



HAL
open science

Soins sans consentement, mesures d'isolement et de contention en pédopsychiatrie : une analyse des défis éthiques en France

Jean Lefèvre-Utile, Jokthan Guivarch, David Cohen, Cora Cravero, Anne Catherine Rolland

► To cite this version:

Jean Lefèvre-Utile, Jokthan Guivarch, David Cohen, Cora Cravero, Anne Catherine Rolland. Soins sans consentement, mesures d'isolement et de contention en pédopsychiatrie : une analyse des défis éthiques en France. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2023, 10.1016/j.neurenf.2023.06.002 . hal-04231462

HAL Id: hal-04231462

<https://hal.science/hal-04231462v1>

Submitted on 24 Nov 2023

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 Attribution 4.0 International License

Soins sans consentement, mesures d'isolement et de contention en pédopsychiatrie : une analyse des défis éthiques en France

Care without consent, seclusion room and restraints in child psychiatry: An analysis of ethics challenges in France

J. Lefèvre-Utile, J. Guivarch, D. Cohen, C. Cravero, A.-C. Rolland, et le Groupe de travail de pédopsychiatrie de la Commission nationale de psychiatrie

Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2023

RESUME

Contexte. – En France, les soins en pédopsychiatrie peuvent comporter des défis éthiques importants. Suite aux dernières recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) et aux modifications de la loi encadrant les mesures d'isolement et de contention en psychiatrie adulte, il est nécessaire de réfléchir à leur opérationnalisation dans la pratique des soins afin de trouver l'équilibre entre les impératifs de protection et le respect des jeunes hospitalisés en pédopsychiatrie.

Objectifs. – Élaborer des recommandations concernant l'usage de l'isolement et de la contention en pédopsychiatrie à la lumière des modifications législatives récentes et des enjeux éthiques spécifiques à la discipline.

Méthodes. – Dans le cadre de la Commission nationale de la psychiatrie, un groupe de travail, réunissant de nombreux pédopsychiatres, a été mis en place, en 2021, pour réfléchir aux enjeux contemporains de notre discipline. L'un des axes étudié – en lien avec le groupe de psychiatrie légale – a porté spécifiquement sur l'isolement et la contention en pédopsychiatrie. Une analyse des enjeux éthiques, à partir des principes de Beauchamp and Childress, est définie et adaptée au contexte pédopsychiatrique.

Résultats. – Le groupe de travail a permis d'identifier les enjeux juridiques et éthiques spécifiques à leur discipline. À partir de l'analyse éthique de deux situations d'accompagnement difficile en pédopsychiatrie : (1) la pratique de l'électroconvulsivothérapie auprès des adolescents ; et (2) la gestion de la violence chez les jeunes avec autisme et déficience intellectuelle, les principaux conflits de valeurs sont identifiés en se référant, notamment, aux principes de non-nuisance, de bienfaisance, d'autonomie et de justice. *Conclusion.* – À partir des travaux de recherches en éthique de l'enfance, la dimension relationnelle de l'autonomie est discutée en se référant aux concepts de « vulnérabilité partagée » et de « participation aux soins ». Des préconisations spécifiques à la pédopsychiatrie sont proposées pour promouvoir la reconnaissance des enfants et des adolescents hospitalisés en pédopsychiatrie, en tant qu'agent moral.

ABSTRACT

Background. – In France, child psychiatry care can involve significant ethical challenges. Following the last recommendations of the Controller General of places of deprivation of liberty (CGLPL) and the modifications of the law framing the control measures (seclusion room and restraints) in adult psychiatry, it is necessary to reflect on their operationalization in providing care in order to find the balance between the imperatives of protection and the respect of the young people hospitalized in child psychiatry.

Aim. – To develop recommendations concerning the use of seclusion and restraint in child psychiatry in the light of recent legislative changes and associated ethical issues.

Methods. – Within the framework of the national commission of psychiatry, a working group bringing together many child psychiatrists was set up in 2021 to reflect on contemporary issues in our discipline. One of the axes studied – in connection with the forensic psychiatry group – was specifically concerned with isolation and restraint in child psychiatry. An analysis of the ethical issues based on the four principles of Beauchamp and Childress is defined and adapted for the child psychiatric context.

Results. – The working group identified the legal and ethical issues specific to their discipline. Based on the ethical analysis of two difficult support situations in child psychiatry: (1) the practice of electroconvulsive therapy with adolescents; and (2) the management of violence in young people with autism and intellectual disabilities, the main conflicts of values were identified referring to the principles of non-maleficence, beneficence, autonomy and justice.

Conclusion. – Based on research in childhood ethics, the relational dimension of autonomy is discussed with reference to the concepts of "shared vulnerability" and "shared care planning". Specific recommendations for child psychiatry are proposed in order to promote the recognition as moral agents of children and adolescents hospitalized in child psychiatry.

1. Introduction

1.1. Problématique générale

1.1.1. Rapports du Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Deux rapports récents du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) dressent un constat glaçant de la situation des hospitalisations en pédopsychiatrie en France [1,2]. Le CGLPL rappelle, dans un premier temps, les quatre conditions d'hospitalisation possibles pour un enfant ou un adolescent en pédopsychiatrie :

- lorsque les titulaires de l'autorité parentale demandent une hospitalisation ;
- sur décision d'un juge des enfants ou du procureur de la République ;
- sur décision du représentant de l'État, selon les modalités de l'article L.3213-1 du Code de la santé publique (CSP) ;
- à la suite d'un jugement ayant déclaré son irresponsabilité pénale (article L.3213-7 du CSP).

Étant donné que le sujet est mineur, le jeune est placé sous l'autorité de ses parents qui décident alors pour lui de son hospitalisation. Bien que leur consentement doive toujours être recherché, en contexte pédiatrique, l'hospitalisation des mineurs ne nécessite donc pas leur accord du fait qu'ils sont juridiquement considérés comme incapables de prendre des décisions pour eux-mêmes, par exemple concernant leur santé. L'accord des deux parents est, par ailleurs, impératif pour l'hospitalisation d'un mineur, du fait que cela ne relève pas d'un acte usuel de l'autorité parentale (qui dispenserait de l'accord du deuxième parent) et que la décision d'hospitaliser engage, en effet, l'avenir de l'enfant et ses droits fondamentaux.

À la différence de la psychiatrie adulte, il n'existe pas, pour un mineur, d'admission en soins à la demande d'un tiers (SDT) ou en cas de péril imminent, sauf quand son état nécessite des soins auxquels ne consentent pas les titulaires de l'autorité parentale, et que l'absence de ces soins (ou mesures de protection) engendre un « péril imminent » ayant de potentielles conséquences irréversibles pour lui-même ou son entourage. Dans ce contexte bien particulier, il peut, en effet, être hospitalisé en pédopsychiatrie sur décision de l'autorité judiciaire par une ordonnance de placement provisoire (OPP) [3]. L'article 375-9 du Code civil (CC) précise, à ce propos, que l'admission d'un mineur sur décision judiciaire, dans un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, n'est possible qu'après un avis médical d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil pour une durée maximale de quinze jours et que, pour renouveler l'OPP au-delà de cette période, un avis médical d'un psychiatre de l'établissement d'accueil sera également nécessaire. Si les mineurs ne peuvent pas être hospitalisés en SDT, ils peuvent toutefois être admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE) dès lors qu'ils présentent « des troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave l'ordre public », selon les termes de l'article L3213-1 du CSP [4]. Cette modalité d'hospitalisation reste néanmoins rarissime.

Dans un second temps, le CGLPL constate la complexité d'évaluer la réalité des mineurs hospitalisés en soins sans consentement, d'une part, puisqu'il n'y a pas de traçabilité spécifique à ces soins et, d'autre part, puisque leur consentement n'est pas recueilli, étant donné que, pour la majorité de ces mineurs, ils sont considérés en « soins libres » dès lors que leurs parents ont donné leur autorisation pour l'hospitalisation. Pour ces deux raisons, les statistiques ne recensent *stricto sensu* que quelques centaines de mineurs hospitalisés sans consentement. Néanmoins, le CGLPL relate de nombreux témoignages évoquant des enfants et adolescents hospitalisés sans leur consentement en structure de psychiatrie pour adultes [1,2]. Les données concernant les mesures d'isolement et de contention sont, par ailleurs, non exhaustives, voire inexistantes, concernant ces hospitalisations. Pourtant, le CGLPL estime que chaque année, environ 15 000 jeunes, âgés de moins de 16 ans, sont hospitalisés en psychiatrie adulte en France. Près de 400 d'entre eux, à la demande d'une autorité publique en soins contraints, dont 197 sur décision du représentant de l'État, 239 sur décision du juge des enfants et 42 déclarés irresponsables pénalement [1,2]. Les hospitalisations de mineurs en psychiatrie adulte restent ainsi une norme, plus qu'une exception, et de nombreuses pratiques

d'isolement sont justifiées dans un objectif de protection de ces jeunes vis-à-vis des patients adultes considérés comme dangereux, et ce, sans aucun cadre légal [1].

Dans la longue liste des 36 recommandations que le rapport du CGLPL formule en 2021 [2], nous retenons celles qui, à notre connaissance, ne sont toujours pas mises en pratique en pédopsychiatrie :

- recommandation n° 2 : la décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement prononcée par le représentant de l'État doit être notifiée au patient lorsque son âge ou sa maturité le permet (et toujours à partir de 13 ans) ;
- recommandation n° 3 : inscription sur le registre des soins sans consentement ;
- recommandation n° 5 : la nécessaire séparation des mineurs et majeurs, et l'évitement à tout prix de l'isolement ;
- recommandation n° 6 : les mineurs détenus nécessitant une hospitalisation en psychiatrie doivent être accueillis dans un service de pédopsychiatrie. Pour cela, le recours à la suspension de peine pour raison médicale ou la levée de détention provisoire doivent être favorisés ;
- recommandation n° 27 : même si la place de l'autorité parentale est incontournable, le mineur a le droit de participer à la prise de décision d'admission et son consentement doit être recherché ;
- recommandation n° 29 : le mineur doit être informé de ses droits de recours [2].

1.1.2. Code de la santé publique et modifications récentes de la loi sur l'isolement et la contention en psychiatrie adulte

Depuis les derniers rapports du CGLPL et le fait qu'en juin 2020, puis juin 2021 et encore janvier 2022, le Conseil constitutionnel ait jugé contraires à la Constitution les différentes versions de l'article

L. 3222-5-1 du CSP, la psychiatrie adulte continue d'être traversée par un questionnement important sur les pratiques d'isolement et de contention. Cet article a, en effet, fait l'objet d'une nouvelle réécriture de deux alinéas dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, de la façon suivante : « I. L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical [. . .]. Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général (DG) de l'Agence régionale de santé (ARS) pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L.3222-1 ».

Cet article précise à nouveau le cadre juridique spécifique au recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie adulte. Cette modification de la loi a notamment permis de préciser la durée maximale d'isolement et de contention, à savoir 12 heures et 6 heures, renouvelables – uniquement après réévaluation psychiatrique et dans la limite d'une durée totale respectivement de 48 h et de 24 h [5]. Ces mesures sont recensées dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général (DG) de l'Agence régionale de santé (ARS) pour mettre en place des soins psychiatriques sans consentement. Cet article est inséré dans le CSP dans le chapitre intitulé « Établissements de santé chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement » [6].

Dans les Services d'accueil d'urgence (SAU) – des hôpitaux non désignés par le DG de l'ARS pour assurer des soins psychiatriques sans consentement – et les établissements autorisés en psychiatrie, il est possible de mettre en place, à titre exceptionnel et uniquement en cas d'urgence, pour des raisons tenant à la sécurité du patient ou

d'autrui, des mesures de privation de liberté pendant quelques heures en attendant soit la résolution de la situation clinique critique, soit l'hospitalisation du patient en soins sans consentement [2]. Les SAU ne sont, néanmoins, pas concernés par les obligations posées par l'article L.3222-5-1 du CSP qui nécessitent la saisie du Juge des libertés et de la détention (JLD) lorsque les délais légaux d'isolement et de contention sont dépassés. De plus, ils n'ont également pas l'obligation d'assurer la tenue d'un registre de contention, car ils sont légalement considérés comme des services de soins libres. Si l'évolution de l'état de santé d'un patient, jusque-là consentant aux soins, exige que l'on change son mode d'hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement, l'article L.3211-2-3 du CSP dispose que le service doit prendre, dans les délais adaptés à l'état de santé du patient et au plus tard sous quarante-huit heures, les mesures nécessaires à son transfert dans un autre service ou établissement assurant des soins psychiatriques sans consentement.

De la même manière, l'article L.3222-5-1 du CSP ne concerne la pédopsychiatrie que dans le cas où le mineur « bénéficiant » d'une mesure d'isolement ou de contention serait en SDRE, cas très rare. Dans ce cas, les dispositions sur les durées maximales des mesures d'isolement ou de contention, sur l'information du patient, du JLD et des personnes citées à l'article L.3211-12 du CSP (en cas de renouvellement exceptionnel de ces mesures), sur le contrôle du JLD et la traçabilité systématique des registres doivent s'appliquer comme en psychiatrie adulte. Dans les autres cas d'hospitalisation avec l'accord des titulaires de l'autorité parentale, l'article L.3222-51 du CSP ne s'applique pas, car l'hospitalisation n'est pas considérée comme étant « sans consentement », du moins sans le consentement des titulaires de l'autorité parentale [6].

2. Enjeux éthiques contemporains

2.1. Situation actuelle dans la pratique

La pandémie COVID avec ses lots de confinements, d'impacts sanitaires en termes de mortalité et morbidité, d'amplification des vulnérabilités concernant les populations les plus marginalisées a eu des conséquences majeures sur notre jeunesse [7–9]. Le premier confinement n'a pas montré de modification importante en termes de morbidité psychiatrique et a été dans l'ensemble « bien négocié » en matière de résilience individuelle et collective [10].

En revanche, la suite de la pandémie a été beaucoup plus difficile pour les jeunes avec notamment une augmentation de leurs souffrances à travers des expressions anxiodépressives, des tentatives de suicide [11] ou une sévérité plus marquée de certaines pathologies connues, comme les troubles du comportement alimentaire (TCA) [12]. Cette augmentation de la morbidité psychiatrique s'est, par ailleurs, accompagnée d'une forte croissance de demandes de prise en charge auprès des équipes de pédopsychiatrie et d'une augmentation des hospitalisations en pédopsychiatrie ou en pédiatrie pour motifs pédopsychiatriques [13]. La sollicitation de la psychiatrie adulte s'est, par ailleurs, également accrue, faute de solutions alternatives en matière d'orientation spécialisée.

Dans la pratique, il arrive que des adolescents, mais aussi des enfants, connaissent d'importantes crises d'agitation avec autoet/ou hétéro-agressivité dans le cadre d'une entrée dans un processus psychopathologique (ex. troubles de l'humeur, troubles psychotiques) ou dans le cadre d'une décompensation d'un trouble déjà connu, comme des troubles neurodéveloppementaux (TND), en particulier les troubles du spectre de l'autisme (TSA) [14,15].

L'agitation avec auto-/hétéro-agressivité peut se produire en pédiatrie et en particulier au sein des SAU pédiatriques (voire des services d'urgences générales adultes) qui ne sont pas adaptés à ces manifestations comportementales, notamment parce que les équipes ne sont pas spécifiquement formées à la prise en charge des grands états d'agitation des mineurs. La collaboration avec les pédiatres est indispensable, car de nombreux états d'agitation, observés chez l'enfant et l'adolescent, ont des causes organiques ou toxiques, justifiant des examens cliniques et paracliniques parfois poussés. Il est donc nécessaire que les jeunes patients – ayant déjà des antécédents pédopsychiatriques – puissent bénéficier d'un examen somatique préalable à l'examen psychiatrique. À titre d'exemple, chez un enfant ou un adolescent avec un TSA ou une déficience intellectuelle (non verbal), un état d'agitation peut témoigner d'un ensemble de pathologies non psychiatriques dont l'agitation est la seule manifestation, en lien avec une pathologie dentaire ou une sub-occlusion intestinale non encore diagnostiquée. La mise en retrait du groupe ou au calme, lumière tamisée, est souvent difficile aux urgences du fait qu'il n'existe pas

d'espace d'apaisement spécifiquement dédié. Quand une cause pédopsychiatrique est identifiée et que, malgré le recours à une médication sédatrice, l'état d'agitation du patient persiste avec, pour conséquence, une mise en danger de lui-même ou d'autrui, il ne peut rester en service de pédiatrie générale, ni même en SAU pédiatrique, du fait de la proximité avec d'autres enfants vulnérables dont les conditions de sécurité et de soins doivent également être garanties. C'est souvent dans ce type de contexte difficile et précipité que la question de l'orientation du mineur agité en service de pédopsychiatrie se pose. Mais aujourd'hui, les lits sont rares en pédopsychiatrie, si bien que l'enfant ou l'adolescent peut rester longtemps en pédiatrie, et parfois même rester contentonné à son lit à défaut de pouvoir être isolé de façon sécuritaire dans une chambre prévue à cet effet. Quand il s'agit d'un adolescent, dans l'attente d'une place en pédopsychiatrie, il est habituellement transféré en psychiatrie adulte, où des chambres d'isolement spécifiquement adaptées existent pour contenir les grands états d'agitation lorsqu'ils persistent. Deux options se présentent donc au pédiatre et au pédopsychiatre en attendant l'apaisement : soit un transfert en chambre d'isolement en service de psychiatrie adulte notamment pour les grands adolescents, soit la mise sous contention en SAU ou en service de pédiatrie.

Ensuite, les situations de crise avec agitation psychomotrice incoercible, auto ou hétéro-agressivité peuvent aussi survenir au cours d'une hospitalisation au sein même des services de pédopsychiatrie. Habituellement, lorsque le patient ne parvient pas à coopérer, il est généralement accompagné dans sa chambre pour l'aider à s'apaiser par lui-même avant de lui proposer un traitement psychotrope adapté en cas de besoin. En cas d'échec, les équipes de pédopsychiatrie sont formées à la gestion de ces crises et arrivent, le plus souvent, par des techniques de désescalade, à pacifier la situation en apaisant le jeune. Dans les rares cas où cela n'a pas été possible et qu'une intervention physique est inévitable, le recours à l'isolement ou, en dernier lieu, aux sangles de contention peut être envisagé. Il est à noter que les services de pédopsychiatrie, sauf exception, ne sont pas dotés de chambres d'isolement et que la distinction avec un espace dit « d'apaisement » est parfois minime. Dans certaines de ces situations extrêmes, quand une mise en isolement est nécessaire, le jeune est parfois adressé en psychiatrie adulte, du fait que les services de pédopsychiatrie n'ont, pour la plupart, pas de chambre d'isolement. Lorsque l'une de ces mesures de contrainte est alors envisagée, il convient d'obtenir l'accord des titulaires de l'autorité parentale. Bien sûr, en cas de péril imminent pour le mineur et/ou son entourage, l'équipe n'attend pas et les parents sont, en revanche, rapidement informés du recours à l'isolement ou à l'utilisation de contentions mécaniques, et des surveillances systématiques que cela requiert. Pour chacune de ces mesures de privation de liberté, le directeur d'établissement (DE) doit être informé.

Même si ces mesures de contrainte sont *a priori* rares en pédopsychiatrie et que, par ailleurs, la plupart des professionnels de santé soulignent notamment la nécessité d'éviter au maximum le recours aux sangles de contention, qui sont particulièrement anxiogènes et traumatiques pour le jeune, le CGLPL et le groupe de travail partagent le même constat, notamment concernant deux dérives :

- la mise en chambre d'isolement et le placement sous contention mécanique sont parfois utilisés pour limiter le risque de sortie sans autorisation des services, encore improprement appelées « fugues » ;
- quand le mineur est transféré en psychiatrie adulte, en attendant qu'une place se libère en pédopsychiatrie, le mineur est parfois placé en chambre d'isolement « pour le protéger » de certains patients adultes avec lesquels un risque de violence est identifié par l'équipe de psychiatrie adulte.

Dans chacune de ces deux situations, il ne s'agit pas d'indication à l'isolement ou à la contention, mais malheureusement pour ces jeunes de dérives qui souvent sont en lien avec les dysfonctionnements actuels de nos services publics, qu'il s'agisse du sous-effectif chronique ou des professionnels non formés aux situations de violence et de contention. De plus, d'autres dérives sont constatées lorsque, par exemple, des jeunes sont redirigés de force dans leur chambre ou mis en chambre d'apaisement pour raison disciplinaire et que les équipes peuvent ainsi en abuser pour les « punir » [16]. La distinction entre « chambre d'isolement », « espace de calme-retrait » ou « d'apaisement », telle que le préconise la Haute Autorité de santé (HAS) dans ses recommandations de 2017, est ainsi à expliciter pour bien formaliser le fait que la porte soit fermée ou non à clé.

2.2. Questionnements éthiques

Au-delà de l'indignation provoquée par les constats précédents, il nous revient, en tant que professionnels engagés dans cette discipline qu'est la pédopsychiatrie, de discuter les enjeux éthiques auxquels nous sommes confrontés avec les jeunes patients dont nous nous occupons. Nous avons choisi une analyse éthique selon les quatre principes de Beauchamp et Childress, qui distinguent les principes de bienfaisance, de non-nuisance, de justice et d'autonomie, complétés de deux autres principes : les principes de réversibilité et de prudence [17]. Nous les avons discutés au plan de la pratique individuelle, lorsqu'il s'agit d'un jeune hospitalisé ou que nous nous situons à l'échelle d'un service hospitalier, mais également au plan collectif, au sens des priorités institutionnelles données dans le cadre de l'organisation des soins hospitaliers au sein de notre système de santé (Tableau 1).

Rappelons au plan général que les enfants et les familles que nous accompagnons présentent de nombreuses vulnérabilités susceptibles d'impacter la façon dont ils seront reçus dans notre système de santé, qu'il s'agisse de la pédopsychiatrie ou des services hospitaliers en général, avec potentiellement des biais négatifs non conscients de la part des soignants qui les accueillent. Nous pouvons, par exemple, lister sans exhaustivité les différences de traitement du fait d'être un enfant ou un adolescent, d'avoir une maladie mentale ou un handicap, d'être issu d'une minorité ou d'avoir des parents d'un faible niveau socioéconomique et d'être en situation de précarité. Leur vulnérabilité nous impose une éthique spécifique à leur égard, et ce, notamment puisque les jeunes patients dont nous nous occupons sont plus susceptibles d'être moins bien considérés et, en conséquence, d'être victimisés en payant « les pots cassés » de nos difficultés et dysfonctionnements institutionnels.

Les principes de bienfaisance et de non-nuisance se discutent souvent en termes de bénéfice/risque. Au plan individuel et du service, c'est toujours la sévérité du tableau clinique et sa résistance aux alternatives à l'isolement ou à la contention qui justifient que, dans certaines situations, nous y ayons recours. Nous tâchons, néanmoins, toujours d'y avoir recours le moins possible, comme le réclame le CGLPL, car en termes de non-nuisance, il est aujourd'hui certain que les hospitalisations en pédopsychiatrie et, plus encore, en psychiatrie de l'adulte, ainsi que les mesures d'isolement et/ou de contention sont éminemment traumatiques. En effet, de très nombreux patients devenus adultes ont témoigné de leur détresse et angoisses quant aux traumatismes qu'ils gardaient de leur hospitalisation en pédopsychiatrie quand celle-ci s'était passée avec de la violence et des contraintes subies ou ressenties [18,19].

Au plan collectif, nous sommes renvoyés aux conditions d'accueil et d'hospitalisation des jeunes patients que nous accompagnons, tant au plan architectural et humain que technique. Est-il normal que certains départements n'aient aucune possibilité d'hospitalisation en structures pédopsychiatriques ? Comme le rappelle le CGLPL, il est profondément choquant que des adolescents, voire des enfants, soient hospitalisés en psychiatrie de l'adulte avec une fréquence telle que dans certaines régions l'exception est devenue la norme [1].

Sur le plan individuel, le principe de justice au sens d'équité nous invite à discuter trois points :

- premièrement, la question des places disponibles relève aussi du principe de justice au sens d'équité. Sur quels critères devrions-nous choisir le mineur qui sera hospitalisé en pédopsychiatrie ou en psychiatrie d'adulte ? Y envoyons-nous plus souvent les enfants en condition de placement à l'ASE ? ;
- deuxièmement, même si la loi nous dit que seul l'accord de l'autorité parentale suffit, est-il juste de ne pas prendre en considération l'assentiment ou la réticence potentielle du jeune quant aux soins qui lui seront proposés ? ;
- enfin, la proposition d'hospitalisation, avec les risques qu'elle comporte concernant l'usage possible de l'isolement ou de la contention, vient-elle réellement en dernier recours, après avoir essayé et évalué toutes les alternatives à l'hospitalisation ? Au demeurant, ces alternatives sont-elles toujours disponibles sur le moment et sur le territoire précis où l'enfant est pris en charge ?

Au plan collectif, concernant le principe de justice au sens d'équité, les inégalités territoriales évoquées plus haut sont une entorse évidente à ce principe. En effet, elles sont connues de toutes et tous, et touchent de nombreux domaines de notre discipline en termes de structures. La pénurie actuelle des personnels médicaux et non médicaux ne fait que l'aggraver. Nous souhaitons aussi insister sur le manque de formation des professionnels et le manque de volonté politique tel que le dénonce le CGLPL [16]. Combien de professionnels, en effet, sont-ils formés aux

bonnes pratiques en contexte d'hospitalisation et, plus précisément, concernant l'encadrement des mesures d'isolement et de contention ? Combien d'organismes de formation ont-ils été validés ou autorisés après vérification opérationnelle des savoir-faire spécifiques à la pédopsychiatrie ? Les pouvoirs publics financent-ils des recherches dans ce domaine si sensible et controversé ?

Concernant le principe d'autonomie, la grande question éthique est la suivante : à partir de quel âge un enfant peut-il donner son consentement ? Sur quels critères se fier : l'âge, la maturité, la capacité, le niveau de compréhension, de confiance en soi ? Parmi ces différentes notions complexes, quelles sont celles à prendre en considération et à hiérarchiser dans nos prises de décision au quotidien et, en particulier, dans le contexte de l'urgence ? Le CGLPL donne une indication claire « toujours après 13 ans » [1]. La pratique montre que la maturité affective et cognitive peut varier en fonction de nombreux paramètres, comme l'âge bien sûr, le niveau cognitif, la présence d'une maladie chronique altérant une partie, voire abolissant la totalité du discernement [20]. D'ailleurs, le législateur, conscient de cette variabilité, s'est longtemps gardé de retenir un âge de discernement. En effet, l'article 388-1 du code civil – concernant les auditions par le juge civil – dispose que « dans toute procédure le concernant, le mineur capable de discernement peut [. . .] être entendu par le juge », le législateur utilisant ainsi comme cadre général la notion « capable de discernement » pour ne pas donner d'âge. L'entrée en vigueur du code de la justice pénale des mineurs (CJPM) le 30/09/2021 a introduit un seuil d'âge à 13 ans pour le discernement, mais là encore le législateur a fait preuve de prudence en précisant à l'article L11-1 du CJPM qu'il s'agit d'une présomption simple de discernement non irréfragable. L'âge de discernement sera ainsi variable d'un enfant à l'autre, d'un contexte à l'autre, en fonction de ce à quoi il aura été confronté. Faire vivre le principe d'autonomie implique de considérer l'enfant dans sa singularité, de considérer son degré de discernement pour le faire participer aux décisions qui le concernent, et lui permettre, le cas échéant, de donner son consentement [20,21]. C'est d'ailleurs ce que défendent les études en éthique de l'enfance (*childhood ethics*) pour promouvoir la reconnaissance de l'agentivité de l'enfant [21] et lutter contre la conception dominante de l'enfant passif, lorsque les décisions concernant sa santé sont, par exemple, réduites à l'autorité parentale. Le respect de l'assentiment de l'enfant concernant l'adhésion à ses soins est ainsi au cœur de ces réflexions interdisciplinaires.

Les enjeux liés aux deux derniers principes de réversibilité et de prudence découlent des développements précédents. Quelle que soit la durée brève – et donc la réversibilité – de toutes ces mesures, il faut rappeler chez certains le caractère indélébile du traumatisme potentiellement vécu, et son irréversibilité subjective. Enfin, le principe de prudence impose de limiter au maximum les hospitalisations.

2.3. Mise en œuvre et préconisations pour la pédopsychiatrie

Le groupe de travail de pédopsychiatrie de la Commission nationale de psychiatrie (CNP) souscrit aux recommandations du CGLPL. Nous résumons en trois points leurs propositions :

- systématiser les registres des hospitalisations contraintes, en incluant aussi celles que les enfants et adolescents refusent, mais que les parents acceptent ou demandent ;
- informer l'enfant sur ses droits en organisant un protocole de consentement ou d'assentiment qui l'aide à participer autant que possible aux décisions qui le concernent ;
- limiter au maximum les mesures d'isolement et de contention en formalisant, d'une part, des protocoles qui stipulent bien la recherche d'alternatives et comment elles ont échoué et, d'autre part, en systématisant la traçabilité de leur recours dans les registres dédiés et facilement accessibles au CGLPL.

Ici, le respect de l'autonomie de l'enfant est central. Une publication récente, comparant l'évolution du droit des mineurs, de la réflexion philosophique et l'évolution des pratiques de soins, l'a confirmé [22]. En effet, elle montre, d'une part, que l'approche philosophique contemporaine rapproche le concept d'autonomie de celui de vulnérabilité et de discernement. D'autre part, l'articulation entre l'exercice libre des droits et la protection du sujet est un enjeu contemporain du droit français. Comme l'observe le CGLPL dans ses recommandations, l'évolution du droit permet d'accorder graduellement de nouveaux droits et donc une autonomie grandissante aux mineurs malgré leur incapacité juridique. Cela implique de considérer les contextes favorisant et inhibant l'expression ou les manifestations associées au discernement des jeunes, lorsque par exemple ils sont accompagnés par les adultes pour

participer activement aux décisions qui les concernent. La tendance décrite est également celle de la pratique clinique contemporaine concernant l'adhésion aux soins qui tend, en effet, vers une meilleure compréhension du discernement des enfants et des adolescents, et vers le recueil de leur assentiment en tant qu'agent moral [21,23,24].

Ces préconisations doivent s'inscrire dans le projet des services de pédopsychiatrie quand celui-ci compte une ou plusieurs unités d'hospitalisation. Cela implique de formaliser les trois protocoles relatifs au recueil de consentement, à l'isolement et à la contention, et de les adapter à la culture du service. Ils doivent s'accompagner d'une réflexion pluri-professionnelle pour être adoptés par l'ensemble des équipes de soin. Par exemple, avons-nous actuellement à disposition et facile d'accès toutes les alternatives aux mesures d'isolement ou de contention ? Cela implique aussi de former les personnels à la prise en charge de l'agitation, de l'hétéro-agressivité, à la gestion de crise, aux techniques spécifiques d'immobilisation manuelle, à la prévention des risques en psychiatrie, en particulier du risque suicidaire. De ce point de vue, il nous semble que les approches choisissant une herméneutique participative sont à privilégier, car elles contribuent à des modifications institutionnelles moins clivantes et mieux investies par les équipes ayant été impliquées dans le processus de changement souhaité [18,25–27]. Enfin, il nous semble que l'organisation de contrôle externe avec suivi opérationnel est nécessaire, comme, par exemple : les Revues morbidité mortalité (RMM), les accréditations, les visites des équipes du CGLPL et des conseils d'usagers.

Au plan éthique, nous souhaitons insister sur deux concepts réfléchis dans certains contextes extrêmes qui pourraient contribuer à la mise en œuvre de ces bonnes pratiques : l'approche participative du « programme de soin partagé » (*shared care planning*) et la prise en compte de la vulnérabilité partagée [27]. Quand on s'intéresse au respect de l'autonomie des enfants et adolescents hospitalisés en psychiatrie vu sous l'angle de la participation, on constate des avantages pour les patients, les professionnels et l'hôpital, bien que des freins soient aussi décrits [23]. La mise en pratique du modèle de la participation relève d'au moins quatre variables qui sont : la posture professionnelle participative, les structures de participation, les personnes clés, et les outils supports de la participation (Fig. 1). Au regard des modèles théoriques, comme celui de la « décision partagée » (*shared decision-making*) avec l'enfant, des faiblesses conceptuelles sont démontrées dans le contexte particulier de l'hospitalisation. Il nous semble, néanmoins, que ce modèle se révèle pertinent pour promouvoir des approches participatives et mieux reconnaître l'agentivité des jeunes hospitalisés en pédopsychiatrie. Le modèle du « programme de soin partagé » (*shared care planning*) s'intéresse ainsi à la dimension relationnelle de l'autonomie pour renforcer l'estime de soi et la confiance du patient envers les professionnels, en développant notamment une participation plus active à ses soins en pédopsychiatrie.

Le concept de vulnérabilité partagée est une proposition qui vient rendre compte de l'expérience morale des soignants en termes d'intégrité professionnelle et de respect de leur éthique de bienveillance quand ils sont confrontés de manière répétée à des situations de violence nécessitant le recours à des mesures d'isolement et/ou de contention. En effet, l'impact sur les soignants de la mise en œuvre de ces pratiques est le plus souvent négligé. Or, les soignants dénoncent souvent eux-mêmes le recours à ces pratiques et leurs dérives, et ce faisant, rendent compte de leur limite et de leur incapacité à assumer leur ambition soignante. Ils en souffrent et, de ce fait, sont dans une situation de détresse morale spécifique : celle de faire ce qu'ils ne devraient pas faire ou, à l'inverse, celle de ne pas faire ce qui d'après eux devrait être fait [27]. Sur un plan plus général, un conflit de valeurs oppose deux conceptions de l'autonomie : une autonomie rationnelle et individualiste (autodétermination), qui s'avère contre-productive à la réduction des mesures de contrainte, versus une autonomie relationnelle (interdépendance) basée sur l'idée d'une vulnérabilité partagée entre le jeune patient et ses soignants. La reconnaissance de la vulnérabilité de l'aidant est une condition clé pour créer des approches alternatives qui désamorcent la logique de contrôle et assurent la promotion d'une éthique du soin avec laquelle la préoccupation des soignants quant à leur propre vulnérabilité favorise le respect mutuel [18,27]. Après avoir présenté ces enjeux éthiques contemporains, nous illustrerons trois situations d'accompagnement difficile au sein desquelles les soins sans consentement, l'isolement et la contention sont problématiques.

3. Cas particuliers

3.1. La pratique de l'électroconvulsivothérapie chez les mineurs

L'utilisation de l'électroconvulsivothérapie (ECT) chez l'adolescent est une pratique d'exception. Il s'agit d'un traitement très stigmatisé et contesté par certains groupes de pression antipsychiatrique comme la scientologie, au point que plusieurs états américains en ont interdit la pratique chez le mineur. Pourtant, elle reste un traitement de recours dans des pathologies sévères et résistantes aux thérapies plus conventionnelles, et s'avère être régulièrement proposée à des patients en difficulté pour donner leur consentement [28,29]. Le [Tableau 2](#) résume les principales questions éthiques qui se posent dans ces situations extrêmes. En fait, il n'y a aucune raison éthique d'interdire l'utilisation de l'ECT chez les adolescents. Bien que les questions éthiques dans ce domaine soient complexes, le conflit peut être résolu au cas par cas. Par ailleurs, la conséquence d'une « surprotection » potentielle (principe de précaution) non réellement fondée sur des faits scientifiques contemporains est que certains adolescents restent non traités en raison de craintes irréalistes concernant l'ECT [28,30]. La plupart des auteurs et sociétés savantes recommandent que :

- les psychiatres pour enfants et adolescents soient informés de la littérature sur l'ECT ;
- l'ECT doit être administrée dans des établissements qui respectent scrupuleusement les directives internationales, notamment en ce qui concerne les paramètres techniques et le consentement du patient ;
- la demande d'un deuxième avis médical doit être généralisée avant de recommander l'ECT chez les mineurs ;
- le consentement des parents suffira si l'adolescent n'est pas en capacité de consentir, mais le consentement du mineur sera systématiquement recherché dans un second temps.

3.2. *La radicalisation à l'adolescence*

À partir des années 2010, les sociétés européennes se sont trouvées en prise avec les phénomènes de radicalisation. Ainsi, la France comptait-elle en 2015 plus de 4000 personnes sur le fichier S, dont 25 % âgés de moins de 18 ans, 35 % de sexe féminin et 41 % de convertis à l'Islam [31]. Ces proportions élevées de mineurs, de filles et de convertis étaient totalement nouvelles, tout comme l'ampleur du phénomène. À l'aube du phénomène, deux points de vue s'opposent en psychiatrie :

- ce n'est pas une affaire de psychiatre, car il s'agit de délinquance contemporaine sauf en cas d'épisode psychotique ;
- c'est jusqu'à preuve du contraire une conduite pathologique chez le jeune qui, par ailleurs, relève même – en l'absence de psychose – de la protection de l'enfance.

La plupart des pédopsychiatres français, qui ont fait face à cette problématique, tout comme les équipes de protection de l'enfance, se sont positionnés sur la seconde option, car très vite ces adolescents se distinguaient des adolescents délinquants de droit commun. Ces cliniciens ont ainsi accepté de coopérer avec les services de sécurité dans les cas les plus sévères et accepté des hospitalisations sans diagnostic psychiatrique décompensé.

Au plan éthique, plusieurs enjeux se discutent. Du point de vue de l'autonomie du jeune, et ce, de manière plus aiguë, s'il est proche de la majorité, doit-on le considérer comme en capacité de discernement ? Doit-on donner crédit à sa famille si celle-ci demande de l'aide pour son enfant dont elle ne reconnaît pas la radicalisation, voire la conversion ? Et lorsque la famille participe activement à cette radicalisation, doit-on considérer que le jeune subit de sa famille un risque pour lui-même qui lui fait perdre ses capacités de discernement ? Du point de vue du principe de bienfaisance, sommes-nous légitimes, nous psychiatres, de décider ce que pourrait être la religion de nos patients ? Et en conséquence du point de vue de la non-nuisance, peut-on collaborer avec les services de sécurité au nom du risque individuel et du bien-être collectif ? Ces questions ont fait l'objet de nombreux travaux au plan national et international. La [Fig. 2](#) reprend la complexité des liens entre santé mentale et radicalisation tel que schématisé par le groupe de travail de la Fédération française de psychiatrie [32].

Les études empiriques ont confirmé cette complexité et permis la distinction de trois trajectoires différentes : la première, très minoritaire, avec une radicalisation contemporaine d'une décompensation psychiatrique aiguë ; la

seconde, celle d'adolescents vulnérables plus souvent convertis, radicalisés presque exclusivement sur les réseaux sociaux et volontiers plus jeunes, correspondant à des sujets en doute identitaire et, bien souvent, aux prises avec une dynamique familiale compliquée, auprès de familles pour lesquelles recevoir un soutien éducatif serait significativement associé à une évolution positive ; la troisième, correspondant à une radicalisation de proximité (ex. au sein même de la famille ou du quartier du jeune) dans laquelle nous retrouvons moins de convertis et un pronostic plus sombre en termes de devenir [31].

3.3. La gestion de la violence chez les jeunes avec autisme ou déficience intellectuelle sans langage

La gestion de la violence chez les patients avec autisme et/ou déficience intellectuelle sans langage (ex. auto-/hétéro-agressivité, agitation incoercible) encore appelée « Troubles graves du comportement » ou « Comportements défis » [33] représente dans le champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent une situation de privation de liberté parmi les plus fréquentes [1]. Elle peut survenir dans tous les contextes, aussi bien en hospitalisation qu'en établissement médicosocial. Les mesures restrictives de liberté peuvent prendre diverses formes : intervention physique (ex. immobilisation manuelle), isolement (ex. « mise en chambre » porte fermée à clé), « camisole chimique » ou prescription de traitements médicamenteux sédatifs à haute dose, voire l'utilisation de sangles de contention mécanique.

Comment contenir et prévenir les comportements défis afin de garantir un cadre suffisamment rassurant pour le patient, sa famille et les équipes de soins, tout en veillant au maximum à l'intégrité de la personne [15,34] ? Nous avons évoqué plus haut le concept de vulnérabilité partagée pour rendre compte des conflits et questionnements éthiques à l'œuvre dans ces contextes [27,35,36]. Il existe dans ces situations complexes une circularité de la violence qui impose de réfléchir à de nouvelles alternatives. Il s'agit de penser l'impact des boucles rétroactives de violences, pour aider les équipes à désamorcer le processus agression/répression à moyen et long terme. La Fig. 3 résume les différents niveaux d'interventions recommandées [15,37,38].

La notion de vulnérabilité partagée permet de penser des alternatives aux mesures de privation de liberté du patient via la promotion des équipements de protection individuelle (EPI). Les EPI modulent le degré de restriction et permettent une marge de mouvements qui favorise un cadre de soins plus ouvert et respectueux de la liberté d'aller et venir au sein des unités fermées. Ces équipements s'adressent tout aussi bien aux patients qu'aux soignants. En effet, dans un tel contexte, penser la relation d'aide ense protégeant, soit pour protéger l'autre, c'est se prémunir d'une violence mettant en péril le lien nécessaire à l'accompagnement. Certains EPI, comme les grands ballons ITCA dont l'usage a notamment été développé au Canada [39] ou le paravent rembourré spécialement créé pour aménager l'espace, permettent tous deux de garder une distance de dialogue pour apprendre à « fraterniser » avec la violence de ces patients et ainsi mieux les comprendre par l'intermédiaire de ces outils de sécurisation innovants [27,36].

Les EPI-patients (ex : casque en mousse, mitaines) permettent une prévention des complications des gestes auto-agressifs, favorisent la diminution de la stimulation sensorielle produite lors des gestes auto-agressifs, et autorisent la mise en place de protocoles de désescalade et de désensibilisation dans la gestion de l'individu en phase de pré-crise ou de post-crise (Fig. 3) [15,35,36]. Enfin, certaines équipes ont pensé au plan pratique à des alternatives à la contention physique par l'usage de « papoose board », de tapis d'immobilisation transitoire, de protocole de désescalade douce avec ou sans usage de relaxation guidée [15,39].

Au total, nous pensons que la gestion de la violence chez les patients avec autisme ou déficience intellectuelle sans langage suppose que la protection des patients et des soignants s'envisage simultanément pour réduire la fréquence de l'usage de la contention [40]. L'esprit plus égalitaire du concept de vulnérabilité partagée consiste à déplacer la contrainte habituellement exercée sur le patient en équipant les soignants, en inscrivant ainsi les professionnels dans un rapport de réciprocité qui relève de leur responsabilité. Avec le port des EPI-soignants, la question de fond est la suivante : quel est le bien que cette reconnaissance de notre propre vulnérabilité nous aide à atteindre ? Nous faisons l'hypothèse qu'il s'agirait de l'intégrité du lien. Il s'agit, en effet, d'éviter les postures manichéennes si fréquentes dans ces situations de violence et de contention, entre une position de domination ou d'indifférence qui respectivement mènent à des privations de liberté ou à l'exclusion. Ceci implique de développer une culture « qualité-sécurité » par une posture soignante fondée sur la prudence, entre la non-ingérence, d'une part, et le non-abandon, d'autre part. Il s'agit donc :

- de prévenir les blessures par moins de contraintes et de préserver l'intégrité professionnelle en garantissant cette posture soignante fondée sur la prudence ;
- d'aider tous les professionnels à tenir compte de l'impact des
- boucles rétroactives de violence et de disqualification, autrement dit : prendre conscience de l'interdépendance entre l'adultedisqualifiant et l'enfant-disqualifié [41] ;
- de développer une culture de soins du souci de soi envisagé comme un respect mutuel pour développer une politique institutionnelle de moindre recours à l'isolement et à la contention qui tienne compte de la vulnérabilité des soignants (risques psychosociaux) ;
- d'assurer la formation continue et la supervision des équipes [27].

Cet article propose une analyse éthique pour aider les professionnels de santé à avoir des repères juridiques adaptés à la pédopsychiatrie et, plus particulièrement, aux situations d'accompagnement difficile concernant les soins sans consentement et les mesures d'isolement et de contention. Les cas particuliers qui ont été brièvement esquissés nécessiteraient une analyse éthique plus approfondie et exhaustive pour inclure d'autres situations complexes où la protection du jeune hospitalisé peut être problématique. Exemple, lorsqu'il s'agit d'adolescent souffrant d'anorexie mentale sévère et que le déni de ses difficultés est fortement présent, lorsqu'il s'agit de jeunes en prise avec les phénomènes de radicalisation [31] ou, bien encore, concernant les jeunes ayant des conduites suicidaires avec des mises en danger importantes.

4. Conclusion

En France, les problématiques de soins sans consentement, d'isolement et de contention sont *a priori* rares en pédopsychiatrie, mais soulèvent, néanmoins, des questions éthiques complexes, en cas d'hospitalisation, par exemple. Elles relèvent du principisme de Beauchamp et Childress comme n'importe quel champ de la médecine. Mais elles relèvent aussi d'enjeux éthiques plus contemporains autour des questions de l'autonomie de l'enfant, de la reconnaissance de la vulnérabilité partagée [42] et des approches participatives telles qu'elles sont notamment développées dans le champ des « Childhood Studies » et, en particulier, lorsque cela concerne l'éthique de l'enfance [21].

Les mesures d'isolement et de contention en pédopsychiatrie ne doivent être utilisées qu'en cas de nécessité. Elles n'ont pas à être utilisées pour empêcher les sorties sans autorisation d'un mineur (improprement appelées « fugues ») ou pour éviter qu'il ne soit en contact avec des patients de psychiatrie adulte. Nous recommandons d'éviter au maximum le recours à la contention mécanique tant il est extrêmement anxiogène et à risque pour les jeunes et leurs aidants [43]. Lorsque de telles mesures sont mises en place, elles doivent l'être pour un temps le plus court possible avec mise en place d'une surveillance systématique. Nous pourrions associer des traitements anxiolytiques pour rendre ces mesures davantage tolérables pour l'enfant. Même si le mineur contentonné ou placé en isolement n'est pas hospitalisé en SDRE, il apparaît important de faire figurer sur un registre dédié la durée passée en isolement et/ou sous contentions. Un contrôle des mesures de contention en milieu pédiatrique pour raison pédopsychiatrique apparaît nécessaire, mais il ne nous paraît pas souhaitable de construire des chambres d'isolement en pédopsychiatrie, car au vu du manque d'effectif et de formation professionnelle, cela risquerait de légitimer une pratique que nous souhaitons la plus rare possible. Pour diminuer le recours à la chambre d'isolement et à la mise sous contention en pédopsychiatrie, il conviendrait d'augmenter le nombre de pédopsychiatres formés, d'augmenter le nombre de lits en pédopsychiatrie, de renforcer les équipes de liaison en pédopsychiatrie, de former les équipes de pédiatrie et de pédopsychiatrie à la gestion des crises et des troubles du comportement, et de mettre en œuvre des recherches spécifiques, le plus souvent qualitatives [21,24,44]. Utopique ? Pas tant, tant nous avons besoin de ces ambitions-là, comme d'une idée kantienne qui ouvre à notre action l'horizon où déployer nos efforts.

Tableau 1

Principaux enjeux éthiques quant à l'utilisation de soins sans consentement, isolement et contention en pédopsychiatrie.

Principes éthiques	Sur un plan individuel (ex. à l'échelle d'une unité d'hospitalisation ou d'un service)	Sur un plan collectif (ex. à l'échelle de l'institution hospitalière et du système de santé)
Bienfaisance	La sévérité clinique justifie-t-elle la contrainte au soin ? La sévérité clinique justifie-t-elle l'isolement ou la contention ?	Hospitalisons-nous plus souvent des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ?
Non-nuisance	Nos durées d'hospitalisation sont-elles trop longues ? L'hospitalisation est-elle une expérience négative de la psychiatrie ? Et quid de la dimension traumatique quant à l'isolement, la contention et la violence subie ?	Pourquoi remplace-t-on si souvent les hospitalisations en pédopsychiatrie par des hospitalisations en psychiatrie d'adulte, et ce, parfois même avec isolement systématique ?
Justice/équité	Les places disponibles sont-elles réparties équitablement ? Comment gérer les oppositions parents/enfants ? Avons-nous des alternatives à l'hospitalisation ?	Nombre de places en pédopsychiatrie insuffisantes et inégales sur le territoire Formation des professionnels insuffisante Comment définir l'âge de l'autonomie sexuelle ? Comment définir l'âge de la décision personnelle vs l'autorité parentale ?
Autonomie	Quand un enfant peut-il donner son consentement ? Comment reconnaître son assentiment aux soins ? Comment gérer les oppositions parents/enfants ?	
Réversibilité ^a Prudence ^a	Traumatisme indélébile Limiter les hospitalisations	Limiter les hospitalisations

^a Ces deux derniers principes ont été ajoutés en complément du principisme éthique de Childress et Beauchamp [17].

Tableau 2

Principaux questionnements éthiques concernant l'utilisation de l'électroconvulsivothérapie à l'adolescence (d'après Cohen et al., 2000 [28]).

Principes éthiques	Questions
Non-nuisance	La plupart des critiques contre l'utilisation de l'ECT chez les adolescents ont été basées sur les effets secondaires possibles, en particulier les troubles cognitifs et les troubles de mémoire
Bienfaisance	Le bénéfice est certain en cas de dépression psychotique, de syndrome catatonique, de dépression et de manie résistantes. Cependant, la pratique de l'ECT chez les adolescents reste peu fréquente
Autonomie	Particulièrement difficile à appliquer, lorsque les patients sont dans un état d'incompétence transitoire, en raison de leurs troubles mentaux persistants, ou dans une relative immaturité, en raison de leur jeune âge Considérant les adolescents atteints de troubles psychotiques aigus, il existe un conflit entre le respect de l'autonomie du patient et le principe de bienfaisance
Justice/équité	Aujourd'hui, plus que tout autre groupe, certains adolescents risquent malheureusement de ne pas recevoir ce traitement, même s'il est indiqué
Réversibilité ^a Prudence ^a	L'expérience peut être traumatique, même si les conditions de mise en œuvre actuelles sont meilleures La communauté psychiatrique a établi des normes de pratique, de procédure, d'éducation des patients et de consentement éclairé en réponse aux questions du grand public. Si les bénéfices de l'ECT sont souvent impressionnants, les effets secondaires sont parfois importants, bien qu'ils soient transitoires. La prudence recommande de n'utiliser l'ECT que dans les situations d'impasse thérapeutique pour lesquelles l'indication est incontestable

^a Ces deux derniers principes ont été ajoutés en complément du principisme éthique de Childress et Beauchamp [17].

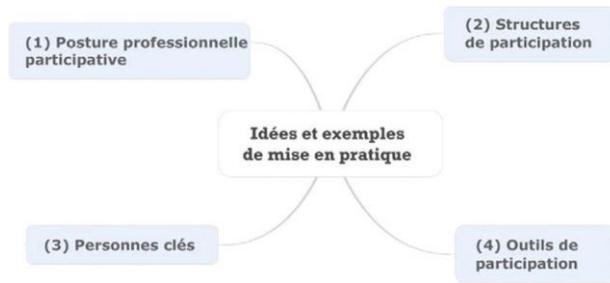


Fig. 1. Catégories de mise en pratique de la participation (d'après Zerbe et LefèvreUtile, 2021 [23]).

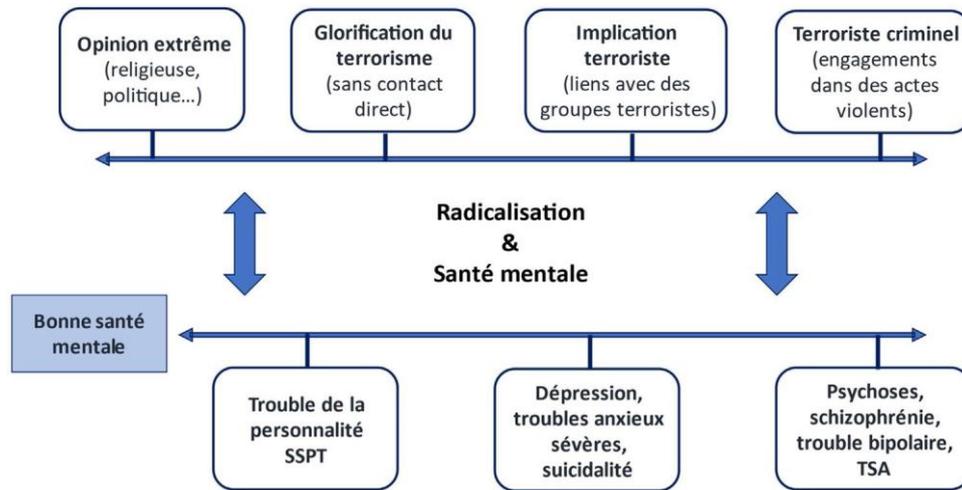


Fig. 2. Liens entre santé mentale et radicalisation (d'après Botbol et al., 2020 [32]).



Fig. 3. Principaux niveaux de prévention et d'intervention face aux comportements défis associés à l'autisme et/ou la déficience intellectuelle (adapté d'après Guinchat et al., 2020 [15]).

Références

- [1] CGLPL. Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale; 2017 [<http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2017/11/Rapport-th%C3%A9matique-mineurs-hospitalis%C3%A9s-version-web.pdf>. Accessed 1st November 2022].
- [2] CGLPL. Les droits fondamentaux des mineurs enfermés; 2021 [<https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2021/03/CGLPL-Rapport-Droits-fondamentaux-des-mineurs-enferm%C3%A9s-web.pdf>. Accessed 1st November 2022].
- [3] Code civil. Article 375-5 du Code civil; 2016 [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032655173/#:~:text=Si%20la%20situation%20de%20l'enfant%20l'exige. Accessed 1st November 2022].
- [4] CSP. Article L3213-1 du Code de santé publique; 2013 [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028016871. Accessed 1st November 2022].
- [5] Ministère des Solidarités et de la Santé. 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; 2022 [<https://fedepsychiatrie.fr/wp-content/uploads/2022/04/Circulaire-Sante-IC29032022.pdf>. Accessed 1st November 2022].
- [6] CSP. Article L3222-5-1 du Code de santé publique; 2022 [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031918948. Accessed 1st November 2022].
- [7] Santé publique France. Santé mentale des enfants et adolescents : un suivi renforcé et une prévention sur-mesure; 2022 [<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/sante-mentale-des-enfants-et-adolescents-un-suivi-renforce-et-une-prevention-sur-mesure#:~:text=Ces%20donn%C3%A9es%20montraient%20depuis%20d%C3%A9but,coll%C3%A8ge%20%C3%A9taient%20les%20plus%20impact%C3%A9s>. Accessed 1st November 2022].
- [8] Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Psychopathological consequences of confinement. *Encephale* 2020;46(3s):S43–52.
- [9] Cohen D. Appreciating COVID-19 as a child and adolescent psychiatrist on the move. *Encephale* 2020;46(3s):S99–106.
- [10] Vandentorren SKI, Estevez M, De Stefano C, Rezzoug D, Oppenheim N, et al. Premiers résultats des facteurs associés à la résilience et à la santé mentale des enfants et des adolescents (9–18 ans) lors du premier confinement lié à la COVID-19 en France. *Bull Epidemiol Hebd* 2021;Cov 8:2–17 [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov_8/2021_Cov_8_1.html].
- [11] Observatoire national du suicide. Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au COVID-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. 5^e rapport; 2022 [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/ONS5_MAJ25-10.pdf. Accessed 1st November 2022].
- [12] Fernández-Aranda F, Munguía L, Mestre-Bach G, Steward T, Etxandi M, Baenas I, et al. COVID Isolation Eating Scale (CIES): analysis of the impact of confinement in eating disorders and obesity – a collaborative international study. *Eur Eat Disord Rev* 2020;28(6):871–83.
- [13] Conseil économique, social et environnemental, Dru A, Gautier A. Améliorer le parcours de soins en psychiatrie. *J Off République Fr* 2021 [https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2021/2021_10_parcours_soins_psychiatrie.pdf. Accessed 1st November 2022].

- [14] Benarous X, Renaud J, Breton JJ, Cohen D, Labelle R, Guilé JM. Are youths with disruptive mood dysregulation disorder different from youths with major depressive disorder or persistent depressive disorder? *J Affect Disord* 2020;265:207–15.
- [15] Guinchat V, Cravero C, Lefèvre-Utile J, Cohen D. Multidisciplinary treatment plan for challenging behaviors in neurodevelopmental disorders. *Handb Clin Neurol* 2020;174:301–21.
- [16] CGLPL. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale; 2016 [https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/07/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf. Accessed 1st November 2022].
- [17] Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 8th edition New York: Oxford University Press; 2019. p. 512.
- [18] Guivarch J, Cano N. Use of restraint in psychiatry: feelings of caregivers and ethical perspectives. *Encephale* 2013;39(4):237–43.
- [19] Guivarch J. Retour de la contention en psychiatrie : perception des patients et soignants et considérations éthiques. *Ethique Sante* 2016;13(4):209–14.
- [20] Brunel M, Mallevaey B, Przygodzki-Lionet N. Évaluer le discernement : une perspective biopsychosociale. *Prat Psychol* 2022;28(4):225–34.
- [21] Carnevale FA, Collin-Vézina D, Macdonald ME, Ménard J-F, Talwar V, Van Praagh, S. Childhood ethics: an ontological advancement for childhood studies. *Child Soc* 2021;35(1):110–24.
- [22] Stocker A, Théron S, Revet A. Le concept d'autonomie dans les soins en psychiatrie de l'adolescent : une mise au point philosophique, juridique et médicale. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2023;71(1):1–7.
- [23] Zerbe PS, Lefèvre-Utile J. Le respect de l'autonomie à travers la participation des enfants et adolescents hospitalisés en psychiatrie. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2021;69(6):302–10.
- [24] Montreuil M, Carnevale FA. Participatory hermeneutic ethnography: a methodological framework for health ethics research with children. *Qual Health Res* 2018;28(7):1135–44.
- [25] Carnevale FA. Charles Taylor, hermeneutics and social imaginaries: a framework for ethics research. *Nurs Philos* 2013;14(2):86–95.
- [26] Carnevale FA, Macdonald ME, Bluebond-Langner M, McKeever P. Using participant observation in pediatric health care settings: ethical challenges and solutions. *J Child Health Care* 2008;12(1):18–32.
- [27] Lefèvre-Utile J, Montreuil M, Perron A, Reyre A, Carnevale F. Acknowledging caregivers' vulnerability in the management of challenging behaviours to reduce control measures in psychiatry. *Nurs Ethics* 2022;29(3):758–79.
- [28] Cohen D, Flament M, Taieb O, Thompson C, Basquin M. Electroconvulsive therapy in adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000;9(1):1–6.
- [29] Taieb O, Flament MF, Corcos M, Jeamment P, Basquin M, Mazet P, et al. Electroconvulsive therapy in adolescents with mood disorder: patients' and parents' attitudes. *Psychiatry Res* 2001;104(2):183–90.
- [30] Cohen D, Taieb O, Flament M, Benoit N, Chevret S, Corcos M, et al. Absence of cognitive impairment at long-term follow-up in adolescents treated with ECT for severe mood disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157(3):460–2.

- [31] Campelo N, Bouzar L, Oppetit A, Pellerin H, Hefez S, Bronsard G, et al. Joining the Islamic state from France between 2014 and 2016: an observational follow-up study. *Palgrave Commun* 2018;4(1):137.
- [32] Botbol M, Campelo N, Lacour-Gonay C, Roche-Rabreau D, Teboul R, Chambry J, et al. Psychiatrie et radicalisation – rapport du groupe de travail de la Fédération française de psychiatrie. Fédération française de psychiatrie; 2020 [<https://www.cipdr.gouv.fr/wp-content/uploads/2020/07/FFP-rapport-Psychiatrie-et-Radicalisation-Janvier2020-valide%CC%81-MB-26022020.pdf>. Accessed 1st November 2022].
- [33] Magerotte G, Willaye E. In: *Évaluation et intervention auprès des comportements dévifs. Déficience intellectuelle et/ou autisme*. 2^e éd. Louvain-La-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur; 2014. p. 378.
- [34] Geissler JM, Werner E, Dworschak W, Romanos M, Ratz C. German law reform does not reduce the prevalence of coercive measures in residential institutions for children, adolescents, and young adults with intellectual and developmental disabilities. *Front Psychiatry* 2021;12:765830.
- [35] Lefèvre-Utile J, Guinchat V, Wachtel LE, Cohen D, Perron A, Montreuil M, et al. Équipements de protection individuelle et outils de sécurisation alternatifs à la contention dans la prise en charge des troubles graves du comportement des personnes avec autisme et déficience intellectuelle (partie 1 : perspective des patients). Personal protective equipment and restraints alternatives in the management of challenging behaviors in inpatients with autism and intellectual disability (part 1: patients' perspectives). *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2018;66 [443-59 pp.].
- [36] Lefèvre-Utile J, Guinchat V, Wachtel LE, Cohen D, Perron A, Montreuil M, et al. Équipements de protection individuelle et outils de sécurisation alternatifs à la contention dans la prise en charge des troubles graves du comportement des personnes avec autisme et déficience intellectuelle (partie 2 : perspectives des soignants). *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2018;66(7-8) [460-7 pp.].
- [37] Diaz L, Guinchat V, Lorilleux A, Alati J, Lefèvre-Utile J. Gestion de la violence. Un dispositif innovant auprès de personnes autistes. *J Psychol* 2018;358(6):20-6.
- [38] PCMA. L'Association de gestion professionnelle de crise. Prévenir, désamorcer et gérer des comportements dangereux. <https://pcmafrance.com/2021>.
- [39] Lefèvre-Utile J. La vulnérabilité partagée dans la prise en charge des troubles graves du comportement; 2019 [<http://asstsas.qc.ca/publication/la-vulnerabilite-partagee-dans-la-prise-en-charge-des-tgc>. Accessed 1st November 2022].
- [40] Lefèvre-Utile J, Montreuil M, Perron A, Reyre A, Carnevale F. Prendre en compte la vulnérabilité partagée pour réduire le recours à la contrainte dans la prise en charge des troubles graves du comportement des patients avec déficience intellectuelle et/ou autisme : une ethnographie-herméneutique participative. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2022;70(7):368-79.
- [41] Lefèvre-Utile J. La relation de soin en pédopsychiatrie à l'épreuve de la violence et au cœur de la vulnérabilité partagée : étude ethnographique sur les pratiques de sécurisation alternatives à la contention dans la prise en charge des troubles graves du comportement des personnes avec autisme et déficience intellectuelle en France. Canada et aux États-Unis: Université Paris-Saclay; 2021.
- [42] Zielinski A. Vulnérabilité partagée : un point de rencontre (shared vulnerability: a meeting point?) ? *Med Palliat* 2018;17(5):300-4.
- [43] Nunno MA, Holden MJ, Tollar A. Learning from tragedy: a survey of child and adolescent restraint fatalities. *Child Abuse Negl* 2006;30(12):1333-42.
- [44] Carnevale FA. A "Thick" conception of children's voices: a hermeneutical framework for childhood research. *Int J Qual Methods* 2020;19 [1609406920933767].

Affiliations

J. Lefèvre-Utile^{a,b,c}, J. Guivarch^{d,e}, D. Cohen^{a,f,*}, C. Cravero^a, A.-C. Rolland^{g,h}, et le
Groupede travail de pédopsychiatrie de la Commission nationale de psychiatrie¹

^a Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, GHU Pitié-Salpêtrière, Sorbonne université, AP-HP, Paris, France

^b Inserm, équipe recherches en éthique et épistémologie (R2E), CESP U1018, université Paris-Saclay, Paris, France

^c Ingram School of Nursing, université de McGill, Montréal, Canada

^d Service universitaire de pédopsychiatrie, CHU de Sainte-Marguerite, université d'Aix-Marseille, APHM, Marseille, France

^e ISCrIm', institut de sciences criminelles, université de Poitiers, Poitiers, France

^f Équipe perception, interaction et robotique sociale (PIRoS), institut des systèmes intelligents et robotiques (ISIR), CNRS UMR 7222, Sorbonne université, Paris, France

^g Service de psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Reims, université de Reims Champagne-Ardenne, hôpital Robert-Debré, Reims, France

^h Laboratoire cognition santé société (EA 6291), département de psychologie, université de Reims Champagne-Ardenne, Reims, France