



© Christine Vanhaverbeke.

# L'isolement entre soin et sanction

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), qui a visité depuis 2008 la moitié des établissements de psychiatrie, dénonce de nombreux dysfonctionnements en matière d'isolement et de contention et formule des propositions concrètes pour faire évoluer les pratiques.

À l'occasion de la visite d'un établissement de santé mentale au début de l'année 2016, une équipe du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) relevait des conditions de prise en charge portant atteinte aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées à un niveau jamais observé depuis la création de l'institution en 2008 : les unités étaient intégralement fermées, les faits et gestes des patients surveillés avec une rigueur exceptionnelle, la liberté d'aller et venir extrêmement restreinte, et les relations avec l'extérieur très réduites.

Mais surtout, les contrôleurs constataient que le recours à l'isolement et à la contention y était pratiqué de manière tout à fait exceptionnelle : 46 chambres d'isolement étaient répertoriées pour un établissement d'environ 400 lits, plus de 30 chambres d'isolement étaient occupées en permanence, le recours à la contention était généralisé, le placement à l'isolement pouvait fréquemment durer 20 heures par jour, et ce pendant plusieurs mois, voire des années, et les personnes détenues étaient systématiquement placées à l'isolement.

Face à l'importance des atteintes aux droits fondamentaux relevées, le CGLPL décidait de mettre en œuvre la procédure d'urgence prévue à l'article 9 de la loi du 30 octobre 2007 (1) et de saisir la ministre des Affaires sociales et de la Santé, sans attendre la rédaction du rapport de visite.

Consciente de la gravité de la situation, qui avait manifestement échappé aux différentes instances de contrôle successives, la ministre s'engageait à faire cesser immédiatement un certain nombre de pratiques, notamment celle de l'enfermement des patients en chambre ordinaire, ou celle du placement systématique des patients détenus à l'isolement et en contention. Elle enjoignait également à l'établissement de permettre aux patients en hospitalisation libre d'accéder aux cours intérieures, ce qui leur était interdit jusqu'alors. Elle lui donnait enfin un délai de 6 mois pour se mettre totalement en conformité avec l'ensemble des recommandations du CGLPL.

Si une telle situation reste, heureusement, exceptionnelle quant à sa gravité, le constat de dysfonctionnements importants en ce domaine demeure beaucoup trop fréquent.

Si l'hôpital psychiatrique, à la différence des établissements pénitentiaires, n'est pas par définition un lieu de privation de liberté, les procédures d'hospitalisations sans consentement, qui représentent environ 20 % des hospitalisations en psychiatrie (2), restreignent par définition la

liberté d'aller et venir des patients. Et les pratiques d'isolement et de contention, quant à elles, constituent une privation de liberté dans la privation de liberté qu'est déjà l'hospitalisation sous contrainte.

C'est pour cette raison que le CGLPL s'est toujours montré très préoccupé par cette question et qu'il a fait de la psychiatrie une de ses priorités depuis 2014. Fort des visites effectuées dans plus de 120 établissements de santé mentale (soit près de 50 % des établissements recensés), il répète dans tous ses rapports annuels que si les mesures d'isolement et de contention sont parfois nécessaires, elles constituent des pratiques très attentatoires aux libertés et ne doivent être utilisées qu'en dernier recours. Le CGLPL dénonce l'absence totale de traçabilité de ces mesures, il s'interroge sur les motifs qui les entraînent et constate parfois que la limite est floue entre le soin et la sanction.

## UNE AUGMENTATION CONSTANTE

Au cours des vingt ou trente dernières années, une augmentation permanente de ces pratiques a été malheureusement constatée. Mais, lorsque l'on interroge sur la cause de ce phénomène, aucune explication ne s'avère convaincante : selon les interlocuteurs, il peut s'agir tout à la fois de la réduction des effectifs, de l'évolution de la formation des professionnels (notamment *via* la suppression de la spécialisation d'infirmier psychiatrique), ou encore du nombre insuffisant de médecins

---

### Adeline HAZAN

Contrôleure générale des lieux de privation de liberté.

dans les unités de soins. Parfois, c'est l'absence de réflexion d'ensemble sur la liberté de circulation des patients qui est regrettée. En réalité, ne s'agit-il pas aussi des conséquences d'un climat sécuritaire, qui a conduit au développement de toutes les formes d'enfermement et qui privilégie désormais la représentation du malade mental comme une personne dangereuse plutôt que souffrante? En tout cas, nous sommes loin des courants réformateurs des années 1970, du développement de la psychothérapie institutionnelle et de l'instauration du secteur...

Si les motifs de l'augmentation, à la fois des hospitalisations sous contrainte et des mesures d'isolement et de contention, restent obscurs, la connaissance statistique de ce phénomène fait elle aussi défaut : il est aujourd'hui impossible de connaître le nombre de placements à l'isolement et/ou en contention, leur fréquence et leur modalités d'application (voir aussi l'article de M. Coldefy, p. 46). Cette difficulté statistique est renforcée par la pratique du placement en services fermés de patients admis avec leur consentement, comme le dénonçait déjà le CGLPL dans son rapport d'activité de 2012 : « *La forte progression des unités fermées, y compris, on doit le répéter ici, celles qui n'hébergent que des personnes en hospitalisation libre, est une source de préoccupation majeure* ».

L'absence de données fiables et de toute forme de traçabilité, l'hétérogénéité des pratiques d'une région à l'autre, d'un établissement, voire d'un service à l'autre, ne sont pas admissibles.

### LES TEXTES EN VIGUEUR

La loi du 5 juillet 2011 a profondément modifié les conditions de prises en charge des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, conditions jusque là définies par la loi du 27 juin 1990 (3) (voir aussi l'article d'É. Péchillon, p. 36). Elle a remplacé l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et l'hospitalisation d'office (HO) par l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) et l'admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État (ASPDTRE). Outre la substitution de la notion d'« *hospitalisation* » par celle de « *soins* », cette loi a permis une avancée importante en instituant un contrôle systématique du Juge des libertés et de la détention (JLD) sur la légalité des placements sous

contrainte, avant l'expiration d'un délai de 15 jours puis tous les 6 mois, ainsi qu'à tout moment sur demande du patient. Elle a par ailleurs renforcé les droits des patients concernant l'information sur leurs droits et les voies de recours.

Malheureusement cette loi, tout comme celle du 27 septembre 2013 qui l'a suivie (4) et a notamment réduit le délai de comparution devant le JLD de 15 à 12 jours, est restée totalement muette sur les modalités de contrainte (isolement et/ou contention) potentiellement pratiquées dans le cadre de ces hospitalisations.

Ainsi, jusqu'à la promulgation de la loi du 26 janvier 2016 (5), les textes régissant les procédures de contention et d'isolement en France restaient extrêmement flous : la seule limite posée l'était par voie réglementaire et indiquait de façon générale que « *les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental et à la mise en œuvre du traitement requis* » ; ou encore qu'« *un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur* » (6). Ces limites étaient totalement insuffisantes au regard de la restriction des droits fondamentaux qu'entraînent ces pratiques. Force est de constater que jusqu'au vote de cette loi, et contrairement à de très nombreux pays européens, il était possible en France d'isoler et de contenir physiquement un patient sans contrôle, ni *a priori* ni *a posteriori*.

### LES CONSTATS DU CONTRÔLEUR

– Au cours de ses visites, le CGLPL observe régulièrement que les pratiques de mise à l'isolement sont très fréquentes et qu'elles ne paraissent pas toujours guidées par l'état clinique du patient. Lorsque les contrôleurs posent la question des motifs de telle ou telle mesure, « *l'intérêt thérapeutique du patient* » est inévitablement avancé, alors qu'aucune étude scientifique n'a jamais démontré l'intérêt thérapeutique des pratiques d'isolement et/ou de contention. Il arrive même que l'isolement soit utilisé à des fins disciplinaires, certains services allant jusqu'à établir un barème en jours d'isolement en fonction de la transgression des règles.

– Les modalités de gestion de la période d'isolement sont, quant à elles, extrêmement variables d'un endroit à l'autre : dans certaines unités il existe un protocole (sur



© Christine Vanhaverbeke.



l'accès au tabac, à la lecture, à la cour...) qui s'applique à tous les patients sans aucune individualisation des mesures. Cette pratique est incompatible avec une approche respectueuse des droits, et avec la nécessaire proportionnalité des mesures de restriction de liberté. Leur différence d'application d'un service à l'autre conduit par ailleurs à une inégalité des patients dans l'accès aux soins.

– Nous constatons en outre dans la presque totalité des établissements le placement systématique des personnes détenues en chambre d'isolement pendant tout le séjour, et ce même lorsque la personne détenue n'est nullement signalée comme dangereuse ; cela n'est pas acceptable.

– Les prescriptions sont quasiment toujours anticipées (« *prescription si besoin* »), et pas toujours confirmées dans des délais brefs par une nouvelle prescription à la suite d'un examen médical du patient concerné.

– Quant au droit à la sécurité du patient, il n'est pas suffisamment respecté : les chambres d'isolement étant souvent dépourvues de sonnette d'appel, les patients enfermés ne disposent pas d'autre moyen d'alerter les soignants que de taper à la porte ou de crier.

– Le CGLPL observe également des manquements graves au respect du droit à l'intimité et à la dignité. Il a pu constater en effet le développement de la vidéo surveillance des chambres d'isolement, le champ de vision de la caméra couvrant souvent la totalité de la chambre, le lit mais aussi les toilettes, supprimant toute intimité. Ces modes de surveillance sont attentatoires à la dignité des patients, et ne sauraient en tout état de cause remplacer une présence régulière et fréquente auprès des patients placés en chambre d'isolement.

– Les restrictions du droit au maintien des liens familiaux sont également exorbitantes : dans la plupart des cas, le placement sous contrainte physique est assorti d'une interdiction de visite. De plus, il arrive que certains patients reçoivent de la visite dans une chambre non seulement vidéo-surveillée mais également sonorisée, ce qui ajoute une atteinte à la confidentialité des conversations.

– Il en va de même du droit au respect de la dignité : le port du pyjama est très fréquemment imposé aux personnes hospitalisées et toujours aux personnes isolées, sans réelle justification médicale.

### Le CGLPL, pour le respect des droits fondamentaux

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

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

– Il lui revient également de veiller à un juste équilibre entre le respect de l'humanité et de la dignité des personnes et les considérations d'ordre public et de sécurité, notamment en matière de droit à la vie privée et familiale, au travail et à la formation, ainsi qu'à la liberté d'expression, de conscience et de pensée.

– De même, il examine les conditions de travail des personnels et des intervenants, qui peuvent avoir des conséquences directes sur le traitement des personnes privées de liberté.

– Le CGLPL peut formuler des recommandations aux autorités publiques mais il ne dispose pas d'un pouvoir d'injonction à leur égard.

À l'issue de chaque visite de contrôle, un rapport est rédigé, apportant une appréciation sur l'état et le fonctionnement de la structure, ainsi que sur les conditions de vie des personnes privées de liberté. Ce rapport, assorti de recommandations, est adressé aux ministères concernés (justice, santé et intérieur principalement) qui ont l'obligation d'y répondre. Le CGLPL peut en outre décider de publier au Journal Officiel des recommandations d'ordre général s'appliquant à un ensemble d'établissements et des avis présentant la synthèse thématique d'observations réalisées aux cours des visites sur un sujet donné.

Par ailleurs, si certains établissements disposent de chambres d'isolement équipées de sanitaires, nombreuses sont celles où les patients n'ont à leur seule disposition qu'une chaise percée ou un seau hygiénique.

– Enfin, les patients placés à l'isolement ne bénéficient le plus souvent d'aucune activité, qu'elles soient thérapeutiques ou occupationnelles pendant toute la période d'isolement.

### LES RECOMMANDATIONS

S'appuyant sur ses constats, le CGLPL a publié le 25 mai 2016 un rapport thématique intitulé *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale* (7). Le choix de ce sujet pour le premier rapport d'une nouvelle collection (destinée à remplacer, à compter de 2016, les chapitres thématiques des rapports annuels du CGLPL), n'était évidemment pas le fruit du hasard mais répondait à une inquiétude récurrente concernant la gravité des constats effectués. Dans ce rapport, le CGLPL émet un certain nombre de recommandations.

– Il rappelle tout d'abord que la mise en chambre d'isolement doit impérativement constituer une mesure de dernier recours et que tout doit être mis en œuvre pour apaiser la personne en situation de crise avec des moyens autres que des mesures de contrainte physique ;

– Il rappelle que si la décision d'un placement en chambre d'isolement ou

sous contention doit être prise, elle doit être pratiquée de façon brève, le temps strictement nécessaire à la résolution de la crise ou à la mise en œuvre d'un autre moyen et que les modalités de sa mise en œuvre doivent être encadrées très précisément et garantir au mieux le respect des droits des patients ;

– Il conditionne la possibilité d'une mesure d'isolement ou de contention à l'existence d'un examen médical psychiatrique effectif de la personne et recommande qu'aucune décision de contrainte physique ne puisse être prise par anticipation ou avec l'indication « *si besoin* » ;

– Il souligne que la décision doit être motivée afin de justifier du caractère « *adapté, nécessaire et proportionné* » de la mesure et demande que les informations sur l'état clinique du patient soient explicitées ;

– Il demande que la décision précise les mesures vainement mises en œuvre préalablement afin de justifier qu'elle est prise « *en dernier recours* » ;

– Il recommande que la durée d'une mesure de contrainte physique soit la plus courte possible et qu'elle ne puisse dépasser le temps de la crise ; qu'en toute hypothèse elle ne puisse être prolongés, sans une nouvelle décision également motivée, l'isolement au-delà de 24 heures et la contention au-delà de 12 heures ;

– Il demande que l'isolement et la contention dans la chambre du patient soient proscrits, au regard du risque de banalisation et de l'absence de traçabilité que

cette pratique induit nécessairement ;

– Il recommande que le port du pyjama et le retrait des effets personnels en chambre d'isolement soient justifiés d'un point de vue thérapeutique et ne soient jamais systématiques ;

– Il recommande avec fermeté qu'il soit mis fin au caractère systématique du placement à l'isolement des patients détenus ;

– Il rappelle qu'un registre est prévu par la loi du 26 janvier 2016 et qu'il doit être renseigné pour toute mesure d'isolement ou de contention ;

– Il propose que l'information de la personne concernée soit effectuée au moment de la prise de la décision d'isolement ou de contention par la remise d'un support écrit précisant ses droits ainsi que les modalités de prise en charge et d'accompagnement induites par cette mesure ; que ces informations soient affichées dans la chambre d'isolement, ainsi que les modalités de recours contre la décision d'isolement ou de contention ;

– Il recommande qu'un examen médical biquotidien de toute personne soumise à une contrainte physique soit garanti ;

– Il estime que le séjour en chambre d'isolement doit être régulièrement interrompu par des sorties de courte durée à l'air libre ; que seules des circonstances exceptionnelles peuvent justifier une impossibilité de sortie ;

– Il souhaite que l'architecture des chambres d'isolement garantisse des conditions de séjour correctes en termes de superficie, de luminosité et accès à l'eau et aux sanitaires... ;

– Il recommande que les dispositifs de vidéosurveillance en chambre d'isolement soient interdits car portant atteinte à la dignité et à l'intimité et n'étant pas nécessaires si la présence soignante est adaptée à la clinique de la personne ;

– Il suggère que toute personne placée en chambre d'isolement ou sous contention ait accès à un dispositif d'appel auquel il doit être répondu immédiatement ;

– Il recommande que les personnes placées en chambre d'isolement puissent recevoir leurs visiteurs dans des conditions respectueuses.

### DES CHANGEMENTS À VENIR ?

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé (5) constitue à l'évidence une avancée importante ; pour la première fois le cadre légal de l'isolement et de la contention est posé, par l'insertion dans la loi d'un nouvel

article au sein des dispositions législatives relatives à la psychiatrie.

L'article L.3222-5-1 du Code de la santé publique dispose en effet : « *L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée à l'établissement à des professionnels désignés à cette fin.*

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

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

Dans la droite ligne des recommandations du CGLPL, le législateur affirme donc, enfin (!), que l'isolement et la contention doivent être des pratiques employées exclusivement en dernier recours, qu'elles ne doivent être décidées qu'en cas de

« *dommage immédiat ou imminent* », « *pour une durée limitée* », sous « *une surveillance stricte* », et qu'elles doivent être tracées dans un registre spécifique. En revanche il est inquiétant d'observer qu'à l'heure où ces lignes sont écrites, la circulaire d'application de cette loi n'est toujours pas publiée, alors même que la mise en œuvre de ce nouveau dispositif va générer de nombreux changements dans les pratiques professionnelles et dans les « cultures » de service.

Par ailleurs, et contrairement aux recommandations du CGLPL, aucune structure n'a été prévue par le législateur pour observer, qualitativement et quantitativement, le recours aux pratiques d'isolement et de contention sur le territoire national. Or il est évident que la volonté de réduire ces pratiques, affichée par les pouvoirs publics comme un des fondements de la modification opérée par la loi du 26 janvier 2016, ne pourra porter ses fruits que si le ministère de la Santé est dans la capacité de mesurer et de comparer les pratiques des différents établissements ou services. C'est pourquoi le CGLPL préconise la création d'une structure nationale, de type « observatoire des pratiques d'isolement et de contention » auprès de ce ministère. Ce n'est qu'à l'aune d'une comparaison précise entre le nombre et les motifs des pratiques d'isolement et de contention d'une région à l'autre, d'un établissement à l'autre, voire d'un service à l'autre, qu'une véritable analyse pourra être effectuée et des directives données.

## EN CONCLUSION

Les constats et recommandations publiés par le CGLPL ne doivent pas être perçus comme une mise en cause des professionnels de santé dont nous constatons, tout au long des visites, la grande implication et le dévouement dans des conditions difficiles, aggravées par la réduction constante des effectifs. Mais la raison

d'être du CGLPL, autorité administrative indépendante créée par le législateur afin de garantir les droits fondamentaux des personnes privées de liberté, est de relever celles des pratiques professionnelles qui, pour des raisons diverses, ne sont pas conformes à ces droits.

C'est dans cet esprit que sont effectuées, avec impartialité et objectivité, année après année, des visites d'établissements de santé mentale, des entretiens avec les patients, les professionnels et les associations de patients et de familles de patients. C'est avec cet objectif que le CGLPL veillera à ce que ses recommandations, tout comme les nouvelles dispositions législatives, ne restent pas lettre morte.

1– *Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapeutique de l'Ain (Bourg-en-Bresse). Journal officiel du 16 mars 2016. Voir [www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)*

2– *D'après les chiffres du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P) 2014, voir [www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih\\_chiffres\\_cles\\_psychiatrie\\_2014.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psychiatrie_2014.pdf)*

3– *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, 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.*

4– *Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la 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.*

5– *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.*

6– *Art L 3211-3 et 3211-4 du Code de la santé publique*  
7– *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale, CGLPL, éd. Dalloz, mai 2016. Ce rapport est également disponible sur le site Internet de l'institution : [www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr).*

**Résumé :** Adeline Hazan, Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) depuis 2014, a fait de la psychiatrie une des priorités de son mandat. En effet, les mesures de contention et d'isolement, pratiquées de façon très hétérogènes entre les départements mais aussi les établissements voire d'un établissement à l'autre, sont souvent irrespectueuses des droits fondamentaux des patients. Rappelant le cadre législatif en vigueur et dénonçant son manque de clarté, le CGLPL rappelle ses recommandations issues de ces constats et observations dans les établissements.

**Mots-clés :** Chambre d'isolement – Contention – Contrôle – Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) – Détenu – Dignité – Droit du malade – Étude critique – Hôpital psychiatrique – Hospitalisation libre – Hospitalisation sous contrainte – Intimité – Législation – Liberté d'aller et venir – Pouvoir – Recommandation – Représentation sociale – Respect – Statistique.