



HAL
open science

Isolation and mechanical restraint in psychiatry

M. Lacambre, Eric Péchillon, Thomas Fovet

► **To cite this version:**

M. Lacambre, Eric Péchillon, Thomas Fovet. Isolation and mechanical restraint in psychiatry. La revue de l'infirmière, 2023, La revue de l'infirmière, 72 (292), pp.16-19. <10.1016/j.revinf.2023.05.003>. <hal-04797552>

HAL Id: hal-04797552

<https://lilloa.hal.science/hal-04797552v1>

Submitted on 9 Jul 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Dochead Dossier

Sous-dochead Isolement, contention et apaisement en psychiatrie

Isolement et contention mécanique en psychiatrie

Mathieu Lacambre^{a,b,*}

Psychiatre

Éric Péchillon^c

Professeur des Universités en droit public

Thomas Fovet^{b,d}

Psychiatre

^a Unité de soins intensif de psychiatrie, Filière de Psychiatrie Légale, CHU Montpellier, 191 avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34295 Montpellier, cedex 5, France

^b Section psychiatrie légale, Association française de psychiatrie biologique et de neuropsychopharmacologie (AFPBN), Centre hospitalier Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75674 Paris, France

^c Faculté DSEG de Vannes, Lab-LEX/UR 7480, Université Bretagne Sud, rue André-Lwoff, 56000 Vannes, France

^d Univ. Lille, Inserm, CHU Lille, U1172-Lille Neuroscience & Cognition, F-59000 Lille, France

** Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : m-lacambre@chu-montpellier.fr_(M. Lacambre).

Résumé

Depuis 2016, les textes de loi visant à encadrer le recours à l'isolement et à la contention mécanique dans les services de psychiatrie se succèdent. Ces évolutions juridiques ne sont pas sans conséquence sur l'exercice des soignants. Nous proposons ici une synthèse pratique de cette question.

© 2023

Mots clés – contention ; droit des usagers ; isolement ; psychiatrie ; violence

Summary à traduire

© 2023

Keywords à traduire et à mettre par ordre alphabétique

Bien que régulièrement utilisés en psychiatrie, l'isolement, défini comme le placement d'un patient dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients, et la contention mécanique, caractérisée par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps [1], ne bénéficiaient jusqu'à très récemment d'aucun encadrement législatif [2].

TEG1 Ce n'est qu'à partir de la loi de 2011 qui a conduit à transférer au juge des libertés et de la détention (JLD) le contrôle de la régularité et du bien-fondé des mesures administratives de privation de liberté liées aux soins sans consentement [3,4,5], que le recours à ces pratiques a été progressivement encadré par une succession de textes

juridiques (article 72 de la loi de 2016 [6], article 84 de la loi de 2020 [7] et article 17 de la loi de 2022 [8]. Cet emballement législatif a été précipité à la suite d'une série de questions prioritaires de constitutionnalité (QPC) contraignant le Parlement à légiférer à marche forcée sans véritable concertation ni étude d'impact.

TEG1 L'applicabilité de la réforme ainsi que ses conséquences sur la pratique ont fait l'objet de nombreux débats. Un appel à différer sa mise en œuvre avait été formulé par plusieurs syndicats, associations et sociétés savantes qui sollicitaient également, dans une lettre ouverte au ministre de la Santé datée du 24 février 2021, une « *large concertation autour de ce décret et de la prévention du recours aux mesures de privation de liberté avec toutes les parties prenantes*¹ ».

Nous proposons ici une courte synthèse des conséquences pratiques de ces récentes évolutions.

T1 État actuel des connaissances

Faute de consensus et du fait de la variété des pratiques, la prudence est de mise dans l'utilisation et la mobilisation des données scientifiques sur l'isolement et la contention mécanique.

T2 Épidémiologie

Il est difficile d'avoir une idée précise du recours effectif à l'isolement et à la contention en psychiatrie à travers le monde tant l'utilisation de ces mesures est intimement liée aux organisations et pratiques de soins ainsi qu'à leur encadrement réglementaire. De plus, le recueil et la transcription des données sur ce recours sont souvent lacunaires ou s'appuient sur des indicateurs recouvrant des réalités très hétérogènes [9,10]. Il convient par conséquent d'être très prudent dans l'emploi des données chiffrées dès lors que les "objets" du chiffrage ne sont pas clairement identifiés.

TEG1 La comparaison entre l'Irlande et les Pays-Bas permet d'illustrer ce constat [11]. On observerait quatre fois plus de mesures d'isolement mais aussi d'admissions en soins psychiatriques sans consentement au Pays-Bas par rapport à l'Irlande. Par ailleurs, la contention mécanique est utilisée aux Pays-Bas dans 80 % des mesures d'isolement *versus* 30 % en Irlande, avec une durée d'isolement vingt fois plus longue en moyenne au Pays-Bas (4 jours) comparée à l'Irlande (5 heures). Pourtant, le nombre de mesures pour 100 admissions, pour 100 lits occupés et pour 100 000 habitants est identique entre ces deux pays. Ainsi, la profusion des chiffres et des ordres de grandeurs ne peut être fiable que si les modes de recensement sont identiques et que les définitions sont les mêmes, ce qui est actuellement rarement le cas.

TEG1 En France, il semblerait que le recours à ces mesures ait augmenté au cours des dernières années [12]. Selon la Haute Autorité de santé (HAS), le pourcentage de journées d'hospitalisation temps plein déclarées en isolement était de 1,9 % en 2012 contre 1,5 % en 2008. Une mesure d'isolement concernait 8,3 % des patients hospitalisés en psychiatrie en 2015 contre 7,6 % en 2014. La durée de l'isolement est significativement plus longue pour les personnes de sexe masculin, sans aucun suivi de secteur, admis en hospitalisation à temps complet sous le régime du soin sur décision du

représentant de l'État (SDRE), après un passage à l'acte grave ou médico-légal [13] et ayant un diagnostic de trouble psychotique ou de l'humeur [14].

T2 Impact des mesures

Les travaux scientifiques sur l'impact du recours à l'isolement ou à la contention mécanique, de même que ceux sur leurs éventuelles alternatives, sont encore trop rares et bien souvent d'une faible qualité méthodologique. La HAS le reconnaît clairement dans les recommandations de bonnes pratiques publiées en février 2017 : « *Les données de la littérature identifiées dans le cadre de ce travail (absence d'étude ou insuffisance des niveaux de preuve scientifique des études) n'ont pas permis d'établir de grade pour les recommandations. En conséquence, toutes les recommandations reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, après consultation des parties prenantes* » [1].

TEG1 Du côté des usagers, l'isolement et la contention mécanique peuvent être vécus comme une forme de sanction ou de punition [15] avec sensation de subir injustement une atteinte à la dignité et à l'intimité [16]. La déprivation sensorielle induite peut aggraver l'autostimulation anxieuse (pouvant se manifester par des stéréotypies verbales ou motrices par exemple) et les hallucinations. La claustration ou la contention peuvent également réactiver des symptômes psychotraumatiques d'agression physique ou d'incarcération.

TEG1 Du côté des soignants, plusieurs risques sont identifiés : risque physique (blessures lors de l'intervention, etc.) et risque psychologique (réactions anxieuses liées à l'agitation, stress de l'intervention, traumatisme de la contrainte physique, bouleversement émotionnel [17], perte de sens de la relation de soin, rupture de l'alliance thérapeutique, interrogation éthique [12], etc.).

T1 En pratique

L'article L3222-5-1 du Code de la santé publique encadre très précisément l'isolement et la contention mécanique. Ces "pratiques de derniers recours" ne peuvent être mises en place uniquement chez les usagers hospitalisés à temps complet en soins psychiatriques sans consentement pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour la personne ou autrui.

T2 Décision

L'isolement et la contention mécanique ne peuvent être mis en œuvre qu'à titre exceptionnel et pour une durée limitée. Leur utilisation doit être justifiée par des arguments cliniques : les mesures doivent être adaptées, strictement nécessaires et proportionnées au risque. Elle n'est donc possible qu'après échec des mesures usuelles alternatives moins restrictives.

TEG1 La décision de recours à l'isolement ou à la contention mécanique est prise à l'issue d'un examen médical effectif de la personne et l'avis de l'équipe soignante doit toujours être recherché. Si l'initiative est prise par l'interne dans le cadre de la garde ou de l'astreinte, la décision sera validée par un médecin senior. Aucune décision anticipée, "si besoin", "en cas de", "de 13 heures à 14 h 30" (sur les créneaux de transmission infirmière par exemple) n'est envisageable.

TEG1 Les mesures d'isolement ou de contention ne doivent en aucun cas être utilisées pour sanctionner ou punir un patient ni pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel (manque de personnel, peur des équipes soignantes, etc.) [1].

T2 Mise en œuvre

Les mesures d'isolement ou de contention mécanique doivent s'inscrire dans une prise en charge globale de l'état d'agitation. La gestion de ces situations recouvre des savoir-faire spécifiques et des modalités d'intervention particulières : soignants en nombre suffisant, appels de renfort et du médecin, protection des autres patients, préparation de la chambre, des contentions et du traitement, coordination de l'intervention, prise des constantes et mise en place de la surveillance.

TEG1 La mesure d'isolement est réalisée dans un espace dédié (et non dans la chambre du patient) et elle est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite au regard du risque élevé de dommage pour lui ou un tiers, elle peut être renouvelée, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures cumulées sur une période de quinze jours. Au-delà, le directeur de l'établissement informe sans délais le JLD de ce renouvellement et le saisit avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement. Cette mesure doit faire l'objet de deux évaluations par vingt-quatre heures.

TEG1 La mesure de contention est prise uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement, pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite au regard du risque élevé de dommage pour lui ou un tiers, elle peut être renouvelée à titre exceptionnel, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures cumulées sur une période de quinze jours. Au-delà, le directeur de l'établissement informe sans délais le JLD de ce renouvellement et le saisit avant l'expiration de la quarante-huitième heure de contention. Cette mesure fait l'objet de deux évaluations par douze heures.

T2 Surveillance

Une surveillance stricte, psychiatrique (pour, notamment, lever la mesure dès qu'elle n'est plus nécessaire) et non psychiatrique (risque de fausse route lié à la sédation, d'occlusion intestinale, de rétention aiguë d'urine, de maladie thromboembolique, etc.), doit être prescrite [18,19]. Les mesures doivent aussi s'accompagner systématiquement d'une réévaluation médicale régulière et d'une adaptation du traitement pharmacologique visant à mettre en œuvre une séquence de soins intensifs avec une surveillance renforcée et ajustée à l'état clinique du patient.

TEG1 Certains contextes cliniques imposent une attention supplémentaire : agitation extrême en l'absence de bilan non psychiatrique (admission directement depuis le domicile ou de la garde à vue) ; intoxication aiguë (polyintoxications notamment) ; présence d'antécédents cardiaques, respiratoires, d'une obésité morbide, ou de troubles neurologiques ou métaboliques ; personnes âgées ; femmes enceintes ou en période de post-partum ; patients avec antécédents de psychotraumatisme. Dans tous les cas, la balance bénéfique/risque doit être soigneusement pesée.

T2 Fin de la mesure

La fin de la mesure doit s'accompagner d'un *debriefing* systématique avec le patient mais aussi de l'établissement d'un plan de prévention partagé [20] visant à permettre au patient d'exprimer son ressenti et son vécu et surtout à éviter un recours répété à l'isolement et à la contention mécanique.

Un *debriefing* de l'équipe soignante à l'issue de chaque mise en isolement ou contention est également recommandé.

T2 Traçabilité

L'ensemble de la démarche, de la prise de décision à la suite de l'échec de mesures alternatives au *debriefing* de fin de mesure, doit être tracé dans le dossier médical.

Toutes les mesures sont également tracées dans un registre, tenu par l'établissement de santé, qui mentionne le nom du psychiatre ayant décidé la mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée.

T1 Cadre juridique

T2 Contrôle de la mesure

La mise en œuvre des mesures repose sur des critères médico-juridiques stricts avec des cycles à respecter : condition médico-juridique du recours à la mesure, prolongation puis renouvellement avec information d'une personne-ressource, transmission du dossier par le directeur au JLD qui statue dans un délai court, avec une procédure accélérée en cas de contention.

TEG1 Comme pour toute mesure individuelle privative de liberté, le patient dispose du droit de saisir le JLD afin que celui-ci puisse en contrôler la légalité. Afin de garantir au mieux la protection des usagers hospitalisés en soins sans consentement, le JLD dispose aussi de la possibilité de s'autosaisir. Il est désormais également prévu que le JLD soit obligatoirement saisi avant la soixante-douzième heure d'isolement ou avant la quarante-huitième heure de contention. Cette saisine systématique doit être faite par le directeur de l'établissement de soins qui est tenu de transmettre au JLD la demande de maintien de la mesure avec l'ensemble des pièces du dossier.

TEG1 Le JLD dispose alors de vingt-quatre heures pour statuer : soit pour faire droit à la demande du directeur (maintien de la mesure) si les conditions (régularité et bien-fondé de la mesure) sont réunies, soit pour ordonner la mainlevée immédiate de la mesure. Cette décision (ordonnance du JLD) est susceptible d'appel dans un délai de vingt-quatre heures par déclaration écrite motivée transmise au greffe de la cour d'appel du ressort de l'hôpital d'admission. Quelle que soit la décision du JLD, elle s'impose à l'établissement (autorité de la chose jugée).

TEG1 En cas de maintien, le cycle recommence avec un rythme de 4 jours pour l'isolement et 3 jours pour la contention. Après deux cycles initiaux, le rythme du contrôle devient hebdomadaire. La mainlevée impose quant à elle la fin de la mesure. Si l'état de santé du patient le nécessite, c'est une nouvelle mesure qui doit être prise, sur la base d'un certificat médical circonstancié indiquant les éléments nouveaux si le délai entre la mainlevée et la nouvelle mesure est inférieur à quarante-huit heures. Attention,

la mesure est automatiquement levée si le directeur de l'établissement n'a pas saisi le JLD dans le délai imparti ou si le JLD n'a pas statué à l'issue du délai qui lui est imparti.

T2 Droits des usagers

Tous les usagers ont droit à une information claire loyale et adaptée, répétée et graduée, sur les mesures d'isolement et de contention. Le patient sera informé, dès le début de la mesure : de sa durée, des conditions de sa mise en œuvre et de son renouvellement, de la surveillance ainsi que des voies de recours (notification par écrit de ses droits). Il sera sollicité au-delà de quarante-huit heures d'isolement ou de vingt-quatre heures de contention, pour exprimer son souhait de rencontrer le JLD, un avocat ou qu'un tiers soit informé par le médecin (mandataire judiciaire, proche, membre de la famille, personne de confiance, conjoint, parent d'un mineur, etc.), dans la limite du secret médical. C'est le conjoint qui doit être priorisé ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient [21]. Cette information est réalisée "par tout moyen" par le médecin et la démarche doit être tracée dans le dossier médical, surtout en cas d'échec. Néanmoins, le patient peut refuser qu'un tiers soit informé ou de rencontrer le JLD. De même, il n'y aura pas d'audience auprès du JLD si l'état de santé du patient contre indique, sur la base d'un certificat médical circonstancié actualisé, toute rencontre avec une personne extérieure à l'équipe de soin. Le JLD statuera alors sur dossier et le patient sera représenté par un avocat, si besoin commis d'office.

T1 Conclusion

L'évolution récente de la législation permet aujourd'hui de mieux garantir les droits des usagers en psychiatrie, en encadrant précisément la mise en œuvre de l'isolement et de la contention mécanique. Toutefois, la "judiciarisation" du recours à ces mesures, désormais considérées uniquement sous l'angle de la privation de liberté, s'avère particulièrement complexe et chronophage pour les soignants. À la suite du dernier apport législatif [8], le dispositif législatif adopté en urgence a d'ailleurs été précisé par un décret d'application du Conseil d'État [22], une circulaire du ministère de la Justice [23] et une instruction de la Direction générale de l'offre des soins (DGOS) [24].

TEG1 Au-delà des risques contentieux résultant de décisions qui ne seraient pas nécessaires, adaptées et proportionnées à l'état du patient, la dimension éthique de chaque mesure ne doit jamais être perdue de vue. Ainsi, bien que parfois contraignants dans un exercice quotidien actuellement difficile, les repères qui encadrent désormais les mesures d'isolement et de contention ont aussi permis d'engager sur le terrain un véritable travail d'évaluation, de prévention et de réflexion autour de ces pratiques de dernier recours [25], tout en gardant à l'esprit que « *vouloir faire comme si la contention physique n'existait pas (ou plus), vouloir faire comme s'il était toujours possible de faire autrement c'est prendre le risque de ne plus jamais l'évoquer, la conceptualiser, la penser, la réfléchir* » [26].

TEG1 Notons, finalement, que la législation récente sur l'isolement et la contention concerne uniquement les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement alors que ces procédés sont régulièrement utilisés dans de nombreuses situations d'agitation en dehors des unités psychiatriques : services d'urgence, de

pédiatrie, de gériatrie ou de réanimation ou lieux de vie comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il conviendrait donc d'élargir rapidement la réflexion entamée dans les services de psychiatrie sur le développement d'alternatives à ces mesures, qui constitue l'un des enjeux majeurs pour les années futures.

Note

¹ « *Des psychiatres proposent des actions immédiates en attendant la "refonte" de l'article 84* » (Hospimedia).

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Haute Autorité de santé. Recommandation de bonne pratique : Isolement et contention en psychiatrie générale. Février 2017. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf.
- [2] Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Paris: Éditions Dalloz; 2016. www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/05/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.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. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024312722/.
- [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. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027996629.
- [5] Horn M, Frasca J, Amad A, et al. Soins psychiatriques sans consentement : une enquête auprès des juges des libertés et de la détention. *Encephale* 2019;45(6):522-4.
- [6] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – Article 72. www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913312.
- [7] Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 – Article 84. www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042665307.
- [8] Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique – Article 17. www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045062855.
- [9] de Stefano A, Ducci G. Involuntary admission and compulsory treatment in Europe: an Overview. *Int J Ment Health* 2008;37(3):10-21. www.jstor.org/stable/41345256.
- [10] Crilly JF. An overview of compulsory, noncompulsory, and coercive interventions for treating people with mental disorders in the United States. *Int J Ment Health* 2008;37(3):57-80. www.jstor.org/stable/41345258.

- [11] Lepping P, Masood B, Flammer E, Noorthoorn EO. Comparison of restraint data from four countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016;51(9):1301-9.
- [12] Guivarch J, Cano N. Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques. *Encephale* 2013;39(4):237-43.
- [13] Camelot G, Boyer AL, Durand JM. Durée d'isolement et levée de la mesure ; étude de l'influence des facteurs anamnestiques et institutionnels. *Encephale* 2020;46(3):184-9.
- [14] Costemale-Lacoste JF, Cerboneschi V, Trichard C, et al. Facteurs prédictifs de la durée d'isolement chez les patients hospitalisés en psychiatrie. Une étude prospective multicentrique au sein du DTRF Paris-Sud. *Encephale* 2019;45(2):107-13. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.01.005>.
- [15] Carre R. Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients [thèse]. Toulouse: Université Toulouse III Paul Sabatier; 2014. https://santepsy.ascodocpsy.org/index.php?lvl=notice_display&id=88480.
- [16] Tingleff EB, Bradley SK, Gildberg FA, et al. "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *J Psychiatric Ment Health Nurs* 2017;24(9-10):681-98.
- [17] Korkeila H, Koivisto AM, Paavilainen E, Kylmä J. Psychiatric nurses' emotional and ethical experiences regarding seclusion and restraint. *Issues Ment Health Nurs* (2016);37(7):464-75.
- [18] Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry* 2003;48(5):330-7.
- [19] Tezenas du Montcel C, Kowal C, Leherle A, et al.. Isolement et contention mécanique dans les soins psychiatriques : modalités de prescription, prise en charge et surveillance. *Presse Med* (2018);47(4):349-62.
- [20] Haute Autorité de santé. Guide méthodologique. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie. Septembre 2016. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/guide_methodo_violence_hospi_psy.pdf.
- [21] Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032922455.
- [22] 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 mise en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement. www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045406742.
- [23] Circulaire JUSC 2209863C du ministère de la Justice relative à la présentation des dispositions du 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. www.cneh.fr/wp-content/uploads/2022/04/3-2022-25-03-Circulaire-DCE-23.03.2022-JLD-isolement-et-contention-00000002.pdf.

[24] Instruction°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.

[25] Hazif-Thomas C, Nabhan N, Lacambre M. Isolement et contention en psychiatrie : à l'ombre du dogme de la fatalité. Ann Med Psychol (Paris) 2021;179(8):708-12.

[26] Azoulay M, Raymond S. La contention physique, un outil de soins ? Inf Psychiatr 2017;93(10): 841-5.

Illus1_Lacambre

© Have a nice day/stock.adobe.com

La mise en œuvre des mesures repose sur des critères médico-juridiques stricts avec des cycles à respecter.

