



**Étude de deux mesures attentatoires à la liberté et
aux droits que sont l'isolement et la contention :
Retour sur les enjeux et évolutions**

Mémoire présenté par
Manon GRANDIN

Sous la direction de Johanne Saison

Année universitaire 2022 – 2023 dans le cadre du Master 2 Droit et Politiques de
santé

Les opinions exprimées dans ce mémoire sont propres à leur auteur et n'engagent ni les responsables du Master, ni l'Université de Lille.

Remerciements

J'adresse tout d'abord mes remerciements les plus sincères à Madame Saison pour sa disponibilité, son soutien et ses conseils s'agissant de la réalisation de mon mémoire. La qualité de l'enseignement fourni lors de ces deux années de Master en Droit de la Santé m'a permis d'aboutir à ce travail de recherche.

Un grand merci à Madame Boughriet qui m'a donné ma chance lors d'un stage passionnant dans lequel j'ai pu m'épanouir et approfondir le domaine de la psychiatrie.

Pour finir, mes remerciements se tournent également vers mes parents, ma sœur ainsi que mes amis pour leur soutien sans faille et leurs encouragements quotidiens tant dans l'accomplissement de ce mémoire que dans mes années d'études. Je leur exprime toute ma gratitude.

Sommaire

Remerciements	3
Sommaire.....	4
Table des Abréviations	5
Introduction.....	6
Partie I) La nécessité pressante d'un encadrement législatif rigoureux pour les mesures d'isolement et de contention.....	13
• Chapitre 1 - Le besoin de sécuriser ces pratiques du fait de leur caractère attentatoire aux droits fondamentaux et libertés individuelles	14
• Chapitre 2 - Le besoin d'organiser et de contrôler ces pratiques dans leurs mises en œuvre	24
Partie II) L'apparition progressive d'un encadrement renforcé demeurant lacunaire.....	35
• Chapitre 1 – L'apport de garanties pour lever les incertitudes juridiques de ces mesures	36
• Chapitre 2 – L'absence d'une véritable réflexion législative efficace face aux difficultés présentes.....	48
Conclusion	57
Bibliographie	58
Annexes.....	68

Table des Abréviations

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

APP : Analyse des pratiques professionnelles

ARS : Agence Régionale de la Santé

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation et Liberté

CNP : Commission Nationale de la Psychiatrie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens

CPT : Comité Européen pour la Prévention de la Torture

CSP : Code de la Santé Publique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

EPSM : Etablissements Publics de Santé Mentale

HAS : Haute Autorité de Santé

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

JLD : Juge de la Liberté et de la Détention

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

NAP : Nécessaire, Adapté et Proportionné

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

ONU : Organisation des Nations Unies

QPC : Question Prioritaire de Constitutionnalité

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagé

UMD : Unité pour Malade Difficile

Introduction

« *La folie n'est pas une perte abstraite de la raison, ni du côté de l'intelligence, ni du côté de la volonté et de sa responsabilité, mais un simple dérangement d'esprit, une contradiction dans la raison qui existe* »¹. Ces propos du philosophe Hegel sont accompagnés par l'idée que le traitement humain de cette folie doit être « *aussi bienveillant que raisonnable* ».

Aujourd'hui, le traitement des troubles mentaux prend diverses formes et peut être caractérisé de plusieurs façons. En effet, il existe, en psychiatrie, les soins libres et les soins sans consentement. La différence entre ces deux types de soins réside dans la présence ou non du consentement de la personne malade à être soignée. Comme leur nom l'évoque, les soins sans consentement indiquent que la personne n'est pas d'accord pour être soignée ou alors qu'elle ne peut pas le donner. Elle fait donc l'objet d'une hospitalisation sous contrainte. Cette contrainte s'exerce dans le cadre de la notion d'ordre public afin de protéger la personne d'elle-même et autrui. Dans ce type de soins, il y a deux pratiques bien particulières que sont l'isolement et la contention.

L'isolement consiste à placer un patient dans un espace fermé duquel il ne peut en sortir librement et qui est séparé des autres patients lorsque celui-ci traverse une crise ou a un comportement agité, agressif et violent lors de sa prise en charge. Il est alors placé dans une chambre d'isolement ou dans une pièce prévue à cet effet. Bien souvent, les conditions matérielles de celles-ci sont adaptées, c'est-à-dire, qu'il n'y a pas d'objet coupant, tranchant, la fenêtre qui ne peut pas s'ouvrir etc... La contention, quant à elle, peut être de différentes natures, c'est-à-dire chimique (médicamenteuse), physique (manuelle par la force physique) et mécanique. En France, celle qui est utilisée et autorisée est la contention mécanique. Elle consiste à mobiliser un dispositif matériel (lien, camisoles, attaches) pour empêcher et limiter les mouvements du contentonné. L'ensemble des membres du patient peuvent être attachés (poignet, chevilles, bassin) ou alors seulement une partie. Cela dépend des pratiques et des situations rencontrées. Cette limitation a un réel objectif de sécurité vis-à-vis du patient dont le comportement présente un risque trop grave d'hétéro-agressivité ou auto-agressivité.

¹ C. PAGES. « Hegel et les maladies de l'âme. La conception hégélienne de la folie relue par Derrida, Foucault et Lacan », *L'en-je lacanien*, vol. 20, no. 1, 2013, pp. 113-139.

Depuis plusieurs années, les soins sans consentement font l'objet d'un débat constant. Effectivement, l'isolement et la contention ne font pas l'unanimité. Ces mesures sont surtout mobilisées en psychiatrie, mais elles ne lui sont pas propres car elles peuvent l'être également en prison, en gériatrie avec les Ehpad et aux urgences. L'isolement et la contention sont des pratiques anciennes qui consistent en une restriction significative de l'espace et la liberté de mouvement de la personne malade. L'objectif est surtout de prévenir d'un dommage imminent à visée de protection du patient et des autres. Donc il y a un véritable but de sécurité et de protection. Cependant, cette protection va se faire au détriment de la liberté de l'individu. La liberté inclut la capacité de prendre des décisions en fonction de ses propres convictions et intérêts sans être soumis à une influence coercitive. C'est donc ne pas être sous contrainte, être enfermé ou sous la dépendance de quelqu'un. Elle implique aussi la possibilité de jouir de ses droits fondamentaux, c'est-à-dire, le droit à la dignité, la liberté d'aller et venir, la liberté d'expression etc... Ainsi, les pratiques de soins sans consentement, dont l'isolement et la contention, viennent entraver cette liberté, d'où le caractère attentatoire que les mesures ont sur celle-ci. C'est pourquoi ces mesures sont toujours prises sur décision du médecin psychiatre. C'est lui qui est le plus à même d'apprécier la nécessité ou non de recourir à ces pratiques. Effectivement, les soignants et l'administration ne sont pas habilités à décider de ce type de mesure. L'objectif est d'éviter les enfermements et enchaînements abusifs ou systématiques. Aussi, l'isolement et la contention sont limités dans le temps et doivent exclusivement être exercés dans une démarche thérapeutique. Toute utilisation dans un but détourné est dès lors illégale (en punition, par manque de place etc...). Les mesures doivent toujours s'accompagner de la prescription d'une surveillance et nécessitent un accompagnement du malade. Ces mesures représentent des méthodes complexes qui se justifient par la situation clinique dans laquelle se trouve le malade. Il est donc complexe de trouver un juste équilibre entre la nécessité de protection et de sécurité et le respect des droits et libertés fondamentales.

Considérées comme thérapeutiques par certains professionnels de santé, jugées comme liberticides par d'autres, ces mesures regorgent donc d'enjeux complexes. Effectivement, elles induisent une grande violence morale pour les patients. Parce que les patients sont en soins sans consentement, ces mesures s'imposent à eux comme une violence avec une réelle incompréhension. Cette violence peut même s'avérer physique. L'usage prolongé de ces pratiques peut avoir de véritables conséquences néfastes sur la santé tant mentale que physique des patients (absence de contact social, aucun stimulus externe, aucune activité physique...). Cela conduit les patients à avoir un vécu négatif en psychiatrie. Le vécu des patients n'est pas

le seul à être négatif, celui des soignants l'est tout autant. Ces derniers peuvent avoir peur d'être maltraitants ou ne sont pas en accord avec ces pratiques. Il est vrai que l'usage de ces mesures peut être stressant et éprouvant pour eux, ce qui peut conduire à des conditions de travail dégradées. De plus, cet usage peut compromettre la relation de confiance et l'alliance thérapeutique entre le personnel soignant et le malade, ce qui entraîne des difficultés dans la prise en charge. Certes, l'isolement et la contention sont utilisés comme une méthode de gestion des comportements perturbateurs ou violents, toutefois, elles peuvent entraver la mobilisation de méthodes alternatives plus respectueuses des droits des patients. Il est certain que ces mesures vont à l'encontre des droits fondamentaux en matière de liberté et de dignité. Elles ne permettent pas au patient d'être autonome, d'être libre d'aller et venir etc... Aussi, certains praticiens considèrent l'utilisation excessive ou inappropriée de l'isolement et de la contention comme une violation des droits de l'homme et que cela est même constitutif d'une forme de maltraitance. C'est pourquoi il est aisément perceptible que l'isolement et la contention suscitent des questions éthiques, morales et légales concernant le droit des patients. De par ces nombreux enjeux tant éthiques que juridiques, cela a ravivé l'intérêt de plusieurs professionnels de santé, de juristes ou d'activistes. Pour autant, les problématiques du droit des patients hospitalisés en soins sans consentement ont longtemps été absentes du débat public et sont encore parfois trop peu prises en considération.

Il faut dire que tout au long de l'histoire, le droit des patients en psychiatrie a longtemps été une thématique quasi inexistante. Cela s'est perçu par la vision de la folie que chaque époque pouvait avoir. D'ailleurs, cette vision était déterminée par la culture, les croyances et la philosophie adoptées. De ce fait, l'isolement et la contention dépendaient entièrement de la vision de la folie, ce qui a conduit à ce que les pratiques soient très fluctuantes selon les siècles. Dans un premier temps, la psychiatrie a d'abord été appréhendée sous le prisme religieux avec le divin. Un tournant a été pris avec les Grecs et Hippocrate qui se sont focalisés sur le traitement des malades. Les sources juridiques attestent qu'ils existaient des mesures en cas de dangerosité du fou. Si ce dernier n'était pas maîtrisable, alors il pouvait être enfermé et contenu². Les Romains ont apporté un encadrement juridique à la psychiatrie dès la Rome antique. A Rome, celui qui est « *frappé par la folie ne peut contracter aucune obligation ; il ne peut gérer aucune*

² S. VALLAR, « Folie et droit romain – Quelques observations », *Folie et justice de l'antiquité à l'époque contemporaine*, mis en ligne le 05 février 2016, consulté le 20 août 2023.
<http://journals.openedition.org/criminocorpus/3146>

affaire car il n'est pas capable de comprendre ce qu'il fait ». Il y a une sorte d'idée que le fou est irresponsable pénalement parlant et que celui-ci doit être protégé.

Au Moyen- Âge, les préceptes de la médecine antique sont toujours enseignés, mais l'influence de la religion est beaucoup plus présente. Il y a cette idée que les victimes de la folie sont touchées par le « mal », il y aurait une origine divine à tout cela. La morale prend un rôle essentiel et il y a l'idée de charité chrétienne qui prédomine. Les soins pour les patients sont surtout dispensés dans les lieux religieux, à savoir les monastères, les hospices de l' Église ou les couvents. C'est à partir de ce moment que le concept de l'hospitalisation commencera à se développer. À cette époque, les mesures d'isolement et de contention pouvaient être utilisées : *« Il est, tout d'abord, conseillé d'attacher le fou furieux et de le mettre dans un lieu sombre et tranquille pour qu'il s'apaise »*³.

L'approche prise par les siècles suivants semble tirer un trait sur les droits des patients. Effectivement, à partir du XVIIème siècle, c'est la période du « Grand Renfermement » impulsée par le roi Louis XIV. Ce dernier adopte un édit royal le 27 avril 1656 qui procède à un système de répression proche du carcéral. Il y a la création d'hôpitaux généraux qui n'ont pour but que l'enfermement des aliénés. Le plus connu d'entre eux sera La Salpêtrière. Ils n'ont aucun objectif thérapeutique et l'emprisonnement des fous se fait très simplement par lettre sans avis médical. Ces établissements sont d'ailleurs dépourvus de personnel soignant. Ils accueillent les populations que l'on pourrait qualifier « d'indésirables » aux yeux de la noblesse et de l'aristocratie : les pauvres, les invalides, les femmes déviantes etc... En leur sein, l'isolement et la contention sont la norme et n'ont pas de but de soin mais réellement de punition.

Ce n'est qu'avec le siècle des Lumières, notamment en 1780, qu'une véritable réflexion émerge sur la façon de gouverner les patients en psychiatrie et sur leur droit à être bien traités. Un pan de leur guérison et leur traitement sera travaillé et mis à l'honneur. Les patients sont à nouveau considérés et leurs droits ravivés. Au sein des asiles, il y a réellement l'idée de prendre soin des patients et même l'introduction d'un personnel qualifié pour leur traitement. La loi Esquirol de 1838 va être la première loi qui apparaît s'agissant de la psychiatrie en France. Elle instaure la

³ M. LAHARIE, « Comprendre et soigner la maladie mentale au Moyen Age (XIe-XIIIe siècles) », *Histoire des sciences médicales*, 1993, n°2, p. 137 – 142.

création d'asiles départementaux. Cette loi permet l'organisation et la légitimation de l'internement psychiatrique. Rien n'est énoncé par rapport aux mesures d'enchaînements et d'enfermements, mais elles ne sont plus vues comme les seules options thérapeutiques à disposition. Cette loi a marqué le début de l'encadrement des soins sans consentement.

Par la suite, l'évolution du cadre juridique de ce type de soins ne s'est faite que très lentement. La construction de l'encadrement des mesures d'isolement et de contention l'a été encore plus. Elles n'ont commencé à être encadrées qu'à partir de 2016 avec la loi de modernisation de notre système de santé en 2016 ! Cette loi a adopté l'article L3222-5-1 du code de la santé publique qui est le premier article à évoquer l'isolement et la contention et qui énonce certaines normes à leur égard. Auparavant, cette absence d'encadrement a pu conduire à des dérives et des abus pendant de longues années. Cela signifie donc que le respect des droits des patients et leurs besoins vitaux n'étaient pas toujours garantis concernant ces pratiques. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté a fait de nombreux constats alarmants sur les pratiques en psychiatrie et surtout sur les mesures d'isolement et de contention. Depuis, la psychiatrie est en pleine mouvance face à tout cela. Les pouvoirs publics ont compris l'importance de s'intéresser à ce domaine spécialisé car il n'était plus souhaitable de le délaisser et une évolution était nécessaire. C'est pourquoi la psychiatrie est en train d'être complètement rebâtie et fait l'objet d'une multitude de réformes.

Plusieurs pans de la psychiatrie ont fait l'objet d'une refonte. Une première réforme a eu lieu sur le financement de la psychiatrie en 2021. En effet, la psychiatrie est un des premiers postes de dépenses de l'assurance maladie avec plus de 23,3 milliards d'euros, soit 14 % des dépenses totales de celle-ci. Le domaine avait des modes de financement très hétérogènes, ce qui conduisait à des disparités dans l'organisation et les moyens de prise en charge entre le secteur privé et public. Le secteur privé fonctionnait avec un financement alloué à l'activité alors que le public disposait d'une dotation annuelle de financement rattachée à l'ONDAM. Cela produisait des inégalités et écarts budgétaires importants entre les régions et entre les établissements. Cela conduisait donc indubitablement à des écarts de traitement dans la qualité des soins pour les patients selon leur région d'habitation. L'article 34 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2020 et le décret n°2021-1255 du 29 septembre 2021 ont été adoptés afin de réduire ces écarts de financement et proposer une logique de financement plus harmonieuse. Désormais, la psychiatrie publique ou privée dispose d'un financement commun à travers des dotations de financement (populationnelle, annuelle, régionales...).

En plus de cette réforme financière, deux grands décrets en date du 28 septembre 2022 et mis en œuvre le 1^{er} juin 2023 ont opéré de grands changements sur l'activité de la psychiatrie. Ils viennent modifier les conditions d'implantation de l'activité psychiatrique et les conditions techniques du fonctionnement de celle-ci. Concernant les conditions d'implantation de l'activité, une distinction est faite entre la prise en charge des mineurs et des majeurs. Dans ce même biais, une protocolisation s'opère concernant le passage d'une prise en charge de l'enfant/adolescent à une prise en charge en psychiatrie de l'adulte. Il y a des explications claires qui sont délivrées pour la prise en charge des mineurs de plus de 16 ans en psychiatrie de l'adulte. Celle-ci doit rester exceptionnelle et être très encadrée et surveillée. Ainsi, la psychiatrie devient de plus en plus compartimentée et clarifiée. S'agissant des conditions techniques de fonctionnement, des précisions sont apportées sur la composition de l'équipe pluridisciplinaire qui prend en charge les patients. Des détails sont évoqués sur la structuration des établissements qui réalisent des hospitalisations complètes. Les modalités de l'aménagement des locaux pour les soins sans consentement et les chambres d'isolement sont aussi approfondies. En somme, l'activité en psychiatrie a été éclairée et mise à jour. Pour la régir, une autre réforme s'est réalisée conjointement. Elle porte sur les autorisations liées à cette activité. Désormais, elle est structurée autour de quatre mentions : la psychiatrie de l'adulte, celle de l'enfant et de l'adolescent, la psychiatrie périnatale et les soins sans consentement. Cette multitude de réformes a véritablement eu pour objectif d'améliorer la qualité des soins fournis en psychiatrie, de permettre une meilleure accessibilité aux soins et de clarifier les prises en charge pour les usagers. Si ces réformes sont vertueuses, force est de constater que pour les mesures d'isolement et de contention, les changements prennent du temps à se mettre en place.

La psychiatrie a beaucoup pâti de l'absence de législation sur le sujet et sur les soins sans consentement dans leur mise en œuvre. Effectivement, la psychiatrie traverse depuis quelques années une crise et est en profonde souffrance. Elle se retrouve en difficulté puisqu'il y a un manque flagrant de personnel, il y a la réduction des lits et la clôture de certains établissements alors que la demande de soins est en augmentation constante. La crise sanitaire n'a pas permis d'arranger les choses. Le confinement a réduit l'accès aux soins et a donc produit une baisse du recours aux soins sans consentement en 2020. Mais dès 2021, ce taux remonte et augmente dû à un effet de rattrapage et des conséquences de la pandémie sur la santé mentale. Pour l'isolement et la contention, les mesures ont augmenté de 6 % entre 2019 et 2020. Tout cela démontre de manière flagrante l'échec dans la politique de réduction de l'isolement et de

la contention qui avait été, pourtant, un objectif fixé par les pouvoirs publics au sein de la feuille de route de la santé mentale. Ainsi, si l'usage de ces mesures n'est plus à démontrer, il est important de s'intéresser au cadre législatif récent qui les régit.

L'intérêt du sujet est donc de comprendre comment les pouvoirs publics et le législateur ont mis en place un cadre législatif qui soit respectueux des besoins, des droits et libertés des patients contentionnés ou isolés. Puis, il s'agit également d'analyser le fonctionnement de ce cadre législatif et de savoir si celui-ci est pertinent dans la prise en charge des malades et sur le terrain.

De ce fait, il semble important de se demander si la construction du régime juridique des mesures d'isolement et de contention, répond-elle à la prise en charge des besoins des personnes qui y sont soumises ?

Afin d'étudier cette construction juridique, il s'agira, dans un premier temps, de s'intéresser à la nécessité pressante d'un encadrement législatif rigoureux pour les mesures d'isolement et de contention (Partie 1) qui s'est fait ressentir. Par la suite, il sera question de voir l'apparition progressive de cet encadrement renforcé, mais demeurant malheureusement lacunaire (Partie 2).

Partie I) La nécessité pressante d'un encadrement législatif rigoureux pour les mesures d'isolement et de contention

Les mesures d'isolement et de contention permettent de contrôler les comportements dangereux ou agressifs de certains. Néanmoins, leur utilisation suscite de grands débats étant donné qu'elles portent atteinte à la dignité des personnes qui en font l'objet. De plus, elles restreignent leurs libertés et leurs droits. Certaines dérives et abus ont d'ailleurs été observés. C'est pourquoi, il est nécessaire de mettre en place des mesures législatives rigoureuses afin de les éviter. Des règles strictes doivent être imposées afin que leurs usages restent tempérés et que des limites claires soient posées. Pour autant, cet encadrement est difficile à mettre en œuvre et encore aujourd'hui des obstacles s'observent s'agissant de cette mise en place.

Ce propos aura pour objectif de démontrer que cet encadrement est indispensable notamment du grand besoin, sur le terrain, de sécuriser ces pratiques du fait de leur caractère attentatoire aux droits fondamentaux et aux libertés individuelles. L'objectif est ici de limiter les abus et de protéger les droits des patients. Ce besoin de sécuriser ces pratiques passe inéluctablement par le besoin de les organiser et de les contrôler. La définition d'une politique clairement définie et établie s'agissant de ces mesures est donc essentielle.

Chapitre 1 - Le besoin de sécuriser ces pratiques du fait de leur caractère attentatoire aux droits fondamentaux et libertés individuelles

L'isolement et la contention sont des mesures de contraintes qui sont une forme de privation de liberté. Ce sont « *des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement* »⁴. Effectivement, ces mesures sont une atteinte maximale à la liberté d'aller et venir, d'où le fait qu'elles doivent être utilisées uniquement quand toutes les autres solutions ont été épuisées. Le caractère liberticide de ces pratiques fait qu'elles ne peuvent pas concerner les soins libres puisque les patients hospitalisés sous ce régime disposent des mêmes droits que les autres malades qui ne sont pas en psychiatrie. C'est pourquoi l'exercice de leur liberté est inchangé. Néanmoins, pour les patients en soins sans consentement, cela s'avère plus complexe. Normalement, ces derniers doivent bénéficier du respect de leurs droits (à la dignité notamment), mais l'isolement et la contention peuvent les entraver.

En effet, ce sont des pratiques gravement attentatoires aux libertés et droits fondamentaux. Elles restreignent la liberté de circulation et exercent une contrainte physique sur la personne qui en fait les frais, ce qui la limite dans son autonomie. De plus, leur mise en œuvre peut s'avérer problématique selon comment ces mesures sont pratiquées. L'isolement et la contention regorgent d'enjeux complexes puisque, selon Franck Bellivier, délégué ministériel, cela demande de « *trouver un point d'équilibre entre deux droits fondamentaux, à savoir le droit à un contrôle judiciaire des motifs justifiant la restriction à la liberté d'aller et venir. De l'autre, le droit à la préservation de la santé qui engage la responsabilité des médecins* »⁵. Cet équilibre n'est pas facile à trouver.

Aussi, il est important de rappeler que, quand bien-même, l'isolement et la contention sont des prescriptions médicales, aucune étude n'a prouvé leur vertu thérapeutique. Cela explique donc que ce sont des mesures exceptionnelles qui doivent être mobilisées en dernier recours⁶. Même si la vertu thérapeutique de ces pratiques n'est pas admise, force est de constater que la majorité des établissements de santé ne peuvent se passer de ces pratiques. Pourtant, ces mesures peuvent être perçues comme une forme de violence physique voire psychologique

⁴ Code de la santé publique, Article L.3222-5-1, alinéa 1^{er}.

⁵ C. CORDIER, Interview de Frank Bellivier, « Les pistes pour préparer l'avenir face à la crise d'attractivité », *Hospimedia*, mis en ligne le 23 janvier 2023, consulté le 3 mars 2023.

⁶HAS, *Recommandation de bonne pratique : Isolement et contention en psychiatrie générale*, février 2017.

puisque leur mise en œuvre peut s'avérer indigne, dégradante, humiliante⁷ voire même dangereuse. En effet, en France, ces mesures ont bénéficié d'un encadrement juridique très tardif. Cette absence de cadre a amené les établissements à utiliser les pratiques sans aucun contrôle et à interpréter différemment la notion de « dernier recours », menant alors à des pratiques divergentes à l'échelle nationale. Ainsi, les interprétations diverses et variées ont conduit à des dérives. C'est pourquoi, un réel besoin de sécuriser ces pratiques se fait ressentir. L'encadrement juridique n'a émergé qu'à partir de 2016 par le biais de la loi de modernisation de notre système de santé⁸. Celui-ci, bien qu'ayant un but vertueux, n'est pas parfait puisqu'il est très récent.

À ce titre, le rapport du Contrôleur Général des Lieux de Privation et Liberté (CGLPL) de 2016⁹, sur l'isolement et la contention, fait de nombreux constats alarmants. Ce dernier dénonce le recours excessif à ces pratiques car il observe que rares sont les établissements de santé qui n'y ont pas recours. Il faut dire que pour certains soignants et médecins, l'isolement et la contention sont des actes de soins qu'ils ont pleinement intégrés à leur méthode d'exercice. De ce fait, il est parfois compliqué d'apporter des éléments de réflexion afin de faire évoluer la perception dans l'approche des professionnels de santé. Selon l'Irdes, le recours à l'isolement a concerné 30% des personnes hospitalisées sans leur consentement en 2021¹⁰. Pour comparaison, ce taux s'élevait à 22 % en 2012. Ces chiffres démontrent que le recours à ce type de pratique ne diminue pas. Pour engager une réflexion, l'étude Plaid Care, actuellement en cours de réalisation, qui se déroule de novembre 2021 à octobre 2023, vise à étudier le fonctionnement des établissements de psychiatrie qui ne sont pas ou peu coercitifs. Cette dernière permettra la production d'un rapport, en novembre 2023, qui donnera une autre vision de l'usage de l'isolement et de la contention puisqu'en effet, elle se focalisera sur les acteurs, les outils, les savoirs, les compétences ainsi que les formes d'organisation, de coordinations et de coopérations qui influent. Il n'y a plus qu'à espérer qu'à la suite de ce rapport, une réelle réflexion soit engagée sur ces mesures.

*

⁷ CEDH, 15 septembre 2020, n°45439/18, Aggerholm c/ Danemark.

⁸ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 72 (JO du 27 juill).

⁹ Contrôleur Général des Lieux Privatifs de Liberté, Isolement et contention dans les établissements de santé mentale, Dalloz, mai 2016, 136p.

¹⁰ M. COLDEFY, « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°269, juin 2022, p. 7.

Un autre constat, souligné par le CGLPL¹¹, est le fait que parfois, les établissements peuvent avoir recours à ces pratiques sans véritable fondement médical. Bien souvent, l'isolement et la contention sont mobilisés dans un principe de « précaution »¹² sans réelle notion de danger ou alors dans le but de soulager les soignants dans leur travail. Aussi, ces mesures peuvent être utilisées en tant que sanction ou menace afin de calmer un patient. Le CGLPL condamne ces agissements car cela conduit à renforcer, dans un premier temps, la stigmatisation et l'image négative envers les patients de psychiatrie. Dans un second temps, cela conduit à un usage systématisé de ces pratiques.

Tout d'abord, s'agissant de la stigmatisation et de l'image négative envers les patients, il est important de prendre en considération le fait que les patients en isolement et contention sont dans un état de vulnérabilité et de dépendance fort. Ils ne sont pas en mesure de défendre leurs droits ou de réagir face à l'usage de ces pratiques. Ils manquent d'informations sur leurs droits ou ne peuvent les assimiler et ils ne possèdent pas les moyens de défenses adéquats. C'est d'ailleurs pourquoi les tiers ou les proches peuvent avoir leur importance dans la défense des droits du patient malgré le recours à ces derniers parfois infantilisant pour les personnes hospitalisées.

Dès le début du 21^{ème} siècle, un discours politique de sécurité a émergé notamment avec Nicolas Sarkozy¹³. Ce discours a émis l'idée qu'il est essentiel pour la société de se prémunir du danger que représentent les patients en psychiatrie. D'où le recours facilité à l'isolement et la contention qui permettent ainsi d'avoir le contrôle. A ce propos, le président de la Commission Nationale de la Psychiatrie, Michel Lejoyeux, a énoncé « *Je suis toujours frappé de voir à quel point la société se passionne pour la psychologie, le bien-être, le bonheur, l'accomplissement personnel, et pas pour les maladies psychiques plus graves* »¹⁴. De ce fait, les individus sont stigmatisés pour leur dangerosité potentielle et non par leur souffrance avérée.

Cette image de l'isolement et la contention comme mesure préventive n'a pas permis de trouver un véritable équilibre entre la justification de la restriction des droits et libertés individuelles du patient et le respect de ces droits dont il est question. Il est pourtant nécessaire de trouver cet

¹¹ Contrôleur Général des Lieux Privatifs de Liberté, Isolement et contention dans les établissements de santé mentale, Dalloz, mai 2016, p. 10 – 30.

¹² Terme employé lors du Brunch éthique du Centre Hospitalier de Lens, « Attacher, c'est soigner ? La contention dans tous ses états. », en décembre 2022.

¹³ Contrôleur Général des Lieux Privatifs de Liberté, Isolement et contention Op cité, p. 81 – 82.

¹⁴ C. CORDIER, « Interview de Michel Lejoyeux, président de la Commission nationale de la psychiatrie », *Hospimedia*, mis en ligne le 30 janvier 2023, consulté le 14 mars 2023.

équilibre. Effectivement, lorsque cet équilibre n'est pas trouvé, le vécu des patients s'agissant de ces mesures peut-être très compliqué. Celui-ci est, pour ne pas dire systématiquement, négatif. En effet, ces pratiques sont, par leur nature, violentes du fait de leur caractère liberticide. Il y a un grand sentiment de dévalorisation, d'humiliation et les patients sont dans une vraie incompréhension de ce qui leur arrive. Bien souvent, les soignants n'expliquent pas forcément ce qui est fait ou alors, l'information n'est pas donnée ou ne l'est que brièvement¹⁵. C'est pourquoi des émotions telles que la solitude, l'angoisse, la rancune et la colère peuvent subvenir. Ainsi l'enfermement et l'attachement mécanique sont vécus comme une sanction et punition.

Le fait que très peu de stratégies alternatives soient mobilisées, ne permet pas, sur du long terme, d'engendrer une réflexion profonde sur les bonnes pratiques régissant l'isolement et la contention. Pourtant, cette réflexion est souhaitable voire nécessaire. L'absence d'alternative et la non prise en considération du vécu des patients empêchent une bonne adhésion aux soins et donc d'avoir une alliance thérapeutique efficace alors que celle-ci est indispensable afin de ne pas nuire à la qualité de la prise en charge.

*

Ensuite, concernant l'usage systématisé de ces pratiques, il a été observé que de nombreux établissements le font notamment pour les malades chroniques (autisme...), en Unité pour Malade Difficile (UMD) ou en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA). Ces unités ont, en leur sein, des détenus ou des patients avec un taux de dangerosité qui peut être élevé. Pour autant, ce recours systématique n'est pas réellement justifié. La plupart du temps, les établissements tentent de se défendre en expliquant la nécessité d'avoir une phase d'observation du patient lors de son admission. Ces phases d'observations peuvent durer quelques heures seulement ou alors s'étendre de 48h jusqu'à 15 jours¹⁶. Cela découle, là encore, d'un principe de précaution et d'une approche appréhendée uniquement par le prisme de la sécurité. Il est tout à fait compréhensible qu'il soit important d'avoir une phase d'observation du patient lors de son admission. Il n'est pas envisageable que cette phase d'observation se fasse par le biais de l'enfermement, en chambre d'isolement, sans que cela ne soit en lien avec l'état clinique du patient. Cela aboutit donc à la création d'une mesure de sûreté plutôt que

¹⁵ Contrôleur Général des Lieux Privatifs de Liberté, Isolement et contention Op cité, p.60 – 70.

¹⁶ Ibid., p.16.

d'une mesure de soin. Cela n'est pas souhaitable puisque cela prive le patient d'activité thérapeutique et de soins durant le temps d'enfermement.

Ainsi, cette systématisation du recours à l'isolement ou la contention reste un baffouement vis-à-vis des droits du patient. De plus, les professionnels de santé peuvent être perturbés face à cette utilisation systématique. Sur du long terme, ces derniers sont confus dans le recours à ces pratiques. Effectivement, cela conduit certains à utiliser ces mesures en précaution alors qu'il n'y en a pas besoin, tandis que d'autres, évitent d'y avoir recours de peur de voir leur responsabilité être engagée, alors que médicalement parlant, ils sont légitimes à mobiliser l'isolement ou la contention. Aussi, certains sont en désaccord avec cet usage systématique mais l'appliquent puisqu'ils ne font qu'obéir aux directives et décisions du directeur ou de l'administration de l'hôpital.

Dans son rapport, le CGLPL estime que cette systématisation est indigne et contre-productive. Il énonce que l'enfermement, plutôt que d'être vertueux, risque de faire apparaître une agitation et donc une opposition. Il estime qu'il est essentiel d'évaluer les modalités de fonctionnement de ces unités afin d'observer les retentissements des conditions, mais aussi des délais d'admission, sur la prise en charge des patients. Il rappelle également que les unités doivent offrir des conditions de fonctionnement optimales afin de garantir une qualité dans les soins qui prône le respect des patients et qui est favorable à leur autonomie.

*

La problématique qui émerge face à cette stigmatisation des patients en psychiatrie et du recours récurrent à ces pratiques est le fait que cela concourt à une banalisation de ces mesures. En effet, si ces pratiques perdurent et se répètent, elles sont vouées à se banaliser voire même à s'enraciner. Cela n'est pas désirable car cela conduit à oublier le réel intérêt de l'isolement et de la contention ainsi que leur emploi. Cette banalisation montre bien que l'absence de réflexion sur le sujet porte préjudice aux patients dans leurs droits et leur dignité. C'est pourquoi le manque d'encadrement juridique apporte des difficultés aux établissements de santé et aux professionnels. Cela ne leur permet pas d'avoir une ligne de conduite claire et adaptée sur ces mesures. C'est aussi comme cela que « *les soignants peuvent perdre tout recul sur l'analyse de ses choix implicites et de ses effets* »¹⁷. Il est pourtant essentiel que les soignants

¹⁷ Ibid., p.106.

gardent leur discernement et se questionnent régulièrement sur leur façon de procéder: Suis-je maltraitant ?

Cette réflexion peut être complexe à élaborer dans la routine, là où les habitudes s'installent. C'est pourquoi l'intervention de personnes extérieures peut être intéressante pour apporter de nouvelles pistes notamment sur le droit des patients. Effectivement, il est pertinent de faire des rappels dès que possible sur ceux-ci puisque dans le quotidien, ces droits et leur atteinte peuvent être plus facilement mis en veille voire éteints. Il n'y a pas que des personnes extérieures qui peuvent apporter de la nouveauté dans les pistes de réflexion.

En effet, dans les établissements de santé, il est pertinent de faire appel à certaines instances, notamment aux comités éthiques, pour faire émerger, en interne, une réflexion. Pourtant, aujourd'hui, peu de comités ont été saisis de questions s'agissant de l'isolement et de la contention. Parmi les rares comités à s'être saisis de ce sujet, celui du Centre Hospitalier de Lens a décidé d'organiser un café-éthique le 13 décembre 2022 sur la thématique de la contention. À partir de cas concrets arrivés dans les services et qui ont posé des difficultés, des débats et temps d'échange ont eu lieu. Cela a permis aux soignants d'exprimer leurs ressentis, leur incompréhension notamment vis-à-vis de la loi et de ce qu'il est possible ou non de faire s'agissant de la contention. La juriste, Mme Boughriet¹⁸, a pu rappeler la loi et les droits des patients. Un temps d'introspection et une réelle réflexion sur l'éthique ont été établis, ce qui s'est avéré bénéfique puisque cela a créé un apaisement chez les soignants. Ainsi, de telles démarches sont importantes au sein des structures pour rappeler le caractère exceptionnel de l'isolement et de la contention et recadrer les façons de faire les concernant.

En plus de ce manque de clarté et d'encadrement, des réalités de terrain viennent amplifier la banalisation du recours à l'isolement et la contention. Effectivement, la psychiatrie connaît une grande crise de moyens, que ce soit financier ou humain. Du fait de la raréfaction du personnel disponible, la charge de travail pour les soignants ne cesse de croître, surtout que les contraintes relatives à la psychiatrie perdurent : respecter des conditions spécifiques, contrainte de dangerosité de certains patients, prendre en considération les évolutions législatives complexes à appréhender etc... De ce fait, il y a un épuisement des professionnels et une démographie médicale qui reste faible. Cela provoque donc une hausse du recours à l'isolement et à la contention afin de soulager les soignants dès lors qu'il n'y a pas assez de personnel et qu'un

¹⁸ Directrice des relations avec les usagers et des affaires juridiques du Centre Hospitalier de Lens.

patient est un peu trop agité ou difficile à gérer. Cette hausse du recours à l'isolement et à la contention s'observe depuis 2012 et n'a cessé d'augmenter pour arriver à un taux de 30 % de patient isolé ou contentonné lors d'une hospitalisation en soin sans consentement¹⁹. L'état émotionnel des soignants influence également le recours à ces mesures. Selon Jean-Claude Pénochet, président d'un syndicat de psychiatres, « *quand une équipe a peur, il est certain que le médecin va prescrire des contentions* ». Il poursuit en évoquant que « *la contention est un indicateur de la bonne ou de la mauvaise santé de la psychiatrie. Plus la psychiatrie va mal, plus la contention sera utilisée* »²⁰. Cette idée est également transposable à l'isolement.

Comme il a été mentionné précédemment, la psychiatrie, sur l'ensemble du territoire national, est en proie à des difficultés notamment avec une faible démographie médicale. En somme, le recours à ces pratiques se banalise d'autant plus. Aussi, une hausse exponentielle de ces mesures a eu lieu lors de la pandémie de la Covid²¹. En 2020, leur recours a été particulièrement fort du fait de la pandémie. En 2021, ce taux a baissé de 1,5 % montrant alors le caractère exceptionnel de la pandémie notamment avec les isolements de nature sanitaire. Ainsi, lors de cette période, la banalisation a été encore plus accrue qu'elle ne l'est en temps habituel.

Cette banalisation est donc néfaste puisque le patient peut se retrouver dans des conditions indignes sans que rien ne soit fait. C'est véritablement à partir de l'apparition de la loi de modernisation de notre système de santé en 2016 qu'un début de cadre a pu progressivement se mettre en place s'agissant de l'isolement et de la contention afin de lutter contre les dérives. En effet, le législateur a intégré au sein du code de la santé publique l'article L3222-5-1. Cet article est essentiel puisqu'il marque le début de la codification de ces mesures ! Sa version a été modifiée à plusieurs reprises afin de parfaire l'encadrement qui continue, encore aujourd'hui, de se construire. À partir de 2020, le triptyque suivant a été intégré dans l'article : l'usage de l'isolement et de la contention doit se faire « *de manière adaptée, nécessaire et proportionnée* »²². Celui-ci est important car justement il rappelle plusieurs principes fondamentaux qui doivent régir ces mesures. Effectivement, dans un État de droit, chaque individu est censé être libre, c'est le principe. De ce fait, la restriction de cette liberté

¹⁹ M. COLDEFY, « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre », *Questions d'économie de la santé, IRDES*, n°269, juin 2022, p.7.

²⁰ M. DAVID, « Peur sur la psychiatrie : contention et contraintes collectives », *Pratiques en santé mentale*, vol. 60, n°4, 2014, p. 31-34.

²¹ C. GANDRE, J-B HAZO, « Covid-19 : une pandémie de troubles psychiques ? ». *Actualité et dossier en santé publique*, vol 116, n°4, 2021, p. 44 – 47.

²² Code de la santé publique, article L3222-5-1, alinéa 1^{er}, version 2020

est une exception. L'exception ne peut être tolérée qu'à partir du moment où elle est nécessaire pour maintenir l'ordre public. Celle-ci doit être adaptée à l'objectif visé et être proportionnelle à celui-ci sans pour autant porter atteinte aux droits et libertés au-delà de ce qui est seulement nécessaire dans la réalisation du but recherché. Les mesures restrictives de liberté telles que l'isolement et la contention sont donc soumises à ces exigences qui doivent s'appliquer. Si le triptyque n'est pas respecté, alors ces mesures doivent être levées. Le problème, c'est que, comme exposé précédemment, bien souvent, dans la pratique, celui-ci n'est pas honoré, d'où le grand besoin de cadrer et sécuriser ces mesures. La France construit au fil de l'eau son cadre législatif. Ainsi, il n'est pas parfait et la recherche de perfectibilité est lente et prend du temps. Cela amène donc au maintien de pratiques divergentes et contestables.

*

Il est important d'évoquer les droits et libertés individuelles qui ne sont pas respectés ou alors qui sont souvent bafoués par l'usage de ces pratiques. L'objectif est ici de montrer le réel impact des mesures d'isolement et de contention sur ces derniers.

L'isolement et la contention ne doivent pas être pris à la légère sur la santé du patient. Ces mesures peuvent venir rétrograder la qualité de la prise en charge médicale et l'accès aux soins. En effet, l'utilisation de ces mesures peut parfois entraver la réalisation d'exams médicaux. De plus, les suivis médicaux n'ont pas forcément lieu selon le protocole établi. Ainsi, le suivi peut être suspendu le dimanche, les jours fériés, dans le cadre du prolongement de mesure... Cela peut avoir un impact fort sur le patient qui peut se sentir délaissé. Le CGLPL a déjà rapporté avoir assisté à l'isolement d'un patient où ce dernier souffrait d'une fracture de la cheville qui ne lui a été diagnostiquée seulement 24 heures après le placement en isolement²³. Les conséquences de ces mesures ne sont donc pas à prendre à la légère. Effectivement, elles viennent empêcher l'exercice de l'autonomie du patient, notamment celle de se faire soigner ou de mobiliser les soins nécessaires à sa santé.

De plus, l'absence d'une surveillance accrue conduit inévitablement à des situations comme celle mentionnée précédemment. Cette surveillance est donc nécessaire, mais selon les modalités de sa mise en place, elle peut gravement porter atteinte au droit à l'intimité des patients. Il a été relevé que certains établissements utilisaient des caméras plutôt que de favoriser le déplacement des soignants pour surveiller. La problématique est la suivante : la

²³ Contrôleur Général des Lieux Privatifs de Liberté, Isolement et contention Op cité, p.32.

surveillance par caméra couvre l'entièreté de la chambre d'isolement, donc même les sanitaires ! La situation s'applique également lors de la présence de fenestrons sur les portes des chambres d'isolement. Le patient se retrouve dépourvu de son intimité même dans les gestes qui sont les plus intimes. Cela est une réelle atteinte à la dignité du patient.

Les patients en contention sont privés de leur droit de recevoir des visites. Les personnes qui sont en chambre d'isolement peuvent en recevoir, mais leur droit à la vie privée et à la confidentialité de leur conversation est atteint puisque l'intimité du patient ne peut pas être exercée. Cela suscite aussi d'autres interrogations : quid de l'exercice de ses fonctions par la personne de confiance ? Celle-ci ne peut pas pleinement jouer son rôle. Ainsi, le patient ne bénéficie pas d'une aide effective malgré l'isolement ou la contention afin de faire respecter ses droits. Cette aide n'est même pas présente sur le terrain.

Normalement, les patients doivent avoir accès à une sonnette d'appel en chambre d'isolement et cela même s'ils sont contenus²⁴. Beaucoup d'établissements en sont dépourvus, ce qui ne permet pas au patient de signaler un problème, de faire une demande dans le cadre d'un besoin... Du fait de ce manque de moyen d'appel, les patients peuvent vivre des situations humiliantes : vivre dans l'odeur d'urine ou autre du fait de la présence des sanitaires dans la chambre, à contrario, si la chambre est dépourvue de sanitaire ou s'ils sont contentionnés, se faire sur eux-mêmes, rester continuellement en pyjamas, devoir prendre ses repas sur le lit ou par terre si la chambre ne dispose pas de table... Ces conditions ne permettent pas l'exercice d'une dignité pleinement épanouie. De ce fait, cela soulève de nombreuses questions éthiques car les besoins du patient ne peuvent pas être satisfaits et en plus sa dignité est reléguée au second plan.

Pourtant, les textes législatifs sont intransigeants sur le respect de la dignité. L'article 1 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne rappelle que « *la dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée* ». D'autres textes énoncent la même chose tels que la convention européenne des droits de l'homme, la déclaration universelle des droits de l'homme, la constitution de 1958 etc... Ainsi, il semble particulier que la dignité des patients en psychiatrie soit régulièrement bafouée alors que son respect est une obligation tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle européenne voire internationale.

²⁴ Ibid., p. 34 – 36.

En plus de l'absence de dignité qui ressort de l'usage de ces mesures, ces dernières sont aussi condamnables dans le sens où elles ne permettent pas aux patients de jouir de leur liberté d'aller et venir. En effet, l'hospitalisation sans consentement empêche son libre exercice mais c'est une exception tolérée. L'isolement et la contention vont pousser à l'extrême cette privation de liberté. Avec ces pratiques, il n'y a aucune prise en compte des besoins physiologiques de mobilité physique. Les patients ne peuvent pas sortir à l'air libre, ils ne peuvent pas se mouvoir ou faire une activité physique pourtant nécessaire au bien-être physique et mental. Aussi, aucune activité thérapeutique ou occupationnelle n'est possible. Cela conduit à renforcer le vécu négatif du patient qui vivra ces mesures comme très pénibles du fait d'un ennui continu et d'une sensation de punition. Dans ce même biais, l'ennui et l'inactivité favorisent le tabagisme. L'isolement et la contention sont des temps de retraits imposés qui ne permettent pas au patient d'exercer son droit de fumer, quand bien même le tabac est néfaste pour la santé. Aucun accompagnement n'est proposé pour l'arrêt du tabac, par exemple, ce qui constitue des incohérences nuisibles.

Avec tous ces constats établis, il semble évident que ces pratiques doivent être réellement et rapidement sécurisées car elles portent atteinte constamment aux droits et libertés fondamentales du patient. Il est donc essentiel qu'une harmonisation des pratiques ait lieu tout en se soumettant aux exigences d'ordre légal et éthique. C'est pourquoi il est essentiel de les organiser et de les contrôler dans leurs mises en œuvre.

Chapitre 2 - Le besoin d'organiser et de contrôler ces pratiques dans leurs mises en œuvre

L'insuffisance de la prise en compte des droits et libertés des patients soumis aux mesures d'isolement et de contention leur est préjudiciable. Le manque d'un cadre législatif clair, ne justifie pas pour autant que ces droits et libertés soient régulièrement outrepassés. C'est pourquoi, l'isolement et la contention sont des pratiques qui ont besoin d'être organisées mais également contrôlées dans leur mise en œuvre : une organisation en psychiatrie où il n'y aurait besoin de recourir à l'enfermement et à l'attachement des plus vulnérables serait l'idéal.

Cet idéal n'est pas encore permis en France étant donné que l'isolement et la contention sont pratiqués, par les établissements de santé, de façon divergentes. Effectivement, il y a l'existence d'une « culture de service » dans l'usage de l'isolement et la contention. Cette culture va différer selon les approches retenues dans les services mais également selon les points de vue des soignants et médecins. Ce sont eux qui vont influencer l'utilisation de ces mesures. Plus les équipes ont peur, plus ces pratiques seront mobilisées. Ainsi, les mesures ne sont pas homogènes selon les services, unités et établissements. Cette non homogénéité, en plus de dépendre du ressenti des soignants, s'enracine aussi du fait que les services et établissements disposent de moyens inégaux pour exercer leur mission. Entre un service A qui dispose de tous ses effectifs et un service B où il manque la moitié du personnel, le service B aura plus de chance d'avoir recours à des mesures d'isolement et de contention que le service A.

C'est pourquoi les moyens alloués, les ressentis des soignants ont une influence de poids concernant l'isolement et la contention. Pourtant, l'organisation d'un service peut être un facteur décisif dans la résolution des problématiques liées à une sollicitation outrancière de ces mesures. Effectivement, un manque de moyens peut être pallié par la mise en place méthodique d'une organisation opérationnelle et efficace. Cela passe par l'émergence de protocoles et de lignes de conduite. À ce titre, les mesures législatives sont donc une aide précieuse puisqu'elles permettent d'instaurer des éléments pour qu'une bonne organisation et un contrôle puissent avoir lieu s'agissant de l'isolement et de la contention. Pour autant, elles ont été et sont très lentes à se mettre en place. Celles-ci ne prennent pas toujours en compte les réalités de terrain, ce qui complique la tâche aux soignants mais également aux personnes qui y sont soumises. De ce fait, il est complexe d'ériger un protocole clair et fixe s'agissant de ces mesures.

De plus, il existe une implication faible et discordante de la communauté hospitalière, ce qui ne permet pas d'avoir une réflexion mouvante et positive afin de mettre ces protocoles

en place. Cette discordance n'aide pas les professionnels à se repérer, à évaluer et réfléchir à leurs pratiques. Aussi, le désintérêt institutionnel de la protocolisation de l'isolement et la contention ne permet pas une évolution significative des pratiques. En effet, aucune mise en place de mécanismes et de contrôles n'est effective pour s'assurer que les mesures soient utilisées de manière appropriée et justifiée.

Cela ne permet pas non plus d'avoir une gestion optimale des ressources humaines car la mise en œuvre de pratiques et d'une organisation auxquelles le personnel n'adhère pas ne fait qu'alimenter un turnover constant. Il serait donc pertinent de mettre en place des formations pour les personnels au sein des établissements. Elles pourraient permettre de former le personnel soignant à l'utilisation adéquate de l'isolement et de la contention en insistant fortement sur la nécessité de respecter les droits et la dignité des patients. Ces formations pourraient évoquer la façon de gérer ces situations, de surveiller et prendre en compte les patients, ainsi que mettre l'accent sur l'importance de la communication et la coordination au sein de l'équipe. Par ce biais, une réflexion pourrait émerger sur l'organisation du service vis-à-vis de ce type de mesure.

*

D'ailleurs, dans ses différents rapports de visite, le CGLPL a soulevé quelques problématiques organisationnelles récurrentes incompatibles avec l'essence même des mesures d'isolement et de contention. Ce dernier déplore leur usage dans les établissements visités dès lors qu'elles sont utilisées pour pallier un problème structurel :

- Ce dernier a pu constater l'enfermement de certains patients dans leur chambre afin de les protéger d'autres patients du service (surtout pour les mineurs, les femmes...)
- Certains sont placés en chambre d'isolement sans être soumis à des mesures d'isolement ou de contention juste parce qu'il y a un manque de place.
- À l'inverse, quand il n'y a plus de place en chambre d'isolement, des établissements de santé n'hésitent pas à réaliser à la fois l'isolement et la contention dans des chambres hôtelières. Cela conduit à utiliser la chambre du patient pour un isolement quotidien.

C'est pourquoi la HAS a rappelé que les chambres d'isolement ne doivent jamais « *être utilisées pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination, et en aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à*

la rareté des intervenants ou des professionnels »²⁵. Aussi, ce dernier énonce que pour gérer au mieux ces mesures, il faut qu'elles se déroulent dans « *une chambre fermée, dédiée, sécurisée, aménagée pour cet usage* »²⁶ le but étant d'obtenir « *un environnement soignant et sécurisé pour le patient* »²⁷. Par conséquent, une distinction nette doit être opérée entre les chambres dédiées à l'isolement et les chambres hôtelières afin de ne pas banaliser la mesure et son caractère exceptionnel. Effectivement, l'aménagement variable des chambres d'isolement selon les établissements pose problème puisque cela ne permet pas une harmonisation des mesures à l'échelle nationale. De plus, les droits des patients sont impactés par cela, comme invoqué dans le chapitre 1 précédemment. L'organisation des mesures d'isolement et de contention passe donc indubitablement par le respect des conditions matérielles dans les chambres d'isolement afin que les mesures se déroulent au mieux.

C'est donc pour cela qu'il faut veiller à supprimer tous dysfonctionnements qui pourraient les entraver. Avoir une bonne organisation des espaces, des chambres et du taux d'occupation en psychiatrie s'avère essentielle. L'isolement et la contention ne peuvent se faire que dans un espace spécifique qui répond à des critères précis. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté a rappelé que « *l'architecture des chambres d'isolement doit garantir des conditions de séjour correctes en termes de superficie, luminosité, accès à l'eau et aux sanitaires, etc. L'aménagement de ces chambres doit être favorable à l'apaisement et permettre de disposer d'une literie de qualité avec la position allongée tête relevée possible ; il doit permettre de s'asseoir et de manger dans des conditions dignes et offrir la possibilité de visualiser une horloge. Un équipement télévisuel et musical doit pouvoir y être utilisé en toute sécurité* »²⁸. Le CGLPL ajoute que « *les chambres utilisées pour l'isolement doivent permettre l'accès à l'eau et aux toilettes librement 24h/24, d'allumer et éteindre la lumière, d'appeler les soignants par bouton d'appel, de se repérer dans le temps* »²⁹.

Cet aménagement spécifique doit aller de pair avec une surveillance continue adéquate. Bien souvent, le CGLPL a constaté que celle-ci est insuffisante alors qu'elle est indispensable pour réaliser les examens médicaux nécessaires, les entretiens de fin de mesure et s'assurer du bien-

²⁵ HAS, *Recommandation de bonne pratique : Isolement et contention en psychiatrie générale*, février 2017, p.10.

²⁶ Instruction n°DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention.

²⁷ HAS, *Recommandation de bonne pratique : Isolement et contention en psychiatrie générale*, février 2017, p.15.

²⁸ Contrôleur Général des Lieux Privatifs de Liberté, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Dalloz, mai 2016, p.120.

²⁹ Id.

être des patients et détecter tout signe de détresse malgré l'utilisation des mesures de dernier recours. Il est essentiel de garantir au patient, dans cet espace aménagé, la possibilité d'avoir recours à un dispositif d'appel auquel un soignant peut y répondre directement.

De ce fait, à travers les problématiques soulevées, il est facilement observable que les besoins des patients soumis à une mesure d'isolement ou de contention ne sont pas satisfaits et qu'en plus de cela, la prise en charge, telle qu'elle est mise en œuvre, ne permet pas le respect effectif de leur droit. À ce titre, des protocoles devraient être mis en place pour documenter régulièrement l'état du patient et les observations physiques et psychologiques qui peuvent être faites. Mais cela est long à mettre en place dans les établissements. Dans ce même biais, il serait opportun que des évaluations préalables soient réalisées avant chaque mesure d'isolement et de contention afin de déterminer si cette mesure est véritablement nécessaire et si des alternatives peuvent être envisagées. Actuellement, les patients sont normalement évalués avant la mise en place d'une mesure d'isolement et de contention. Mais malheureusement, bien souvent, cette évaluation est très superficielle voire inexistante. De plus, aucune réflexion n'est enclenchée à son issue.

*

Le CGLPL déplore également la gestion de ces mesures, qui, elle aussi, reste très variable selon les établissements. En effet, l'isolement et la contention sont des mesures exceptionnelles qui ne peuvent excéder une certaine durée : 12 heures pour l'isolement et 6 heures pour la contention³⁰. Pourtant, dans les établissements, ces mesures peuvent être continues ou séquentielles. Cela signifie que le patient est placé en isolement ou est contentonné régulièrement selon une durée déterminée en avance. La pratique de la contention est propre à chaque unité/service : certains contentonnent de façon complète (les quatre membres et le bassin) tandis que d'autres ne contentonnent que deux membres opposés l'un à l'autre afin que le patient puisse conserver une mobilité. La contention peut être systématiquement associée à l'isolement alors que pour d'autres établissements, ce n'est pas le cas. Des protocoles peuvent être mis en place s'agissant de ces pratiques ou de leur durée sans pour autant permettre d'apporter une réflexion et un approfondissement à celle-ci. C'est le cas, par exemple, des patients entrant en UMD : ils sont presque toujours mis en chambre

³⁰ Code de la santé publique, Article L3222-5-1 dans sa version actuelle et en vigueur

d'isolement à leur arrivée pour une durée de 24 heures. Aussi, ce manque de réflexion peut se matérialiser par des habitudes néfastes vis-à-vis de ces mesures : le CGLPL a déjà pu constater des contentions la nuit à la demande du patient. Cela ne donne aucun sens à leur utilisation ! Cette diversité dans la gestion ne permet pas d'avoir des mesures cohérentes dans leur mise en œuvre sur l'ensemble du territoire.

*

De ce fait, la nécessité d'harmoniser les pratiques et l'organisation de ces mesures a été urgente. Du fait d'un cadre législatif lacunaire et ne répondant pas forcément aux besoins sur le terrain, certains acteurs du système de santé ont réagi. Ce fut le cas de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) devenue la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle a permis de forger les prémices du cadre relatif à l'isolement et la contention. « *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*³¹ », réalisé en 1998 par l'ANAES, est l'un des premiers textes de référence en France s'agissant de l'isolement et la contention. Ce dernier énonce les bonnes pratiques à mettre en place et il établit une méthode sur laquelle les établissements doivent se baser dans l'organisation de ces mesures. C'est par la création et l'énumération de critères précis, au nombre de 23 plus exactement, que des lignes de conduites ont pu émerger. Dans le même biais, un autre référentiel est apparu s'agissant de la contention en 2000³². Malgré le fait que celui-ci s'axe plutôt dans le champ de la gériatrie, des principes ont pu être repris en psychiatrie. Ainsi, les écrits de l'ANAES ont fait émerger les premières évaluations des pratiques professionnelles (EPP/APP) tant en isolement qu'en contention.

C'est comme cela que des axes d'amélioration ont été engagés puisque des actions concrètes ont pu être réalisées dans les établissements. Effectivement, l'essence même de l'ANAES est de conduire des études d'évaluation en partant de principes et de méthodes qui s'appuient sur des analyses scientifiques et littéraires, des avis de professionnels etc... C'est ainsi qu'elle peut ériger des protocoles et des lignes de conduite permettant une amélioration des pratiques sur le terrain puisqu'elle essaie de rendre cela accessible à l'ensemble des professionnels de santé.

³¹ ANAES, *L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*, juin 1998, 97 p.

³² ANAES, *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, 2000, 42 p.

Certains des critères qu'elle a énoncé au sein de ces référentiels ont aujourd'hui été repris dans la législation. Si l'on prend l'exemple du référentiel de 1998, cela se perçoit notamment avec :

- Le critère 5 : « *Le trouble présenté par le patient correspond aux indications de mise en chambre d'isolement et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique* ».
- Le critère 12 : « *Le patient reçoit les explications nécessaires sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement. La nécessité d'informer l'entourage est examinée* ».

Ces deux exemples issus du référentiel de 1998 se sont retrouvés dans l'article L3222-5-1 du CSP notamment par l'obligation d'information des patients et également d'avoir un motif valable pour mobiliser l'isolement et la contention. Ainsi, les référentiels ont eu un impact important dans le champ de la psychiatrie puisqu'ils ont permis de forger une base impliquant de mettre du sens dans l'exercice de ces mesures. Quand bien même ces référentiels n'ont aucun caractère contraignant, cela a introduit la nécessité de respecter les droits du patient.

*

Toutefois, malgré ces avancements et le caractère vertueux des référentiels, ces derniers n'ont pas permis d'endiguer définitivement les problèmes organisationnels. Effectivement, dans les pratiques, une partie des mesures d'isolement et de contention résulte de décisions qui ne sont pas toujours guidées par l'état clinique du patient et qui ne s'appuient pas sur les référentiels. C'est-à-dire que les indications et critères donnés par l'ANAES ne sont pas suivis, ou alors, la réalisation de l'isolement et/ou de la contention s'effectue avec des justifications autres. C'est pourquoi les référentiels de l'ANAES ont donc vite trouvé leur limite car ils laissaient place à beaucoup de souplesse du fait de leur caractère non-obligatoire. Entre-temps, le cadre législatif n'a pas réellement avancé si ce n'est avec le rapport de 2016 du CGLPL et de la loi de modernisation de notre système de santé. Ces derniers ont procédé à des avancées importantes qui seront explicitées dans la suite du propos.

Dans cette suite logique, la HAS a donc lancé des « *recommandations de bonne pratique sur l'isolement en psychiatrie* » en 2017. Celles-ci ont été faites pour appuyer les constats du rapport de 2016 du CGLPL et insinuer des actions concrètes. Ces recommandations ont aidé les établissements sans pour autant leur permettre de produire efficacement et durablement des protocoles puisque les recommandations ne proposent qu'une seule méthode, ce qui n'est pas toujours applicable selon l'établissement et ses moyens. Pour autant, elles ont eu le mérite de donner des indications récentes et adaptées face aux enjeux et au contexte rencontrés par les

établissements. Ce sont elles également qui ont impulsé une prise de conscience de la nécessité d'apporter un encadrement législatif afin de pérenniser les pratiques concernant l'isolement et la contention. Car en effet, la divergence des pratiques et la non présence d'un cadre législatif serein ont conduit à ce que dans certains cas, l'isolement et la contention soient constitutifs de traitement inhumain et dégradant.

*

Cette notion de traitement inhumain et dégradant provient de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme et de l'article 5 de la déclaration universelle des droits de l'homme. Ces deux articles énoncent que « *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* ». Il peut être surprenant, de prime abord, de lier cette notion avec les mesures d'isolement et de contention. Pourtant, « *les mauvais traitements peuvent prendre des formes d'une diversité sans fin* », « *allant de la violence policière, l'intimidation et l'humiliation aux interrogatoires coercitifs, de la privation des contacts familiaux ou des traitements médicaux à l'instrumentalisation des symptômes de sevrage et des conditions de détention inhumaines ou dégradantes à la détention arbitraire ou à l'isolement abusif* »³³. De ce fait, les mauvais traitements ne « *présentent pas toujours le même degré de gravité, d'intentionnalité et d'instrumentalisation systématique de la douleur ou de la souffrance* »³⁴ mais cela se traduit toujours par « *des violations de l'intégrité physique ou mentale qui sont incompatibles avec la dignité humaine* »³⁵. C'est pourquoi il est important que l'utilisation de ces mesures soit minimalisée et demeure exceptionnelle. Différentes instances internationales et européennes ont statué en ce sens.

Ce fut le cas de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Conseil de l'Europe et le Comité Européen pour la Prévention de la Torture (CPT), qui se sont mobilisées pour conscientiser les dérives et les risques que celles-ci engendrent sur les patients. Cela s'est notamment perçu à travers les différentes recommandations et directives qui ont été faites par ces dernières. Quand bien même elles n'ont pas eu un caractère contraignant, elles ont permis un changement de paradigme concernant la psychiatrie. Concrètement, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) demandait une véritable limitation des recours aux hospitalisations de soins sans

³³ Guide du Comité pour la santé des exilés, « Prévention – Soins – Accompagnement des personnes étrangères vulnérables », édition 2023, p. 97.

³⁴ Id.

³⁵ Id.

consentement dans les pays européens³⁶. Le rapporteur des Nations Unies est même allé plus loin en demandant leur interdiction en 2013³⁷. C'est véritablement le Haut-Commissaire des droits de l'Homme de l'ONU qui, dans un rapport sur la santé mentale de 2017, a affirmé le fait que l'isolement et la contention pouvaient constituer une forme de mauvais traitement voire même de torture³⁸.

Ainsi, les institutions européennes et internationales ont adopté une position tranchée et sévère concernant ces mesures. La jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) l'a démontré à travers les différents arrêts qu'elle a rendus. Il est aisément perceptible, au sein des arrêts, que dès que la mesure d'isolement ou de contention n'est pas suffisamment justifiée, alors cela est considéré comme un traitement inhumain et dégradant.

Dans l'affaire Aggerholm contre Danemark du 15 septembre 2020³⁹, un homme schizophrène hospitalisé a été contentonné pendant près de 23 heures sur son lit d'hôpital. La CEDH considère que « *les juridictions internes ont omis d'examiner plusieurs questions concernant le maintien et la durée de la mesure* » et qu'à ce titre, les « *autorités n'ont donc pas suffisamment prouvé qu'il avait été strictement nécessaire de laisser le requérant sanglé à un lit de contention pendant 23 heures. La Cour ne peut conclure que les mesures en cause ont respecté la dignité humaine de M. Aggerholm et ne l'ont pas exposé à des douleurs et des souffrances. Il s'ensuit qu'il y a eu violation de l'article 3* ». Cet exemple emblématique du champ de la psychiatrie a prouvé que la CEDH n'hésite pas à recadrer les États dès lors que leurs pratiques d'isolement ou de contention sont abusives. Elle permet donc d'exercer une sorte de contrôle de ces pratiques à l'échelle européenne, montrant que le contrôle national des mesures est insuffisant.

*

Ainsi, c'est par des initiatives européennes et internationales que les choses ont progressivement évolué notamment en France. En effet, elle ne s'est pas tout de suite prononcée sur les dérives régissant ces mesures. Il est vrai que la France a adopté une position plutôt passive et frileuse : elle est restée très silencieuse concernant les mesures d'isolement et de

³⁶ Organisation mondiale de la Santé, Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale, février 2005

³⁷ B. RAMDJEE, « L'inconstitutionnalité de la loi encadrant l'isolement et la contention en psychiatrie : le législateur invité à revoir sa copie », RGDM, n°78, mars 2021, p. 38.

³⁸ Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'Homme, rapport « Santé mentale et droits de l'Homme, 31 janvier 2017, p.12.

³⁹ CEDH, 15 septembre 2020, n°45439/18, Aggerholm c/ Danemark.

contention. C'est seulement par la circulaire Veil de juillet 1993⁴⁰ et du référentiel de l'ANAES en 1998⁴¹ que les prémices de la réglementation française ont été introduites. La circulaire Veil a insisté sur le fait que l'hospitalisation libre des malades en psychiatrie devait être la norme et que ces derniers avaient les mêmes droits que les autres malades hospitalisés. Ainsi, les soins sans consentement devaient rester l'exception. Le référentiel, quant à lui, a permis d'élaborer des recommandations sur les modalités de recours à l'isolement et la contention. Cependant, ces prémices n'ont pas été suffisantes pour permettre la création de protocoles clairs afin de résoudre les problèmes organisationnels de ces mesures et aussi permettre leur contrôle. Ce n'est que récemment que la France a adopté une réelle réglementation. Sa position s'est durcie et cela va de pair avec la jurisprudence de la CEDH. Cela a été impulsée majoritairement par le Conseil Constitutionnel car celui-ci a reçu, à plusieurs reprises, des questions prioritaires de constitutionnalité liées aux soins sans consentement en psychiatrie.

Effectivement, une évolution notable a été introduite à partir de 2016, notamment par la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Avec cette loi, le législateur a suivi la recommandation du CGLPL qui était la suivante : assurer la traçabilité des mesures d'isolement et de contention pour limiter les exceptions. Cette obligation a été introduite au sein de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique. Le législateur a affirmé la nécessité d'anticiper et donc d'assurer la traçabilité des mesures, notamment par la tenue d'un registre qui recense l'ensemble des isolements et contentions réalisés dans un espace dédié. Ce registre recense également les mesures d'isolement et de contention qui ont été réalisées dans un autre lieu dès lors qu'il y a eu une indisponibilité temporaire de l'espace dédié. Ces situations doivent rester très exceptionnelles, intervenir à titre dérogatoire et être toujours motivées dans le dossier médical du patient⁴². Leur répétition, le cas échéant, doit faire l'objet d'un plan d'action de mise en conformité des pratiques, au sein de l'établissement, par rapport aux recommandations de la HAS. Ce registre, par l'apport d'une traçabilité, permet d'établir une sorte de compte rendu des problèmes structurels qui peuvent se présenter. C'est donc une solution intéressante afin d'organiser les mesures mais cela permet surtout d'assurer un contrôle à minima et de faciliter ce dernier.

⁴⁰ Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.

⁴¹ ANAES, L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie, juin 1998, 97 p.

⁴² 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.

Ce contrôle peut s'effectuer grâce au contenu du registre. Dans la version de 2016 de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique, il est indiqué que doit être fait mention du « *nom du psychiatre ayant décidé de cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée* »⁴³. Cela permet d'avoir les éléments essentiels pour opérer un contrôle minimum des mesures et remarquer les potentiels dysfonctionnements : mesure qui outrepassse la durée réglementaire tolérée, s'il y a eu une surveillance véridique ou non etc...Depuis 2020, il faut également que soit mentionné « *un identifiant du patient concerné ainsi que son âge et son mode d'hospitalisation* »⁴⁴. Le mode d'hospitalisation est essentiel : normalement, seulement les patients en soins sans consentement devraient écoper de l'isolement et de la contention. Mais parfois, il arrive que des patients en soins libres soient contentonnés ou isolés. Cela donne des indications sur la gestion et l'organisation de l'établissement : plus il y a des patients contentonnés et isolés en soins libres, plus l'établissement ne se porte pas bien concernant ces pratiques. Le registre est donc un révélateur important des bonnes pratiques ou non de l'isolement et la contention.

Concernant l'accès au registre par les patients, le Conseil de l'Europe considère que « *les patients devraient être habilités à ajouter des commentaires au registre, et devraient être informés de ce droit. A leur demande, ils devraient recevoir une copie de tous les éléments consignés* »⁴⁵. Pourtant, cela est encore méconnu de la majorité des patients en hospitalisation sous contrainte. Un des principes importants à améliorer serait la sensibilisation des patients à leurs droits, notamment en isolement et contention. Il faudrait que ces derniers soient informés des raisons potentielles, de la durée et des alternatives possibles à ces mesures. Cela n'est pas souvent fait dans la pratique. Il faut dire que le registre a mis du temps à émerger dans la pratique : dans la majorité des cas, celui-ci était inexistant et s'il était présent dans l'établissement, il n'était pas toujours complété en bonne et due forme. En effet, les soignants ne le faisaient pas notamment du fait qu'il ne leur avait pas été expliqué le réel intérêt de ce registre. Ainsi, ils le percevaient comme une contrainte administrative parmi tant d'autres. Au contraire, il est important que ce registre soit correctement rempli car cela permet d'obtenir des données statistiques du recours à ces mesures au sein des services et établissements. Un suivi quantitatif mais également qualitatif est donc assuré. Le personnel soignant peut voir les axes d'amélioration à induire afin d'aboutir à la réduction de ces pratiques.

⁴³ Code de la santé publique, article L3222-5-1, version 2016, alinéa 2.

⁴⁴ Code de la santé publique, article L3222-5-1, version 2020, paragraphe 2, alinéa 1^{er}.

⁴⁵ Conseil de l'Europe, 16ème Rapport général d'activités du CPT, CPT, 16 octobre 2006, p. 17.

Désormais, en plus du registre, chaque établissement doit émettre un rapport annuel afin de rendre compte des pratiques d'isolement et de contention aux autorités compétentes. Ainsi, une évaluation de l'activité et des mesures est possible puisque les mesures sont documentées : les raisons de leur utilisation sont explicitées, la durée, les observations ect... C'est pourquoi il est essentiel que le registre et le rapport annuel soient tenus à jour afin de délivrer des données fiables. Un recensement des informations, un suivi et donc l'évaluation des mesures sont rendus possibles et cela est important notamment en vue de fixer des objectifs de limitation du recours à ces pratiques. Cela est indispensable pour qu'une stratégie se mette en place sur du long terme. Ce rapport annuel est à destination de l'Agence Régionale de Santé (ARS)⁴⁶. De ce fait, une analyse critique et une comparaison sont alors possibles avec les autres établissements de la région pour l'isolement et la contention. Cela permet, par la suite, d'avoir des indicateurs du recours à l'isolement et la contention par établissement. Des critères sont donc établis et permettent un meilleur contrôle.

Ainsi, il n'est plus à prouver que les mesures d'isolement et de contention ont un caractère gravement attentatoire aux droits et libertés individuelles des patients. Il est dès lors évident que ces mesures doivent être sécurisées, organisées et contrôlées pour le respect des besoins des patients dans leur prise en charge. Cela a nécessité l'apparition progressive d'un encadrement juridique qui a été long à se mettre en place. De ce fait, celui-ci était vivement attendu. Malgré cette apparition, force est de constater que ce dernier demeure lacunaire.

⁴⁶ Code de la santé publique, article L3222-5-1 du CSP. Toutes les versions de l'article ont comporté cette obligation.

Partie II) L'apparition progressive d'un encadrement renforcé demeurant lacunaire

L'apparition progressive de cet encadrement juridique avait pour but de suspendre toutes incertitudes juridiques pour les professionnels de santé et leur donner un cadre clair et compréhensible sur l'isolement et la contention. Justement, ce cadre devait sécuriser, organiser et contrôler ces pratiques, comme cela a été explicité dans la première partie de ce propos. Ainsi, pour se faire, le législateur est venu apporter des garanties afin d'éclaircir l'essence de ces mesures et dissiper tous doutes juridiques. Ces dernières ont permis de renforcer la protection et le respect des droits et libertés du patient.

Cependant, l'apport de ces garanties s'est fait difficilement car aucune véritable réflexion n'a émergé. Le législateur a fourni ce cadre car la psychiatrie ne pouvait plus se satisfaire d'un silence. Toutefois, il n'a pas recherché, dans le fond, pourquoi l'encadrement était nécessaire et ce dont la psychiatrie avait véritablement. Cela a conduit à ce que l'encadrement soit lacunaire.

Chapitre 1 – L’apport de garanties pour lever les incertitudes juridiques de ces mesures

Les nombreuses incertitudes juridiques entourant les mesures d’isolement et de contention n’étaient plus supportables en psychiatrie. Effectivement, les professionnels de santé n’étaient pas aiguillés dans l’exercice de leur mission, le droit des patients était constamment bafoué par des dérives régulièrement observées etc... La psychiatrie était donc devenue « une zone de non-droit ». Le vide juridique constaté pour les mesures d’isolement et de contention laissait place à différentes interprétations de ces dernières mais aussi à des pratiques divergentes. Ces mesures, censées être de l’ordre du médical et du soin, ne permettaient pas de répondre de manière effective aux besoins des patients qui étaient pris en charge. Il était nécessaire de combler ce vide : effectivement, il était souhaitable qu’un équilibre entre le droit des patients entravés et les professionnels submergés soit trouvé. Les lacunes de la loi s’agissant de l’isolement et de la contention ont toujours fait l’objet d’un débat, mais ce n’est que récemment que celui-ci s’est accentué à partir de 2016. Cette accentuation est due aux actions du CGLPL qui a été le premier à donner l’alerte sur la crise traversée par la psychiatrie⁴⁷. Ce premier jet a été le déclencheur d’une prise de conscience de l’importance de cadrer rapidement ces mesures.

*

Avant 2016, quelques grandes lois existaient en psychiatrie. Tout d’abord, la première grande loi à régir ce domaine a été la loi Esquirol du 30 juin 1838. Celle-ci a été fondamentale pour les soins en psychiatrie puisqu’elle a rendu obligatoire la présence d’au moins un établissement psychiatrique par département dans le but de traiter et soigner « les aliénés »⁴⁸. Ces établissements étaient sous la direction ou la surveillance de l’autorité publique ce qui a permis la présence d’un contrôle notoire de la bonne application de la loi. Elle a aussi eu le mérite d’opérer une distinction entre le placement volontaire (assimilé à la demande d’un tiers) et le placement d’office (ordonné par l’autorité publique). La protection de la liberté individuelle des patients a été mûrement réfléchi : les médecins devaient établir des certificats médicaux décrivant l’état de la personne, s’il était nécessaire de procéder à son maintien ou sa sortie etc... Ainsi, cette loi a bien compris l’importance de protéger les libertés individuelles du fait du caractère attentatoire de l’internement sur celles-ci. Cependant, cette loi n’a nullement

⁴⁷ Comme explicité dans la partie 1 du mémoire notamment avec le rapport de 2016 du CGLPL.

⁴⁸ Terme employé dans la loi.

évoqué les isolements et contentions, qui, pourtant, existaient et étaient déjà mobilisés à cette période.

La loi Esquirol a été appliquée jusqu'à la loi suivante : la loi du 27 juin 1990 qui en a conservé son essence. Mais elle a apporté à l'hospitalisation sans consentement un cadre juridique plus orienté sur les droits des patients et notamment sur la dignité humaine. En effet, cette dernière énonce que le principe de l'hospitalisation libre est la règle tandis que l'hospitalisation sur demande d'un tiers ou celle d'office doit rester l'exception. Même si l'état du patient ne lui permet pas de consentir aux soins, ce dernier doit pouvoir être informé sur son admission et son hospitalisation, il doit pouvoir exercer ses droits (droit de vote, droit de se livrer à des activités religieuses, envoyer et recevoir du courrier...). Comme sa prédécesseuse, la loi de 1990 n'apporte aucune précision sur les modalités, les conditions et la durée de l'isolement et de la contention. Même s'il est regrettable qu'aucun cadre n'ait été fourni à ces mesures exceptionnelles à ce moment-là, cette loi a toutefois apporté une évolution davantage structurante pour les soins sans consentement.

La circulaire Veil du 19 juillet 1993 va dans le même sens puisqu'elle rappelle que l'hospitalisation libre est la règle. Néanmoins, elle évoque le fait qu'en cas d'urgence, « *il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte* »⁴⁹. Pour autant, elle n'apporte aucune précision sur l'isolement. La contention n'est pas évoquée.

Il faudra attendre le référentiel de l'ANAES de 1998 sur l'isolement en psychiatrie puis celui de 2000 sur la contention en gériatrie pour avoir de véritables précisions sur ce type de mesure. Ces référentiels et audits ne sont pas des mesures législatives et sont des initiatives externes à celle du législateur. Il paraît surprenant, d'ailleurs, que ce soit une structure de santé publique qui ait pris les devants. Les référentiels ont eu comme objectif de ne plus rendre tabou le sujet de l'isolement et de la contention et de dissiper les « *incertitudes persistantes sur la pertinence et l'adéquation des conduites à tenir dans ce domaine* »⁵⁰. Au contraire, en évoquant pleinement ces mesures, le but premier était de rassurer et guider les professionnels de santé pour procéder à une harmonisation des pratiques au sein des établissements de santé. Pour autant, « *l'objectif*

⁴⁹ Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.

⁵⁰ ANAES, *L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*, juin 1998, p.7.

de l'Agence dans ce cadre n'était pas de produire des règles et normes techniques relatives aux chambres d'isolement ». De ce fait, ces référentiels ne peuvent, en aucun cas, se substituer à des mesures législatives. Malgré cela, dans les années 2000, aucune évolution juridique notable n'a été observée pour l'isolement et la contention. Cela est d'autant plus inquiétant que l'utilisation de ces mesures n'est plus à douter.

*

Il faudra attendre la réforme en psychiatrie introduite par la loi du 5 juillet 2011 pour que de nouveaux apports et innovations soient amenés en psychiatrie. Cette loi est importante car elle a façonné les soins sans consentement tels qu'ils sont utilisés et connus aujourd'hui. En effet, c'est à ce moment-là que la terminologie actuelle a été adoptée : il n'est plus question d'hospitalisation. L'hospitalisation à la demande d'un tiers est remplacée par la notion de soins psychiatriques à la demande d'un tiers. L'hospitalisation d'office est remplacée par la notion de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat etc... Aussi, avec cette loi, il y a l'apparition de l'ambulatoire avec les programmes de soins. De ce fait, cette loi a permis de nombreuses innovations.

L'apport qui est le plus marquant est le suivant : désormais, le contrôle du Juge de la liberté et de la détention (JLD) sur les mesures de soins sans consentement devient systématique. Le JLD n'intervient plus de façon facultative. Ce contrôle systématique doit intervenir dans un délai de 15 jours à partir de l'admission et par la suite celui-ci doit se faire tous les 6 mois. Pour que celui-ci puisse se faire, des certificats médicaux ont été exigés : un certificat d'admission, un de 24h, un de 72h, la création d'avis de psychiatre pour les audiences JLD etc... Cependant, beaucoup d'individus s'attendaient également à ce que les mesures d'isolement et de contention soient encadrées par cette loi. Mais cela n'a pas été le cas. Ce silence de la loi a véritablement été pesant pour les soignants, qui, encore une fois, se sont retrouvés seuls dans la gestion de ces mesures. Il a même été considéré déraisonnable que le législateur ne se positionne pas. Ce silence a donc indiqué que ces mesures restaient à la discrétion du psychiatre et/ou de l'équipe médicale soignante. Le seul apport relatif à l'isolement et la contention, en plus de contrôle systématique du JLD sur les soins sans consentement, est que la loi a renforcé le rôle de « *l'autorité judiciaire dans son rôle de garante des libertés individuelles pour lutter contre les enfermements arbitraires* »⁵¹. Néanmoins, cela n'a pas été satisfaisant.

⁵¹ Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (JO du 6 juill.)

Si cette loi a mis en évidence la spécificité de la psychiatrie et le fait qu'elle contribue à une privation de liberté pour soigner, il est aisément perceptible que les pouvoirs publics ont du mal à reconnaître et percevoir cette spécificité. Effectivement, les mesures de soins sous contrainte en psychiatrie et plus précisément les mesures d'isolement et de contention ne peuvent se satisfaire d'incertitudes juridiques. Le déni des pouvoirs publics a commencé à se dissiper face aux dysfonctionnements trop importants constatés. Impulsé sous l'autorité d'Olivier Véran en 2015, le Parlement a donc amorcé le sujet. Il avait été explicitement fait mention qu'il était pertinent de reconnaître le « *caractère de dernier recours que devraient avoir l'isolement et la contention pour répondre à l'importance croissante du recours à l'isolement et à la contention dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux et dans les établissements publics de santé mentale (EPSM)* »⁵². Aussi, tout un débat parlementaire avait été érigé s'agissant des termes à adopter pour évoquer les mesures d'isolement et de contention : Est-ce une décision de contention ou une prescription de contention? Est-ce que l'on parle d'un placement en isolement ou bien d'une admission en isolement ? Finalement, il sera décidé de retenir le terme de « décision » du psychiatre lorsqu'il s'agit des mesures d'isolement et de contention.

*

Tout cela a conduit le législateur à s'apercevoir de l'importance d'apporter des garanties pérennes à ces mesures et donc d'adopter de nouvelles obligations. C'est ainsi que la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a été adoptée. Au sein de son article 72, il est explicitement mentionné l'insertion de l'article L3222-5-1 dans le code de la santé publique. Ce nouvel article marque la construction d'un cadre légal pour l'isolement et la contention. Il y est précisé les conditions entourant ces mesures, ce qui est un grand pas en avant pour la psychiatrie. Le premier alinéa dudit article énonce que : « *l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir d'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* ». Ainsi, le caractère exceptionnel de ces mesures est enfin reconnu juridiquement parlant. Il est affirmé de nouveau que ce type de mesure ne peut-être découlé que d'une décision du psychiatre. D'ailleurs, certains professionnels de santé ont été offusqués de l'usage de ce terme dans la loi plutôt que

⁵² O. VERAN et al., Députés, Commission des affaires sociales, A.N, Rapport n°2673, 20 mars 2015, p.374.

celui de prescription. Selon eux, une décision ne peut relever que de l'autorité administrative. En vérité, le législateur a préféré adopter le terme de décision car « *toute prescription est une décision, mais toute décision n'est pas une prescription* »⁵³. De ce fait, cela induit que le personnel médical prend aussi des « décisions » au sens juridique du terme. Le terme décision permet de garder en tête le fait que les mesures ont bien un caractère attentatoire aux droits fondamentaux et ne sont pas qu'une simple prescription médicale.

Cet alinéa vient apporter des précisions sur les modalités de ces mesures : elles sont limitées dans le temps et doivent faire l'objet d'une surveillance continue. Ainsi, cet alinéa constitue une première base juridique solide pour l'isolement et la contention. Le second alinéa, quant à lui, prévoit la création d'un registre de ces mesures. Ce dernier doit être tenu dans chaque établissement accueillant des patients en psychiatrie. « *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'introduction de ce registre est donc une exigence de traçabilité afin de permettre une évaluation nationale et un contrôle de ces pratiques. Cette traçabilité est positive puisqu'elle engage les professionnels de santé à être rigoureux vis à vis de ces mesures et à ne pas les banaliser. En effet, il permet de se rendre compte du nombre de mesures mobilisées, de leur durée etc... Ces mesures doivent toujours être mentionnées dans le dossier médical du patient.

La loi régit également le contenu du registre mais également sa consultation. Aussi, le dernier alinéa indique que « *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 (...) et au conseil de surveillance (...)* ». Ce rapport, en plus du registre, permet d'observer la politique de l'établissement sur ce type de mesure. L'objectif de celui-ci est de limiter le recours à ces pratiques sur du long terme. La loi de modernisation du 26 janvier 2016 a donc proposé un encadrement législatif tant attendu pour les mesures d'isolement et de contention.

Cette avancée textuelle a été accompagnée, en février 2017, de recommandations formulées par la HAS. Les recommandations ont permis de développer le cadre légal dans la

⁵³ E. PECHILLON, M. DAVID, « Décision ou prescription du psychiatre : quelles différences juridiques ? », *L'information psychiatrique*, 2017/4, vol.93, pp.349-350

pratique. Au sein de celle-ci, la HAS a pris le temps de définir, d'expliquer les modalités de mise en œuvre des mesures, les exceptions, la surveillance à réaliser ainsi que ses caractéristiques, l'information au patient etc... Ces recommandations ont été très bien accueillies par les professionnels de santé car elles ont donné des lignes de conduites plus précises et plus claires que ce que fournissait la loi de 2016. En effet, si celle-ci est vertueuse du fait de la création d'un cadre législatif, elle s'avère trop succincte et n'est pas assez détaillée. Heureusement, par la suite, celle-ci a été progressivement complétée.

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 générale de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement, vise à compléter l'article 72 de la loi de 2016. Ce qui est intéressant, c'est que celle-ci s'appuie sur les constats faits par le CGLPL dans son rapport de 2016 et les recommandations de la HAS faites en février 2017. Elle reprend les éléments clés de la loi et explique les modalités de mise en œuvre du registre. La finalité de l'instruction était que les praticiens de santé puissent s'adapter aux nouvelles exigences de la loi. Celle-ci a également pris le temps de clarifier les termes d'isolement et de la contention ainsi qu'elle a opéré une distinction entre les deux pratiques, de sorte qu'aucune confusion terminologique ne subsiste. Cela était problématique car la terminologie utilisée pouvait varier selon certains établissements. Ainsi, certains se soustrayaient à leur obligation en la matière. Cependant, l'instruction n'a qu'une valeur réglementaire. Si elle a eu pour effet de compléter la loi, il n'empêche qu'elle ne peut la remplacer. De plus, elle illustre bien le fait que la loi reste insuffisante pour encadrer les mesures et que les besoins sur le terrain méritent d'être assouvis par une législation plus complexe.

*

Par la suite, ce n'est qu'en 2020 qu'une évolution du cadre juridique concernant l'isolement et la contention a eu lieu. En fait, la Cour de Cassation a transmis une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) le 5 mars 2020 au Conseil Constitutionnel. La question était de savoir si les dispositions de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique ne portaient-elles pas atteinte aux droits et libertés que la Constitution garantit en particulier en vertu de l'article 66 de celle-ci. Dans sa réponse en date du 19 juin 2020, le Conseil Constitutionnel considère contraire à la Constitution l'article L3222-5-1 du code de la santé publique et exige donc une abrogation de ces dispositions. Les effets de cette abrogation sont

reportés au 31 décembre 2020. Cela a conduit le législateur à opérer cette modification en décembre 2020 lors de la loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2021.

La nouvelle rédaction de l'article L3222-5-1 du code de la santé figure dans l'article 84 de la loi de financement pour la Sécurité sociale de 2021. Le cadre des mesures d'isolement et de contention a été réellement approfondi et détaillé. Tout d'abord, il a été précisé que ce type de mesure ne pouvait concerner que les patients en hospitalisation complète sans consentement. Cela n'avait pas été fait dans la version précédente, ce qui conduisait à ce que des isolements et contentions soient réalisés sur des patients en soins libres. Le législateur a ajouté le triptyque NAP, c'est-à-dire que les mesures doivent être Nécessaires, Adaptées et Proportionnées. Ce triptyque doit être accompagné d'une évaluation du patient. Cela permet de voir que le législateur considère les mesures comme exceptionnelles et que celles-ci doivent toujours être justifiées.

Aussi, la surveillance du patient, en plus d'être qualifiée de stricte, doit être somatique et psychiatrique. Cela démontre bien que la surveillance doit être complète et pas superficielle. Celle-ci doit également être tracée dans le dossier médical du patient, ce qui n'avait pas été exigé auparavant. Le renforcement opéré vis-à-vis de la surveillance permet de prouver le caractère exceptionnel des mesures et le fait qu'elles ne doivent pas être banalisées. Cela tend également au renforcement du droit des patients : par une surveillance accrue, ces derniers ont leurs besoins plus régulièrement satisfaits.

Dans ce même biais, s'agissant du registre, le législateur exige qu'il doive être figuré un identifiant du patient ainsi que son âge, son mode d'hospitalisation et la date et l'heure du début de la mesure (en vue de procéder à son calcul notamment). L'apport majeur de ce changement est le fait que désormais, une limite à la durée des mesures est imposée et l'organisation d'un contrôle par le JLD est obligatoire. Cet apport était réellement attendu et a permis un apaisement pour les professionnels de santé. En effet, pour l'isolement, la durée est limitée à 12 heures et peut être renouvelée par période maximale de 12 heures également, mais la durée totale de l'isolement ne doit pas excéder 48 heures. Pour la contention, celle-ci est subordonnée à l'existence d'une mesure d'isolement et est limitée à 6 heures. La décision de renouvellement s'opère par période de 6 heures dans la limite d'une durée totale de 24 heures. Le JLD doit être saisi dès lors que des mesures d'isolement ou de contention atteignent leur durée maximale au cours d'une période de 15 jours. Ainsi, désormais, il n'y a plus aucune incertitude possible s'agissant de la durée de l'isolement et la contention. Cette réforme a véritablement créé

l'application de seuils aux mesures permettant ainsi le déclenchement de l'information au JLD dès le dépassement de ces seuils.

Ce changement au sein de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique a amorcé le début de nombreuses transformations relatives au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention. Effectivement, le législateur a adopté des dispositions propres à ces mesures afin d'acter cette réforme. Ainsi, le décret du 30 avril 2021 relatif à la procédure applicable devant le JLD sur l'isolement et la contention mis en œuvre dans le cadre des soins sans consentement a été adopté. Ce dernier précise certaines obligations qui pèsent sur les établissements de santé ainsi que la procédure judiciaire devant le JLD.

Tout d'abord, s'agissant de l'obligation d'information devant le JLD par les établissements, le décret est très clair sur le fait que le JLD devra être informé par tous moyens « *dès que la durée cumulée de mesures prises consécutivement d'isolement ou de contention atteint la durée totale (...) et qu'une décision de renouvellement à titre exceptionnel de ces mesures est prise* ». Il sera également informé « *dès que la durée cumulée de mesures prises de façon non consécutive séparées par des intervalles inférieurs à quarante-huit heures atteint la durée totale (...) et qu'une décision de renouvellement à titre exceptionnel de ces mesures est prise* ». Cette information doit être réitérée « *à chaque fois que la durée cumulée des mesures successives de renouvellement à titre exceptionnel atteint la durée totale (...) et qu'une nouvelle décision de renouvellement à titre exceptionnel est prise dans un délai inférieur à quarante-huit heures à compter de la fin de la mesure précédente* ».

De ce fait, le décret est explicite sur le fait que le JLD est informé à chaque renouvellement de l'isolement et de la contention dans un délai inférieur à 48 heures à compter de la fin de la mesure précédente. Cela évite que le juge soit informé uniquement de la mesure initiale dépassant les seuils. Aussi, un retour de l'information est exigé dès que les renouvellements atteignent les délais légaux. Aussi, l'information doit être délivrée quand un pallier est atteint pour les mesures de courte durée mais prises en série dans un délai de 15 jours. Le décret est donc strict s'agissant de l'information puisque celle-ci est la garante indubitable à un contrôle constant des mesures d'isolement et de contention quel que soit leur statut (renouvellement, mesure initiale etc...). L'objectif a été de faire en sorte que peu importe les circonstances, le JLD soit toujours informé !

Ensuite, le décret énonce, quant à la procédure, qu'il est possible de réaliser une saisine devant le JLD par le biais d'une requête. Le patient a la possibilité de déposer une requête de mainlevée

également. Le décret détaille et explique le déroulé de la procédure (requête, renvoi, recueil des observations patient, le délai pour que le JLD statue etc...). Le JLD doit rendre sa décision s'agissant de la mesure dans les 24 heures à partir de l'enregistrement de la requête auprès du greffe. Si le JLD ne statue pas dans ce délai imparti, alors la mesure sera levée.

Le décret permet d'affirmer la nécessité que la réponse judiciaire se doit d'être rapide et efficace. En complément du décret, une instruction de la DGOS⁵⁴ a été prise le 29 avril 2021 afin d'accompagner les établissements sur le terrain à la mise en place du nouveau cadre relatif aux mesures d'isolement et de contention. Il est donc clair que le cadre juridique des mesures s'est étoffé. Cette évolution a enrichi les pratiques et a permis une guidance plus claire pour les professionnels et établissements de santé, quand bien même les dispositions peuvent être indigestes. Le législateur a compris de l'importance de cadrer les mesures car celles-ci peuvent être trop attentatoires aux droits et libertés individuelles. En renforçant le contrôle opéré sur ces dernières, le législateur a rompu le silence qui régnait sur ces pratiques et a enfin pris position. D'ailleurs, le Conseil Constitutionnel a lui aussi adopté une position de plus en plus sévère sur les questions liées aux soins psychiatriques sans consentement. Cela est dans la même mouvance que la jurisprudence de la Cour Européenne des droits de l'homme. Ce travail d'inspection mené par celui-ci sur le régime des mesures d'isolement et de contention a permis de lancer cette transformation de taille et de faire en sorte que le législateur suive le mouvement.

*

L'année 2022 fut l'année où le contrôle systématique du JLD pour l'isolement et la contention a été le plus abouti. Effectivement, la loi de 2011 prévoyait déjà ce contrôle systématique, mais pour les hospitalisations complètes dans le cadre de soins sans consentement. La loi de 2022 précise que ce contrôle systématique peut avoir lieu également pour les mesures d'isolement et de contention. Effectivement, avant, il n'y avait pas encore de texte qui exigeait ce contrôle systématique du JLD pour ces pratiques en particulier. La loi du 22 janvier 2022 renforçant les outils de la gestion de la crise sanitaire palliera cette carence au sein de son article 17. Elle aura aussi conduit à la révision de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique permettant de préciser de façon plus détaillée le cadre juridique de l'isolement et de la contention. Des précisions sont apportées sur la durée des mesures. Pour l'isolement, la mesure peut être répétée jusqu'à 48 heures maximum. Cependant, la mesure devrait faire l'objet

⁵⁴ Instruction n°DGOS/R4/2021/189 du 29 avril 2021 relative à l'accompagnement des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la mise en œuvre du nouveau cadre relatif aux mesures d'isolement et de contention.

de deux évaluations par 24 heures. Pour la contention, la durée maximale qui s'applique est de 24 heures avec deux évaluations par 12 heures. L'ajout de ces évaluations a pour but de s'assurer de l'utilité et de la portée de ces mesures. Cela permet de lever la mesure dès lors qu'elle n'est pas ou plus utile.

La nouvelle version de l'article énonce que lorsque le médecin renouvelle au-delà des durées totales prévues les mesures, il faut que le directeur de l'établissement informe le JLD sans délai afin que la saisine de ce dernier soit effective. S'il saisit le JLD, il doit le faire avant l'expiration des délais exigés, à savoir 72 heures pour l'isolement et 48 heures pour la contention. Le JLD peut aussi se saisir d'office s'il l'estime nécessaire afin de mettre fin à ces mesures. Cela avait déjà été prononcé dans le décret du 30 avril 2021 mais a été renforcé dans la loi de 2022. Dans tous les cas, le juge doit statuer dans un délai de 24 heures à compter de la durée maximale de la mesure. Il peut autoriser le médecin à la renouveler pour la même durée maximale. Les décisions de mainlevée prises par le juge doivent être respectées par les médecins sauf si un nouvel élément dans la prise en charge ne rend nécessaire la conduite d'une mesure d'isolement et de contention à nouveau.

Ainsi la loi de 2022 a été un réel progrès dans le but de renforcer la législation des mesures d'isolement et de contention et s'avère être propice au respect du droit des patients. Elle éclaire véritablement le rôle du JLD et son intervention sur ces mesures. La systématisation de son intervention permet de trouver un équilibre entre l'entrave de la protection individuelle pour nécessité thérapeutique et le droit des patients dans leur prise en charge. Aussi, elle va établir des méthodes de calculs permettant de s'assurer que les délais soient respectés. A ce titre, l'article R3211-31 du CSP énonce les différentes méthodes de calcul. La durée cumulée de la mesure a été consécutive, alors il n'y a pas de difficulté, on calculera selon les délais énoncés dans la loi. Par contre, si la mesure n'a pas été prise de façon consécutive et est séparée de moins de 48 heures d'une autre mesure, alors la durée est calculée en additionnant les durées de toutes les mesures intervenant à moins de 48 ans de la précédente. Si la mesure n'a pas été prise de façon consécutive et que la durée cumulée est atteinte sur une période de 15 jours alors on ajoute les mesures.

Aussi, cette loi est un dispositif clé de la réforme du cadre juridique de ces mesures notamment du fait d'une information omniprésente que ce soit à l'égard du JLD ou du patient et son entourage. Dès lors qu'il y a un renouvellement de l'isolement ou la contention, le médecin informe « *au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible*

d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical ». La loi a la vertu de limiter le nombre de personnes informées de l'état du patient et des mesures d'isolement et de contention car en effet, il y a une priorisation des personnes qui peuvent être mises au courant. Cela signifie qu'auparavant, un grand nombre de personnes pouvait être informé de la mesure. Cela permettait de faciliter le contrôle du juge. Mais vu que les textes ont désormais amélioré ce contrôle et l'ont garanti, il n'y a aucun intérêt à faire persister ce nombre important de personnes informées d'autant plus qu'il y a le respect au droit de la vie privée du patient et du secret médical. La loi a donc remis en question l'information systématique des proches étant donné que le juge est automatiquement saisi pour contrôler les mesures. Dans tous les cas, la loi prévoit que l'information s'agissant du patient doit être donnée à une personne proche qui est susceptible d'agir dans son intérêt.

Dans la même année, un décret en date du 23 mars a été adopté. Ce décret vient ajuster l'application du recours systématique au JLD issue de la loi de janvier 2022. Celui-ci modifie la procédure applicable devant le JLD et les obligations d'information pesant sur le médecin et sur le directeur de l'établissement concernant l'isolement et la contention dans le cadre des soins sans consentement. Le décret a donc inséré, dans le code de la santé publique, l'article R3211-33-1. Il y est clairement fait mention en son point 2 que : « *le directeur informe le patient de la saisine du juge des libertés et de la détention. Il lui indique qu'il peut, dans le cadre de cette instance, être assisté ou représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office* ». Il y a une véritable considération du patient, qui, autrefois, était oublié. La réaffirmation de ce droit à la défense est remarquable. D'ailleurs, le directeur dispose d'un délai de 10 heures pour transmettre au JLD les volontés du patient. Ce délai est donc exigeant !

L'article précise aussi les modalités de la saisine du JLD par le directeur de l'établissement. Le décret a, quant à lui, annoncé, en plus du directeur d'établissement, les possibilités de saisine tant par le patient que par une personne agissant dans l'intérêt de celui-ci (conjoint, proche, autorité protectrice si le patient est un majeur protégé...). En plus de ce décret, l'instruction de la DGOS en date du 29 mars 2022 va dans le même sens que ce décret. Elle est relative au cadre juridique et à la politique de réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention. Elle rappelle l'ensemble des caractéristiques de ce type de mesure (dernier recours, exceptionnalité etc...). En son sein, une frise illustrative du dispositif de

contrôle des mesures d'isolement et de contention a été intégrée⁵⁵. De plus, elle préconise réellement aux professionnels de santé d'apporter une réflexion en psychiatrie sur l'usage de ce type de mesure.

De ce fait, le cadre juridique tant souhaité s'agissant de l'isolement et de la contention a permis de lever certaines incertitudes juridiques qui ont, alors, pu se dissiper. Il a été clairement affirmé que l'isolement et la contention sont des mesures exceptionnelles de dernier recours, qu'elles ne peuvent concerner que des mesures de soins psychiatriques sans consentement, que ce sont des mesures de nature médicale prises sur décision uniquement d'un médecin psychiatre. Le législateur a insisté sur le fait que ces mesures doivent être toujours motivées et répondre aux conditions légales de proportionnalité, de nécessité et d'être adaptées à chaque situation. Le cadre juridique est venu assurer la traçabilité écrite de ces mesures au sein d'un registre dédié à celles-ci. De plus, par le biais de ce cadre, ces mesures sont désormais soumises à un contrôle judiciaire systématique. Ainsi, par la mobilisation de divers acteurs et du législateur, un cadre juridique a pu progressivement apparaître. Si celui-ci a permis des évolutions notables par ses apports, il n'empêche qu'il est constaté que ce dernier n'est pas réellement efficace ou même réfléchi. C'est pourquoi il est observable qu'il y a eu une absence d'une véritable réflexion législative pour pallier aux difficultés des établissements de santé concernant ce type de mesure.

⁵⁵ Voir Annexes.

Chapitre 2 – L’absence d’une véritable réflexion législative efficace face aux difficultés présentes

Le cadre juridique des mesures d’isolement et de contention a mis beaucoup de temps à apparaître. Effectivement, en l’espace de quasiment deux siècles, seulement trois/quatre lois ont été adoptées et celles-ci n’étaient concentrées que sur les soins sans consentement. En effet, aucune d’entre-elles n’évoquaient les mesures d’isolement et de contention. Le champ de la psychiatrie a véritablement été délaissé par le législateur qui ne s’y est peu intéressé. Ce délaissement s’est caractérisé par le manque d’intérêt pour ce domaine et le fait que ce dernier était dénué de toute réflexion juridique. Ce long silence de la loi devait être rompu car il n’était plus envisageable de laisser ces mesures sans cadre dès lors qu’elles portent atteinte aux droits et libertés des personnes qui y sont soumises. Effectivement, les besoins des patients étaient oubliés dans la prise en charge.

Il est clair que les personnes qui sont placées sous un régime de soins sous contrainte en psychiatrie sont davantage exposées au risque de dérives et d’abus de ces pratiques sur leur personne. Pour autant, ces techniques peuvent, parfois, être mobilisées en gériatrie (au sein des EHPAD par exemple) ou au sein des urgences lorsqu’une situation l’exige. Ainsi, le fait qu’aucune loi n’existe sur ce type de mesure, impacte, de façon générale, les pratiques. Ce vide juridique provoquait un risque de brutalisme banalisé au sein de la société. En effet, la particularité des troubles mentaux réside dans le fait que les malades ne se rendent pas compte de leurs troubles. Ainsi, il est approprié d’opérer une prise en charge qui respecte les besoins fondamentaux de confiance et de calme plutôt que de le faire par la violence psychologique (donc par l’isolement et la contention). La difficulté d’instaurer le cadre juridique a été du fait que ces pratiques ont bénéficié d’un usage ancien qui s’est solidifié au fil du temps. Cet usage reposait sur des critères surtout cliniques et était principalement encadré par la déontologie. Cependant, les pratiques étaient mobilisées de façon trop divergente et aucune harmonisation ne s’effectuait à l’échelle nationale. Aussi, la décision d’avoir recours à l’isolement et la contention doit se faire dans la prudence et ne saurait se contenter seulement de la déontologie. Une vraie réflexion devait émerger de façon à pérenniser les pratiques et à assurer une bonne prise en charge des patients.

L’apparition du cadre juridique des mesures d’isolement et de contention s’est faite à partir de 2016. Désormais, à travers la loi, le patient en psychiatrie est investi comme un malade ayant des droits : l’isolement et la contention doivent être des mesures de dernier recours. Si ce

cadre a rassuré les professionnels lors de sa création, très vite, des défaillances ont été observées. En vérité, il a rapidement été vu le fait que le cadre de l'isolement et la contention était le fruit d'une réflexion inachevée et lacunaire. En effet, le législateur s'est limité, entre 2016 et 2020, à donner une réponse à minima face au vide juridique constaté. Ce dernier a été réticent à abandonner ce qui s'est toujours fait et n'a pas saisi l'importance de son rôle à jouer dans le processus d'encadrement et du respect des patients. Par manque de temps, le législateur n'a pas produit de réflexion réelle et qualitative autour des mesures d'isolement et de contention.

*

Tout d'abord, la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 offrait une perspective intéressante puisqu'il s'agissait de la première disposition à tenter de régir les mesures d'isolement et de contention. Cependant, en dépit de cette bonne volonté, celle-ci s'est avérée trop succincte, notamment au regard de la complexité du sujet. Le cadre apporté était insuffisant. Effectivement, le législateur s'est donné bonne conscience avec la création de cette loi mais il ne s'est pas soucié de savoir si les moyens étaient disponibles pour atteindre les objectifs fixés par lui-même. Par exemple, l'idée de la traçabilité des mesures d'isolement et de contention avec le registre était intéressante. Mais le législateur l'a imposé sans donner d'indication claire sur leur mise en œuvre et par quels moyens il était possible de le faire. Les professionnels de la psychiatrie se sont donc retrouvés avec cette nouvelle obligation sans aucun soutien dans sa mise en œuvre et ont dû se débrouiller dans la gestion de cette dernière.

D'ailleurs, de nombreux soignants et professionnels de santé ont été déçus des dispositions de la loi. Ils espéraient une grande loi de santé mentale qui soit à la hauteur et qui permettrait définitivement d'entériner les doutes et incertitudes. Il est vrai qu'avoir une loi qui répondrait aux recommandations du CGLPL et qui les aurait intégrées en son sein aurait été idéale. Mais cela n'a pas été le cas. Pourtant, il aurait été favorable de le faire car le respect de la dignité et des droits des malades mais également des soignants dans leurs conditions de travail seraient assurés. Néanmoins, le législateur ne semble pas avoir saisi l'étendue des enjeux tant juridiques qu'éthiques. En effet, le vécu des patients sur les mesures est très négatif et il ressort un sentiment de déshumanisation, d'humiliation. Le vécu des soignants l'est tout aussi et s'exerce sur eux dans la violence, avec la peur d'être maltraitant. C'est pourquoi le manque d'humanisation de la loi est regrettable car au final, cela n'a permis aucune avancée. Un vrai débat démocratique et parlementaire aurait été souhaitable. Le traitement juridique de ces

mesures a donné un goût amer à la psychiatrie et l'a laissée, seule, en souffrance. Cette dernière, encore une fois, se retrouve en toute autonomie pour juger du curseur entre la bienfaisance, la protection du patient face à lui-même, le respect des libertés individuelles et la sécurité des soignants. Cette loi n'a pas permis de répondre aux besoins tant des patients dans leur prise en charge qu'aux besoins des soignants dans leurs conditions de travail.

*

Du fait que cette loi n'était pas satisfaisante, le cadre juridique de l'isolement et de la contention a fait l'objet d'un contentieux récurrent et cela a conduit à ce que la législation soit réécrite constamment à partir de 2020. Ainsi, la construction législative du cadre de ces mesures s'est réalisée au compte-goutte, montrant dès lors un véritable manque de réflexion de la part du législateur. En effet, les aléas constitutionnels ont été nombreux. A partir de 2019, la constitutionnalité de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique régissant l'isolement et la contention a été questionnée. En effet, deux arrêts ont été retentissants puisqu'ils ont montré les incohérences de l'encadrement des mesures. Au sein de ces derniers, le juge insistait sur le fait que les mesures d'isolement et de contention ne sont que des modalités de soins qui ne relèvent pas « *de l'office du juge des libertés et de la détention, qui s'attache à la seule procédure de soins psychiatriques sans consentement pour en contrôler la régularité et le bien-fondé*⁵⁶ ». Il était également énoncé « *qu'il n'appartient pas au juge des libertés et de la détention de se prononcer sur la mise en œuvre d'une mesure médicale, distincte de la procédure de soins psychiatriques sans consentement qu'il lui incombe de contrôler* »⁵⁷. En qualifiant l'isolement et la contention de décision médicale et en énonçant qu'il n'appartient pas au JLD de se prononcer sur la mise en œuvre de celle-ci, des dissonances sont apparues puisque ce dernier accepte parfois de contrôler la régularité de ces mesures. Ainsi, cela a créé une situation paradoxale : il y a la reconnaissance du caractère attentatoire aux droits et libertés individuelles des patients produit par l'isolement et la contention, mais le juge se déclare incompétent pour effectuer un contrôle de ces atteintes.

Cette situation a donc mobilisé l'intervention du Conseil Constitutionnel. C'est un acteur indispensable qui tranche et qui n'hésite pas à rappeler le législateur à l'ordre s'il y a besoin. Il est très vigilant dans le respect des libertés individuelles des patients. C'est lui qui juge si cet équilibre est présent ou non dans la loi. Celui-ci a été questionné directement par la Cour de

⁵⁶ Cass, Civ 1^{ère}, 21 novembre 2019, n°19-20.513.

⁵⁷ Cass, Civ 1^{ère}, 7 novembre 2019, n°19-18.262.

Cassation, suite aux deux arrêts mentionnés précédemment, notamment avec une QPC le 5 mars 2020. Au sein de celle-ci, il était question de savoir si les dispositions s'agissant des mesures d'isolement et de contention portaient ou non atteinte à l'article 66 de la Constitution qui énonce que « *nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi* ». La constitutionnalité était remise en cause du fait qu'il n'y avait pas de contrôle juridictionnel systématique de ces mesures dans les établissements de santé et que rien n'avait été prévu dans la loi. Dans sa réponse, en date du 19 juin 2020, le Conseil Constitutionnel censure l'article et indique que ses dispositions sont contraires à la Constitution. En effet, l'isolement et la contention constituent bien des privations de liberté. Il est dès lors essentiel d'avoir l'intervention du juge et cela dans les plus brefs délais possibles. Cela a conduit à l'abrogation de l'article L3222-5-1 et au report de ses effets au 31 décembre 2020.

Face à cette abrogation, les pouvoirs publics ont donc changé les dispositions de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique en les insérant dans l'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021⁵⁸. Celui-ci s'est avéré plus complet puisqu'il a prévu les modalités de recours au JLD et l'obligation d'informer celui-ci de toutes mesures d'isolement et de contention. De plus, pour répondre aux exigences constitutionnelles, des durées maximales pour l'isolement et la contention ont été adoptées. Le problème de cet ajout dans la LFSS était le suivant : cela constituait un cavalier législatif ! En effet, ce type de disposition n'avait pas sa place au sein d'une LFSS car cela n'a aucun lien avec le financement ou le budget de la sécurité sociale. Le législateur n'a pas pris la peine de faire une loi distincte de la LFSS ce qui est dommageable.

Trois QPC ont ainsi émergé du fait de cette instabilité. Elles ont été posées au Conseil le 1^{er} avril 2021. À nouveau, la question a été de savoir si l'article 84 de la LFSS concernant les mesures était conforme à l'article 66 de la constitution. Les dispositions ont été censurées le 4 juin 2021 par le Conseil Constitutionnel. Le Conseil a considéré qu'il était regrettable qu'aucune disposition ne prévoit un recours systématique au juge judiciaire au-delà d'une certaine durée (mesure dépassant les durées maximales prévues notamment). Il a également rappelé que l'insertion de ces dispositions au sein de la LFSS était un cavalier législatif et donc que cela n'était pas conforme.

⁵⁸ L'article 84 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour l'année 2021 (JO du 15 décembre 2020).

Le législateur a adopté un décret le 30 avril 2021. De nouvelles obligations ont été insérées notamment vis-à-vis de l'information de l'état du patient et des mesures au JLD. Cette information s'opère par tous moyens. Cependant, le législateur a omis, encore une fois, de penser aux réalités qui s'exercent sur le terrain. Effectivement, cette obligation d'information est vertueuse puisqu'elle permet de renforcer le droit des patients. Toutefois, les soignants et établissements de santé se retrouvent en difficultés. Cette obligation s'avère être une masse de travail supplémentaire pour eux. Le législateur a tenté d'être souple en utilisant l'expression « *par tous moyens* » mais il est perceptible que les dispositions juridiques liées à l'isolement et la contention sont complexes en pratique. Il y a une articulation qui peut s'avérer périlleuse entre les différents délais à mettre en œuvre, l'intervention d'une multitude d'acteurs et aussi les ambiguïtés textuelles qui ne permettent pas de trouver un apaisement. La réponse du Conseil a démontré que le législateur n'a toujours pas compris les enjeux et que les textes adoptés étaient insuffisants.

*

Une énième fois le législateur s'est retrouvé contraint de modifier sa législation. Au sein de l'article 17 de la loi de 2022 renforçant les outils de la gestion de la crise sanitaire et du décret du 23 mars 2022, celui-ci a tenté de procéder à une laborieuse adoption du dispositif de contrôle des mesures d'isolement et de contention. Ce qui est frappant, c'est que le législateur n'a toujours pas adopté une loi spécifique à la psychiatrie. Celui-ci a inséré ces dispositions dans une loi dédiée à la crise sanitaire de la Covid. Ce choix s'avère plutôt incompréhensible étant donné que la réforme psychiatrique n'a aucun rapport et aucun lien avec la Covid. Cela indique bien que les pouvoirs publics n'ont tiré aucune conséquence des décisions rendues par le Conseil Constitutionnel. Dans la loi de 2022, le législateur a sécurisé les pratiques et a fait évoluer l'article L3222-5-1 du CSP. D'ailleurs, celui-ci est toujours en vigueur et sa version n'a pas évolué. Mais il est fort probable, qu'à l'avenir, ces dispositions soient de nouveau modifiées et que leurs espérances de vie soient écourtées.

Cette loi met en place plusieurs choses : des délais plus stricts s'agissant des mesures et des réponses du juge lors de sa saisine, une information à celui-ci et aux proches du patient, les calculs de la durée des mesures qui sont renforcés... Cependant de nombreuses questions restent en suspens. Le renfort de la rigueur des délais de réponses imposé aux juges est, certes, dans un souci de bienveillance à l'égard du patient car il est terrible d'être enfermé et/ou contention

pendant de longue durée, mais d'un autre côté, cette exigence ne permet pas d'analyser précisément chaque situation présentée. De ce fait, le juge devient un automate qui ne peut prendre un temps qualitatif pour apprécier l'étendue de chaque situation et mesure. Aussi, le renfort de l'information auprès de certains proches est pertinent comme évoqué antérieurement. Néanmoins, si ce dernier n'a pas de proches, cela pose souci. De plus, les délais des mesures et leurs calculs peuvent être très complexes si la mesure ne s'est pas exercée de façon consécutive.

Si la loi est vertueuse, il n'empêche que les dispositions peuvent laisser perplexes. Quand bien même ces dernières sont justifiées, elles peuvent alourdir les tâches qui incombent tant aux médecins, aux directeurs des établissements, qu'aux magistrats, ce qui peut être plutôt décourageant pour ces derniers. Tout un questionnement se pose sur les moyens alloués aux professionnels afin que ces derniers puissent procéder à la fois à l'information tant du JLD que des proches, qu'ils puissent opérer correctement les calculs des délais d'autant plus que ces délais peuvent se combiner, se chevaucher, et aussi de faire les saisines auprès du JLD en respectant le temps imparti. Les nombreuses temporalités imposées conduisent à produire un ensemble plutôt indigeste pour tous. Le rythme effréné de la procédure est difficilement réalisable. En effet, le juge dispose de 24 heures pour se prononcer sur la mesure. En réalité, soit le patient devra prendre son mal en patience et attendre que le juge intervienne sur sa mesure. Soit le juge interviendra après la mainlevée de la mesure. Cela n'est pas pleinement satisfaisant donc car l'effectivité des procédures n'est pas forcément applicable sur le terrain.

La charge de travail a été vivement renforcée pour tous et cela suscite des questionnements sur la pertinence de cela car lorsque l'on augmente la quantité, indubitablement la qualité s'en trouve diminuée. Cette charge est compliquée à assumer également. Cela aboutit donc à avoir un contrôle judiciaire qui se veut imparfait. « *Les praticiens de santé ne peuvent que redouter l'alourdissement du cadre légal concernant l'isolement et la contention car leurs pratiques médicales se retrouvent sclérosées par la technicité des dispositions du code de la santé publique* »⁵⁹. Pour les praticiens, le cadre juridique de l'isolement et de la contention a été d'une qualité très décevante avec de nombreuses répercussions organisationnelles sur leurs pratiques ce qui n'a pas été évident pour eux.

*

⁵⁹ C. HELAINE, « Isolement et contention en soins psychiatriques sans consentement : vers une troisième abrogation ? », Dalloz Actualité, 31 janvier 2023.

De ce fait, il est aisément identifiable que le cadre juridique des mesures d'isolement et de contention est insuffisant et a été très difficile à mettre en place. Les nombreuses QPC ont montré une carence dans les textes adoptés par le législateur. Cela met en exergue le fait que les pouvoirs publics ne légifèrent sur la psychiatrie qu'au forceps⁶⁰ et par la contrainte. Seule l'exigence de traçabilité a été adoptée par l'amendement de Denys Robillard dans le cadre de la loi de modernisation de 2016. Autrement, tout le reste s'est majoritairement fait par les décisions de censure du Conseil Constitutionnel. Il y a donc cette idée d'un régime « d'urgence permanente »⁶¹. L'exécutif ne plie le genou que par les exigences constitutionnelles imposées par le Conseil. Toutefois, il se retrouve parfois dans l'embarras car il doit faire selon la réalité de terrain qui est encore difficilement appréhendable pour lui. Il doit jongler avec le manque de moyens tant de la justice que de la psychiatrie. De plus, il doit faire en sorte de ne pas alourdir la charge supplémentaire de travail pour les professionnels mais doit en même temps s'assurer du respect des besoins et des droits des patients.

Cependant, le fait que les pouvoirs publics n'ont jamais pris le temps d'aboutir à une loi pleinement réfléchie, dessert aujourd'hui la cause de la psychiatrie. Le cadre juridique et la procédure adoptée devant le juge judiciaire sont plutôt labyrinthiques et difficiles à mettre en œuvre. C'est pourquoi, malgré les améliorations qui ont été impulsées récemment, il n'empêche qu'une véritable législation ambitieuse qui englobe l'ensemble des situations dans le domaine de l'isolement et de la contention reste attendue et souhaitable pour un futur plus serein.

Aussi, il aurait été pertinent qu'une loi soit adoptée en concertation avec les médecins et les magistrats. Ces derniers sont les plus à même de donner un avis pertinent et d'expliquer les réalités qui s'exercent. Car actuellement la traçabilité, la temporalité et le contrôle judiciaire de ces mesures sont strictes et ont été renforcées notamment du fait que les atteintes aux droits et libertés sont graves. Cependant, le dispositif mis en place tel quel est beaucoup trop drastique pour une application durable dans le temps. De ce fait, une réflexion menée avec les professionnels de terrain, que ce soit les médecins, les directeurs, les magistrats et agents administratifs, aurait fait émerger une loi efficace et accomplie en psychiatrie. Cela aurait

⁶⁰ C. CORDIER, « Vers une nouvelle injonction à légiférer sur l'isolement-contention pour l'exécutif ? », Hospimedia, mis en ligne le 29 mars 2023, consulté le 23 avril 2023.

⁶¹ Id.

facilité la façon de faire pour les professionnels tout en assurant une protection effective des personnes soignées.

Le contentieux s'agissant du cadre juridique de ce type de mesure ne s'est pas apaisé pour autant puisqu'une nouvelle QPC est apparue le 26 janvier 2023⁶². Cela démontre bien que ce cadre adopté au compte-goutte regorge de questionnements du fait que celui-ci n'est pas complet et est lacunaire. Un risque d'inconstitutionnalité s'est fait ressentir et il y a eu la crainte qu'une abrogation soit de nouveau exigée. Beaucoup se sont demandés si le gouvernement allait être contraint, une troisième fois, par le Conseil Constitutionnel à légiférer sur l'encadrement de l'isolement et de la contention. Cette QPC a suscité beaucoup d'agitation et d'inquiétude. Effectivement, les professionnels de santé ont craint un alourdissement et une complexification du processus à nouveau.

Cette QPC concernait une interrogation s'agissant de l'absence d'information systématique du patient des voies de recours ouvertes dès le début de la mesure et aussi sur l'absence de l'intervention systématique d'un avocat aux côtés de l'intéressé qui est placé en isolement et contention lors du contrôle de la mesure. Ainsi, il était clairement question des droits de la défense et des libertés individuelles des patients issus de ce type de mesure. Là encore, il n'est plus à douter que ces QPC soulignent les insuffisances textuelles notamment celles de la loi de 2022. En effet, les deux arrêts de janvier 2023 évoquent le silence des textes sur les points critiqués. Le CSP n'évoque rien concernant l'information du patient de la possibilité qui lui est offerte de faire une demande de mainlevée de la mesure mais aussi de son droit à être assisté par un avocat dès le début de la mesure d'isolement ou de contention. Ce silence est présent aussi pour la représentation systématique d'un avocat.

Dans sa décision du 31 mars 2023⁶³, le Conseil constitutionnel a considéré qu'il n'y avait pas, au sein des textes, la méconnaissance du droit à un recours juridictionnel effectif. Plusieurs raisons sont invoquées par ce dernier : le patient ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt peuvent saisir à tout moment le JLD d'une demande de main levée, le JLD est informé du renouvellement des mesures lorsque celles-ci dépassent les seuils de durée maximale et que de ce fait une saisine obligatoire est effectuée par le directeur d'établissement, une action en responsabilité par un patient qui a été isolé ou contentonné est possible. Tous ces éléments font

⁶² Cass, Civ 1ère, 26 janvier 2023, n°22-40.019 et Cass, Civ 1ère, 26 janvier 2023, n°22-40.021.

⁶³ Cons. const, 31 mars 2023, n° 2023-1040/1041 QPC.

donc que pour lui, il n'y a pas de méconnaissance au droit à un recours juridictionnel effectif. S'agissant de la méconnaissance des droits de la défense, le Conseil vient également rejeter les griefs invoqués dans les QPC. Il considère que les mesures d'isolement et de contention ne relèvent pas d'une procédure de recherche d'auteurs d'infraction et n'ont pas non plus le caractère de punition. Ainsi, l'absence de notification du patient de son droit d'être assisté d'un avocat dès le début de la mesure ne change que peu de choses, car la mesure vise surtout à le protéger de lui-même ou de protéger autrui d'un dommage imminent. Aussi, le conseil énonce que la représentation ou l'assistance d'un avocat est prévue par l'article L3211-12-2 du CSP et que les QPC ne le saisissent en aucun cas sur cet article. Cela n'est pas véritablement satisfaisant comme réponse car cela pose questions sur la défense des droits fondamentaux. Cependant, la réponse du Conseil a le mérite de ne pas alourdir la procédure ou de la changer, sachant qu'elle a déjà été modifiée trois fois en l'espace de trois ans. Il ne reste plus qu'à voir pendant combien de temps ce répit législatif va durer puisque les dispositions liées aux mesures d'isolement et de contention restent insatisfaisantes dans le fond.

Conclusion

En conclusion, les mesures d'isolement et de contention restent des pratiques complexes. Si leur objectif est principalement de prévenir les risques de violence et de danger pour les personnes atteintes de troubles mentaux, leur mise en œuvre suscite toujours un problème récurrent s'agissant des droits et des libertés des patients. Le régime juridique a tenté de canaliser ces difficultés afin de trouver un équilibre entre le respect du droit des patients et la nécessité de préserver leur santé. De ce fait, le législateur a progressivement apporté des garanties dans l'unique but de sécuriser et organiser l'isolement et la contention. Pourtant, cela a été très difficile à mettre en place sur le terrain et l'absence d'une véritable réflexion sur le sujet s'est fait ressentir. Le Conseil constitutionnel a dû intervenir à plusieurs reprises pour rediriger la situation dans la bonne direction. La multitude de changements opérés n'a pas permis d'endiguer l'ensemble des problèmes observés vis-à-vis de ces pratiques, quand bien-même une sévérité accrue a été opérée. Ainsi, actuellement, il est acceptable d'affirmer que le régime juridique des mesures d'isolement et de contention, tel qu'il a été construit en France, n'est pas pleinement satisfaisant. Ce cadre juridique doit être perfectionné car il ne peut pas être appréhendé de façon sereine. Les professionnels de santé ainsi que les magistrats redoutent constamment des changements et essaient de suivre la cadence afin de s'adapter à ce qui leur est demandé. En somme, la procédure de ces pratiques reste très lourde pour tous. Il est donc essentiel de continuer à réfléchir au sens que l'on donne à ces mesures ainsi qu'à leur mise en œuvre. Il s'avère pertinent de mettre en place des dispositifs d'accompagnement et de suivi adaptés pour répondre au mieux aux besoins des personnes concernées. Des alternatives doivent être absolument recherchées à l'isolement et la contention. Au sein du processus de réforme de la psychiatrie, il serait intéressant également de se poser la question de l'essence même de l'isolement et la contention. En effet, ces dernières résultent d'un ancrage ancien de la psychiatrie. Elles sont donc mobilisées par habitude. Il serait donc opportun de replacer le patient au cœur de ces pratiques car ce dernier est bien trop oublié derrière tous les enjeux juridiques.

Bibliographie

OUVRAGES SPECIAUX

- A. DARMSTADER-DELMAS, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Lexis Nexis, 2017, 300 p.
- A. HAZAN, S. HATRY, *Psychiatrie : l'hospitalisation contrainte*, Dalloz, 2018, 136p.
- E. CANUT, *La mise en chambre d'isolement, un soin difficilement conciliable avec la protection de certains droits et des libertés fondamentales*, in A. LAUDE (dir.), *Consentement et santé*, Ed. Dalloz, Coll. Thèmes & commentaires, Paris, 2014, p. 271-285.
- M. DUPONT, A. LAGUERRE, et A. VOLPE, *Soins sans consentement en psychiatrie, Comprendre pour bien traiter*, Presses de l'EHESP, 2015, 416 p.

THESES ET MEMOIRES

- A. ANTICO ANDROUTSOS, L. DUBOIS – HARBARDE, *Protocoles d'isolement et contention : la France parmi l'Europe*, Université de Franche-Comté, Médecine humaine et pathologie, 2023, 152p.
- C. BEKHDADI, *Les pratiques de la mise en isolement et sous contention en psychiatrie : étude descriptive au regard de la nouvelle réglementation*, Université de Grenoble, Médecine humaine et pathologie, 2017, 49p.
- C. HAZIF-THOMAS, *La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques*, Université de Rennes, Droit, 2016, 695p.
- V. DOUMENG, *Les droits fondamentaux des personnes vulnérables*, Université des Antilles, Droit, 2022, p. 31 – 68.

NORMES JURIDIQUES

LOIS

- Loi n° 7443 sur les aliénés du 30 juin 1838, dite aussi loi Esquirol.
- Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, J.O. 30 juin. 1990.
- Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, J.O. 6 juill.
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 72, J.O. 27 janvier.2016
- Loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour l'année 2021, article 84. J.O. 15 déc. 2020.
- Loi n°2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de la gestion de la crise sanitaire, article 17, J.O. 23 janvier. 2022.

DECRETS

- Décret n° 2021-537 du 30 avril 2021 relatif à la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, J.O. 2 mai. 2021.
- Décret n°2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, J.O. 25 mars. 2022.
- Décret n°2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie, J.O. 29 septembre. 2022.
- Décret n°2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie, J.O. 29 septembre. 2022.

INSTRUCTIONS ET CIRCULAIRES

- Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.
- 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.
- Instruction n°DGOS/R4/2021/189 du 29 avril 2021 relative à l'accompagnement des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la mise en œuvre du nouveau cadre relatif aux mesures d'isolement et de contention.
- Instruction n°DGOS/R4/2022/257 du 2 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de psychiatrie.
- Instruction n°DGOS/R4/2022/85 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.
- Instruction n°GDOS/R4/2023/21 du 27 février 2023 relative aux compartiments régionaux du modèle de financement de la psychiatrie.

JURISPRUDENCE

- Cass Civ 1^{ère}, 7 novembre 2019, n°19-18.262
- Cass, Civ 1^{ère}, 21 novembre 2019, n°19-20.513
- Cass, Civ 1^{ère}, 26 janvier 2023, n°22-40.019
- Cass, Civ 1^{ère}, 26 janvier 2023, n°22-40.021
- CEDH, 24 septembre 1992, n°10533/83, Herczegfalvy c/ Autrice
- CEDH, 18 novembre 2010, n°35935/03, Baudouin c/ France
- CEDH, 18 octobre 2012, n°37679/08, Bures c/ République Tchèque
- CEDH, 19 mai 2015, n°75450/12, M.S c/ Croatie
- CEDH, 15 septembre 2020, n°45439/18, Aggerholm c/ Danemark
- Cons. const., 19 juin 2020, n° 2020-844 QPC
- Cons. const, 4 juin 2021, n° 2021-912/913/914 QPC
- Cons. const, 31 mars 2023, n° 2023-1040/1041 QPC

REVUES

- PONSEILLE, « Petit à petit, le juge fait son nid : la protection de la liberté individuelle par le Conseil constitutionnel des patients soumis à l'isolement et la contention », *Revue Droit & Santé*, n°104, novembre 2021, p. 935 – 939.
- B. RAMDJEE, « L'inconstitutionnalité de la loi encadrant l'isolement et la contention en psychiatrie : le législateur invité à revoir sa copie », *RGDM*, n°78, mars 2021, p. 35 – 57.
- C. GANDRE, J-B HAZO, « Covid-19 : une pandémie de troubles psychiques ? ». *Actualité et dossier en santé publique*, vol 116, n°4, 2021, p. 44 – 47.
- C. HASIF-THOMAS, E. PECHILLON, « La recherche de liberté dans le soin psychiatrique : de l'équipotentialité des soins aux programmes de soins », *L'information juridique*, 2018/1, vol.94, 2018, pp.19-25.
- C. HASIF-THOMAS, P. PELLE, « Tous les arbitraires ne sont pas permis en matière d'isolement et de contention dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement », *RGDM*, n°78, mars 2021, p.19 – 35.
- C. HASIF-THOMAS, « Les soins psychiatriques contraints, objet du dialogue de l'éthique et du droit », *RGDM*, n°85, décembre 2022, p.105- 122.
- C. HELAINE, « Isolement et contention en hospitalisation sous contrainte : publication du décret d'application », *Dalloz Actualité*, 11 mai 2021.
- C. HELAINE, « Des conséquences de l'irrégularité de l'isolement et de la contention », *Dalloz Actualité*, 19 juillet 2021.
- C. HELAINE, « Isolement et contention en hospitalisation sous contrainte : publication du décret d'application (bis repetita) », *Dalloz Actualité*, 29 mars 2022.
- C. HELAINE, « De la portée du contrôle des soins psychiatriques sans consentement », *Dalloz Actualité*, 15 novembre 2022.

- C. HELAINE, « Isolement et contention en soins psychiatriques sans consentement : vers une troisième abrogation ? », *Dalloz Actualité*, 31 janvier 2023.
- C. HELAINE, « Pas de troisième abrogation pour les textes sur l'isolement et la contention...pour le moment ! », *Dalloz Actualité*, 6 avril 2023.
- C. PAGES. « Hegel et les maladies de l'âme. La conception hégélienne de la folie relue par Derrida, Foucault et Lacan », *L'en-je lacanien*, vol. 20, no. 1, 2013, pp. 113-139.
- E. MAUPIN, « Isolement et contention : nouvelle censure du code de la santé publique – Conseil constitutionnel 4 juin 2021 », *AJDA*, n°21, 14 juin 2021, p.1176.
- E. PECHILLON , « Réforme de l'isolement et de la contention, un compromis bancal... », *Santé mentale*, décembre 2020, 1 p.
- E. PECHILLON, « Une nouvelle loi pour l'isolement et la contention ? », *Santé mentale*, n°250, sept. 2020, p.11.
- E. PECHILLON, M. DAVID, « Décision ou prescription du psychiatre : quelles différences juridiques ? », *L'information psychiatrique*, 2017/4, vol.93, pp.349-350.
- E. PECHILLON, M. DAVID, « Du consentement et du programme de soin », *L'information psychiatrique*, 2018/2, vol.04, pp.143-145.
- E. PECHILLON, S. RENARD, « D'une loi mal pensée ne pouvait naître qu'un droit f(1)ou », *RGDM*, n°85, décembre 2022, p.15 – 29.
- F. VIALLA, « Silence, on enferme », *Revue Droit & Santé*, n°80, novembre 2017, p.917.
- G. RAOUL-CORMEIL, L. MAUGER – VIELPEAU, « Isolement, contention et soins psychiatriques. Point d'étape entre deux réécritures (CSP, art.L.3222-5-1) », *Annales Médico-psychologiques*, Vol 179, octobre 2021, p. 713-721.
- G. RAOUL-CORMEIL, « La législation labyrinthique régissant l'isolement et la contention du patient (CSP, art L.3222-5-1), *RGDM*, n°85, décembre 2022, p. 55 – 70.

- I. DE BURES, « A propos de la loi sur les aliénés du 30 juin 1838 », *Histoire des sciences médicales*, Tome XL, n°3, 2006, p. 301 – 304.
- I. MARIA, « Soins psychiatriques – Juge et médecin en matière de soins sans consentement : chacun son rôle ! », *Droit de la famille*, n°4, avril 2023, commentaire 61.
- J-P. VAUTHIER, « Inconstitutionnalité des régimes de placement à l’isolement et sous contention », *Revue Droit & Santé*, n°98, novembre 2020, p. 1160 – 1162.
- J-P. VAUTHIER, « Plus de contention ni d’isolement sans contrôle du juge judiciaire », *Médecine & Droit*, vol 2021, février 2021, p. 11 – 16.
- K. SFERLAZZO-BOUBLI, « Isolement et contention médicale, la Cour de cassation se prononce », *Recueil Dalloz*, n°02, 23 janvier 2020, p.139.
- K. SFERLAZZO-BOUBLI, « Communicabilité du registre des pratiques d’isolement et de contention », *Revue Droit & Santé*, n°102, juillet 2021, p. 650 – 652.
- K. SFERLAZZO-BOUBLI, « Isolement et contention en psychiatrie : la persistance d’une inconstitutionnalité », *Recueil Dalloz*, n°24, 8 juillet 2021, p.1324.
- K. SFERLAZZO-BOUBLI, « Un avis utile sur l’isolement et la contention en psychiatrie », *Revue Droit & Santé*, n°104, novembre 2021, p. 942 – 943.
- K. SFERLAZZO-BOUBLI, « Le registre des pratiques d’isolement et de contention est communicable », *Revue Droit & Santé*, n°106, mars 2022, p. 231 – 233.
- K. SFERLAZZO-BOUBLI, « Précisions sur le cadre juridique des mesures d’isolement et de contention », *Revue Droit & Santé*, n°108, juillet 2022, p. 508 – 512.
- L. BODET, V. TELLIER-CAYROL, « Mesures d’isolement et de contention : le diagnostic critiquable du Conseil constitutionnel », *Recueil Dalloz*, n°15, 20 avril 2023, p.762.
- L. MAUGER-VIELPEAU, « Contrôle judiciaire de l’isolement et de la contention : mission impossible ? », *Droit de la famille*, n°2, février 2022, commentaire 21.

- M. COLDEFY, D. LAPALUS, « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 », *Questions d'économie de la santé, IRDES*, n°222, février 2017, 8p.
- M. COLDEFY, C. GANDRE, « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre », *Questions d'économie de la santé, IRDES*, n°269, juin 2022, 8p.
- M. DAVID, « Peur sur la psychiatrie : contention et contraintes collectives », *Pratiques en santé mentale*, vol. 60, n°4, 2014, p. 31-34.
- M. LAHARIE, « Comprendre et soigner la maladie mentale au Moyen Age (XIe-XIIIe siècles) », *Histoire des sciences médicales*, 1993, n°2, p. 137 – 142.
- P. MESNARD, M. GRIMBERT, « Réception ou adaptation de la législation sur les soins psychiatriques contraints. Analyse de juge des libertés et de la détention », *RGDM*, n°85, décembre 2022, p.93 – 104.
- P. VERON, « Réforme de l'isolement-contention en psychiatrie : le cavalier législatif censuré », *La semaine juridique*, n°01, 10 janvier 2022.
- S. GUIGUE, « La censure par le Conseil constitutionnel du nouveau dispositif de contrôle judiciaire des mesures d'isolement et contention », *Revue Droit & Santé*, n°102, juillet 2021, p.662-663.
- S. GUIGUE, « Le nouveau dispositif encadrant les mesures d'isolement et de contention », *Revue Droit & Santé*, n°101, novembre 2021, p. 497 – 500.
- S. GUIGUE, « L'accès au registre des mesures d'isolement et de contention par la CCDH suspendu », *Revue Droit & Santé*, n°104, novembre 2021, p.939 – 941.
- S. GUIGUE, « L'épilogue de l'adoption du dispositif de contrôle judiciaire des mesures d'isolement et de contention », *Revue Droit & Santé*, n°106, mars 2022, p.235 – 238.

- S. MARSELLA, G. EDY, « Réception ou rejet de la législation sur les soins psychiatriques contraints. Analyse de psychiatres », *RGDM*, n°85, décembre 2022, p.83 – 92.
- S. PAPILLON, « Isolement et contention : le rôle du juge des libertés et de la détention depuis la loi du 22 janvier 2022 », *RDSS*, n°4, 26 août 2022, p.693.
- S. VALLAR, « Folie et droit romain – Quelques observations », *Folie et justice de l'antiquité à l'époque contemporaine*, mis en ligne le 05 février 2016, consulté le 20 août 2023 : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3146>.
- R. BOUVET, M. ABONDO, M. LE GUEUT, « Isolement et contention en psychiatrie : quels fondements juridiques ? », *Revue Droit & Santé*, n°62, novembre 2014, p.1626 – 1631.
- V. MIJUSKOVIC, « Les mesures d'isolement et de contention dans les établissements de santé mentale dans le viseur du Contrôle générale des lieux de privation de liberté », *Revue Droit & Santé*, n°80, novembre 2017, p.915 – 917.

AVIS/RAPPORTS/RECOMMANDATIONS

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, *L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*, juin 1998, 97 p.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, 2000, 42 p.
- Comité pour la santé des exilés, *Prévention – Soins – Accompagnement des personnes étrangères vulnérables*, édition 2023, 120 p.
- Conseil de l'Europe, 16ème Rapport général d'activités du CPT, CPT, 16 octobre 2006, p. 14 – 17.
- Contrôleur Général des Lieux Privatifs de Liberté, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Dalloz, mai 2016, 136p.
- Contrôle Général des Lieux Privatif de Liberté, *Soins sans consentement et droits fondamentaux*, Dalloz, juin 2020, 179p.
- Contrôle Général des Lieux Privatif de Liberté, *L'intimité au risque de la privation de liberté*, Dalloz, juillet 2022, 222p.
- Contrôle Général des Lieux Privatif de Liberté, *Rapport de visite du Centre de santé mentale Jean-Baptiste Pussin à Lens*, 2022, 85p.
- D. ROBILLIARD, « Rapport d'information n°1662 en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie », p. 36.
- Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'Homme, rapport « Santé mentale et droits de l'Homme, 31 janvier 2017, p.12.
- Haute Autorité de Santé, *Recommandation de bonne pratique : Isolement et contention en psychiatrie générale*, février 2017, p.156 .

- O. VERAN et al., Députés, Commission des affaires sociales, A.N, Rapport n°2673, 20 mars 2015, p. 354 – 374.
- Organisation mondiale de la Santé, Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale, février 2005.

ARTICLE DE PRESSE

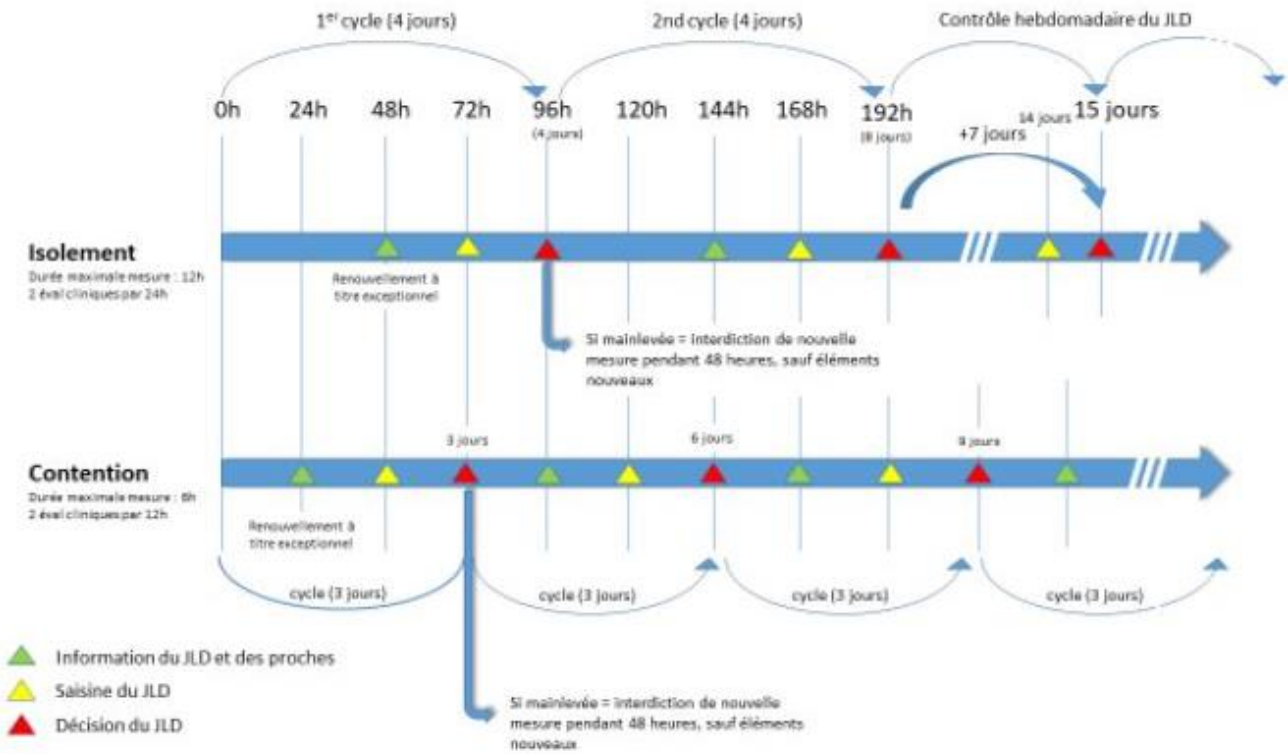
- C .CORDIER, « Des chercheurs se penchent sur les hôpitaux français zéro contention en psychiatrie », *Hospimedia*, 21 janvier 2023.
- C. CORDIER, « Frank Bellivier évoque des pistes pour préparer l'avenir face à la crise d'attractivité », *Hospimedia*, 23 janvier 2023, consulté le 3 mars 2023. <https://www.hospimedia.fr/actualite/interviews/20210201-frank-bellivier-delegue-ministeriel-il-a-fallu-trouver>
- C. CORDIER, « Les sages vont examiner l'information du patient sur ses droits en isolement-contention », *Hospimedia*, 27 janvier 2023, consulté le 5 février 2023.
- C. CORDIER, «Interview de Michel Lejoyeux, président de la Commission nationale de la psychiatrie », *Hospimedia*, mis en ligne le 30 janvier 2023, consulté le 14 mars 2023.
- C. CORDIER, « Vers une nouvelle injonction à légiférer sur l'isolement-contention pour l'exécutif ? », *Hospimedia*, mis en ligne le 29 mars 2023, consulté le 23 avril 2023.

WEBOGRAPHIE

- <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- <https://www.santementale.fr/>
- <https://www.who.int/fr>
- <https://dictionnaire.lerobert.com/>

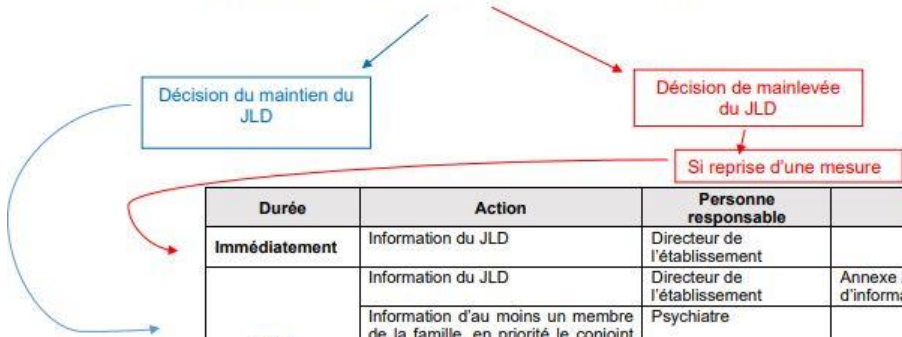
Annexes

Frises illustratives et tableaux récapitulatifs du dispositif de contrôle des mesures d'isolement et de contention provenant de la loi



MESURE D'ISOLEMENT

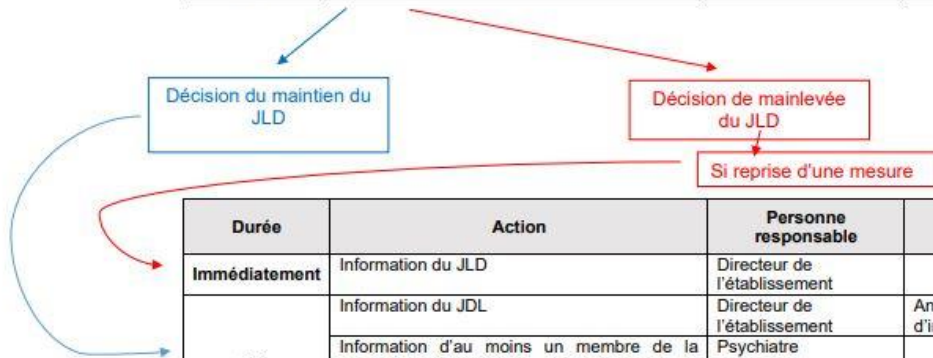
Durée	Action	Personne responsable	Ressource
0h	Décision d'isolement	Psychiatre	
48h	Information du JDL	Directeur de l'établissement	Annexe 2. Formulaire d'information du JDL
	Information d'au moins un membre de la famille, en priorité le conjoint du patient, le partenaire lié à lui par un PACS ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient	Psychiatre	
72h	Saisine du JLD + information du patient de la saisine	Directeur de l'établissement	Annexe 3. Formulaire de saisine Annexe 4. Pièces envoyer au JLD
96h au plus tard	Décision du JLD	JLD	



Durée	Action	Personne responsable	Ressource
Immédiatement	Information du JLD	Directeur de l'établissement	
144h	Information du JLD	Directeur de l'établissement	Annexe 2. Formulaire d'information du JDL
	Information d'au moins un membre de la famille, en priorité le conjoint du patient, le partenaire lié à lui par un PACS ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient	Psychiatre	
168h	Saisine du JLD	Directeur de l'établissement	Annexe 3. Formulaire de saisine Annexe 4. Pièces envoyer au JLD
192h au plus tard	Décision du JLD		
<i>Si décision de maintien du JDL</i>			
+6 jours soit 14 jours	Saisine du JLD	Directeur de l'établissement	Annexe 3. Formulaire de saisine Annexe 4. Pièces envoyer au JLD
	Information d'au moins un membre de la famille, en priorité le conjoint du patient, le partenaire lié à lui par un PACS ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient	Psychiatre	
+ 7 jours soit 15 jours	Décision du JLD	JLD	
<i>Si décision de maintien du JDL</i>			
+ 6 jours soit 21 jours	Saisine du JLD + info du patient de la saisine	Directeur de l'établissement	Annexe 3. Formulaire de saisine Annexe 4. Pièces envoyer au JLD
	Information d'au moins un membre de la famille, en priorité le conjoint du patient, le partenaire lié à lui par un PACS ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient	Psychiatre	
+ 7 jours soit 22 jours	Décision du JLD	JLD	
<i>Si décision de maintien du JLD : répétition du cycle jusqu'à la fin de la mesure</i>			

MESURE DE CONTENTION

Durée	Action	Personne responsable	Ressource
0h	Décision de contention	Psychiatre	
24h	Information du JDL	Directeur de l'établissement	Annexe 2. Formulaire d'information du JDL
	Information d'au moins un membre de la famille, en priorité le conjoint du patient, le partenaire lié à lui par un PACS ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient	Psychiatre	
48h	Saisine du JLD + information du patient de la saisine	Directeur de l'établissement	Annexe 3. Formulaire de saisine Annexe 4. Pièces envoyer au JLD
72h au plus tard	Décision du JLD	JLD	



Durée	Action	Personne responsable	Ressource
Immédiatement	Information du JLD	Directeur de l'établissement	
96h	Information du JDL	Directeur de l'établissement	Annexe 2. Formulaire d'information du JDL
	Information d'au moins un membre de la famille, en priorité le conjoint du patient, le partenaire lié à lui par un PACS ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient	Psychiatre	
120h	Saisine du JLD + information du patient de la saisine	Directeur de l'établissement	Annexe 3. Formulaire de saisine Annexe 4. Pièces envoyer au JLD
144h au plus tard	Décision du JLD	JLD	

Si décision de maintien du JLD : répétition du cycle jusqu'à la fin de la mesure