

## AVIS de l'Espace Ethique en Santé Mentale n°11

Séance de  
l'Espace Ethique  
en Santé Mentale  
du 27 septembre  
2024

EPSM  
Val-de-Lys Artois  
(Saint-Venant)

### La situation analysée

Monsieur T est un jeune homme né en 2006 (18 ans). Il réside au foyer pour mineurs de sa ville. Placé en famille d'accueil depuis l'âge de ses 18 mois sur décision judiciaire, il n'a jamais eu de contact avec sa maman avant juin 2024. Son père serait décédé à ce jour.

A l'âge de 13 ans, il a dû quitter sa famille d'accueil car les gens partaient en retraite. Il a, par la suite, multiplié les foyers pour mineurs. Il a été scolarisé jusqu'en janvier 2024, où il suivait une formation CAP restauration collective.

Il était suivi en pédopsychiatrie sur le CMP de son secteur concernant des conduites sexuelles alarmantes, puis sur un autre secteur en 2022 pour syndrome dépressif suite au décès de sa meilleure amie. Depuis novembre 2023, Monsieur T a été hospitalisé à douze reprises.

Durant les hospitalisations, Monsieur T a multiplié les gestes auto-agressifs. Les professionnels observent un maintien des conduites sexuelles alarmantes. En lien avec ces mises en danger, et sur décision médicale, 7 mesures d'isolement et 2 mesures de contention ont été nécessaires durant les 12 hospitalisations.

En effet, les gestes auto-agressifs mettant en danger son intégrité physique se sont majorés notamment sur les dernières hospitalisations. Ils se manifestent notamment par des tentatives de phlébotomie et des ingestions d'objets (verre, rasoir, stylo, cuillère, perfusion...). Ces situations ont entraîné des hospitalisations à l'hôpital (urgences et chirurgie) pour des explorations et des interventions chirurgicales.

Malgré la prise en soins médico-soignante, globale et pluridisciplinaire, les professionnels se retrouvent en difficulté et se questionnent concernant l'efficacité de la prise en soins en rapport à la majoration des temps de surveillance à vue (présence constante d'un soignant), la nécessité parfois d'avoir recours à l'espace d'isolement (risque d'autoagressivité) et la réduction de sa liberté d'aller et venir (consigne de chambre sécurisée).

<p><b>Informations complémentaires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Il a eu des conduites sexuelles déplacées dans les espaces publics et sans forcément rechercher une intimité sans pour autant être exhibitionniste.</li> <li>✓ Dans le service, pas de réelle difficulté avec la sexualité alarmante, il n'y a pas eu de situation où il s'en est pris à d'autres patients. La sexualité a été problématique au foyer sur un jeune enfant.</li> <li>✓ Dans le service, se sont produits des comportements dans les espaces de vie commune qui ont été réfrénés, des conduites à risque ont eu lieu (absence de protection contre les IST) mais dans l'intimité de la chambre.</li> <li>✓ Il est très difficile d'entrer en discussion avec lui, même s'il est tout à fait capable de discuter.</li> <li>✓ Le foyer a toujours été un collaborateur efficient, il venait à chaque concertation, à chaque sortie avec le souci de connaître ce qu'il fallait mettre en place. Le Foyer a toujours essayé de maintenir son projet. Dès lors qu'il y a eu des comportements sexuels alarmants avec de très jeunes enfants, leur rôle a été de mettre en sécurité les autres enfants.</li> <li>✓ Il y a un projet de retour chez la maman mais cette dernière se retirerait dans l'envie de l'accueillir.</li> <li>✓ En discussion avec le psychiatre, s'il y a une sortie, ce serait une orientation sur un SIAO (droit opposable au logement). Aujourd'hui, il n'a pas de domicile reconnu.</li> <li>✓ Le patient n'a pas d'ami connu mais il peut avoir le contact facile avec d'autres patients.</li> <li>✓ Le patient met en avant son anxiété dans le fait d'ingérer n'importe quoi mais il n'y a jamais de signe annonciateur.</li> </ul>
<p><b>Quels sont les acteurs de la situation ?</b></p>	<p><u>Quels sont les <b>acteurs</b> directement concernés par la situation ?</u></p> <p>Le patient  Les autres patients  Les soignants de l'unité fermée (UF)  Le psychiatre  Le cadre de santé (CDS) et le cadre supérieur de santé (CSS)  La direction</p>
<p><b>Quels sont les enjeux de la situation ?</b></p>	<p><u>Quels sont les enjeux perçus par les acteurs de la situation ? Que peuvent-ils ressentir ?</u></p> <p><b>Le patient</b> : avoir de l'attention... et probablement rester à l'hôpital où il a ses repères, même s'il élabore des projets nombreux de sortie.</p> <p><b>Les autres patients</b> : être moins sujets à des angoisses liées aux attitudes d'agressivité du patient ; avoir plus d'attention des soignants de l'UF.</p> <p><b>Les soignants de l'UF</b> : elle est en insécurité face au risque vital du patient, et se pose la question de sa responsabilité quant au patient et aux autres patients ; l'inquiétude de l'équipe est liée au fait que l'attention, surtout au moment des passages à l'acte du patient, n'est pas mobilisée sur les autres patients (risques pour les autres patients) ; la surveillance à vue peut être compliquée par rapport à la dignité du patient et inconfortable pour les soignants ; l'équipe est en souffrance.</p>

**Le psychiatre** : éviter un échec de prise en soin, et parvenir à une stabilité clinique du patient mais aussi à un projet réalisable de sortie ; il partage les inquiétudes de l'équipe de l'UF.

**Le CDS et le CSS** : pouvoir assurer la sécurité du patient, de l'équipe et celle des autres patients ; rassurer l'équipe ; amener et accompagner le patient vers une sortie, tout en ayant un projet viable pour le patient ; ils partagent l'inquiétude de l'équipe.

**La direction** : soutenir l'équipe dans ce qu'elle fait ; obtenir un rapport circonstancié : non pas pour trouver un coupable, mais dans l'idée de se protéger en cas de décès du patient, et s'assurer que tout a été mis en œuvre dans l'intérêt du patient.

Pourquoi la décision est-elle difficile à prendre pour l'équipe ? Quelles sont les valeurs et les règles en tension ?

Les temps d'isolement et de contention renvoient à l'opposition entre **le droit d'aller et venir du patient ET le devoir de sécurité des soignants** vis-à-vis de lui et des autres patients.

La surveillance à vue, y compris pendant les temps de toilettes, pose la question du **respect de la pudeur** EN OPPOSITION au **devoir de sécurité vis-à-vis du patient**. Se pose la question du respect de **la dignité du patient**.

Du point de vue moral, **la pudeur** tient à celui qui voit/touche et à celui qui est vu/touché. Du point de vue de celui qui porte atteinte à la pudeur, il y a le devoir moral de ne pas regarder ni toucher ce qui est de l'ordre de l'intimité corporelle : le corps nu du patient. Chez celui qui voit alors qu'il ne devrait pas, il peut y avoir une sensibilité douloureuse ou pénible à la vue de la personne nue.

Du point de vue de celui dont la pudeur est atteinte, elle revient à la **sensibilité douloureuse ou pénible d'être vu ou touché** alors que le respect de son intimité corporelle lui est due.

**La dignité** comprend deux définitions principale.

Premièrement, la dignité a trait au **caractère sacré de l'être humain**, qui possède une dignité par essence : en tant qu'il est humain, il possède cette sacralité qui fait qu'on ne peut disposer de lui, de son corps, de sa force de travail par la violence sans qu'il ait aucun droit. Selon cette première définition, aucun homme ne perd jamais sa dignité.

Deuxièmement, la dignité renvoie à l'idée de **décence**, ce qui est moralement bon dans notre rapport à nous-même dans une société donnée, et ce qui ne l'est pas sera qualifié d'indigne. La décence a trait à notre corps mais aussi à notre environnement matériel, vu qu'on parle d'habitat indigne par exemple. Avec cette seconde définition de la dignité, on peut perdre ou retrouver sa dignité.

Pour la situation présente, la seconde définition de la dignité nous apparaît plus utilisable que la première (voir les références bibliographiques sur la dignité en fin d'avis). Être vu nu peut être une atteinte à la pudeur et à la dignité. **Être isolé et attaché**

Quelle est la  
problématique  
éthique ?

	<p><b>peut être considéré comme une atteinte à la dignité de la personne</b>, <i>a fortiori</i> si ces pratiques sont à durer indéterminée (voir Matthieu Bellahsen, <i>Abolir la contention</i> dans la bibliographie en fin d'avis).</p>
<p>Quelles sont les ressources de l'équipe soignante ?</p>	<p><u>Quelles sont les principales compétences requises pour bien gérer cette situation ? Quels outils utiliser ? Quels partenaires solliciter ? Quelles autorités avertir (en interne et en externe) ?</u></p> <p><b>Plan de prévention</b> : outil proposé à tous les patients à leur admission afin d'évoquer avec eux quelles seraient les situations qui lui engendreraient telle ou telle émotion, positives ou négatives. Ce qu'il fait chez lui quand il y a ce genre de situations, ce qu'il peut faire à l'hôpital. Cela permet d'anticiper des situations compliquées sur le plan émotionnel, anticiper le plan d'action permettant de limiter les escalades</p> <p>Le plan de prévention peut être retravaillé au fur et à mesure des situations.</p> <p>L'objectif est d'avoir aussi les directives anticipées du patient lorsqu'il n'est plus en mesure de consentir.</p> <p>Il peut y avoir aussi <b>une échelle d'angoisse</b>.</p> <p><b>Fiches de soins de médiation</b> dans chaque service : comme les soins de médiation artistique, aromathérapie, relaxation...en essayant de cibler au mieux pour l'accompagnement. Cela Permet de travailler la dimension thérapeutique différemment.</p> <p>Il peut être proposé des <b>hospitalisations séquentielles</b> programmées envisageables si le patient a un lieu de vie.</p>
<p>Quelles sont les ressources des autres acteurs ?</p>	<p><u>Quels sont les « leviers » à la disposition de chacun des acteurs pour faire valoir son point de vue (moyens d'action), ses attentes et/ou ses droits ?</u></p> <p>Le patient semble n'avoir aucun levier autre que les soins psychiatriques à sa disposition pour améliorer sa situation.</p>
<p>Quel est le cadre normatif (cadre juridique, déontologique, éventuellement moral) ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Art. 16-3 du Code civil</b> : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne. ». A partir de cet article, la notion d'intégrité évolue vers la notion de dignité.</li> <li>• <b>Art. L.1111-2 du Code de la Santé Publique</b> : il dispose que la personne malade a le droit au respect de sa dignité. Comme c'est un droit, la personne qui estime avoir eu sa dignité bafouée peut demander une réparation financière pour compenser le préjudice moral.</li> <li>• Depuis le <b>décret n°2022-419 du 23 mars 2022</b>, il y a un contrôle du Juge des Liberté et de la Détention (JLD) avec des saisines obligatoires et des informations à lui faire parvenir concernant les isollements. En cas de non-respect des délais d'information, il peut y avoir une mainlevée de l'isolement.</li> <li>• Une décision de contention est encadrée par la <b>loi du 26 janvier 2016</b> (loi de modernisation du système de santé) : c'est une décision de dernier recours qui doit être motivée.</li> <li>• Concernant le retrait du téléphone mobile, <b>l'art. 3211-3 du Code de la Santé Publique</b> permet de restreindre l'exercice des libertés individuelles de façon très</li> </ul>

	<p>temporaire. « Les restrictions (...) doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée. »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Charte de la Personne Hospitalisée (CPH), art. 2</b> : « Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne (...) »</li> <li>• <b>CPH, art.3</b> : « L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. »</li> <li>• <b>CPH, art.8</b> : « La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité. »</li> <li>• <b>Recommandation « Isolement et contention en psychiatrie générale. Méthode recommandations pour la pratique clinique »</b> (Haute Autorité de Santé, 2017) : voir annexe en fin d'avis.</li> </ul>
<p><b>Quel est le cadre éthique ?</b></p>	<p><u>Quelles sont les vertus à mettre en place dans la décision et l'accompagnement de la / des personnes : respect, responsabilité, courage, justice, pondération ?</u></p> <p><b>Respect</b> : les soignants doivent veiller à témoigner de la considération au patient en veillant à sa dignité et sa pudeur, en évitant autant que possible les contentions et isolements.</p> <p><b>Responsabilité</b> : les soignants s'attachent à protéger le patient mais aussi les autres patients, et doivent rendre compte de leurs actes dans un rapport de situation destiné, non à chercher un coupable, mais à justifier que tout ce qui était faisable et souhaitable pour le patient a été mis en place.</p> <p><b>Pondération</b> : les soignants doivent objectiver les risques et avoir des réponses thérapeutiques et sécuritaires proportionnées à l'état du patient.</p> <p><b>Justice</b> : les soignants sont vigilants à éviter tout abus de pouvoir sur le patient pour des raisons de sécurité, et prennent en considération sa liberté, sa pudeur et sa dignité.</p>

## Analyse des décisions possibles

	<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>
<p><b>D. 1</b> Les soignants sollicitent des soins sans consentement avec isolement en permanence et maintien d'une surveillance constante de monsieur ; ils prévoient un « désisolement » progressif quand la situation devient sécurée.</p> <p>-----</p> <p style="text-align: center;"><b>Du point de vue des soignants et de leur hiérarchie, cette décision est</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Inacceptable</b></p> <p>car elle viole les besoins d'être en lien avec d'autres du patient et contreviennent aux recommandations de la HAS concernant les contentions et isolement, qui doivent être temporaires et proportionnés à la situation clinique du patient.</p>	<p><b>Le patient</b> : il ne peut pas attenter à sa vie ; il a des soignants pour s'occuper de lui en permanence.</p> <p><b>Les autres patients</b> : ils ne subissent pas l'agressivité du patient.</p> <p><b>Les soignants de l'UF</b> : ils sécurisent le patient et les autres patients.</p> <p><b>Le psychiatre</b> : pas d'avantage autre que ceux des soignants de l'UF.</p> <p><b>Les cadres</b> : idem.</p> <p><b>La direction</b> : idem.</p>	<p><b>Le patient</b> : son besoin d'être en contact avec d'autres n'est pas respecté.</p> <p><b>Les autres patients</b> : ils n'ont probablement toute l'attention de l'UF dont ils auraient besoin.</p> <p><b>Les soignants de l'UF</b> : ils ne peuvent pas respecter comme ils voudraient la dignité, la pudeur et le droit de circulation du patient ; ils se sentent possiblement maltraitants.</p> <p><b>Le psychiatre</b> : la veille, la prescription en vue du renouvellement et les écrits pour le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) entraînent un surcroît de travail.</p> <p><b>Les cadres</b> : ils doivent organiser durablement le service afin qu'il y ait pour le patient une veille constante ; ils sont confrontés à une équipe de soignants en souffrance qui s'épuisent et qu'il faut réassurer ; à l'instar des soignants de l'UF, ils peuvent avoir un sentiment d'échec.</p> <p><b>La direction</b> : ils sont insatisfaits d'un isolement qui dure, au contraire des recommandations de la HAS sur le sujet ; une chambre d'isolement est bloquée car occupée par le patient en permanence.</p>
<p><b>D.2</b> Les soignants organisent la sortie vers un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) en travaillant le projet avec le patient, tout en maintenant une hospitalisation avec surveillance constante à moyen terme (et paravent au moment du bain).</p> <p>-----</p>	<p><b>Le patient</b> : il envisage un projet de sortie qui peut le mobiliser ; les soignants respecteront plus sa dignité et sa pudeur quand la surveillance sera allégée.</p> <p><b>Les autres patients</b> : tant que le patient ne se montre pas agressif, ils peuvent avoir des relations cordiales avec lui.</p> <p><b>Les soignants de l'UF</b> : ils évitent la contention et l'isolement au</p>	<p><b>Le patient</b> : s'il sort vers un CHRS, cette structure sera certainement inadaptée à sa pathologie, même stabilisée, entraînant un risque de décompensation et de retour rapide en hospitalisation psychiatrique adulte.</p> <p><b>Les autres patients</b> : quand Monsieur T. devient agressif, ils peuvent en faire les frais.</p>

<p><b>La décision est, du point de vue des soignants et de leur hiérarchie :</b></p> <p><b>Inacceptable</b></p> <p>car le projet de sortie vers un CHRS apparaît contraire au bien du patient et est voué à l'échec.</p>	<p>maximum ; ils travaillent un projet de sortie ; ils seront plus respectueux de la dignité et de la pudeur de Monsieur T quand la surveillance sera allégée.</p> <p><b>Le psychiatre :</b> idem.</p> <p><b>Les cadres :</b> l'équipe est mobilisée pour la sortie du patient ; les risques psycho-sociaux sont limités ; ils peuvent avoir une relative satisfaction.</p> <p><b>La direction :</b> idem ; il n'y a pas de mesure d'isolement et de contention à justifier auprès du JLD.</p>	<p><b>Les soignants de l'UF :</b> ils ne sont pas confiant dans l'efficacité à court et moyen terme de la sortie vers un CHRS.</p> <p><b>Le psychiatre :</b> idem.</p> <p><b>Les cadres :</b> la surveillance constante pose des problèmes d'organisation jusqu'à ce que celle-ci soit allégée ; la solution du CHRS n'apparaît pas viable à moyen terme, voire même à court terme.</p> <p><b>La direction :</b> idem.</p>
<p><b>D. 3</b></p> <p>Les soignants maintiennent l'hospitalisation avec une surveillance permanente, qui va vers un allègement progressif (et vers une hospitalisation séquentielle) en tentant un rapprochement avec la mère de Monsieur T.</p> <p>-----</p> <p><b>A la place des soignants et de leur hiérarchie, cette décision est</b></p> <p><b>souhaitable</b></p> <p>car le projet est bien plus adéquat à l'état de santé de Monsieur T, et est orienté vers une levée progressive de la surveillance permanente, en espérant qu'elle puisse se faire dans un délai aussi court que possible.</p>	<p><b>Le patient :</b> les soignants respecteront plus sa dignité et sa pudeur quand la surveillance sera allégée.</p> <p><b>Les autres patients :</b> mêmes avantages que la D. 2 ; plus de sérénité dans l'unité.</p> <p><b>Les soignants de l'UF :</b> le projet de soin est individualisé et correspond aux besoins de soins de Monsieur ; ils seront plus respectueux de la dignité et de la pudeur de Monsieur T quand la surveillance sera allégée.</p> <p><b>Le psychiatre :</b> idem.</p> <p><b>Les cadres :</b> l'équipe donne des soins de qualité en travaillant un projet aussi adéquat que possible ; l'UF a une ambiance de travail plus sereine.</p> <p><b>La direction :</b> idem.</p>	<p><b>Le patient :</b> le projet de sortie avec rapprochement de la mère peut ne pas lui convenir.</p> <p><b>Les autres patients :</b> mêmes inconvénients que la D.2.</p> <p><b>Les soignants de l'UF :</b> l'allègement de la surveillance et le travail vers une sortie peut durer longtemps.</p> <p><b>Le psychiatre :</b> idem.</p> <p><b>Les cadres :</b> idem</p> <p><b>La direction :</b> idem</p>

Le filtre décisionnel POUR LA DECISION CHOISIE : D. 3	Oui / non
1. <u>La décision est-elle légale ?</u>	oui
2. <u>L'équipe/le professionnel qui prend la décision fait-elle/il preuve de justice envers le patient, et de courage ?</u>	oui
3. <u>Est-elle respectueuse du patient ? (Suscite-t-elle son autonomie décisionnelle ?)</u>	oui
4. <u>Est-elle respectueuse des autres acteurs de la situation ? (Rencontre-t-elle leur intérêt ?)</u>	oui
5. <u>Est-elle conforme à la mission du service concerné, et à la mission de service public de l'hôpital ?</u>	oui
6. <u>Serais-je capable d'argumenter sereinement cette décision devant un supérieur hiérarchique ?</u>	oui
7. <u>Les règles qui justifient ma décision sont-elles généralisables au fonctionnement de tous les EPSM (en général) ? -&gt; Respecter au maximum la volonté des patients, en prenant en compte les difficultés d'être autonome liées à la pathologie psychiatrique.</u>	oui
8. <u>Si le patient était un de mes proches, approuverais-je cette décision ?</u>	oui
9. <u>Puis-je en être satisfait(e) en tant que professionnel(le) ?</u>	oui
10. <u>Pouvons-nous anticiper des conséquences positives pour le patient à court, moyen ou long terme ?</u>	oui

**L'EESM juge que la contention et l'isolement doivent être éviter au maximum** au vu du fait que ces mesures n'ont pas entrainer un arrêt de l'autoagressivité du patient, en cohérence avec la législation récente sur l'isolement et la contention visant à les réduire drastiquement sur le territoire français.

Un travail de sortie vers un CHRS a été envisagé par les membres de l'EESM au vu du fait que, sur le territoire de l'EPSM concerné, cette solution serait possible. Mais une telle structure n'est pas « armée » pour soigner la pathologie de Monsieur T. Une telle solution est donc parue inacceptable.

L'EESM recommande donc de travailler une sortie en reprenant contact avec la mère de Monsieur, pas nécessairement pour qu'il vive chez elle mais en proximité avec des possibilités d'hospitalisation séquentielle autant que de besoin.

## Bibliographie commentée... pour aller plus loin

- Baertschi Bernard, *Enquête philosophique sur la dignité. Anthropologie et éthique des biotechnologies*, Genève, éd. Labor & Fides, 2019.
- Bellahsen Matthieu, *Abolir la contention. Sortir de la culture de l'entrave*, Montreuil, éd. Libertalia, 2023 [Livre manifeste d'un psychiatre français expérimentant l'arrêt de la contention dans son service d'hospitalisation psychiatrique, et plaisant pour son abolition].
- Cléro Jean-Pierre, *Qu'est-ce que l'éthique médicale ?* chap. 2 : « Ethique de la prise de risque en psychiatrie », Sesto San Giovanni, 2020 [Chapitre intéressant d'un philosophe utilitariste critiquant l'idée d'autonomie du patient en psychiatrie, et travaillant la notion de prise de risque.]
- Dupuis Michel, *Le soin, une philosophie. Choisir et vivre des pratiques de reconnaissance réciproque*, Paris, Seli Arslan, 2013 [Livre de synthèse très clair sur l'éthique médicale].
- Fiat Éric, *Petit traité de dignité. Grandeurs et misères des hommes*, Paris, Larousse, 2012.
- Haute Autorité de Santé, « Isolement et contention en psychiatrie générale. Méthode recommandations pour la pratique clinique », 2017.
- Hirsch Emmanuel, *Traité de bioéthique III. Handicaps, vulnérabilité, situations extrêmes*, Toulouse, Erès, 2014.
- Merkling Jacky, *Le soin en santé mentale. Fondements d'une attitude soignante et situations cliniques*, Paris, Seli Arslan, 2014 [Livre intéressant d'un cadre supérieur de santé et formateur en institut de formation des cadres sur le bon soin en santé mentale.]
- Palazzolo Jérôme, « Contention et isolement en psychiatrie », in Sami Richa, *Manuel d'éthique en psychiatrie*, 2019.
- Richa Sami (dir.), *Manuel d'éthique en psychiatrie*, Tours, Presses Universitaires François-Rabelais, 2019.
- Rouillard Sophie, « Soigner en psychiatrie. Conjuguer, au quotidien, vulnérabilité et autonomie », in Hirsch Emmanuel, 2014 [Article intéressant d'une cadre supérieure de santé en psychiatrie sur le bon soin en psychiatrie.]

**ANNEXE :**  
**LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'ISOLEMENT**  
**DE LA RECOMMANDATION DE BONNES PRATIQUES HAS DE 2017<sup>1</sup>**

- L'isolement est indiqué en dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque, après une évaluation du patient.
- Seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés.
- L'isolement est réalisé sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement.
- Un entretien et un examen médical sont réalisés au moment de l'isolement.
- Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient.
- A l'initiation de la mesure, l'indication est limitée à 12 heures. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 12 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures. Les isolements de plus de 48 heures doivent être exceptionnels.
- Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.
- Il est indispensable, au moment de la mise en place de la mesure d'isolement, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de l'isolement et les critères permettant sa levée.
- La mise en place d'une mesure d'isolement doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisante pour le patient et l'équipe de soins.
- La mesure d'isolement est faite dans un espace prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural.
- L'isolement doit être levé, sur décision médicale, dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié.
- Après la sortie d'isolement, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe. Cela donne lieu à une analyse clinique tracée dans le dossier du patient.
- A l'issue d'une mesure d'isolement, un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle doit avoir lieu.
- Chaque mesure d'isolement doit être enregistrée dans un registre en préservant l'anonymat du patient. 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 ayant surveillé le patient.
- Il est souhaitable d'aménager des espaces d'apaisement dans les unités de soins, lieux dont la porte n'est pas fermée à clé et conçus pour procurer un espace de faible stimulation, afin de permettre une diminution de la tension interne du patient.

---

<sup>1</sup> Ces items sont repris dans l'article du Docteur Jérôme Palazzolo, « Contention et isolement en psychiatrie » : voir la bibliographie en fin d'avis.