



*CONFERENCE NATIONALE DES PRESIDENTS DES COMMISSIONS MEDICALES  
D'ETABLISSEMENT DES CENTRES HOSPITALIERS SPECIALISES*

**PRINCIPES GÉNÉRAUX CONCERNANT LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE  
CONTENTION EN PSYCHIATRIE**

Conférence Nationale des Présidents de CME de CHS  
18 mai 2016

Il est rappelé que les pratiques de restriction de liberté en établissements hospitaliers autorisés en psychiatrie sont encadrées par des textes législatifs et réglementaires.

Touchant aux domaines des libertés publiques et des droits fondamentaux, elles font l'objet de recommandations et de démarches qualité dans le cadre de la certification des établissements de santé menée par la Haute Autorité de Santé, qui a récemment mis en place un groupe de travail sur les pratiques d'isolement et de contention.

Ces pratiques s'inscrivent dans un processus complexe justifié par l'état clinique du patient et comprenant de nombreux aspects : une décision, un accompagnement humain, une délivrance de soins et une surveillance professionnelle de proximité.

Les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie ne sont pas à confondre mais, dans tous les cas, elles ne peuvent être considérées comme anodines et relever de la banalité de la pratique quotidienne. Elles ne peuvent en aucun cas constituer une réponse à des questions d'ordre disciplinaire, d'effectifs soignants ou par convenance institutionnelle. Elles ne doivent être limitées qu'au strict nécessaire.

L'histoire de l'institution hospitalière a montré qu'aucun acteur du soin, quel que soit ses compétences et son expérience, n'est à l'abri de contre-attitudes négatives et de perte de maîtrise de soi dans sa pratique hospitalière. Il s'agit donc d'un domaine qui exige une vigilance toute particulière d'un point de vue éthique médical et légal ainsi que de prendre la mesure de ce que toute privation ou restriction de liberté implique pour chacun, patient ou soignant.

Sur ces bases, la conférence nationale des présidents de CME de CHS considère que :

1/ L'isolement et la contention sont des mesures de protection du patient et éventuellement de son entourage de l'unité de soin. Il s'agit de mesures dites "de dernier recours" et leurs indications ne peuvent être portées que sur la base de la constatation de son état clinique, dans une perspective d'apaisement et dans le respect de sa dignité et de son intimité.

2/ La décision d'isolement ou de contention est prise par un praticien senior qui s'assure du caractère dit "de dernier recours" de la mesure. A cet égard, il retranscrit dans le dossier du patient les actions menées au préalable pour éviter cette mesure. Il est informé sans délai de sa mise en place. En cas de nécessité entrant dans le cadre du rôle propre infirmier, le praticien senior confirme s'il y a lieu la mesure dans l'heure qui suit sa mise en place à la suite d'un examen médical.

3/ La décision d'isolement ou de contention ne peut être anticipée (dite "si besoin") ou systématisée, notamment en raison de la situation administrative du patient ( soins sans consentement, personne détenue etc.).

4/ La décision d'isolement ou de contention fait l'objet d'une concertation avec l'équipe de soins et prend en compte notamment l'évaluation du bénéfice/ risque. Dans toute la mesure du possible, les professionnels s'efforcent d'expliquer au patient pourquoi cette mesure ne peut pas être évitée. Toute information utile lui est apportée dès la prise de décision, en particulier concernant la durée prévisible de la mesure, qui est inscrite dans le dossier. La personne de confiance en est informée dès que possible.

5/ La décision est individualisée, assortie le cas échéant d'une prescription médicamenteuse, basée sur la prise en compte de l'intérêt du patient dans un but thérapeutique et évaluée au regard de l'évolution de son état clinique. Elle est motivée, inscrite dans le dossier du patient et horodatée. Sa durée est, le cas échéant, le type de contention, y est précisée ainsi que l'absence de contre-indications somatiques. En tout état de cause la mesure est "nécessaire, adaptée et proportionnée à l'état clinique du patient".

6/ Un programme individualisé de surveillance de l'état clinique et de prévention des risques prévoit notamment un examen médical somatique dans les deux heures qui suivent le début de la mesure d'isolement, un minimum de deux examens médicaux quotidiens et une évaluation infirmière au minimum toutes les heures, et la possibilité pour le patient de solliciter un soignant si nécessaire.

7/ La contention est décidée pour une période maximum de 12 heures, l'isolement pour une période maximum de 24 heures. Sauf impossibilité majeure motivée et retranscrite dans le dossier du patient, la mesure est interrompue par des sorties de la chambre d'isolement dans le service d'hospitalisation pour une courte durée.). Sa reconduction nécessite systématiquement un examen par un praticien senior et les mêmes justifications qu'à l'origine de la mesure. Au terme de la mesure un entretien médical sur le vécu de la mesure est organisé avec le patient dont le compte-rendu figure au dossier médical.

8/ L'isolement et la contention sont réalisés dans des espaces dédiés dont l'architecture a été conçue pour contribuer à la qualité des soins dans ce contexte particulier et par un personnel suffisamment expérimenté et formé aux enjeux éthiques et aux difficultés de mise en œuvre de ces pratiques. Les conditions matérielles et notamment d'hygiène et de sécurité y sont assurées dans le respect de la dignité et de l'intimité du patient, notamment l'accès à un point d'eau. L'utilisation de vêtements autres que ceux du patient doit être strictement limitée et réservée qu'à de rares situations motivées par des arguments cliniques et/ou d'hygiène. Elle ne peut en aucun cas être systématisée pour des motifs institutionnels.

9/ La disponibilité de sa chambre est assurée au patient à tout moment dès l'amélioration de son état clinique.

10/ Au niveau institutionnel :

- Le début et la fin de toute mesure d'isolement ou de contention sont portées à la connaissance du praticien hospitalier d'astreinte, de l'interne et du cadre de



## ***CONFERENCE NATIONALE DES PRESIDENTS DES COMMISSIONS MEDICALES D'ETABLISSEMENT DES CENTRES HOSPITALIERS SPECIALISES***

garde. Elle est signalée en temps réel au service de sécurité incendie de l'établissement.

- Les situations des patients en isolement ou contention sont reprises lors des réunions institutionnelles de l'unité d'hospitalisation, au minimum de façon hebdomadaire et la traçabilité en est assurée dans le dossier du patient. Elles sont portées à la connaissance du JLD à chacun de ses passages dans l'établissement.
- La gestion de la disponibilité des chambres d'isolement engage la solidarité institutionnelle des responsables médicaux et administratifs des pôles.

11/ La CME fait de la réduction des pratiques de contention et d'isolement au strict minimum un axe fort de sa politique de qualité et de sécurité. Elle en fait systématiquement l'objet d'un volet spécifique de son projet médical.

Dans cette perspective la CME est informée chaque trimestre dans le cadre de son agenda qualité de la situation quantitative et qualitative de ces mesures. Sur la base du registre prévu par la loi, l'établissement établit annuellement en lien avec la CME et le DIM, un rapport rendant compte des pratiques d'isolement et de contention, et la politique qu'il définit et met en oeuvre pour en limiter le recours (EPP, formations et recherches etc..). Ce rapport est transmis à la commission des usagers, au comité d'éthique et au conseil de surveillance pour avis, ainsi qu'à l'ARS pour une analyse régionale de ces pratiques en lien avec les rapports de la CDSP qui en est mensuellement informée.

12/ La conférence nationale des présidents de CME de CHS estime que la mise en place d'un observatoire national des pratiques d'isolement et de contention des établissements publics de santé, réunissant les représentants des acteurs concernés (patients familles professionnels et administrations) et dont elle déjà fait la demande au Ministère, serait de nature à assurer un traitement objectif de ces pratiques, pour réaliser une analyse critique des données fournies régionalement par les ARS et en interpréter qualitativement et quantitativement les évolutions dans la perspective d'en limiter à terme le recours.