomenclatures ne se recoupent pas en totalité même si les plus importantes sont bien identifiées. Il est donc difficile d'établir une parfaite comparaison entre les données issues de ces deux établissements. Ainsi pour le premier, il est possible de repérer les épisodes maniaques, les troubles affectifs bipolaires et les épisodes dépressifs qui sont regroupés dans la catégorie troubles de l'humeur (F3) pour l'autre établissement. Un autre regret peut être exprimé : les données communiquées ne portent que sur les mesures alors qu'il serait intéressant de les croiser avec les durées de mises à l'isolement ou sous contention.

3.1.2. La qualité des données peut être légitimement interrogée pour quelques établissements

La plupart des établissements évoquent l'évolution de leurs systèmes d'information et notamment l'intégration des données dans leur DPI. Cette particularité tient à la spécificité de la psychiatrie car les établissements spécialisés ont longtemps disposé de logiciels spécifiques à la cette discipline médicale.

Certains hôpitaux généraux déclarent utiliser un tableur (Excel) pour comptabiliser les données d'activité faute de développements adaptés au sein de leur dossier patient informatisé. Compte tenu de la complexité de la comptabilisation des mesures de mise à l'isolement et à la contention au sein d'un registre, il apparaît totalement inadapté de suivre ces données à l'aide d'un simple ordinateur. En l'espèce, les décisions médicales comme les informations relatives à la surveillance des patients ne sont pas horodatées. Cet état de fait explique sans doute la faiblesse des informations communiquées par deux établissements.

	AHB	FBS	FSJD	CH Morlaix	CHU de Brest	CH de Landerneau	EPSM de Quimper	GH-BS	CH-GR	GFH-RE	EPSM de Caudan	EPSM Morbihan
Cortexte		x										
Cariatide												
Sillage									x	x		x
Orbis	x											
Manuel					x			x				

L'usage fréquent du recours à l'isolement en dehors des espaces dédiés contribue à rendre peu lisible la pratique de l'isolement comme l'attestent les données publiées par les établissements. En effet, quand une personne est placée dans un espace dédié, il est aisé d'identifier l'existence d'un isolement mais lorsque cette mesure est pratiquée très largement en dehors d'un espace dédié, les limites entre l'isolement et la libre circulation au sein d'un espace fermé deviennent incertaines et par là le recensement des pratiques en devient plus difficile. D'autre part, comme la mesure qui est la donnée de base du registre peut être la somme de plusieurs séquences²⁹, une personne peut, pour une même mesure, avoir été successivement en chambre d'isolement ou dans un espace non dédié tout en restant dans la même unité. Ces incertitudes sont-elles à l'origine des écarts considérables observés entre les établissements ayant peu recours à l'isolement, réalisé essentiellement dans des espaces dédiés et ceux qui déclarent très majoritairement l'isolement pour des mesures mises en œuvre largement en dehors des chambres d'isolement ? Ce recours à l'isolement hors espace dédié est parfois déroutant quand on constate parallèlement des occupations très faibles des chambres d'isolement dans les établissements déclarant y avoir recours de manière importante.

Ce constat pose un problème de nature quasi éthique. Faut-il dans les établissements où cette pratique de l'isolement hors espace dédié est répandue demander la création de chambres d'isolement en un nombre conforme à l'importance des mesures prises ou tolérer cette pratique tout en fixant comme objectif une diminution drastique permettant à terme que l'intégralité des mises à l'isolement soit mise en œuvre au sein des seules chambres d'isolement ? Cette situation se pose avec acuité dans deux établissements, qui déclarent la majorité des isollements comme des contentions pratiquées au sein de leur service en dehors des espaces dédiés. Ces déclarations sont d'autant plus d'autant plus surprenantes que l'occupation de leurs chambres d'isolement est faible comme dans un établissement (1.83%) alors qu'en 2023, ce dernier déclare 576 mesures en B contre 61 en A ; le même constat est fait dans un autre établissement même si le taux d'occupation des CI y est nettement plus élevé (41%) sans qu'on y constate une sur-occupation. Cette situation est d'autant plus incompréhensible que la HAS, dans sa publication de 2017, classe parmi les priorités majeures, la recommandation de ne mettre en œuvre « l'isolement et la contention que dans un espace dédié avec des

²⁹ La différence entre mesure et séquence est clairement précisée dans la note d'information de la DGOS du 9 mai 2022.

équipements spécifiques » et que l’instruction du 29 mars 2017 reprend ces recommandations en affirmant que « tout isolement ne peut se faire que dans un espace fermé, dédié, aménagé pour cet usage, permettant une surveillance que les professionnels soignants...La sécurité du patient exige en effet un lieu adapté et dédié »

En outre, cette situation est d’autant plus étonnante que l’article D6124-257 du code de la santé publique prévoit que « chaque chambre individuelle est équipée d’un verrou permettant au patient de s’enfermer de l’intérieur et aux seuls soignants d’ouvrir la porte ; » dès lors, il conviendra que les portes des chambres standard dans lesquelles les patients sont mis à l’isolement, « en dehors d’un espace dédié » disposent d’un double système de fermeture !

3.1.3. L’analyse des données dans le rapport

Dès la première instruction datant de 2017, la DGOS recommandait aux établissements de calculer quelques indicateurs. Ces derniers avaient été pensés pour repérer les pratiques des établissements. Ainsi en demandant aux établissements de publier des données par jour de la semaine tant pour la mise à l’isolement que pour la levée de l’isolement, on pouvait ainsi repérer si les patients n’étaient pas maintenus sans véritable fondement à l’isolement ou sous contention par le simple fait de l’absence d’une présence médicale continue dans l’établissement. La même observation pouvait être faite pour les heures de la journée. Un examen des données tendait à montrer que les mises à l’isolement ou sous contention et surtout la levée de ces mesures coïncidaient généralement avec les moments de présence médicale dans les services³⁰. L’introduction d’un contrôle judiciaire par le législateur a conduit à un respect plus scrupuleux de la durée des mesures mais aussi de la pertinence de leur maintien.

Afin de les inciter à s’engager plus activement dans la réduction du recours à l’isolement et à la contention, il a été proposé aux établissements de produire des indicateurs pertinents devant leur permettre de dégager des axes d’amélioration. Mais comme aucune base de données nationales n’est disponible, l’analyse ne peut reposer que sur des comparaisons entre services d’un même établissement ou la constitution de séries historiques. Or, si la plupart des établissements mettent en perspective historique les indicateurs comme le nombre de mesures et la durée des mesures très peu procèdent à la présentation de données par service.

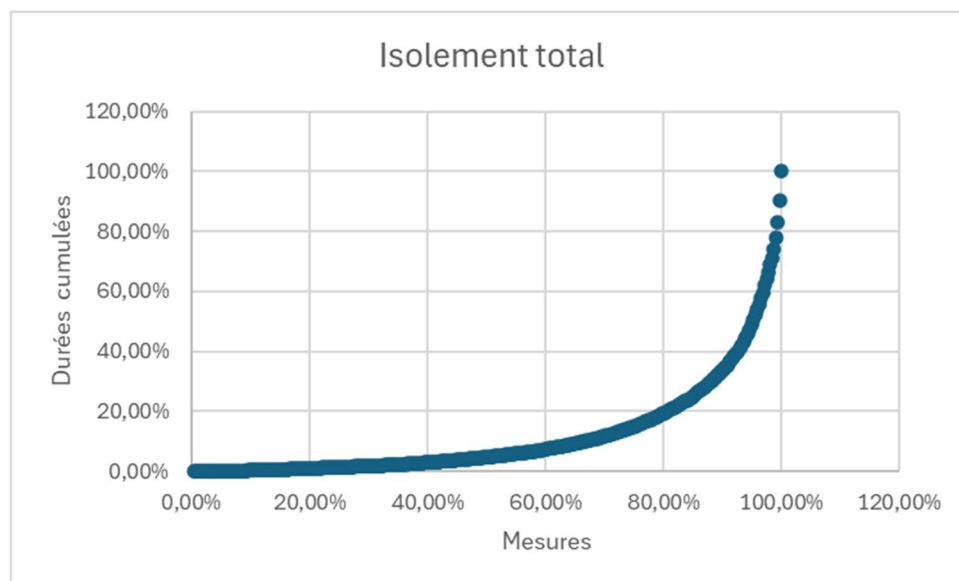
Données	AHB	FBS	FSJD	CH Morlaix	CHU de Brest	CH de Landerneau	EPSM de Quimper	GH-BS	CH-GR	GFH-RE	EPSM de Caudan	EPSM Morbihan
par nombre d'années	3	6	2	3	3		3	3	4	2	4	5
par service	x		x				x				x	x

³⁰ Les lundi se caractérisaient par un plus grand nombre de fin de mesures que d’engagement de nouvelles.

Mais, ces données ne donnent pas lieu à analyse et commentaire sauf pour se réjouir de la réduction quand elle est manifeste. Aucun lien n'est établi entre la mise en œuvre d'une action visant à la réduction aux recours à ces pratiques et les données quantitatives recueillies. Quelques établissements justifient des différences entre services par la nature de leurs prises en charge.

Ainsi pour reprendre l'exemple d'un établissement évoqué précédemment des différences importantes apparaissent entre les services d'hospitalisation pour adultes, y compris pour ceux exerçant la même activité de secteur. Or le rapport reste silencieux sur cette situation alors que la mise en évidence de pratiques différentes permettrait peut-être des pratiques produisant des effets positifs.

De la même manière, comme le montrent les données issues du registre annexé au rapport d'un établissement de dimension moyenne, la distribution des séjours de l'établissement, lorsqu'ils sont classés selon leur durée montre un nombre limité de mesures aux durées très longues et qui représentent une part essentielle des temps passés à l'isolement. Ainsi dans cet établissement, alors que la distribution est totalement conforme à la loi de Pareto, puisque 20% des mesures concentrent 80% de la durée globale des mises à l'isolement, aucune analyse n'est faite pour repérer les causes de cette distribution.



Cette forme de distribution permettant d'identifier sur quelle cause agir en priorité, il serait intéressant de rechercher les raisons qui expliquent d'un côté les très nombreuses mesures de courte durée et à l'opposé celles, en faible nombre, à l'origine des mesures très longues. Dans cette perspective, le croisement des informations portant sur la durée des mesures avec le diagnostic principal des patients pourrait délivrer des informations pertinentes. On peut imaginer que la réduction des mesures de courte durée supposerait d'agir à domicile pour prévenir les hospitalisations en situation de crise ou de prévenir les états d'agitation lors de l'accueil du patient. A l'inverse, pour les quelques patients placés pour de longue durée à l'isolement ou sous contention des solutions sont sans doute à envisager en matière d'offre de soins.

La même analyse pourrait être faite en décomposant la durée globale des mises à l'isolement ou sous contention non pas entre le nombre de mesures et la durée des

mesures mais entre le nombre de patients et la durée cumulée des mesures relatives à chaque patient. Cette approche permettrait d'identifier les patients cumulant un grand nombre de placement à l'isolement ou sous contention. On peut aussi observer que peu de rapports s'attachent à évaluer cette dimension.

De manière quelque peu différente comme on peut approcher le taux de ré-hospitalisation en rapportant le nombre de séjours au nombre de patients admis dans un service, on pourrait repérer le taux de ré-isolement en rapprochant le nombre d'isolement.

3.2. Les dispositifs d'évaluation qualitative

Beaucoup d'établissements font état dans le cadre de l'évaluation des pratiques de la mise en œuvre dans le cadre de leur politique qualité de l'organisation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) de comité de retour d'expérience (CREX), de l'évaluation régulière des fiches d'évènements indésirables ainsi que de l'analyse des plaintes et réclamations. Pour autant, les établissements ne donnent pas d'exemples concrets à propos de l'isolement et de la contention qui démontreraient en quoi ces différentes démarches ont produit des modifications dans l'organisation des prises en charge. Il est par exemple étonnant qu'aucun établissement n'apporte d'information sur des évènements indésirables graves qui auraient pu se dérouler à l'occasion d'un séjour d'un patient placé à l'isolement.

4. La politique en vue de la réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention

Cette partie est au cœur de la logique du rapport puisque ce dernier vise bien à limiter le recours aux pratiques d'isolement et de contention. Elle va être l'occasion de recenser les actions énoncées par les établissements et dans la mesure du possible d'en mesurer leur intérêt. En revanche, cet inventaire ne reprendra pas les actions engagées par les établissements pour se mettre en conformité à la réglementation. Mettre au norme une chambre d'isolement ne concourt pas à en limiter l'utilisation quand bien même cela est indispensable pour des raisons de sécurité. Créer une chambre d'isolement lorsque le placement à l'isolement en dehors des espaces dédiés est très important peut aussi se comprendre. Mais on s'accordera pour considérer qu'une telle création ne vise pas à en réduire l'usage. De la même manière l'intégration de développement informatique adapté au suivi des mesures d'isolement et de contention pour respecter les contraintes légales n'apparaît pas être une mesure contribuant à la réduction du recours à l'isolement même si ces adaptations sont impératives.

Dans cette partie, le recensement des mesures sera accompagné de l'avis de la délégation régionale de l'Unafam sur les différentes initiatives prises dans la région. Cette partie est aussi l'occasion d'affirmer notre souhait de voir certaines bonnes pratiques être largement diffusées dans la région. Au demeurant, on peut renvoyer à la lecture du « Guide méthodologique : Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie » publié par la HAS en septembre 2016. Il nous apparaît important aussi que les établissements différencient plus leurs actions en fonction des « populations » de patients auxquelles sont appliquées des pratiques coercitives les privant de leur liberté et de leur droit.

4.1. Mieux connaître la population placée à l'isolement ou sous contention.

Il apparaît nécessaire que les personnes accueillies en soins sans consentement soient mieux connues. Cette proposition qui peut surprendre des professionnels au contact quasi-quotidiennement des patients vise à mieux différencier les types de prise en charge au sein des unités. Comme le révèlent les données de deux établissements, les temps de mise à l'isolement ou sous contention se concentrent sur un nombre limité de patients. A l'opposé, un grand nombre de patients sont placés à l'isolement pour de courte, voire de très courte durée. Il serait sans doute intéressant de mieux identifier ces populations pour faire émerger des réponses qui leur soient adaptés. Une personne présentant des troubles sévères du spectre autistique pouvant être placée sous contention sur de longue durée ne requiert pas nécessairement les mêmes prises en charge qu'un patient dont l'agitation est conjoncturelle en lien avec une consommation ponctuelle de substances psychoactives. Cette tâche semble accessible car les données collectées dans le dossier

du patient informatisé et qui sont transmises à l'ATIH sont suffisamment riches pour identifier ces populations.

Si quelques établissements ont perçu l'intérêt de cette approche, il serait intéressant qu'elle soit développée et systématisée. La prochaine fédération régionale de recherche en santé mentale pourrait inscrire une telle démarche à son agenda³¹.

4.2. Prévenir le recours à l'isolement en prévenant l'hospitalisation sans consentement.

Pour les familles, l'hospitalisation en soins sans consentement est le plus souvent vécue douloureusement, quand bien même elle est nécessaire et d'autant plus difficile que très souvent elles ont été témoins de l'émergence de la crise sans que leurs appels à l'aide aient été entendus. Elles savent aussi que pour leurs proches concernés par la maladie, la mise à l'isolement et surtout la mise sous contention sont vécues souvent comme des moments traumatisants au point que de susciter une aversion aux soins. Il paraît donc important d'amplifier la transformation des établissements afin que les dispositifs ambulatoires y prennent une plus grande place. Même s'il n'existe pas de liens démontrés, au vu des données régionales, entre les interventions à domicile et le recours aux soins sans consentement, il apparaît toutefois que pour certains établissements cette organisation semble efficace.

Quelques établissements ont mentionné à juste titre ces nouvelles organisations comme s'inscrivant dans une logique de prévention du recours à l'isolement et à la contention. D'autres établissements où ces organisations se développent ne les mentionnent pas dans leur politique de réduction de l'isolement et de la contention.

Il convient donc que les CMP des établissements réservent des plages horaires pour des accueils sans rendez-vous auxquels auront aisément accès des patients en souffrance ainsi que leurs accompagnants, développent les équipes mobiles d'intervention intensive à domicile et favorisent la possibilité d'hospitalisation de jour pour des situations de crise.

On peut espérer que l'intégration au sein des services d'accès aux soins d'une composante psychiatrique, d'une filière psychiatrique³² concoure à prévenir le passage aux urgences en favorisant des prises en charge alternatives et plus particulièrement celles évoquées précédemment.

4.3. Trouver des alternatives aux séjours prolongés

Comme le montrent les données des patients sont placés à l'isolement ou sous contention pour des périodes très longues. Ces situations qui ne sont pas acceptables appellent des réponses de la part des établissements, mais aussi sans doute des

³¹ Ainsi la FERREPSY d'Occitanie a engagé une étude sur « la prévalence des mesures de contention et de mise en chambre d'isolement chez les mineurs en service de pédopsychiatrie et aux urgences ».

³² Instruction du 7 juillet 2025 relative au déploiement des filières psychiatriques du service d'accès aux soins (SAS) et Instruction du 4 novembre 2025 relative à la deuxième phase de délégation des crédits des dotations aux établissements de santé pour 2025 allouant 7,2M€ pour leur déploiement.

pouvoirs publics. Elles passent par des actions favorisant la réhabilitation des personnes concernées afin de leur permettre de rejoindre des structures médico-sociales ou même mieux des accompagnements dans la cité. Même si ce mouvement a été entamé, il doit se poursuivre. Les projets territoriaux de santé mentale comme le futur projet régional de santé doivent afficher cette orientation comme une priorité de santé publique.

Pour ces patients hospitalisés au long cours chez lesquels le risque de violence est avéré comme le montre la littérature, il convient aussi de favoriser une vie sociale plus riche en milieu hospitalier.

Pour notre association, malgré les tensions budgétaires rencontrées par l'assurance-maladie, des propositions doivent être faites à ces personnes.

4.4. Intégrer un accueil de qualité dans l'organisation du service

On peut considérer que les leviers repérés au cours de l'étude Plaidcare³³ que sont une relation de soin reposant sur une grande disponibilité des professionnels, un collectif de soin mobilisée autour d'un accueil de qualité et des espaces de vie permettant de créer du lien et des relations sociales devraient faire l'objet d'une grande attention. Ces éléments doivent se décliner sous des formes différentes.

Comme l'indique cette étude, les unités qui affichent un faible recours à la contention ont des professionnels disponibles à l'égard des patients avec une présence dans les espaces de vie pour favoriser une relation thérapeutique. Les professionnels doivent aussi être formés plus particulièrement à la prévention et à la gestion de la violence. De ce point de vue, les séances de formation OMEGA³⁴ pratiquées dans la quasi-totalité des établissements de la région révèlent un engagement pour la maîtrise de cette bonne pratique par le plus grand nombre de professionnels.

Cette disponibilité peut se concrétiser dès l'admission du patient avec un entretien d'accueil dans des locaux adaptés.

Des activités doivent être proposées pour prévenir le désœuvrement des patients qui est souvent à l'origine de tensions. Des activités doivent être proposés aux patients. Ainsi, il faut se réjouir de la création dans un des établissements d'une équipe pluriprofessionnelle associant notamment une psychomotricienne et un éducateur sportif intervenant auprès des patients placés à l'isolement pour réduire les tensions. La création de dispositifs spécialisés au sein des établissements pour favoriser la pratique sportive en lien avec les maisons sport santé serait à encourager.

³³ Pour une présentation synthétique, voir l'article « les résultats de Plaid Care : l'étude des établissements ayant un moindre recours aux mesures coercitives », paru dans la lettre du syndicat des psychiatres des hôpitaux le 26 mai 2025.

³⁴ La formation Omega vise à développer chez les professionnels de santé des compétences leur permettant de prévenir et de gérer des crises marquées par de l'agressivité du patient. Elle vise à identifier les situations de crise, à communiquer efficacement lorsqu'elles surviennent par des techniques d'apaisement et de désescalade et de maîtriser des techniques physiques d'intervention adaptées et proportionnées lorsque la situation l'exige. Elle met aussi en avant la nécessité de revenir en équipe sur l'analyse de l'évènement.

Sans nécessairement partager la culture du risque mise en avant par les auteurs de l'étude Plaidcare lorsqu'ils évoquent par exemple « des fugues thérapeutiques », il est certain en revanche que l'enfermement des patients en SSC au sein des unités n'est pas satisfaisant. La nécessaire sécurisation des séjours au sein de l'établissement peut s'effectuer dans l'enceinte de l'établissement ou si celui-ci est trop « poreux » par un accès à des espaces adaptés et de qualité permettant aux patients de sortir à l'air libre. Ceux-ci ne peuvent se résumer à des fumoirs extérieurs.

De la même manière, le débriefing organisé par certaines équipes à la fin des mesures d'isolement ou de contention dans plusieurs établissements est une pratique qui mériterait d'être systématisée.

Il est encourageant qu'un établissement de la région affiche son intention de permettre à des professionnels d'aller visiter des établissements qui ont renoncé au recours à la contention pour observer leurs organisations et leurs pratiques.

4.5. Introduire des équipements adaptés

La totalité des établissements déclare installer des espaces d'apaisement au sein de leurs unités d'hospitalisation. Cette démarche ne doit pas être une simple mise en conformité aux nouvelles exigences réglementaires. La qualité de ces espaces dépend aussi de l'installation d'équipements pouvant être estimés onéreux. On ne peut que se réjouir que des établissements envisagent dans leur rapport l'acquisition d'équipements audiovisuels permettant la diffusion d'images et de musiques apaisantes comme l'installation de fauteuils adaptés, équipés de couvertures lestées. A ce titre, il est dommage que des établissements engagés dans le déploiement de ces dispositifs ne les mentionnent pas dans leur rapport. D'autres établissements pour compléter ces espaces d'apaisement mentionnent l'acquisition d'équipements mobiles permettant de transformer d'autres espaces en espace Snoezelen.

Pour l'instant aucun établissement n'a déclaré envisager la création au sein de chaque unité d'hospitalisation accueillant des soins sans consentement d'« *un espace d'accueil de l'entourage du patient permettant des visites dans l'intimité et respectant la confidentialité des échanges et notamment les rendez-vous avec les avocats* » pour reprendre les termes de l'article R.6124-265.

4.6. Favoriser l'expression du patient

Des établissements déclarent organiser un entretien avec le patient à la fin de chaque mesure d'isolement ou de contention pour donner des explications à la personne concernée mais aussi pour examiner avec elle la manière dont elle a vécu cette expérience, considérée par nombre d'entre elle comme traumatisante. Ces entretiens mériteraient d'être systématisés dans toutes les unités où des mesures coercitives sont pratiquées.

Par ailleurs, quelques établissements déclarent favoriser la diffusion auprès des patients de « mon Guide de Prévention et Soins en santé mentale » (mon GPS). Cet outil diffusé par Psycom qui relève des mesures anticipées en psychiatrie (MAP) permet au patient en lien avec l'équipe soignante qui l'accompagne mais aussi avec ses proches d'établir un

plan de crise conjoint (PCC). Dans ce document le patient peut formuler à l'avance ses souhaits en matière de soins dans l'hypothèse où il serait dans l'incapacité d'exprimer son consentement. Ce type d'outil, qui redonne du pouvoir sur sa vie au patient a montré de grands bénéfices notamment en réduisant de manière significative les hospitalisations en soins sans consentement comme l'attestent de nombreuses études internationales³⁵

4.7. Associer les proches.

Dans la mesure où le code de la santé publique prévoit d'informer la famille en cas de renouvellement de la mesure d'isolement ou de contention, il importe de pouvoir accueillir les proches dans l'unité pour maintenir un lien entre le patient et ses proches. En effet, de nombreuses études internationales ont montré que le maintien des liens familiaux est un gage de succès dans le rétablissement des personnes et concourait largement à la réduction de la récurrence des crises. En ce sens, on peut souhaiter que les établissements apportent des précisions sur la manière dont ils entendent mettre en place l'espace mentionné à l'article D.6124-265 permettant un « accueil de l'entourage du patient permettant des visites dans l'intimité et respectant la confidentialité des échanges et notamment les rendez-vous avec les avocats ».

Afin de maintenir le lien entre la personne et son entourage familial, un établissement a cité le programme de psychoéducation BREF dans ses pratiques visant à un moindre recours à l'isolement et à la contention. Pour l'Unafam, qui est co-constructrice de ce programme de psychoéducation son déploiement mériterait d'être plus largement soutenu par les établissements car son implantation demeure encore limitée à quelques-uns d'entre eux ou à quelques pôles dans certains établissements importants. L'initiative de constituer des espaces famille aidants soutenue dans la région par le CREFAP apparaît aussi intéressante dès lors qu'elle se construit en lien avec la pair-aidance familiale.

4.8. Changer la culture de l'hôpital

Tout d'abord, pour l'Unafam il apparaît important que les établissements affichent des objectifs ambitieux dans la réduction du recours à l'isolement et même s'engagent à abolir la contention³⁶. A cette fin, il convient qu'ils adoptent un langage conforme à la réglementation en proscrivant toutes les appellations qui tendent à considérer que la mise sous contention ou à l'isolement comme un soin. Pour réduire les pratiques d'isolement et de contention, il leur faut cesser d'avoir recours à des expressions inappropriées comme « isolement thérapeutique », « prescription d'un isolement », « chambres de soins intensifs » qui tendent à maintenir l'idée que les pratiques d'isolement et de contention seraient des actes médicaux.

Le partage d'expérience entre différentes équipes professionnelles comme celui qui avait prévalu lors des journées du CAPPS de Bretagne en juin 2023 mériterait d'être plus

³⁵ Voir intervention de Ofelia Lopez Hernandez au colloque de l'unafam du 18 novembre 2025 : « mon GPS », mon Guide Prévention et Soins en santé mentale, un outil des soins au service des droits des personnes concernées »

³⁶ Voir le plaidoyer de juin 2025 demandant l'abolition de la contention en psychiatrie.

régulier même si les manifestations organisées autour du rétablissement contribuent aussi à la diffusion de bonnes pratiques concourant indirectement à prévenir les situations de crise.

5. Le contrôle juridictionnel

Contrairement à ce qu'un des rapports indique, le contrôle du juge n'est pas un contrôle s'inscrivant dans une logique d'amélioration de la qualité des prises en charge. Son intervention vise uniquement à s'assurer qu'à l'instar de toute autre mesure de privation de liberté, la décision est adaptée, nécessaire et proportionnée. Le juge judiciaire apparaît sous cet angle comme le défenseur des libertés publiques. Son intervention ne relève donc pas de la politique de réduction du recours à ces pratiques, sauf à considérer que le législateur, en les rendant particulièrement contraignantes pour les professionnels de santé inciterait ces derniers à moins y recourir.

Toutefois, bien que le contrôle juridictionnel n'entre pas dans le champ de ce rapport, une part importante d'établissements consacrent une partie de leur rapport à ce sujet. Ils le font pour présenter leur engagement à respecter les règles de droit ; ce qui à certains égards est une manifestation de leur volonté de respecter les droits des personnes concernées par ces mesures de privation de liberté. C'est sur la base de ce motif qu'il a été fait le choix de faire une synthèse des développements consacrés par les établissements.

5.1. L'adaptation des organisations.

Ainsi les rapports font état plus particulièrement des organisations mises en place pour satisfaire aux obligations légales et notamment l'intégration dans leur système d'information des nouvelles obligations légales et par ailleurs des suites données par les juges aux saisines qui leur sont adressées.

Les établissements déclarent travailler avec les éditeurs de logiciel afin de pouvoir sécuriser les procédures : alerte sur le renouvellement des mesures, information du JLD et des familles, traçabilité des mesures ; interopérabilité entre le DPI et le registre et puis présentent les nombres de saisines effectuées et les ordonnances du juge judiciaire.

5.2. Les décisions du juge.

Quatre établissements communiquent des informations sur les décisions du juge. Parmi ceux-ci un décompose les différentes modalités de saisine selon qu'elles sont initiales ou à compter d'une ordonnance du juge. Parmi cet ensemble d'établissements deux précisent les motifs des ordonnances du juge entre le maintien, le non-lieu à statuer ou la mainlevée. Les deux autres font le choix de n'indiquer que le nombre de mainlevées.

Un seul établissement décompte les modalités du contrôle du juge en distinguant les différentes formes de contrôle : sur dossier, sur site par téléphone, par visioconférence.

	AHB	SJD	CH-PM	CH-GR
isolement saisine	48	45	90	637
Mainlevée	5	19	46	417
%des mainlevées	10,42%	42,22%	51,11%	65,46%
Contention saisine	3		13	148
Mainlevée			5	111
%des mainlevées	0,00%		38,46%	75,00%

Il apparait au total que le taux de mainlevée est très réduit pour l'association hospitalière de Bretagne par rapport aux trois autres établissements.

Deuxième partie

Analyse des données relatives au recours à l'isolement et à la contention dans les établissements bretons.

Après la présentation du contenu des rapports, il convient de présenter les premiers enseignements qui se dégagent de l'analyse des données communiquées par les établissements dans leur rapport.

Cette analyse doit être appréhendée avec prudence car comme l'a montré la première partie de l'étude, les données des établissements ne sont pas nécessairement robustes faute d'une exhaustivité garantie, ou en raison d'interprétations parfois restrictives de la notion de contention ou de pratiques assez flottantes sur la notion d'isolement hors espace dédié.

Pour autant, il apparaît utile d'élaborer cette cartographie des pratiques dans la région car si des incertitudes existent en matière de données, les écarts observés sont suffisamment importants pour ne pas commettre d'erreurs significatives quant au positionnement de chacun des établissements.

Un choix a été fait de ne pas décompter pour l'Association Hospitalière de Bretagne les isolements et les contentions qui sont pratiqués au sein de ces deux unités pour malades difficiles³⁷ de sorte de ne pas biaiser l'analyse populationnelle.

Une attention particulière sera consacrée d'abord à l'isolement puis dans un second temps à la contention.

1. Le recours à l'isolement.

Afin de porter une appréciation sur le recours à l'isolement, il est nécessaire de le faire de manière globale en additionnant les mesures, indépendamment du lieu de mise en œuvre. La première raison est que quelques établissements n'ont tout simplement pas procédé à cette distinction. C'est le cas notamment du principal établissement de la région, le CH-GR. Le second motif est qu'elle permet d'effacer les difficultés liées au passage d'un isolement en espace non dédié à un espace dédié au cours d'une même mesure.

Une fois cette agrégation réalisée, il ressort une grande diversité quant au recours ou à la mise en œuvre des mesures d'isolement. Afin d'éliminer le biais constitué par leur dimension, les données des établissements ont été rapportées à la population de la zone d'intervention reconnue à chacun d'entre eux.

Plusieurs approches ont été envisagées en s'appuyant sur les différents indicateurs proposés par le ministère et retrouvés dans la majorité des rapports. En effet selon que l'on privilégie les mesures, leurs durées ou les personnes concernées, des différences significatives peuvent apparaître entre les établissements. Il apparaît toutefois que pour apprécier véritablement l'enjeu du recours à l'isolement, il importe de privilégier les durées de mise à l'isolement et le nombre des personnes concernées.

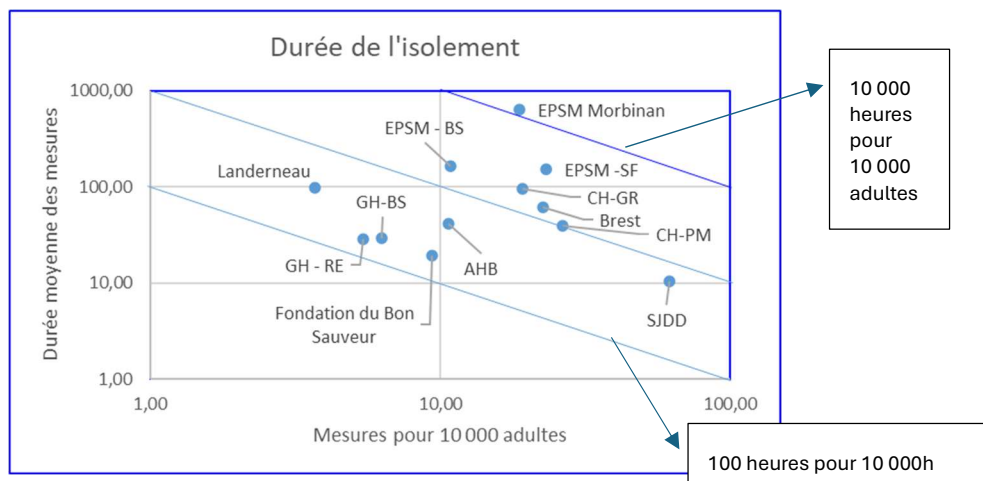
³⁷ En effet, cette UMD, organisée sous forme de deux unités d'hospitalisation à vocation à accueillir des patients provenant du Grand-Ouest, essentiellement de Bretagne, de Basse-Normandie et des Pays de la Loire.

1.1. Un recours très variable à l'isolement selon les établissements avec quelques niveaux élevés.

Le premier élément singulier qui ressort de l'examen des données est que l'EPSM du Morbihan de Saint-Avé, assurant la prise en charge d'un peu moins de 15% de la population de la région concentre près de 60% des durées de placement à l'isolement. Le deuxième est la part importante des mesures déclarées par la Fondation Saint-Jean-de-Dieu ; ces dernières représentent plus d'un quart de celles enregistrées dans toute la région alors que la ZI du CH Dinan - Saint-Brieuc représente 9% de la population bretonne.

	Durée totale d'isolement		Mesures d'isolement		Durée moyenne des mesures d'isolement	Population de la ZI		Durée pour 10 000 h	Mesures d'isolement /10 000 h
AHB hors umd	5 408	0,79%	130	2,46%	41,60	122 114	4,83%	442,90	10,65
Fondation du Bon Sauveur	3 310	0,48%	174	3,29%	19,02	185 598	7,35%	178,34	9,38
Fondation Saint-Jean-de-Dieu	14 805	2,15%	1 411	26,70%	10,49	227 808	9,02%	649,87	61,94
CH des Pays de Morlaix	15 713	2,28%	398	7,53%	39,48	150 426	5,95%	1 044,58	26,46
CH de Landerneau	2 059	0,30%	21	0,40%	98,06	56 748	2,25%	362,89	3,70
CHU de Brest	34 176	4,96%	552	10,45%	61,91	243 643	9,64%	1 402,71	22,66
EPSM de Quimper	47 438	6,89%	312	5,90%	152,04	134 132	5,31%	3 536,67	23,26
GHBS- Quimperlé	905	0,13%	31	0,59%	29,21	49 300	1,95%	183,65	6,29
CHGR	129 737	18,84%	1 346	25,47%	96,39	701 748	27,78%	1 848,77	19,18
GH-RE	2 024	0,29%	71	1,34%	28,50	130 367	5,16%	155,22	5,45
EPSM - Sud-Bretagne	33 698	4,89%	205	3,88%	164,38	188 197	7,45%	1 790,58	10,89
EPSM-Morbihan	399 278	57,99%	633	11,98%	630,77	336 213	13,31%	11 875,74	18,83
Région	688 551	100,00%	5 284	100,00%	130,31	2 526 294	100,00%	2 725,54	20,92

Au vu des données, une première catégorisation des 12 établissements peut être opérée en croisant mesures et durées des isolements. Comme cela a été indiqué précédemment l'EPSM du Morbihan avec près de 12 000 heures d'isolement pour 10 000 habitants occupe une position très singulière. Un deuxième groupe d'établissements ressort avec moins de 1000 heures d'isolement pour 10 000h. Dans cet ensemble se distinguent tout d'abord les 3 établissements qui enregistrent moins de 200 heures pour 10 000 h : le groupe hospitalier Rance-Emeraude, la Fondation du Bon Sauveur de Bégard et le GH-BS (Quimperlé) puis à un niveau légèrement supérieur le CH de Landerneau et l'Association Hospitalière de Bretagne de Plouguernevel et enfin le CH de Dinan-Saint Brieuc (SJDD) avec un peu près de 650 heures pour 10 000 h. S'agissant des 3 autres établissements appartenant à ce groupe, on peut opposer le CH de Landerneau et SJDD puisque si le nombre de mesures par habitant y est le plus faible de Bretagne, les durées de séjour y sont élevées ; dans le second établissement le nombre de mesures par habitant y est le plus élevé de la région et à l'inverse la durée moyenne des isolements est la plus faible de Bretagne.



Le troisième groupe est constitué des cinq établissements situés entre 1 000 h pour 10 000 habitants et 2000 heures pour 10 000 h : le CH des Pays de Morlaix puis par importance le CHU de Brest, l'EPSM de Bretagne-Sud de Caudan et le CH-GR de Rennes. Enfin un dernier établissement ressort à plus de 3500 heures pour 10 000 habitants : l'EPSM Finistère-Sud de Quimper.

On peut ajouter qu'en moyenne chaque patient fait l'objet de 2.62 mesures. Toutefois, si on exclut le taux observé à Saint Jean de Dieu (7.71 mesures par patient) le taux diminue nettement pour ne dépasser que légèrement 2 mesures par patient.

Si on peut observer que le recours à l'isolement est faible dans les établissements desservant de petites zones d'intervention, implantés dans des petites villes situées plutôt au cœur de territoires à dominante rurale (Landerneau, Quimperlé, Plouguernevel) aucune relation significative n'apparaît entre les durées à l'isolement et la densité des zones d'intervention des établissements. Il faudrait pour aller plus loin disposer des informations sur la part des zones fortement peuplées au sein des ZI de chacun des établissements ou sur le taux de pauvreté des ZI ; ce qui n'est pas possible dans la mesure où le découpage de ces zones n'épouse pas le découpage des Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI)³⁸.

Bien évidemment, les établissements ignorant certaines des particularités observées n'ont pu y apporter des explications. On peut espérer que dans leurs rapports portant sur l'année 2025, ils pourront donner quelques éclaircissements sur les singularités décrites dans cette partie.

1.2. Un recours à l'isolement qui tend à diminuer

A partir des données communiquées dans les rapports on peut observer globalement une réduction du rapport à l'isolement dans les établissements bretons. Cette évolution n'est pas pour quelques établissements linéaires puisqu'on observe en 2023 pour deux établissements une augmentation de la durée des placements à l'isolement.

³⁸ L'Insee met de plus en plus à la disposition du public des indicateurs très détaillés par EPCI. On peut y retrouver par exemple des données sur le revenu, la pauvreté.

Etablissement	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Association hospitalière de Bretagne						8 178
Fondation du bon sauveur (FBS)	110 746	40 340	33 940	12 614	12 694	3 310
Fondation saint-jean-de-dieu					12 520	14 805
CH des Pays de Morlaix				18 675	20 271	15 713
CHU de Brest				101 513	110 863	88 243
CH de Landerneau					522,2	2 060
EPSM de Quimper				25 282	43 434	47 438
Groupe hospitalier de Bretagne sud				1290	1544	903
Centre hospitalier Guillaume Régnier			402 424	222 222	135 744	129 737
Groupe hospitalier Rance-Emeraude					0	2024
CH de Redon-Carentoir					0	0
EPSM Bretagne Sud - CH de Caudan			88 742	35 012	22 341	33 697
EPSM Morbihan - CH de Saint-Avé		282 237	311 928	379 443	268 552	399 578

Il faut se réjouir de cette évolution qui montre un intérêt et un investissement réel dans la très grande majorité des établissements pour une réduction du recours à cette pratique de dernier recours.

1.3. Un isolement majoritairement pratiqué au sein d'espace dédié

En premier lieu, il convient d'observer des écarts entre les données figurant dans les rapports 2023 et celles figurant dans la fiche psychiatrie de la SAE 2024. Ces données déclaratives montrent des taux d'équipement assez variables tant en regard des lits déclarés par l'établissement que par rapport à aux journées de soins sans consentement de la population de leurs zones d'intervention.

Etablissement	Population adulte de la zone d'intervention	Lits d'hospitalisation	Journées en SSC	Espace d'apaisement	Chambre d'isolement	EA/CI	CI / Lits	CI / 10000h	CI / 10000 Journées en SSC
FBS	185 598	146	8 434	2	8	25,00%	5,48%	43,10	9,49
AHB	122 144	160	22 460	7	9	77,78%	5,63%	73,68	4,01
Saint-Jean-de-Dieu	227 808	184	10 543		4		2,17%	17,56	3,79
CH de Landerneau	56 748	47	3 321	1					
CH Pays de Morlaix	150 426	193	9 879	4	4	100,00%	2,07%	26,59	4,05
CHRU de Brest	243 663	217	14 694		3		1,38%	12,31	2,04
EPSM Sud-Finistère	234 132	173	11 380	3	4	75,00%	2,31%	17,08	3,51
GH - Bretagne Sud	49 300	68	2 870						
CH Guillaume Régnier	690 910	471	52 732						
CHIC Redon Carentoir	61 344	17	2 283		1		5,88%	16,30	4,38
GH Rance Emeraude	130 367	80	3 439	4	2	200,00%	2,50%	15,34	5,82
EPSM Charcot de Caudan	188 197	153	17 459	5	5	100,00%	3,27%	26,57	2,86
EPSM Saint-Avé	336 213	218	34 825	2	5	40,00%	2,29%	14,87	1,44
	1 879 892	1 541	135 396	27	45	62,22%	60,00%	23,94	3,32

Les valeurs moyennes régionales ne prennent pas en compte le CH de Landerneau, le GH-BSet le CH-GR

Source : SAE 2024

On pourra observer que l'établissement dont la zone d'intervention est la plus peuplée n'a communiqué aucune donnée.

Au regard des données figurant dans les rapports portant sur l'année 2023, si 3 établissements n'ont pas réparti les isolements entre ceux pratiqués en espace dédié et ceux mis en œuvre hors espace dédié, les 9 autres ont communiqué des informations qui permettent de continuer à dresser l'inventaire précis des pratiques observées dans la région.

Premier constat, dans 6 établissements sur 9 la mise en isolement en espace dédié est la règle puisqu'elle représente plus de 90% de la durée des placements à l'isolement. A l'opposé, on observe une part très faible des isolements en espace dédié au CHU de Brest et à l'EPSM du Morbihan ; ce constat interroge sur le respect par ces établissements de la recommandation de la HAS et surtout de la loi qui prévoit explicitement que la mise à l'isolement doit se faire dans un espace adapté. L'EPSM de Finistère-Sud se situe dans une position intermédiaire puisque les isolements y sont pratiqués quasiment à part égale entre espace dédié et espace non dédié.

	Chambres d'isolement (CI)	CI pour 100 000 habitants adulte	Durée des isolements en espace dédié	Durée des isolements hors espace dédié	Durée des isolements	durée en espace dédié/10 000 h	% en espace dédié	Taux d'occupation avec isolement en espace dédié	CI pour accueillir tous les isolements en espace dédié
AHB	4	4,09			5 408				0,62
FBS	8	4,31	3 199	111	3 310	178	96,65%	4,56%	0,38
Fondation SDD	6	2,63	14 625	179	14 805	650	98,79%	27,83%	1,69
CH-PM	3	1,99	15 295	418	15 713	1 045	97,34%	58,20%	1,79
CH de Landerneau	1	1,76			2 059				0,24
CHU de Brest	3	1,23	480	33 696	34 176	1 403	1,40%	1,83%	3,90
EPSM-FS	4	1,71	23 264	24 174	47 438	2 026	49,04%	66,39%	5,42
GH-BS	2	4,06	853	52	905	184	94,25%	4,87%	0,10
CH-GR	20	2,85			129 737				14,81
GH-RE	2	1,53	1 910	114	2 024	155	94,37%	10,90%	0,23
EPSM-SB	5	2,66	32 159	1 539	33 698	1 791	95,43%	73,42%	3,85
EPSM-Morbihan	7	2,08	25 225	374 053	399 278	11 876	6,32%	41,14%	45,58

Deuxième observation, dans 4 des 6 établissements qui pratiquent très majoritairement l'isolement en espace dédié, le taux d'occupation des chambres d'isolement y est très faible (10% et moins)³⁹. La Fondation Saint-Jean-de-Dieu présente des caractéristiques assez proche de ces établissements car même si le taux d'occupation de ces CI est plus élevé, il demeure très bas (27%). Dans le quatrième établissement, l'EPSM de Sud-Bretagne, la pratique peut sembler être positive sous cet angle : recours à l'isolement en chambre dédiée avec cependant un taux d'occupation élevé (75%). Dans ces

³⁹ Il conviendrait toutefois de pondérer légèrement cette appréciation car leur taux d'équipement rapporté à la population n'est pas tout à fait homogène. Cependant même corrigé de ce taux le recours à l'isolement en CI y demeure faible.

établissements, le recours à l'isolement hors espace dédié apparaît comme une solution exceptionnelle à laquelle on a recours uniquement lorsque les chambres d'isolement sont occupées. La situation observée à Quimper et à Saint-Avé est plus étonnante : alors que les chambres d'isolement ne sont pas utilisées pleinement, on a un recours important à l'isolement hors espace dédié.

En calculant le nombre de chambres d'isolement dont devraient disposer les établissements en fonction des temps cumulés passés à l'isolement, seuls trois établissements ne disposent pas de chambres d'isolement en nombre suffisant. Il s'agit de l'EPSM Finistère-Sud, du CHU de Brest et de l'EPSM Morbihan. Il serait donc intéressant que ces établissements précisent dans leurs prochains rapports s'ils entendent se satisfaire des équipements dont ils disposent tout en engageant une forte politique de réduction du recours à l'isolement, ou s'ils envisagent de créer de nouvelles chambres d'isolement pour satisfaire aux recommandations de bonne pratique. L'écart observé pour l'EPSM Morbihan incline à penser que la solution réside en premier lieu dans la manière dont sont recueillies les données mais que la situation tient aussi sans doute à une pratique singulière : l'isolement séquentiel nuit-jour évoqué à un moment dans le rapport.

1.4. L'isolement, un moment dans les soins sans consentement

Comme la loi le précise et comme le rappelle régulièrement la Cour de cassation, la mise à l'isolement ne peut être mise en œuvre que si préalablement le patient à qui elle s'applique est hospitalisé en soins sans consentement. Au-delà de cette dimension juridique⁴⁰, il est aussi intéressant de mesurer la part que représente la mise à l'isolement dans le temps l'hospitalisation en soins sans consentement. A cette fin, à partir des données communiquées par les établissements, d'information populationnelle disponible sur le site de l'Insee et celles disponibles dans le cadre de la SAE⁴¹ des indicateurs permettent d'enrichir le regard sur les pratiques des établissements.

Ces données mettent en évidence une nouvelle fois, la grande disparité des pratiques observées dans la région. Ainsi les établissements les plus engagées dans la réduction du recours à l'isolement présentent quasiment les mêmes caractéristiques : en valeur absolu, comme en part relative le recours à l'isolement y est faible. La part du placement à l'isolement dans les journées en SSC y est faible ($\leq 2\%$) comme la part des soins sans consentement dans les journées d'hospitalisation, comme le recours à l'hospitalisation. L'établissement le plus représentatif à cet égard apparaissant être le GH-Rance-Emeraude comme le montre le tableau présenté ci-dessous ; pour tous les indicateurs retenus, il apparaît parmi les établissements présentant les valeurs les plus faibles.

D'autres établissements où le recours à l'isolement est faible présentent des petits écarts au modèle le plus vertueux : le CH de Landerneau hospitalise relativement moins que la moyenne régionale mais enregistre une part élevée des séjours en soins sans

⁴⁰ Voir dans la première partie, les observations formulées à ce sujet.

⁴¹ La statistique annuelle des établissements est un recueil d'information effectué annuellement et qui donne lieu à la production d'une base de données nationale disponibles sur le site du ministère de la Santé sous différent format et parallèlement à la mise à disposition sur un site spécialisé, SAE-diffusion de fiches et de bordereaux par activité et par établissement.

consentement. Le CH de Dinan – Saint-Brieuc hospitalise relativement peu, enregistre moins de soins sans consentement mais a un recours plus élevé à l’isolement pour les patients admis sous cette modalité, comme si les patients admis en soins sans consentement étaient des patients plus « difficiles » que dans les autres établissements et donc requéraient relativement plus le recours à l’isolement.

Etablissement	journée d'hospitalisation par rapport à la population 100 000	journées ssc/ 10000h	journées d'isolement /10000h	ssc/ hospitalisation complète	isolement / ssc	isolement / journées d'hospitalisation
AHB	24 524	581	18	23,71%	3,17%	0,75%
FBS	31 806	593	7	18,66%	1,25%	0,23%
Fondation SDD	20 997	356	27	16,96%	7,60%	1,29%
CH-PM	39 012	636	44	16,30%	6,85%	1,12%
CH de Landerneau	25 257	809	15	32,02%	1,87%	0,60%
CHU de Brest			58			
EPSM-FS	28 448	513	84	18,04%	16,45%	2,97%
GH-BS	31 205	488	8	15,64%	1,57%	0,25%
CH-GR	26 762	732	77	27,33%	10,53%	2,88%
GH-RE	21 435	293	6	13,65%	2,21%	0,30%
EPSM-Sud-Bretagn	30 797	863	75	28,01%	8,65%	2,42%
EPSM-Morbihan	26 011	1 127	495	43,32%	43,91%	19,02%
Région	27 405	689	120	25,13%	17,49%	4,39%

1.5. De nombreuses personnes concernées

Une autre manière d’aborder le sujet est d’examiner les données en regard non plus des durées de placement à l’isolement mais par le nombre de personnes concernées. Pour réaliser des comparaisons, les données communiquées pour l’isolement sont disponibles dans le rapport. En revanche, s’agissant des données portant sur les soins sans consentement ou sur les séjours en hospitalisation, la seule source d’information aujourd’hui est la SAE. Pour obtenir le nombre de personnes admises en soins sans consentement, on a cumulé le nombre de patients communiquées par mode légal. Cette méthode induit un léger biais car un patient peut au cours d’un même séjour voire au cours d’une même année avoir été hospitalisé sous plusieurs modes légaux. Pour les personnes hospitalisées, l’indicateur retenu est encore plus incertain puisqu’il a été obtenu en ôtant de la file active totale la file active exclusivement ambulatoire ; le biais tient à la part des patients pris en charge dans le cadre de l’hospitalisation à temps partiel. Cette part représente en général un peu moins de 5% de la file active en hospitalisation. Elle n’a pas été enlevée dans la mesure où elle concerne tous les

établissements. Cependant, même si ces données sont incertaines, ces biais résultant des modalités de construction des indicateurs ne sont pas tels qu'ils déformeraient la « cartographie » des établissements. Ils sont en effet largement inférieurs aux écarts observés entre les établissements.

	Patients en hospitalisation à temps complet	Patients faisant l'objet de SSC au sein de l'établissement (source SAE)	Patients ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement	Patients en SSC/ FA hospitalière	Patients à l'isolement / patient en ssc	Patients à l'isolement / patient hospitalisé	Patients à l'isolement / pour 10 000 habitants
AHBhors umd			65				5,32
Fondation du Bon Sauveur	1510	341	102	22,58%	29,91%	6,75%	5,50
Fondation Saint-Jean-de-Dieu	1744	415	183	23,80%	44,10%	10,49%	8,03
CH des Pays de Morlaix	1875	342	146	18,24%	42,69%	7,79%	9,71
CH de Landerneau	446	58	21	13,00%	36,21%	4,71%	3,70
CHU de Brest	2611	0	215			8,23%	8,82
EPSM de Quimper	1879	377	108	20,06%	28,65%	5,75%	4,61
GHBS- Quimperlé	592	118	20	19,93%	16,95%	3,38%	4,06
CHGR	4573	1 702	613	37,22%	36,02%	13,40%	8,74
GH-RE	0	150	56		37,33%		4,30
EPSM-SB	2288	424	128	18,53%	30,19%	5,59%	6,80
EPSM-Morbihan	1459	740	360	50,72%	48,65%	24,67%	10,71

Ainsi il apparaît dans la meilleure situation qu'un patient sur 25 hospitalisés à Landerneau, Saint-Malo, Caudan ou Quimper⁴² sera placé à l'isolement. Ce taux est nettement plus élevé à Saint-Avé puisque 1 patient sur 4 patients admis en hospitalisation à Saint-Avé connaîtra un moment de placement à l'isolement. Un établissement qui apparaissait vertueux, quand on l'approchait en regard des durées d'isolement, occupe une position moins favorable : la Fondation de Saint-Jean-de-Dieu recourt de manière assez importante à l'isolement mais pour des durées très courtes.

1.6. Isolement, motifs et pathologies concernées.

Comme on l'a vu précédemment quelques établissements ont tenté d'appréhender les raisons qui conduisent à l'isolement.

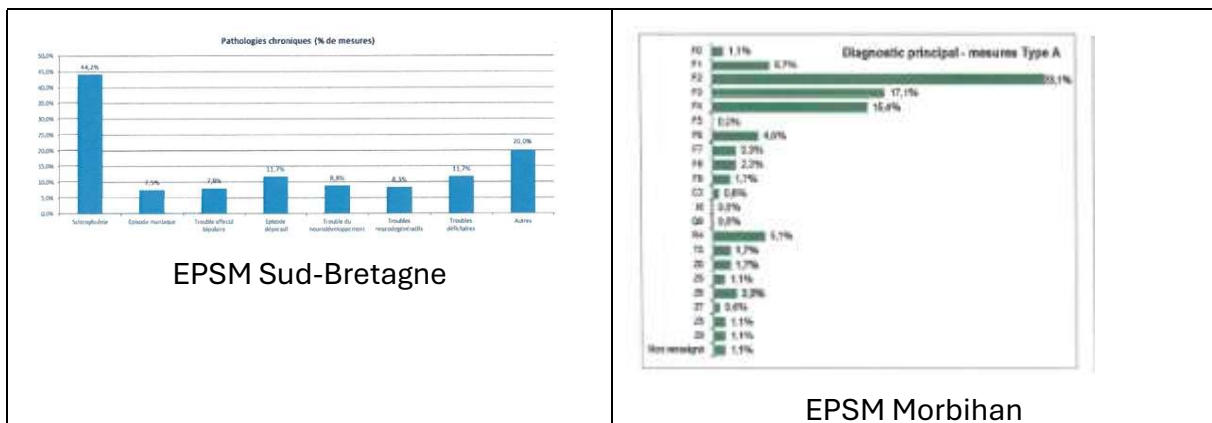
Une première tentative intéressante a été formulée par l'EPSM Sud-Bretagne qui a communiqué des informations collectées dans le cadre du Fich-comp⁴³ sur les motifs de

⁴² Cette donnée tend à montrer que les éléments péjoratifs relatifs à l'EPSM Finistère-Sud tiennent à des durées de séjours à l'isolement qui y sont particulièrement longs.

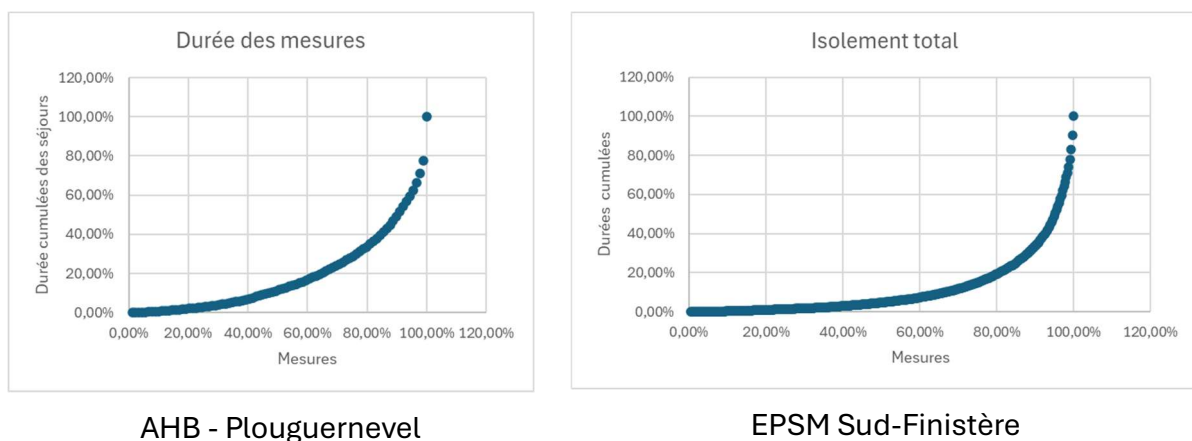
⁴³ Le fich-comp est présenté en annexe

la décision de placement du patient à l'isolement ou sous contention. Malheureusement les données figurant dans le document sont en pourcentage sans que soient précisées la nature du dénominateur ni si les données sont indépendantes les unes des autres ou si elles se cumulent.

Une autre approche est formulée par le même établissement ainsi que par son voisin morbihannais de Saint-Avé en identifiant un lien entre mesures d'isolement et pathologies. Malheureusement les données ne sont pas réparties sur la base de la même nomenclature. L'EPSM Sud-Bretagne se cale sur les catégories reprises dans le Fich Comp alors que l'EPSM reprend la CIM10 avec l'exhaustivité des troubles mentaux et du comportement (F0 à F9) et d'autres troubles classés dans d'autres rubriques (C, I, etc...)



De surcroît, pour analyser la répartition de l'isolement, l'analyse a porté sur le nombre de mesures et non sur la durée des mesures. Or, en reprenant les données de deux établissements, on s'aperçoit qu'un nombre limité de mesures concentrent la très grande majorité des durées à l'isolement.



Note : Les mesures sont classées par ordre croissant de durée puis est déterminée la part cumulée des durées pour la part des patients associés.

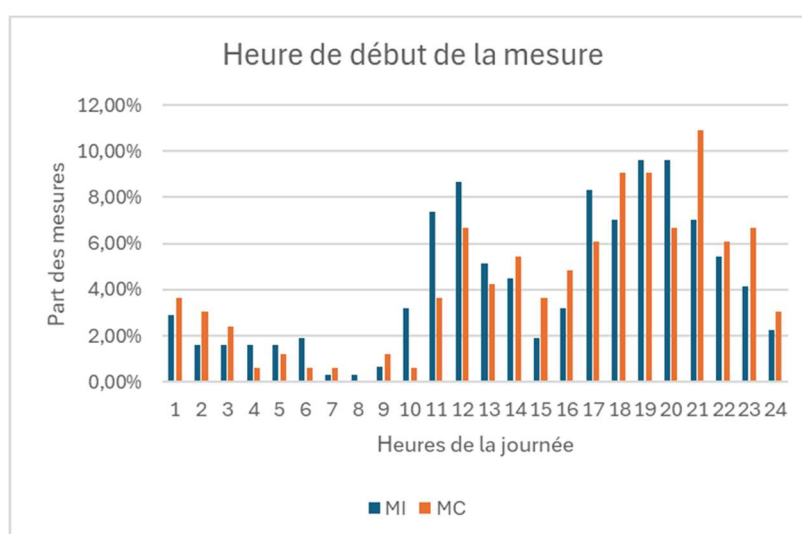
Lecture : en 2023, 20% des mesures les plus longues représentent 80% de la durée totale des placements à l'isolement au sein de l'EPSM Sud-Finistère ; au sein de l'AHB, la même part des mesures représentent 63% de la durée totale des placements à l'isolement

Afin de pouvoir mieux identifier les actions à mener pour réduire l'isolement, il conviendrait de connaître les patients concernés par ces mesures très longues en regard notamment de leur diagnostic principal et des motifs de la mise à l'isolement.

1.7. Autres indicateurs

L'EPSM du Morbihan est le seul établissement qui s'est attaché à voir si le recours à l'isolement était lié au sexe. Il a en outre présenté une répartition des mesures de mises à l'isolement et par contention selon l'âge des personnes concernées.

Concernant la répartition par heures, les quelques établissements qui ont communiqué des informations ont agrégé les données relatives à l'isolement et celles portant sur la contention alors qu'en reprenant les données issues du registre de l'EPSM Finistère-Sud des différences apparaissent.



Ainsi on s'aperçoit que proportionnellement, les mesures de contention sont renouvelées plus fréquemment la nuit que les mesures d'isolement. Ainsi, à l'EPSM Sud-Finistère, elles sont relativement plus importantes entre 20 h et 3 heures du matin. Cette dispersion sur la journée tient tout simplement à la fréquence plus soutenue de la réévaluation des mesures pour la contention. On s'aperçoit parallèlement que, sauf mesure initiale, les mesures sont renouvelées pour l'isolement dans le cadre des plages d'activité des praticiens. Phénomène qui sera d'autant plus marqué avec une récente interprétation très extensive du code de la santé publique par la cour de cassation qui dans un arrêt du 24 septembre 2025 a considéré que la règle des deux évaluations par 24 heures avait bien été respectée quand bien même dans un cas précis deux évaluations étaient séparées par une période de moins de 3 heures. En outre, dans le même arrêt la contrainte pour les médecins a été en partie allégée puisqu'elle autorise les internes à procéder à ces évaluations dès lors que ces derniers sont bien placés « sous la supervision d'un médecin décisionnaire ».

2. Sur le recours à la contention

En premier lieu, il faut souligner que deux établissements déclarent ne pas pratiquer la pose de contention mécanique. Toutefois, les données provenant d'un établissement où

le recours à la contention n'est pas enregistré dans son unité de géro-psycho-geriatrie au motif qu'il relèverait de « contentions gériatriques » apparaissent incertaines. Si on peut se réjouir aussi du très faible nombre de contentions pratiquées dans un des établissements, on peut s'interroger sur la qualité de ces données dans la mesure où cet établissement ne semble pas procéder à un relevé automatique des mesures dans son dossier patient informatisé (DPI). Toujours au titre du recensement des données, on observera que l'absence de présentation d'un tableau par un autre établissement ne permet de disposer des durées des mises sous contention.

Autre observation, un établissement se singularise par des niveaux très élevés en matière de recours à la contention puisqu'il concentre 80% de la durée des mesures de contention de l'ensemble de la région. Comme pour le recours à l'isolement, il apparaît difficile de qualifier ce positionnement. Celui-ci est-il dû à un mode d'enregistrement des données qui exagérerait la réalité des pratiques ou serait-il tout simplement le reflet d'une réalité qui dès lors serait très préoccupante ?

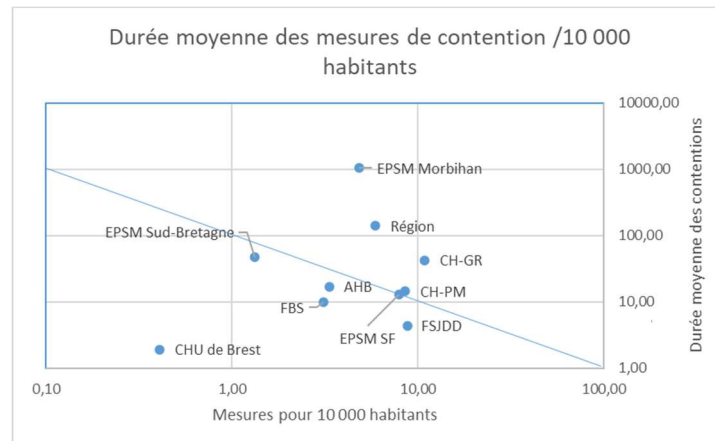
2.1. Des durées de mise sous contention fortement dispersées

De manière générale, et hors du positionnement du CH de Saint-Avé on peut observer un niveau élevé du temps passé sous contention au sein du CH-GR dès lors qu'il est ramené à la population de sa zone d'intervention. Cet indicateur montre que l'EPSM Sud-Finistère et l'EPSM Sud-Bretagne se rapproche des établissements recourant le moins à l'usage de la contention.

	Mesures de contention mécanique	Patients ayant fait l'objet d'une mesure de contention mécanique	Durée totale des mesures de contention (H)	Mesure de contention par patient	Durée moyenne des mesures de contention (H)
AHB hors umd	41	22	698	1,86	17,02
Fondation du Bon Sauveur	58	35	572	1,66	9,86
Fondation Saint-Jean-de-Dieu	200	42	876	4,76	4,38
CH des Pays de Morlaix	129	73	1 854	1,77	14,37
CH de Landerneau					
CHU de Brest	10	2	19	5,00	1,92
EPSM de Quimper	107	58	1 397	1,84	13,06
GHBS- Quimperlé					
CHGR	765	337	32 371	2,27	42,32
GH-RE	18	16	0	1,13	
EPSM-SB	25	17	1 194	1,47	47,74
EPSM-Morbihan	163	87	170 223	1,87	1 044,31

Au vu des données, et puisque la durée de la contention est le produit du nombre de contention par la durée moyenne des contentions, on peut considérer que comme pour l'isolement les établissements ont le choix pour réduire d'une manière quantitative les contentions soit de réduire le nombre des contentions soit d'en limiter la durée. Dans la

première hypothèse, il faudra agir sur un grand nombre de mesures alors que dans l'autre cas, une attention soutenue à la situation d'un faible nombre de patients peut avoir des effets quantitatifs importants. Par exemple, le positionnement de l'EPSM du Morbihan s'explique par une durée moyenne de contention très longue alors que le nombre de mesures par habitant se situe dans la moyenne régionale.



2.2. Une part encore importante de patients placés sous contention.

L'appréciation du recours à la contention apparaît de manière plus « concrète » lorsqu'on examine la part des patients admis dans l'hôpital qui à un moment de leur séjour sont placés sous contention. Pour la région, en dehors du CH de Landerneau où le recours à la contention n'existe pas, les taux les plus faibles sont observés à Brest et à l'EPSM Sud-Bretagne avec moins de 1% des patients. Ce taux atteint dépasse 7,37% au CH-GR ; ce qui signifie qu'un patient sur 14 admis dans cet établissement connaîtra à un moment un épisode de mise sous contention. Cette part demeure encore importante à Saint-Avé puisque plus d'un patient sur 20 se verra appliquer des contentions.

	Part des patients ayant fait l'objet de contention / patients à l'isolement	Part des patients admis en SSC ayant fait l'objet d'une contention	Part des patients admis à l'hôpital ayant fait l'objet d'une contention	Part des heures de contention par rapport aux heures d'isolement	Heures pour 1000 habitants
AHBhors umd	33,85%			12,91%	5,71
Fondation du Bon Sauveur	34,31%	10,26%	2,32%	17,27%	3,08
Fondation Saint-Jean-de-Dieu	22,95%	10,12%	2,41%	5,92%	3,85
CHdes Pays de Morlaix	50,00%	21,35%	3,89%	11,80%	12,32
CHdeLanderneau					
CHU de Brest	0,93%		0,08%	0,06%	0,08
EPSMde Quimper	53,70%	15,38%	3,09%	2,95%	5,97
GHBS- Quimperlé					
CHGR	54,98%	19,80%	7,37%	24,95%	46,13
GH-RE	28,57%	10,67%			
EPSM-SB	13,28%	4,01%	0,74%	3,54%	6,34
EPSM-Morbihan	24,17%	11,76%	5,96%	42,63%	506,30

Au vu de ces données, dans trois établissements, à Morlaix, Quimper et Rennes, la mise à l'isolement signifie pour un patient sur deux une mise sous contention alors que ce « risque est nettement moindre à Caudan puisque « seulement » 13% des patients placés à l'isolement feront l'objet de la pose de contention.

Rapportée aux patients admis en soins sans consentement, la mise sous contention représente une part élevée dans deux établissements : à Morlaix et au CHGR elle représente près de 20% de ces personnes.

Ces données permettent de mesurer le nombre de personnes concernées par cette expérience de privation de liberté, vécue pour la plupart d'entre eux de manière traumatisante et dont ils gardent souvent un souvenir douloureux.

Annexe 1 – Méthodologie

L'enquête s'est déroulée en plusieurs temps. La présentation des résultats est faite selon une grille qui ne recoupe pas tout à fait la proposition formulée par les pouvoirs publics et enfin les données ont fait l'objet dans le cadre d'une analyse comparative d'une construction par agrégation de données puis une comparaison avec des données populationnelles issues de base de données de l'INSEE.

- De la collecte des rapports des établissements à la publication de ce rapport d'analyse.

Pour obtenir les rapports, le choix a été fait de les demander directement auprès des directions des établissements et non de passer par les représentants des usagers siégeant dans les commissions des usagers (CDU). Cette méthode s'imposait par ce que les bénévoles de l'Unafam ne sont pas présents dans tous les établissements de santé autorisés à pratiquer des soins sans consentement. Cette demande a été exprimée par un courrier adressé en février 2025. Les établissements ont communiqué ces rapports dans un délai rapide. Toutefois, après plusieurs rappels, le rapport du CHU du Brest a été reçu à la délégation fin juillet 2025.

La demande de communication a porté sur le rapport 2023 dans la mesure où la plupart des rapports sont élaborés sur le premier semestre de l'année suivant la période analysée. Comme ce rapport est normalement présenté pour avis à la commission des usagers puis devant le Conseil d'administration ou le conseil de surveillance des établissements sur le second semestre de la même année, il apparaissait logique de demander le rapport portant sur l'année 2023. Après un envoi des documents à plusieurs bénévoles membres de CDU et de Commissions départementales des soins psychiatriques, une première analyse a été réalisée en janvier 2026 puis des échanges ont été menés entre les membres du groupe de travail. Le rapport a été validé in fine par le bureau de la délégation régionale de l'Unafam.

- Le choix du plan

Les premières analyses ont été faites en reprenant le plan suggéré par le législateur puis proposé dans les instructions ministérielles s'articulant autour du triptyque : pratiques, politique de recours et évaluation. Or à la lecture des rapports, on s'est aperçu que la compréhension de ces termes n'avait pas été la même selon les rédacteurs. Ainsi l'analyse des données quantitatives pouvait selon les rapports figurer dans l'évaluation ou alors dans les pratiques. Pour d'autres la notion de pratiques renvoyait aux procédures mises en œuvre lors du placement à l'isolement ou de la pose de contentions mécaniques. Certains établissements, considérant que la mise en œuvre des procédures judiciaires mobilisait des ressources importantes ont fait le choix d'intégrer dans leurs rapports des éléments à ce sujet, quand bien même cela ne figurait pas dans les

instructions et encore moins dans la première formulation des dispositions législatives encadrant le recours à l'isolement et à la contention⁴⁴.

Dans la mesure où la proposition formulée par le législateur était antérieure à l'intervention du juge judiciaire, certains établissements ont ainsi intégré dans la description de leurs pratiques des données sur la mise en œuvre de la procédure judiciaire.

Puisque l'étude portait sur une comparaison des rapports, le choix a été fait dissocier la manière dont les données ont été par chacun des établissements des résultats de l'analyse comparative des pratiques régionales en matière de recours à l'isolement et à la contention. Celle-ci a été faite en compilant les données présentées par chacun des établissements. Il est apparu utile de dessiner cette cartographie des pratiques de sorte que les représentants des usagers siégeant au sein des établissements puissent mettre en perspective les données communiquées par l'établissement.

Au final, le rapport comprend deux grandes parties, la première porte sur le contenu des rapports puis une seconde sur les données régionales. Dans la première partie, une comparaison formelle des rapports a été établie, puis une analyse de la description des pratiques telles qu'elles sont présentées dans les rapports a été formulée. La troisième sous-partie a porté sur la manière dont les établissements envisagent l'évaluation de leurs pratiques. La partie suivante porte sur un recensement des orientations privilégiées par les établissements au titre de la politique en vue de la réduction des pratiques d'isolement et de contention. Enfin le dernier temps de cette partie porte sur le recensement des données quantitatives présentées par les établissements en matière de procédure judiciaire.

La composition de ce rapport aurait pu être différente. Ainsi le choix a été fait de privilégier à propos de l'évaluation, la manière dont les établissements évaluaient leurs pratiques plutôt que celle de leurs politiques.

- L'analyse des données

Présentées première partie, il est fait état de la manière dont les établissements présentent leurs données quantitatives, l'analyse comparative repose sur une collecte des informations présentées par les établissements selon une nomenclature formulée dans les instructions ministérielles. Afin de relativiser les données des établissements, le choix a été fait de les comparer à la population adulte des zones d'intervention de chacun des établissements autorisés à pratiquer les soins psychiatriques. Pour l'année 2023, il y a en Bretagne une parfaite concordance entre zones d'intervention des établissements au titre de la psychiatrie de secteur, et territoires reconnus aux établissements pour l'accueil des patients en soins sans consentement. Cette physionomie a été modifiée dans le cadre du nouveau régime des autorisations puisque le CH de Redon s'est vu reconnaître une zone d'intervention au titre de la politique sectorielle mais ne dispose plus de la mention des soins sans consentement sur cette même zone.

⁴⁴ La première version de l'article L.3222-5-1 date de janvier 2016 alors que l'intervention du juge est introduite dans le code de la santé publique en décembre 2020.

Les données populationnelles ont été obtenues en croisant une base communale des zones d'intervention pour la psychiatrie adulte et les données de population produites par l'INSEE. Le choix a été de comparer les données d'activité des établissements à la seule population adulte de leurs ZI car plusieurs établissements en Bretagne bénéficient d'une autorisation pour la seule psychiatrie adulte : CH de Landerneau, GH de Bretagne sud pour la zone d'intervention de Quimperlé, et le CH de Redon. Ce choix comporte toutefois un léger biais puisqu'au numérateur du ratio, on décompte des mineurs que sont les adolescents hospitalisés soit en psychiatrie adulte soit dans des unités pour adolescents alors que le dénominateur ne retient que la population âgée de 18 ans et plus.

Annexe 2 – Le fich comp

Format Fichcomp Isolement contention dans le RIM-P à partir de 2023

Libellé	Remarques
N° FINESS d'inscription ePMSI	
Type de prestation	Fixé à « 12 »
N° de séjour	variable présente dans le RPS
N° de séquence	Laissé au choix de l'établissement
Type de contention/ isolement	De A à E ° A : Isolement dans un espace dédié : Un espace est dit dédié s'il est conforme aux recommandations de bonnes pratiques (RBP) l'isolement. ° B : Isolement dans un espace non dédié : Tout espace (dont la chambre du patient) ne respectant pas les RBP de la HAS concernant ° C : Contention mécanique (non ambulatoire) : Fait référence à un patient en position allongée dans un lit avec sangle ° E: Contention mécanique ambulatoire: Exemple: vêtement de contention,... ° D: Contention mécanique autres : tout moyen de contention qui ne relèverait pas du type "C" et "E" décrit ci-dessus
Date de début de séquence	JJMMAAAA
Heure de début de séquence	HHMM (24h)
Date de fin de séquence	JJMMAAAA (*)
Heure de fin de séquence	HHMM (24h) (*)
Mode légal de soin	Mode légal de l'hospitalisation au début de la séquence : Soins libres, SDR, HDT, SPI
Numéro de la mesure	Laissé au choix de l'établissement
Type de la mesure	1 : Isolement 2: Contention 3: N.C. (correspond aux séquences de contention de type "E" Une mesure d'isolement ne contient que des séquences de type A ou B Une mesure de contention ne contient que des séquences de type C, D,.. Au sein d'une mesure, toutes les mesures se suivent et sont contiguës, la fin de l'une est égale au début de la suivante ou espacé de moins de 48 heures
Date début de la mesure	JJMMAAAA ; est égale à la date de début de la 1ère séquence de la mesure
heure début de la mesure	HHMM (24h) ; est égale à l'heure de début de la 1ère séquence de la mesure
Date de fin de la mesure	JJMMAAAA ; est égale à la date de fin de la dernière séquence de la mesure
Heure de fin de la mesure	HHMM (24h) ; est égale à l'heure de fin de la dernière séquence de la mesure
Motif : Violence ou Hétéro-agressivité	0 : Non 2 : Passage à l'acte 8 : Autres
Motif : Suicide ou TS	0 : Non réitérées admission 8 : Autres
Motif : Auto-agressivité hors suicide	0 : Non 8 : Autres
Motif : Etat d'agitation non dirigée	0 : non ; 1 : oui
Motif : Autres	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Schizophrénie	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Épisode maniaque	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Trouble affectif bipolaire	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Épisode dépressif	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Trouble du Neurodéveloppement	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Troubles neuro-dégénératives	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Troubles déficitaires	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Autres	0 : non ; 1 : oui
Trouble spécifique de la personnalité	0: non 1 : Personnalité dyssociale F60.2 2 : Personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F 60.30) ou borderline : F60.31 8 : Autres types de personnalité
Prise de substance toxique :	0 : non ; 1 : oui
Prise de substance toxique :	0 : non ; 1 : oui
Patient connu	0 : Non 1: Oui Patient connu de l'équipe soignante qui réalise la mesure car elle le prend en charge habituellement. 2: Oui ; Patient connu de l'équipe soignante qui réalise la mesure car l'équipe soignante qui le prend en charge habituellement a transmis des éléments d'anamnèse, de façon orale ou écrite

Annexe 3 – Les données quantitatives minimales attendues dans les rapports

Dans la mesure où dans quelques rapports, les informations sont éclatées sous forme de graphique, ne distinguent pas clairement les données relatives aux mesures ou aux patients, il importe de demander aux établissements de présenter des données claires et exhaustives sur un socle minimal d'information.

A cette fin, il convient de reporter aux indications figurant dans l'annexe I de l'instruction 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 sans consentement, reprises dans le point 2.3.2. de l'instruction du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention puis précisées dans la note d'information du 9 mai 2022 relatives à la mise en œuvre du cadre juridique des mesures d'isolement et de contention par les éditeurs de logiciel.

On peut espérer à l'avenir qu'on pourra trouver a minima dans tous les rapports des informations portant sur le nombre de mesures, la durée totale des mesures et le nombre de patients concernés pour chaque type de décisions.

Pour rappel, les types de mesures ont été précisés ainsi dans la note d'information à l'attention des éditeurs de logiciels de dossier patient informatisé (DPI) ainsi.

1. Type A, B, C, D et E

L'isolement et la contention sont décrits selon 5 types :

- **A : Isolement dans un espace dédié**
Un espace est dit dédié s'il est conforme aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS concernant les espaces dédiés à l'isolement.
- **B : Isolement dans un espace non dédié**
Tout espace (dont la chambre du patient) ne respectant pas les recommandations de bonnes pratiques de la HAS concernant les espaces dédiés à l'isolement.
- **C : Contention mécanique (non ambulatoire)**
Fait référence à un patient en position allongée dans un lit avec sangle, selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS.
- **D : Contention mécanique autre (non ambulatoire)**
- **E : Contention mécanique ambulatoire**
Exemple : vêtement de contention...

Annexe 4 - Grille de saisie

La grille est présentée en quatre parties pour la présentation. En fait, ces données figurent sur une même feuille de calcul.

- Les données générales.

Si les établissements ne les communiquent pas, on peut les retrouver dans le bordereau PSY de la fiche SAE de l'établissement ou pour les données populationnelles en croisant la composition par communes des zones d'intervention des établissements avec les données de population disponibles sur le site de l'INSEE.

		Etablissement
	Lettre (annexe 2 de l'instruction 2017-109)	
	heures par journée	
	jours dans l'année	
	Capacité en lits (hors umd)	
	File active hospitalière (Fat-Faa)	
S1	Patients faisant l'objet de SSC au sein du service ou de l'établissement (source SAE)	
S2	Journées en soin libre	
S3	Journées en SSC	
S4	Journées en hospitalisation à temps complet	
S5	Part des SSC	
S6	Population de la zone d'intervention	
	Journées d'hospitalisation pour 1000 habitants de 18 ans et plus	=S4/S6* 1000
	Journées en SSC pour 1000 habitants	

- Les données relatives à l'isolement

A - Isolement dans un espace dédié conformément aux recommandations de bonne pratique (RBP)		Etablissement	
A1	Espaces d'isolement (CI)		
A2	Mesures d'isolement en espace d'isolement		
A3	Patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement en espace dédié		
A4	Durée totale de ces mesures d'isolement (heure décimale)		
	Mesures d'isolement par patient (a)	= A2/A3	
	Durée moyenne des mesures en espace d'isolement (EI) (a)	= A4/A2	
	Durée médiane des mesures d'isolement (EI) (a)		
	Durée minimale (EI) (a)		
	Durée maximale (EI) (a)		
	Durée moyenne d'isolement par patient (b)	= A4/A3	
	Mesures >48h (EI) (a)		
	Mesures >72h (EI)		
	Part des patients admis en SSC mis à l'isolement en espace dédié (b)	=A3/S1	
	Equipement en CI pour 100 000 habitants		
	Taux d'occupation des chambres d'isolement (b)	=A4/(E*24*365)	
	Part des journées à l'isolement en EI par rapport aux journées en SSC		
B - Isolement en dehors d'un espace dédié			
B1	Mesures d'isolement en dehors d'un espace d'isolement		
B2	Patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement en espace dédié en espace non dédié		
B3	Durée totale des mesures d'isolement en espace non dédié (heure décimale)		
	Durée moyenne des mesures d'isolement hors espace d'isolement (HEI) par patient	=B3/B2	
	Mesures d'isolement (HEI) par patient (a)	=B1/B2	
	Durée moyenne des mesures (HEI) (a)	=B3/B1	
	Médiane des mesures d'isolement (HEI)		
	Durée minimale (HEI)		
	Durée maximale (HEI)		
	Durée moyenne d'isolement (HEI) par patient (b)	=B3/B2	
	Mesures >48h (HEI)		
	Mesures >72h (HEI)		
Ensemble des isolements			
A2+B1	Mesures d'isolement		
A3+B2	Patients ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement		
A4+B3	Durée totale des isolements		
	Mesures d'isolement par patient		
	Durée moyenne des mesures d'isolement		
	Durée moyenne de la mise à l'isolement par patient		
	Isolement dédié /Ensemble des isolements (mesure)		
	Isolement dédié /Ensemble des isolements (durée)		
	Part de l'isolement le plus long		
	Part des patients admis en SSC mis à l'isolement (EI+HEI) (b)		
	Part des journées à l'isolement par rapport aux journées en SSC		
	Jours à l'isolement par rapport à la population de la ZI		

- Indicateurs relatifs à l'isolement

Indicateurs		
Isolement (journées)		
	journée d'hospitalisation par rapport à la population 100 000	
	journées ssc/ 10000h	
	journées d'Isolement / 10000h	
	ssc/hospitalisation complète	
	isolement / ssc	
	isolement / journées d'hospitalisation	
Isolement (patients)		
	Patients en hospitalisation à temps complet	
	Patients faisant l'objet de SSC au sein du service ou de l'établissement (source SAE)	
	Patients ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement	
	Patients en SSC / FA hospitalière	
	Patients à l'isolement / patient en ssc	
	Patients à l'isolement / patient hospitalisé	
	Patients à l'isolement / pour 10 000 habitants	
Espaces d'isolement (CI)		
S4	Durée des isolements en espace dédié	
	Durée des isolements hors espace dédié	
	Durée des isolements	
	durée en espace dédié / 10 000 h	
	Isolement en espace dédié / Totalité des isolements	
	Taux d'occupation des CI avec isolement en espace dédié	
	Nombre de CI requis pour accueillir en espace dédié l'intégralité des placements à l'isolement	

- Indicateurs pour la contention

C - Contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement conformément aux RBP		Etablissement
C1	Mesures de contention mécanique ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement en espace dédié	
C2	Patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention dans le cadre d'une mesure d'isolement	
C3	Durée totale des contentions (heure décimale)	
	Mesure de contention par patient	
	Durée moyenne des mesures de contention en espace d'isolement (EI)	
	Médiane des mesures d'isolement (EI)	
	Durée minimale (EI)	
	Durée maximale (EI)	
	Mesures >48h (EI)	
	Mesures >72h (EI)	
	Part des patients ayant fait l'objet d'objet de contention en EI	
D - Contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement et en dehors des cas d'exception prévues par les RBP		
D1	Mesures de contention mécanique et en dehors des cas d'exceptions prévues par les RBP	
D2	Patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention mécanique et en dehors des cas d'exceptions prévues par les RBP	
D3	Durée totale des ces mesures de contention	
	Médiane des mesures de contention (HEI)	
	Durée minimale (HEI)	
	Durée maximale (HEI)	
E - Contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement conformément aux exceptions prévues par les RBP (ambulatoire)		
E1	Mesure de contention mécanique dans le cadre des exceptions prévues par les RBP	
E2	Patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention dans le cadre des exceptions prévues par les RBP	
E3	Durée totale des contentions mécaniques	
	Médiane des mesures de contention (HEI) et conforme aux exceptions	
	Durée minimale (HEI)	
	Durée maximale (HEI)	
Ensemble des contentions		
C1+D1+E1	Mesures de contention mécanique	
C2+D2+E2	Patients ayant fait l'objet d'une mesure de contention mécanique	
C3+D3+E3	Durée totale des mesures de contention	
	Mesure de contention par patient	
	Durée moyenne des mesures de contention	
	Part des patients ayant fait l'objet d'objet de contention / patients à l'isolement	
	Part des patients admis en SSC ayant fait l'objet d'une contention	
	Part des patients admis à l'hôpital ayant fait l'objet d'une contention	
	Part des heures de contention par rapport aux heures d'isolement	
	Heures pour 1000 habitants	

Annexe 5 – Les données régionales

Ces données sont issues des rapports. Comme cela a été précisé précédemment, leur qualité varie d'un établissement à l'autre selon l'exhaustivité des informations, la clarté des informations précisées. Ces informations sont aussi fortement dépendantes de l'intégration des différents paramètres dans les différents dossiers patients informatisé présents dans les établissements bretons. Il convient ainsi que des informations précises soient apportées aux représentants des usagers sur ces différents points.

Lettre (annexe 2 de l'instruction 2017-109)													
	AHB hors umd	Fondation du Bon Sauveur	Fondation Saint-Jean-de-Dieu	CH des Pays de Morlaix	CH de Landerneau	CHU de Brest	EPSM de Quimper	GHBS - Quimperlé	CHGR	GHRE	EPSM-SB	EPSM-Morbihan	Région
	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
heures par journée	365	365	365	365	365	365	365	365	365	365	365	365	365
jours dans l'année	125	146	184	193	47	209	192	68	477	80	161	226	2108
Capacité en lits (hors umd)	1510	1744	1875	1875	446	2611	1879	592	4573	2288	1459	18977	
File active hospitalière (Fat-Faa)	341	415	342	58	377	118	1702	150	424	740	4667	488915	
Patients faisant l'objet de SSC au sein du service ou de l'établissement (sources SAE)	22 853	48 018	39 721	49 121	9 744	54 589	12 978	136 469	24 129	41 727	49 566	488 915	
Journées en SSC	7 101	11 014	8 112	9 563	4 589	12 017	2 406	51 333	3 815	16 232	37 888	164 070	
Journées en hospitalisation à temps complet	29 954	59 032	47 833	58 684	14 333	66 606	15 384	187 802	27 944	57 959	87 454	652 985	
Part des SSC	23,71%	18,66%	16,96%	16,30%	32,02%	18,04%	15,64%	27,33%	13,65%	28,01%	43,32%	25,13%	
Population de la zone d'intervention	122 144	185 598	227 808	150 426	56 748	243 643	234 132	49 300	701 748	130 367	188 197	336 213	2 382 680
Journées d'hospitalisation pour 1000 habitants de 18 ans et plus	245,24	318,06	209,97	390,12	252,57	0,00	284,48	312,05	267,62	214,35	307,97	260,11	274,05
Journées en SSC pour 1000 habitants	58,14	59,34	35,61	63,57	80,87	0,00	51,33	48,80	73,15	29,26	86,25	112,69	68,86
A - Isolement dans un espace dédié conformément aux recommandations de bonne pratique (RBP)													
A1	5	8	6	3	1	3	4	2	20	2	5	7	66
Espaces d'isolement (C)	130	161	1391	380	21	48	184	28	1346	67	176	294	4226
Mesures d'isolement en espace d'isolement	65	94	175	145	21	20	85	18	613	52	111	175	1574
Patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement en espace dédié	5 408	3 199	14 625	15 295	2 059	480	23 264	853	129 737	1 910	32 159	25 225	254 215
Durée totale de ces mesures d'isolement (heure décimale)	2,00	1,71	7,95	2,62	1,00	2,40	2,16	1,56	2,20	1,29	1,59	1,68	2,68
Mesures d'isolement par patient (a)	41,60	19,87	10,51	40,25	98,06	10,00	126,43	30,48	96,39	28,50	182,72	85,80	60,16
Durée moyenne des mesures en espace d'isolement (EI) (a)													
Durée médiane des mesures d'isolement (EI) (a)													
Durée minimale (EI) (a)	4,00	0	0,01	1,00	0,50	1,00	0,50	1,00	0,10	0,10	1,487,40	1,487,40	161,51
Durée maximale (EI) (a)	1 825,91	15,2	2 403,14	380,00	24,00	273,69	47,41	211,64	36,72	289,72	144,14	161,51	
Durée moyenne d'isolement par patient (b)													
Mesures >48h (EI) (a)													
Mesures >72h (EI)													
Part des patients admis en SSC mis à l'isolement en espace dédié (b)	0,00%	27,57%	42,17%	42,40%	36,21%	0,00%	22,55%	15,25%	36,02%	34,67%	26,18%	23,65%	33,73%
Equipement en CI pour 100 000 habitants	4,09	4,31	2,63	1,99	1,76	1,23	1,71	4,06	2,85	1,53	2,66	2,08	2,77
Taux d'occupation des chambres d'isolement (b)		4,56%	27,83%	58,20%	23,51%	1,83%	66,39%	4,87%	74,05%	10,90%	73,42%	41,14%	43,97%
Part des journées à l'isolement en EI par rapport aux journées en SSC	3,17%	1,21%	7,51%	6,66%	1,87%	8,07%	1,48%	10,53%	2,09%	8,26%	2,77%	6,46%	

Lettre (annexe 2 de l'instruction 2017-109)														
	AHB hors umd	Fondation du Bon Sauveur	Fondation Saint-Jean-de-Dieu	CH des Pays de Morlaix	CH de Landerneau	CHU de Brest	EPSM de Quimper	GHBS - Quimperlé	CHGR	GH-RE	EPSM-SB	EPSM-Morbihan	Région	
B - Isolement en dehors d'un espace dédié														
B1		13,00	20,00	18,00		504,00	128,00	3,00		4	29	339		
B2		8,00	8,00	6,00		195,00	80,00	2,00		4	17	185		
B3		111,00	179,40	418,14		33 696,00	24 174,00	52,10		114	1538,8	374 053		
	Durée moyenne des mesures d'isolement hors espace dédié (HEI) par patient	83,21	83,57	105,48	98,06	24,00	273,69	47,41	211,64	36,72	289,72	144,14	161,51	
	Mesures d'isolement (HEI) par patient (a)	1,63	2,50	3,00	#DIV/0!	2,58	1,60	1,50	#DIV/0!	1,00	1,71	1,83		
	Durée moyenne des mesures (HEI) (a)	8,54	8,97	23,23	#DIV/0!	66,86	188,86	17,37	#DIV/0!	28,50	53,06	1 103,40		
	Médiane des mesures d'isolement (HEI)											244		
	Durée minimale (HEI)						0,73	1		1	1	0,1		
	Durée maximale (HEI)						4668	210,4		261,3	261,3	17375		
	Durée moyenne d'isolement (HEI) par patient (b)	13,88	22,43	69,69	#DIV/0!	172,80	302,18	26,05	#DIV/0!	28,50	90,52	2021,91		
	Mesures >48h (HEI)													
	Mesures >72h (HEI)													
Ensemble des isolements														
A2+B1	Mesures d'isolement	130	174	1411	398	21	552	312	31	1346	71	205	633	5284
A3+B2	Patients ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement	65	102	183	146,00	21,00	108,00	20	613	56	128	360	2017	
A4+B3	Durée totale des isolements	5 408,46	3 310,00	14 804,56	15 713,14	2 059,30	34 176,00	47 438,00	905,41	129 737,00	2 023,50	33 698,10	399 277,80	688 551,27
	Mesures d'isolement par patient	2,00	1,71	7,71	2,73	1,00	2,57	2,89	1,55	2,20	1,27	1,60	1,76	2,62
	Durée moyenne des mesures d'isolement	41,60	19,02	10,49	39,48	98,06	61,91	152,04	29,21	96,39	28,50	164,38	630,77	130,31
	Durée moyenne de la mise à l'isolement par patient	83,21	32,45	80,90	107,62	98,06	158,96	439,24	45,27	211,64	36,13	263,27	1 109,11	341,37
	Isolément dédié /Ensemble des isolements (mesure)	100,00%	92,53%	98,58%	95,48%	100,00%	8,70%	58,97%	90,32%	100,00%	94,37%	85,85%	46,45%	79,98%
	Isolément dédié /Ensemble des isolements (durée)	100,00%	96,65%	98,79%	97,34%	100,00%	1,40%	49,04%	94,25%	100,00%	94,37%	95,43%	6,32%	36,92%
	Part de l'isolement le plus long	33,76%	0,00%	0,00%	15,29%	18,45%	0,00%	9,84%	23,24%	0,00%	12,91%	0,78%	4,35%	0,00%
	Part des patients admis en SSC mis à l'isolement (EH+HEI) (b)		29,91%	44,10%	42,69%	36,21%	28,65%	16,95%	36,02%	37,33%	30,19%	48,65%	43,22%	
	Part des journées à l'isolement par rapport aux journées en SSC	3,17%	1,25%	7,60%	6,85%	1,87%	16,45%	1,57%	10,53%	2,21%	8,65%	43,91%	17,49%	
	Jours à l'isolement par rapport à la population de la ZI	1,84	0,74	2,71	4,35	1,51	5,84	0,77	7,70	0,65	7,46	49,48	12,04	
Indicateurs														
Isolément (journées)	AHB hors umd	Fondation du Bon Sauveur	Fondation Saint-Jean-de-Dieu	CH des Pays de Morlaix	CH de Landerneau	CHU de Brest	EPSM de Quimper	GHBS - Quimperlé	CHGR	GH-RE	EPSM-SB	EPSM-Morbihan	Bretagne	
	journée d'hospitalisation par rapport à la population 100 000	24 524	31 806	20 997	39 012	25 257	0	28 448	31 205	26 762	21 435	30 797	26 011	27 405
	journées ssc/10000h	581,36	593,43	356,09	635,73	808,66	0,00	513,26	488,03	731,50	292,64	862,50	1126,90	688,59
	journées d'isolement /10000h	18,45	7,43	27,08	43,52	15,12	58,45	84,42	7,65	77,03	6,47	74,61	494,82	120,41
	ssc/hospitalisation complète	23,71%	18,66%	16,96%	16,30%	32,02%	18,04%	15,64%	27,33%	13,65%	28,01%	43,32%	25,13%	
	isolement / ssc	3,17%	1,25%	7,60%	6,85%	1,87%	16,45%	1,57%	10,53%	2,21%	8,65%	43,91%	17,49%	
	isolement / journées d'hospitalisation	0,75%	0,23%	1,29%	1,12%	0,60%	2,97%	0,25%	2,88%	0,30%	2,42%	19,02%	4,39%	

Lettre (annexe 2 de l'instruction 2017-109)													
	AHB hors umd	Fondation du Bon Sauveur	Fondation Saint-Jean-de-Dieu	CH des Pays de Morlaix	CH de Landerneau	CHU de Brest	EPSM de Quimper	GHBS - Quimperlé	CHGR	GH-RE	EPSM-SB	EPSM-Morbihan	Région
Isolément (patients)													
Patients en hospitalisation à temps complet	0	1510	1744	1875	446	2611	1879	592	4573	0	2288	1459	
Patients faisant l'objet de SSC au sein du service ou de l'établissement (source SAE)	0	341	415	342	58	0	377	118	1 702	150	424	740	
Patients ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement	65	102	183	146	21	215	108	20	613	56	128	360	
Patients en SSC / FA hospitalière		22,58%	23,80%	18,24%	13,00%		20,06%	19,93%	37,22%		18,53%	50,72%	
Patients à l'isolement / patient en ssc		29,91%	44,10%	42,69%	36,21%		28,65%	16,95%	36,02%	37,33%	30,19%	48,65%	
Patients à l'isolement / patient hospitalisé		6,75%	10,49%	7,79%	4,71%	8,23%	5,75%	3,38%	13,40%		5,59%	24,67%	
Patients à l'isolement / pour 10 000 habitants	5,32	5,50	8,03	9,71	3,70	8,82	4,61	4,06	8,74	4,30	6,80	10,71	
Espaces d'isolement (CI)													
S4													
Durée des isolements en espace dédié	5	8	6	3	1	3	4	2	20	2	5	7	66
Durée des isolements hors espace dédié	3 199	14 625	15 295	480	23 264	853	1 910	32 159	25 225	117 010			
Durée des isolements	111	179	418	33 696	24 174	52	114	1 539	374 053	434 336			
durée en espace dédié / 10 000 h	3 310	14 805	15 713	34 176	47 438	905	2 024	33 698	399 278	551 347			
Isolément en espace dédié / Totalité des isolements	178	650	1 045	1 403	2 026	184	155	1 791	11 876	2 314			
Taux d'occupation des CI avec isolement en espace dédié	96,65%	98,79%	97,34%	1,40%	49,04%	94,25%	94,37%	95,43%	6,32%	21,22%			
Nombre de CI requis pour accueillir l'intégralité des placements à l'isolement	4,56%	27,83%	58,20%	1,83%	66,39%	4,87%	10,90%	73,42%	41,14%	43,97%			
	0,62	0,38	1,69	1,79	0,24	3,90	5,42	0,10	14,81	0,23	3,85	45,58	78,60

Lettre (annexe 2 de l'instruction 2017-109)													
C - Contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement conformément aux RBP													
	AHB hors umd	Fondation du Bon Sauveur	Fondation Saint-Jean-de-Dieu	CH des Pays de Morlaix	CH de Landerneau	CHU de Brest	EPSM de Quimper	GHBS - Quimperlé	CHGR	GH-RE	EPSM-SB	EPSM-Morbihan	Région
C1	Mesures de contention mécanique ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement en espace dédié	41	50	200	129	10	105		765	18	18	101	1437
C2	Patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention dans le cadre d'une mesure d'isolement	22	30	42	73	2	56		337	16	13	40	631
C3	Durée totale des contentions (heure décimale)	697,97	514	876,1	1853,73	19,2	1340,1		32371	839,8	38 299,20	76811,1	
	Mesure de contention par patient	1,86	1,67	4,76	1,77	5,00	1,88		2,27	1,13	1,38	2,53	2,28
	Durée moyenne des mesures de contention en espace d'isolement (EI)	17,02	10,28	4,38	14,37	1,92	12,76		42,32	0,00	46,66	379,20	53,45
	Médiane des mesures d'isolement (EI)												
	Durée minimale (EI)	1,72	0,50				0,10		0,03	0,03	0,03		
	Durée maximale (EI)	137,15	6,00				153,75		955,00			616,00	
	Mesures >48h (EI)												
	Mesures >72h (EI)												
	Part des patients ayant fait l'objet d'objet de contention en EI	33,85%	31,91%	24,00%	50,34%	0,00%	65,88%	0,00%	54,98%	30,77%	11,71%	22,86%	40,09%
D - Contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement et en dehors des cas d'exception prévues par les RBP													
D1	Mesures de contention mécanique et en dehors des cas d'exceptions prévues par les RBP		4								4	12	20
D2	Patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention mécanique et en dehors des cas d'exceptions prévues par les RBP		3								1	10	14
D3	Durée totale des mesures de contention		28,8								10,2	40 078,80	40117,8
	Médiane des mesures de contention (HEI)											886,30	
	Durée minimale (HEI)											0,30	
	Durée maximale (HEI)											11 664,80	
E - Contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement conformément aux exceptions prévues par les RBP (ambulatoire)													
E1	Mesure de contention mécanique dans le cadre des exceptions prévues par les RBP		4				2				3	50	59
E2	Patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention dans le cadre des exceptions prévues par les RBP		2				2				3	37	44
E3	Durée totale des contentions mécaniques		29				57				343,5	91 845,00	92274,5
	Médiane des mesures de contention (HEI) et conforme aux exceptions											314,6	
	Durée minimale (HEI)											1,4	
	Durée maximale (HEI)											17374,2	

Lettre (annexe 2 de l'instruction 2017-109)														
Ensemble des contentions														
	AHB hors umd	Fondation du Bon Sauveur	Fondation Saint-Jean-de-Dieu	CH des Pays de Morlaix	CH de Landerneau	CHU de Brest	CHU de Brest	EPSM de Quimper	GHBS - Quimperlé	CHGR	GH-RE	EPSM-SB	EPSM-Morbihan	Région
	AHB hors umd	Fondation du Bon	Fondation Saint-Jean-	CH des Pays de	CH de Landerneau	CHU de Brest	CHU de Brest	EPSM de Quimper	GHBS - Quimperlé	CHGR	GH-RE	EPSM-SB	EPSM-Morbihan	Région
C1+D1+E1 Mesures de contention mécanique	41	58	200	129	0	10	107	0	765	18	25	163	1516	
C2+D2+E2 Patients ayant fait l'objet d'une mesure de contention mécanique	22	35	42	73	0	2	58	0	337	16	17	87	689	
C3+D3+E3 Durée totale des mesures de contention	697,97	571,80	876,10	1 853,73	0,00	19,20	1 397,10	0,00	32 371,00	0,00	1 193,50	170 223,00	209 203,40	
Mesure de contention par patient	1,86	1,66	4,76	1,77	#DIV/0!	5,00	1,84	#DIV/0!	2,27	1,13	1,47	1,87	2,20	
Durée moyenne des mesures de contention	17,02	9,86	4,38	14,37	1,92	13,06	42,32	0,00	47,74	0,00	47,74	1 044,31	138,00	
Part des patients ayant fait l'objet d'objet de contention / patients à l'isolement	33,85%	34,31%	22,95%	50,00%	0,00%	0,83%	53,70%	0,00%	54,98%	28,57%	13,28%	24,17%	34,16%	
Part des patients admis en SSC ayant fait l'objet d'une contention		10,26%	10,12%	21,35%	0,00%	#DIV/0!	15,38%	0,00%	19,80%	10,67%	4,01%	11,76%	14,76%	
Part des patients admis à l'hôpital ayant fait l'objet d'une contention		2,32%	2,41%	3,89%	0,08%	0,08%	3,09%		7,37%		0,74%	5,96%		
Part des heures de contention par rapport aux heures d'isolement	12,91%	17,27%	5,92%	11,80%	0,00%	0,06%	2,95%	0,00%	24,95%	0,00%	3,54%	42,63%	30,38%	
Heures pour 1000 habitants	5,71	3,08	3,85	12,32	0,00	0,08	5,97	0,00	46,13	0,00	6,34	506,30	87,80	

Table des matières

Introduction générale	3
Première partie : Analyse des rapports rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, de la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre.....	5
1. La composition des rapports	9
1.1. Une grande diversité	9
1.2. Quelques interrogations sur la compréhension de la loi.	13
2. Les pratiques en matière d'isolement et de contention.	17
2.1. L'organisation générale de l'établissement est peu décrite.....	17
2.2. L'organisation des espaces particuliers présents dans les unités accueillant des patients en soins sans consentement.....	19
2.3. Peu de précisions sont apportées sur les chambres d'isolement.	20
2.4. Les conditions d'accueil des personnes en situation de crise sont évoquées par quelques établissements.	21
2.5. L'engagement de la mesure : la décision médicale	22
2.6. La surveillance pendant l'application des mesures coercitives	24
2.7. Des actions menées après l'épisode de mise à l'isolement ou sous contention.	25
2.8. Peu d'informations sur les conditions dans lesquelles les juges et les familles sont informés ou saisis des mesures.	25
2.9. Des populations spécifiques : les mineurs et les détenus	25
3. L'évaluation.....	27
3.1. Les évaluations quantitatives.	27
3.2. Les dispositifs d'évaluation qualitative	36
4. La politique en vue de la réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention	37
4.1. Mieux connaître la population placée à l'isolement ou sous contention.	37
4.2. Prévenir le recours à l'isolement en prévenant l'hospitalisation sans consentement.	38
4.3. Trouver des alternatives aux séjours prolongés	38
4.4. Intégrer un accueil de qualité dans l'organisation du service.....	39
4.5. Introduire des équipements adaptés.....	40

4.6.	Favoriser l'expression du patient.....	40
4.7.	Associer les proches.....	41
4.8.	Changer la culture de l'hôpital.....	41
5.	Le contrôle juridictionnel	43
5.1.	L'adaptation des organisations.	43
5.2.	Les décisions du juge.....	43
Deuxième partie : Analyse des données relatives au recours à l'isolement et à la		
contention dans les établissements bretons.		
1.	Le recours à l'isolement.	47
1.1.	Un recours très variable à l'isolement selon les établissements avec quelques niveaux élevés.	48
1.2.	Un recours à l'isolement qui tend à diminuer.....	49
1.3.	Un isolement majoritairement pratiqué au sein d'espace dédié	50
1.4.	L'isolement, un moment dans les soins sans consentement	52
1.5.	De nombreuses personnes concernées	53
1.6.	Isolement, motifs et pathologies concernées.	54
1.7.	Autres indicateurs	56
2.	Sur le recours à la contention	56
2.1.	Des durées de mise sous contention fortement dispersées	57
2.2.	Une part encore importante de patients placés sous contention.....	58
Annexe 1 – Méthodologie		61
Annexe 2 – Le fich comp.....		65
Annexe 3 – Les données quantitatives minimales attendues dans les rapports		67
Annexe 4 - Grille de saisie		69
Annexe 5 – Les données régionales.....		73