



L'essentiel de l'information
scientifique et médicale

www.jle.com

Le sommaire de ce numéro

<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/ipe/sommaire.md?type=text.html>

L'Information Psychiatrique

Vol. 97 n° 1
Janvier 2021

Revue mensuelle
des psychiatres
des hôpitaux

Ruptures et continuité

Editorial
Ruptures et continuité Th. Tremere

Courrier des lecteurs
La fabrication du consentement en santé mentale
D. Laberge

De l'importance du traitement médiatique du suicide
en période de crise H. Pauwels

Témoignages
Que reste-t-il de la maladie quand on va mieux ?
Quand la recherche en psychiatrie associe
les patients et leurs soignants M. de Hooghe

La stigmatisation en santé mentale dans le contexte
de pandémie. Observations cliniques et premières
interrogations J. Ozanne

Question ouverte
Bilan d'autonomie et de compétences sociales,
un outil d'évaluation et de réhabilitation
au CHU Vrinatier
R. de Marselis, Ph. Vignaud, B. Gelas-Ampie

Cas clinique
Crises d'angoisses aiguës révélant une maladie de
Bassonow ou « maladie de graves » à propos d'un cas
X. El mi, W. El bouchal, R. Chihmane, M. Barimi

Histoire de la psychiatrie
De l'état mental des habitants de Paris pendant
les événements de 1870-1871 J. Garrabé

Question en formation
Ouverture sur la pratique libérale en DES
de psychiatrie : mise en place du premier stage
en France M. Thapout, D. Robin, E. Troux,
F. Menet, D. Draper



La psychiatrie publique en France. Pluralité
des modèles d'équilibre L. Demary

L'esprit « du secteur psychiatrique, entre
psychothérapie institutionnelle et santé mentale
dans la communauté H. Harléay

La désinstitutionalisation psychiatrique : définitions,
usages de la notion, et questions de méthode H. Casseville

Isolément et contention : éléments pour un état des
lieux. Résultats d'une enquête des CDSP A. Mousnier

Entre secret et signalement : des postures
professionnelles en tension
S. de Sève, Th. Renaud, C. Robin, A.H. Monzay

Réhabilitation psychosociale en psychiatrie : vers
une intégration de la santé fonctionnelle dans
le parcours des usagers de la santé mentale
D. Isaac, D. Bédère, R. Durand, D. Januel

Perroy-Vaucluse. Annamès d'un hôpital
en reconversion C. Delacour-Vieux, M. Corlé,
G. Bouhaillet, C. Fontaine, B. Salabay



ISSN 0020-0204 - Prix au numéro : 27 €

Arcueil, le 06-02-21

Alain Monnier

Vous trouverez ci-après le tiré à part de votre article au format électronique (pdf) :

Isolément et contention : éléments pour un état des lieux

paru dans

L'Information psychiatrique, 2021, Volume 97, Numéro 1

John Libbey Eurotext

Ce tiré à part numérique vous est délivré pour votre propre usage et ne peut être transmis à des tiers qu'à des fins de recherches personnelles ou scientifiques. En aucun cas, il ne doit faire l'objet d'une distribution ou d'une utilisation promotionnelle, commerciale ou publicitaire.

Tous droits de reproduction, d'adaptation, de traduction et de diffusion réservés pour tous pays.

© John Libbey Eurotext, 2021

Isolement et contention : éléments pour un état des lieux

Résultats d'une enquête des CDSP

Alain Monnier

Unafam
75017 Paris, France

Résumé. Une enquête effectuée en 2018 dans 79 établissements autorisés en psychiatrie permet de disposer de données sur la mise en œuvre de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique relatif à l'isolement et à la contention. Le registre prévu par cet article a été mis en place dans la plupart des établissements mais dans près d'un tiers il est sous forme « papier » ce qui rend difficile l'établissement de statistiques. Dans une proportion équivalente d'établissements, le rapport annuel 2017 sur les pratiques d'isolement et contention n'avait pas été présenté en 2018. Cette enquête apporte également des résultats inédits sur l'équipement en chambres d'isolement des établissements et services. Elle révèle que celles-ci ne disposent ni de sanitaires intérieurs, ni d'horloge visible, ni de bouton d'appel dans 20 à 33 % des cas. Enfin, différents éléments permettent de poser comme hypothèse que le respect des droits et de la dignité des patients, tel qu'appréhendé par ces indicateurs, serait mieux assuré dans les centres hospitaliers spécialisés (CHS) que dans les pôles de psychiatrie intégrés au sein des hôpitaux généraux.

Mots clés : aménagement des locaux, chambre d'isolement, contention, dignité, droit du malade, enquête, hôpital psychiatrique, isolement thérapeutique

Abstract. Seclusion and restraint: The current situation. The results of a CDSP study. This paper details the results of a study carried out in 2018 in seventy-nine psychiatric health care facilities, aimed at gathering data on the implementation of article L3222-5-1 of the French Public Health Code on seclusion and restraint. The logbook that this article provides for was used in the majority of the psychiatric health care facilities studied, but in almost a third this was in "paper" form, which made it more difficult to compile statistics. In another third of facilities, the 2017 annual report on seclusion and restraint practices had not been submitted in 2018. The study also looked at original data gathered on the amenities in the seclusion rooms of these psychiatric facilities and départements. It shows that in 20.2 percent of cases there are no toilet facilities in the rooms, in 24.2 percent of cases there is no visible clock, and in 32.8 percent of cases there is no call button. Lastly, various aspects noted during the study enable the following hypothesis to be put forward: the respect of patients' rights and dignity, understood in accordance with the above-mentioned indicators, would be better ensured in specialist inpatient centers than in psychiatry departments within general hospitals.

Key words: facility planning, seclusion room, restraint, dignity, patient rights, study, psychiatric hospital, therapeutic seclusion

Resumen. Aislamiento y contención: elementos para un inventario. Resultados de una encuesta de los CDSP. Una encuesta realizada en 2018 en 79 establecimientos autorizados en psiquiatría permite disponer de datos sobre la puesta en marcha del artículo L 3222-5-1 del Código de Sanidad en relación con el aislamiento y la contención. El registro previsto por este artículo se puso en marcha en la mayoría de los establecimientos pero en casi una tercera parte está en formato "papel" lo que hace difícil el establecimiento de estadísticas. En una proporción equivalente de establecimientos, el informe anual de 2017 sobre las prácticas de aislamiento y contención no se había presentado en 2018. Esta encuesta aporta también resultados inéditos sobre el equipamiento en las cámaras de aislamiento de los establecimientos y servicios. Da a conocer que las mismas no disponen de servicio interior, tampoco de reloj de pared visible ni de botón para llamada en 20 a 33 % de los casos. Por fin diferentes elementos permiten plantear como hipótesis que el respeto a los derechos y la dignidad los pacientes, tal como lo revelan estos indicadores, quedaría mejor asegurado en los centros hospitalarios especializados (CHS por sus siglas en francés) que en los polos de psiquiatría integrados dentro de los hospitales generales.

Palabras claves: diseño de los locales, cámara de aislamiento, contención, dignidad, derecho del enfermo, encuesta, hospital psiquiátrico, aislamiento terapéutico

Correspondance : A. Monnier
<monnier.alain@free.fr>

doi:10.1684/ipe.2021.2202

Encadré 1**Article L3222-5-1 du code de la santé publique créé par loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 72**

L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'Agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1.

Isolement et contention sont longtemps restés du côté de la face cachée de la psychiatrie... et le sont toujours, en dépit de l'article 72 de la loi de modernisation de notre système de santé, dont nous avons fêté le quatrième anniversaire au début de l'année 2020.

Une enquête, effectuée tout au long de l'année 2018, par les représentants des usagers Unafam (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques), membres des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP) [1], permet de disposer d'éléments sur l'état des lieux du cadre des pratiques d'isolement et contention : le cadre juridique d'une part, mais aussi le cadre au sens le plus matériel du terme, c'est-à-dire les lieux de l'isolement.

Les observations collectées soulignent les difficultés de la mise en œuvre des dispositions légales (*encadré 1*). Sans doute les registres de l'isolement ont-ils été mis en place dans la plupart des établissements mais nombre d'entre eux ne sont pas adaptés à l'établissement de statistiques. Quant aux rapports annuels qui doivent définir

la politique mise en œuvre afin de réduire les pratiques d'isolement et de contention, ces rapports n'avaient pas été présentés dans un tiers des établissements.

L'enquête permet également de donner une profondeur statistique aux observations ponctuelles effectuées par le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) qui dénoncent des atteintes au respect de la dignité des personnes : absence de sanitaire dans les chambres d'isolement, de bouton d'appel, patients soumis à la vidéosurveillance...

Enfin, plusieurs éléments suggèrent que le respect des droits et de la dignité des personnes serait mieux assuré dans les centres hospitaliers spécialisés que dans les pôles de psychiatrie au sein d'hôpitaux généraux.

Application de la loi : où en est-on ?

Cette enquête a été effectuée au cours de l'année 2018. Elle donne donc une image de la mise en œuvre de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique (CSP) deux ans après son entrée en vigueur. Rappelons que cette loi, dont l'orientation générale vise à réduire le recours à l'isolement et à la contention, prévoyait d'une part la tenue d'un registre des mises en isolement ou contention et, d'autre part, la présentation d'un rapport annuel au conseil de surveillance et à la commission des usagers (CDU) des établissements.

Le registre de l'isolement et de la contention

Une instruction ministérielle du 29 mars 2017 [2] a précisé le « format » de ce registre dont la loi précitée a prévu qu'il « peut être établi sous forme numérique ».

Ce registre doit tout d'abord distinguer les mises en isolement au sein d'un espace dédié, « conformément aux recommandations de bonne pratique » et celles effectuées « dans un autre lieu [qui] doivent rester très exceptionnelles ». En ce qui concerne les mises en contention, le registre doit distinguer trois situations : « contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement conformément aux recommandations de bonne pratique », « contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement et en dehors des cas d'exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique » et « contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement conformément aux exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique ».

Pour chacune de ces modalités, le registre doit relever, pour chaque mesure de mise en isolement ou contention, un numéro d'ordre, l'identifiant – anonymisé – du patient, l'identifiant du service, les dates et heure de début et de fin de la mesure, sa durée, le nom du psychiatre l'ayant décidée et le nom des professionnels de santé chargés de la surveillance.

Si le registre se présente sous forme d'un tableur, il doit donc comporter cinq feuilles, consacrées aux diffé-

Tableau 1.

Nombre d'établissements	N = 79 (1)
Le registre de l'isolement contention a été mis en place	93,0 %
Le registre est sous forme :	
– papier	31,7 %
– informatique	60,3 %
– les deux	7,9 %
Le registre permet d'identifier les pratiques d'isolement-contention au niveau de chaque service	85,7 %
Il y a un registre ou un tableau pour chaque type de mesure	34,0 %
Le registre permet de recueillir, pour chaque mesure, toutes les informations prévues par la loi	83,6 %
Toutes les informations prévues par la loi, pour chaque mesure, sont renseignées	97,0 %
Le registre a semblé difficile à contrôler	51,6 %

(1) Pourcentages calculés pour 100 établissements.
Source : Enquête Unafam isolement-contention (2018).

rentes situations définies ci-dessus, et chaque feuille doit comporter dix colonnes.

Dans la plupart des établissements inclus dans l'enquête, le registre de l'isolement et de la contention a été effectivement mis en place (93 %, *tableau 1*). Mais dans près du tiers de ces établissements (31,7 %) ces registres sont sous forme « papier », ce qui rend difficile l'établissement de statistiques, les calculs devant être faits « à la main ». Quelle que soit leur présentation (papier ou informatique), ils ne respectent la présentation préconisée par l'instruction ministérielle des différentes modalités de mise en isolement ou contention que dans 34 % des cas. Toutefois, ils permettent l'identification du service et la collecte des informations relatives à chaque mesure prévues dans la loi dans plus de 80 % des établissements (respectivement 85,7 % et 83,6 %). Enfin, les informations prévues par la loi, relatives à chaque mesure, sont effectivement renseignées dans la quasi-totalité des cas (97 %).

Au-delà de ce contrôle général de la conformité du registre, le contrôle du contenu même du registre de l'isolement et de la contention est apparu difficile pour un peu plus de la moitié des répondants (51,6 %). Les difficultés évoquées sont diverses et tiennent pour la plupart aux conditions matérielles de la consultation du registre : « consultation sur écran difficile », « logiciel très spécifique qu'il faut bien connaître », « système informatisé ; difficile de naviguer entre les différentes fenêtres », « sous forme papier, difficile : 149 mesures, pas de copie remise à la CDSP », « nécessité de prendre rendez-vous avant la visite avec le service informatique. Seuls les pros s'y retrouvent. »

Tableau 2.

Nombre d'établissements	N = 79 (1)
Le rapport sur l'isolement et la contention a été présenté à la CDU	45,3 %
– enquête effectuée avant le 30 juin 2018	25,9 %
– enquête effectuée après le 30 juin 2018	65,2 %

(1) Pourcentages calculés pour 100 établissements.
Source : Enquête Unafam isolement-contention (2018).

Le rapport annuel au Conseil de surveillance et à la commission des usagers

L'article L3222-5-1 du CSP demande aux directions d'établissement d'établir chaque année « un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre », rapport qui doit être transmis pour avis à la commission des usagers et au conseil de surveillance. L'instruction ministérielle précitée précise que ce rapport doit être présenté « au plus tard le 30 juin de chaque année suivante ».

En 2018, moins de la moitié des établissements (45,3 %) avaient présenté ce rapport, établi pour 2017. Toutefois au fil de 2018, en distinguant les enquêtes selon qu'elles ont été effectuées avant ou après le 30 juin, la proportion d'établissements ayant présenté ce rapport augmente sensiblement, de 25,9 % à 65,2 % (*tableau 2*).

Les lieux de l'isolement

Deux types de lieux d'isolement ont été distingués : les chambres d'isolement proprement dites, dont l'identification est aisée en raison de leurs particularités architecturales et les « chambres fermées », qui peuvent être des chambres spécifiques ou les chambres des patients, susceptibles d'être fermées pour une mise en isolement. Enfin, l'enquête visait à dénombrer les chambres d'apaisement. Les instructions données aux enquêteurs pour identifier ces différents lieux figurent dans *l'encadré 2*.

Une mesure de l'équipement en lieux d'isolement

Le calcul du nombre de chambre d'isolement (CI), du nombre de chambres fermées (CF) et du nombre de chambres d'apaisement par service et par nombre de lits permet de définir des indices de « l'équipement » en chambres d'isolement, fermées ou d'apaisement.

Encadré 2

Dans cette enquête, on appelle :

– *Chambre d'isolement* : tout local dédié à l'isolement et à la contention, quel que soit le nom qui lui est donné dans l'établissement (chambre de soins intensifs, chambre d'apaisement...). Il s'agit d'une pièce spécialement aménagée, sécurisée, dont le mobilier se compose seulement d'un lit, fixé au sol, et pouvant être équipé de sangles de contention. Sauf cas très particuliers, une chambre d'isolement ne doit pas être la chambre habituelle du patient qu'il doit pouvoir regagner dès la fin de l'isolement.

– *Chambre fermable* : il s'agit d'une chambre dont le cadre général est plus proche d'une chambre normale que d'une chambre d'isolement (elle peut être plus ou moins meublée) mais dans laquelle le patient peut être enfermé par les soignants. *À la différence des chambres d'isolement, ces chambres peuvent être les chambres habituelles des patients.* Attention : dans certains établissements, des chambres peuvent être fermées par le patient, de l'intérieur ou avec un code, les soignants disposant d'une clé permettant d'ouvrir de l'extérieur. Ces chambres ne doivent pas être considérées comme des « chambres fermables ».

– *Chambre d'apaisement* : il s'agit d'une chambre destinée à accueillir un patient pour une durée très limitée (quelques heures). Idéalement, ce devrait être une pièce plutôt agréable (couleurs apaisantes, mobilier de repos...). Il se peut que dans certains établissements la chambre d'isolement, telle que définie ci-dessus, soit dénommée « chambre d'apaisement » : c'est une appellation fautive et vous devez considérer cette chambre comme une chambre d'isolement.

Les chambres d'isolement

Ces indices peuvent être calculés à partir d'informations relatives à l'ensemble de l'établissement ou aux seuls services visités par la CDSP. Le *tableau 3* a été établi à partir de la distribution des indices calculés par établissement ou par service visité. Il présente les valeurs définissant un intervalle regroupant 50 % des observations, soit l'intervalle compris entre le premier quartile (valeur telle que 25 % des observations lui sont inférieures) et le troisième quartile (valeur telle que 25 % des observations lui sont supérieures).

Selon que les observations ont été collectées pour l'ensemble de l'établissement ou dans les seuls services visités, le nombre de lits par CI regroupant les valeurs centrales de la distribution varie sensiblement, et suggère qu'il y a proportionnellement davantage de CI dans les services visités (1 CI pour 9 à 20 lits) que dans les établissements considérés dans leur ensemble (1 CI pour 12 à 24 lits). Cette différence peut tenir au fait que les

Tableau 3.

	Calculs relatifs aux :	
	Établissements	Services visités
	N = 79	N = 125
	50 % des observations se situent entre (1)...	
Nombre de lits par service	19 et 27	17 et 24
Nombre de CI par service	1,0 et 2,0	1,0 et 2,0
Nombre de lits pour 1 CI	12 et 24	9 et 20

Les bornes de cette proportion sont les 1^{er} et 3^e quartiles.

Source : Enquête Unafam isolement-contention (2018).

observations dans les services visités sont plus précises qu'au niveau de l'établissement, notamment dans les établissements comptant plusieurs centaines de lits. On peut penser aussi que les CDSP s'attachent davantage à visiter les services comportant des CI que ceux qui n'en ont pas.

Mais, et c'est le plus important, ces résultats illustrent la grande diversité des services et établissements en matière d'équipement en chambre d'isolement : les valeurs délimitant la moitié des observations – situées entre le 1^{er} et le 3^e quartile – varient du simple au double, qu'il s'agisse du nombre de CI par service (de 1 à 2 CI) ou du nombre de lits par CI (de 12 à 24 ou de 9 à 20 selon le type d'observation).

Ces différences en matière d'équipement reflètent sans aucun doute des différences en matière de fréquence du recours à l'isolement.

Les chambres fermées

Une chambre « fermée » se définit moins par le fait qu'elle dispose d'un dispositif de fermeture que par son statut au sein du service. L'identification et le dénombrement des chambres fermées (CF) sont ainsi plus délicats que dans le cas des chambres d'isolement, qui se différencient par des caractéristiques architecturales évidentes.

Deux situations s'observent, dans les réponses à l'enquête, qui s'expriment par le rapport du nombre de CF au nombre de lits du service. Dans la plupart des services visités par la CDSP, il y a un faible nombre de CF mais dans quelques cas, la totalité ou la quasi-totalité des lits sont dans des chambres pouvant être fermées.

Au total, un peu plus d'un service sur quatre (27,5 %) ayant été visité par la CDSP dispose de chambres fermées, outre les chambres d'isolement, et dans 5 % des services toutes les chambres sont susceptibles d'être utilisées pour une mise en isolement (*tableau 4*).

Tableau 4.

Services visités	N=125 (1)
Disposant de chambres fermées	27,5 %
– en nombre réduit	22,5 %
– en totalité ou quasi	5,0 %
Disposant de chambres d'apaisement	22,5 %
– fermables	14,2 %
– non fermables	8,3 %

(1) Pourcentage calculé pour 100 services visités.

Source : Enquête Unafam isolement-contention (2018).

Les chambres d'apaisement

La HAS a défini les chambres d'apaisement, entre autres recommandations, comme un lieu « dont la porte n'est pas fermée à clé » de façon à ce que le patient puisse la quitter à tout moment.

En retenant ce seul critère, moins de 10 % des services visités disposaient d'une chambre d'apaisement (tableau 4).

Les chambres d'isolement : recommandations de la HAS et réalité

La HAS a énoncé diverses recommandations relatives à « l'espace d'isolement » parmi lesquelles cinq ont fait l'objet d'une observation lors de cette enquête :

- « l'espace d'isolement bénéficie d'un accès aux toilettes », étant entendu que cet accès doit être libre à tout moment pour le patient, sans avoir à demander l'intervention d'un soignant ;
- « il est équipé de moyens d'orientation temporelle : heure, date, nouvelles ou informations » ;
- « il est équipé d'un dispositif d'appel toujours accessible par le patient » ;
- « il est entretenu et propre » ;
- enfin, la HAS rappelle que la vidéosurveillance ne peut remplacer « une surveillance physique et une interaction relationnelle ».

Cent cinquante et une CI, répartis dans 125 services situés dans 64 établissements ont fait l'objet d'une visite dans le cadre des activités de la CDSP, ce qui permet de disposer de données sur la fréquence des chambres d'isolement selon qu'elles disposent de sanitaires intérieurs, d'une horloge visible, d'un bouton d'appel, d'un système de vidéosurveillance et enfin selon leur état (tableau 5).

Les recommandations de la HAS sont loin d'être suivies dans tous les établissements :

- une chambre d'isolement sur cinq est dépourvue de sanitaires, ce qui amène souvent les soignants à mettre un seau hygiénique à disposition des patients ;
- dans une sur quatre, il n'a pas été jugé opportun de faire l'achat d'une pendule et de l'accrocher à la vue des patients, ce qui les prive de repères temporels ;

Tableau 5.

	N=151 (1)
Il n'y a pas de sanitaires intérieurs	20,2 %
Il n'y a pas d'horloge visible	24,2 %
Il y a un système de vidéosurveillance	26,1 %
Il n'y a pas de bouton d'appel	32,8 %
L'état de la chambre d'isolement est :	
– moyen	16,0 %
– dégradé	9,3 %

(1) Pourcentage calculé pour 100 chambres d'isolement visitées.

Source : Enquête Unafam isolement-contention (2018).

– dans une sur trois, il n'y a pas de bouton d'appel, ce qui conduit les patients à crier ou taper sur la porte pour voir un soignant ;

– près d'une chambre d'isolement sur dix est dans un état dégradé (murs souillés, fenêtres sales, sols abîmés...) et une sur six est dans un état « moyen » ;

– enfin, un système de vidéosurveillance a été installé dans une CI sur quatre.

Respect des droits et de la dignité selon le type d'établissement

Les observations présentées précédemment constituent des indices du respect des droits et de la dignité des patients.

Plusieurs éléments suggèrent que le respect des droits et de la dignité des patients, tel qu'il s'exprime dans les conditions légales et matérielles de l'isolement, n'est pas le même selon qu'on est hospitalisé dans un centre hospitalier spécialisé (CHS) ou dans un pôle de psychiatrie au sein d'un hôpital général (HG).

En effet, les chambres d'isolement dans les hôpitaux généraux sont dépourvues de sanitaires intérieurs et d'une horloge environ deux fois plus souvent que dans les CHS : 26 % contre 13 % en ce qui concerne les sanitaires, 32 % contre 14 % pour les horloges. En revanche, les CHS ont plus souvent recours à la vidéo-surveillance : 39 % contre 17 % dans les hôpitaux généraux, bien que celle-ci ne soit pas une « bonne pratique » selon la HAS.

On observe de même, en ce qui concerne les registres de l'isolement et de la contention, que les registres sous forme « papier », qui constituent une forme rudimentaire, sont près de trois fois plus fréquents dans les hôpitaux généraux que dans les CHS, respectivement 52 % et 18 %.

Les différences constatées en ce qui concerne l'absence de bouton d'appel, l'état dégradé des CI ou la présentation à la CDU du rapport annuel sur l'isolement et la contention vont dans le même sens (respect des

Tableau 6.

	CHS	HG	p
Nombre de chambres d'isolement	78	73	
Absence de sanitaires	12,8 %	26,0 %	<0.05
Absence d'une horloge visible	14,1 %	31,9 %	<0.05
Existence d'une vidéo-surveillance	38,9 %	16,7 %	<0.05
Absence d'un bouton d'appel	29,3 %	35,2 %	NS
État de la chambre d'isolement :			
– dégradé	8,5 %	10,0 %	NS
Type de registre : papier	18,9 %	46,4 %	<0.05
Le rapport a été présenté à la CDU	53,3 %	34,8 %	NS

NS : non significatif.

Source : Enquête Unafam isolement-contention (2018).

droits et de la dignité plus affirmé dans les CHS), mais elles ne sont pas significatives.

Ce bilan contrasté ne permet pas de conclusion affirmée mais justifie de poser comme hypothèse, appelant vérification par d'autres travaux, que le respect des droits et de la dignité des patients, notamment s'ils sont susceptibles d'être mis en isolement ou contention, peut varier en fonction du statut des établissements (tableau 6).

Vue d'ensemble

Cette enquête représentative (encadré 3, « Note technique ») permet en premier lieu de dresser un constat de la mise en œuvre de l'article L. 3222-5-1 du CSP, plus de deux ans après son adoption, en ce qui concerne les registres de l'isolement-contention et la présentation du rapport annuel à la commission des usagers de l'établissement. Elle permet ensuite de disposer d'éléments descriptifs objectifs sur les lieux d'isolement.

Les résultats obtenus sont inédits. Ils révèlent d'une part les difficultés de mise en œuvre de l'article précité – notamment difficulté pour un tiers des établissements de concevoir un registre informatisé ou de présenter le rapport annuel sur l'isolement et la contention aux instances de l'établissement. Ils font le constat, par ailleurs, d'atteintes à la dignité des patients mis en isolement qui ne disposent pas de sanitaires intérieurs dans une chambre d'isolement sur cinq, ni de bouton d'appel dans une sur trois et sont soumis à la vidéosurveillance dans une CI sur quatre.

Un dernier résultat doit retenir l'attention : le respect des droits et de la dignité semble mieux assuré dans les

Encadré 3

Note technique

Enquête réalisée au cours de 2018 sur un échantillon de 79 établissements hospitaliers autorisés en psychiatrie, soit un tiers des établissements autorisés. Cet échantillon n'a pas été défini a priori. Dans tous les départements de métropole, les représentants de l'Unafam dans les CDSP ont été sollicités pour effectuer cette enquête, à l'aide d'un même questionnaire, dans les établissements visités par la CDSP. Trente-cinq d'entre eux se sont acquittés de cette tâche dans un nombre équivalent de départements. Le choix des 79 établissements observés est ainsi le résultat d'un facteur (décision personnelle de faire l'enquête) largement indépendant des caractéristiques de l'établissement.

La validité de cet échantillon peut être appréciée en comparant la répartition observée des établissements selon leur statut (CHS ou pôle de psychiatrie dans un hôpital général, HG) avec la répartition réelle. La proportion de CHS (publics ou privés) dans l'échantillon est de 53 %, pour une proportion réelle de 48 % (source ATIH 2015). La surestimation des CHS dans l'échantillon est donc relativement faible (5 points) et les résultats relatifs à l'ensemble de l'échantillon ont été pondérés en conséquence. Un autre contrôle de la validité de l'échantillon se fonde sur la répartition entre établissements publics et ESPIC ou privés : 89 % des établissements de l'échantillon sont des établissements publics, pour une proportion réelle de 84 %.

CHS que dans les pôles de psychiatrie intégrés au sein d'hôpitaux généraux.

Remerciements Je tiens à remercier le Dr Tachon, qui a bien voulu me faire part de ses commentaires sur une première version de ce travail.

Mes remerciements également aux bénévoles de l'Unafam, membres des CDSP, qui ont collecté les données sur le terrain. Sans eux ce travail n'aurait pas été possible.

Liens d'intérêt l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec ce texte.

Références

1. Tachon JP, Monnier A. Les commissions départementales de soins psychiatriques : un pilier de la démocratie sanitaire à consolider. *L'Information psychiatrique* 2015 ; 91 : 455-8.
2. Instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

Liste des établissements soumis à l'enquête

Aisne : Centre psychothérapique, St Quentin
 Aude : Clinique Ste Thérèse, Narbonne. Ussap, Limoux
 Aveyron : CH du Pays d'Eygurande, Monestier Merlines
 Bouches-du-Rhône : Hôpital du Vallon, Martigues. APHM La Conception, Marseille. APHM Ste Marguerite, Marseille. Edouard Toulouse, Marseille. Montperrin, Aix-en-Pce
 Corrèze : CH Dubois, Brive-la-Gaillarde
 Côtes d'Armor : Fondation Bon Sauveur, Begard
 Dordogne : CH de Périgueux. CH de Vauclaire, Bergerac
 Drôme : CH Drôme-Vivarais, Montéléger
 Eure : Nouvel hôpital de Navarre, Evreux
 Finistère : CH Bretagne Sud, Quimperlé. CH Ferdinand Grall, Landernau. CH du Pays de Morlaix, Morlaix. EPSM Gourmeden, Quimper. CH de Bohars
 Haute-Garonne : CHS Gérard Marchant, Toulouse
 Hérault : Hôpital Camille Claudel, Béziers
 Indre-et-Loire : CH François Rabelais, Chinon. CH Jean Delaunay, Château-Renault
 Loire-Atlantique : CH St Nazaire, CHS de Blain, CHU de Nantes
 Loiret : CHAM, Montargis. EPSM. Fleury-les-Aubrais
 Lot : CHS Jean-Pierre Falret, Leyme
 Lozère : UAPP, Mende
 Maine-et-Loire : CH d'Angers. CH de Cholet. Service de Santé mentale et d'addictologie du Saumurois, Saumur

Manche : CH de l'Estran, Pontorson
 Meurthe-et-Moselle : Centre psychothérapique de Nancy, Laxou
 Moselle : CHR Metz-Thionville, Hayange. CHS Jury-lès-Metz. CHS de Lorquin. CHS de Sarreguemines
 Nord : CPAA Lille. EPSM des Flandres. Clinique de la Tonnelle, Dunkerque. EPSM des Flandres, Bailleuil. CH de Somain. CH de Denain. EPSM Lucien Bonnafé, Lille. EPSM Agglomération lilloise, St André-lès-Lille
 Hautes-Pyrénées : Hopitaux de Lannemezan
 Bas-Rhin : CHRU de Strasbourg. CHS d'Erstein. EPSAN, Brumath
 Rhône : Le Vinatier, Lyon. St Jean de Dieu, Lyon. CH de Saint-Cyr aux Monts d'Or
 Haute-Saône : CHS St Rémy et Nord Franche-Comté, St Rémy
 Savoie : CHS de la Savoie, Bassens
 Paris : Hôpital Ste Anne, Paris. Hauteville Maison Blanche, Paris
 Seine-et-Marne : GHEF sites de Coulommiers, Jossigny-Marne-la-Vallée, Meaux. CHSIF Melun. CHS77 Nemours. CH de Provins
 Yvelines : CHI de Poissy-St Germain. JMC Charcot, Plaisir
 Tarn : Fondation Bon Sauveur, Albi
 Haute-Vienne : CH Esquirol, Limoges
 Vosges : CH Ravenel, Mirecourt
 Hauts-de-Seine : CH Max Fourastié, Nanterre. CH Corentin Celton, Issy-les-Moulineaux. CH Louis Mourier, Colombes. MGEN, Rueilmalmaison. CH Paul Guiraud, Clamart. EPS Erasme, Antony
 Val-d'Oise : CH Victor Dupuy, Argenteuil. Clinique d'Orgement, CH Roger Prévot, Moisselles