

CONTENTION ET ISOLEMENT

Jusqu'à la loi « Santé » du 26 janvier 2016, aucune disposition spécifique n'était prévue en matière de contention ou d'isolement s'agissant des prises en charge en psychiatrie.

Un référentiel de l'ANAES sur l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie (datant de 1998) précisait uniquement que « *en cas de recours à la contention physique, celle-ci est réalisée avec les matériels adéquats, en toute sécurité pour le patient et en tenant compte de son confort* ».

Pouvaient également être prises comme référence les recommandations de l'ANAES sur la contention de personnes âgées (« *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée* », ANAES, 2000. Le 1er critère retenu était la prescription de la contention physique).

Loi de modernisation de notre système de santé

La [loi du 26 janvier 2016](#) de modernisation de notre système de santé introduit au sein du code de la santé publique des dispositions relatives à l'isolement et à la contention.

L'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique (CSP) dispose désormais que :

« L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en oeuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

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

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

Cet article précise bien que ce registre dans le droit actuel n'a lieu d'être qu'**au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désigné pour assurer des soins psychiatriques sans consentement**. Une circulaire en préparation prévoit le contenu de ce registre et notamment que « l'élaboration d'une politique de prévention de ces pratiques au sein de l'établissement doit aussi permettre d'appréhender le recours à l'isolement en chambre ordinaire ».

En février 2017, [la HAS a par ailleurs publié des recommandations de bonne pratique relatives à l'isolement et à la contention mécanique en psychiatrie générale.](#)

Elles ont pour objet de permettre aux professionnels de santé amenés à recourir éventuellement à ces mesures de « dernier recours », d'améliorer et d'harmoniser leurs pratiques, en répondant aux exigences cliniques, éthiques, légales et organisationnelles. Leur finalité est la sécurité et l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

La HAS rappelle que « l'isolement et la contention peuvent être envisagés uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.

L'isolement ne doit être utilisé qu'en dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient. Il doit être pleinement justifié par des arguments cliniques.

La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement. Elle doit rester exceptionnelle et ne doit être utilisée qu'en dernier recours, pour une durée limitée et strictement nécessaire, après une évaluation du patient. La mesure doit être pleinement justifiée par des arguments cliniques. »

Sont précisées les modalités de mise en œuvre de ces dispositifs, la surveillance qui doit les accompagner, les obligations en matière d'information du patient, ainsi que les règles de sécurité du patient et des soignants.

Sont ainsi décrites les caractéristiques de **l'espace d'isolement** : « Il est recommandé que la mesure d'isolement soit faite dans un espace prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural. »

Il est recommandé une **durée limitée dans le temps** de ces mesures, respectivement de 12 heures maximum pour l'isolement et de 6 heures pour la contention mécanique.

Il est recommandé qu'une fiche particulière de prescription du suivi de la décision soit présente dans le dossier du patient.

Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 12 heures pour l'isolement et 6 heures pour la contention mécanique. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures en concertation avec l'équipe soignante. L'équipe soignante réévalue l'état clinique et peut solliciter le psychiatre pour la levée de la mesure à tout moment. La mesure ne doit pas être maintenue plus longtemps que nécessaire. Les isollements de plus de 48 heures et les contentions mécaniques de plus de 24 heures doivent être exceptionnels.

La tenue du registre prévu par la loi de modernisation de notre système de santé est précisée : ce registre administratif doit préserver l'anonymat du patient ; pour chaque mesure d'isolement ou de contention mécanique, il doit mentionner le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant surveillé le patient.

Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), au contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

[L'Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017](#) relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'ARS pour assurer des soins psychiatriques sans consentement vient préciser les modalités de mise en œuvre du registre prévu par la loi dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné pour assurer des soins psychiatriques sans consentement ainsi que l'utilisation des données au sein de chaque établissement, aux niveaux régional et national pour le suivi de ces pratiques.

Le cadre légal et de l'objectif de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention est rappelé. De même est précisé le champ d'application et contenu du registre (dont un modèle est annexé à la circulaire), ainsi que l'utilisation et la restitution des données du registre par les établissements ainsi que par les ARS.

Transports sanitaires et contention

Il n'existe pas de réglementation spécifique en la matière. À défaut d'évocation explicite par la loi des mesures pouvant être mises en oeuvre, différentes dispositions doivent être prises en référence. La loi prévoit que :

« Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux (...) est transportée en vue de (soins psychiatriques sans consentement : SDT ou SDRE), les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en oeuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée » (art. L. 3211-3, CSP)

« Les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète (hors les patients détenus) peuvent être prises en charge et transportées dans un établissement de santé (habilité) sans leur consentement lorsque cela est strictement nécessaire et par des moyens adaptés à leur état » (art. L.3222-1-1, CSP).

Il ressort de ces dispositions que la contrainte peut être utilisée pour conduire le patient à l'hôpital d'accueil, mais que cet acheminement forcé doit être effectué selon des modalités « adaptées, nécessaires et proportionnées » à la situation et respectueuses de la dignité des personnes. Il revient donc au praticien prenant en charge le patient de prescrire une contention physique pendant le transport sanitaire si l'état de santé du patient le justifie et uniquement dans ce cas.

Références complémentaires

Conférence Nationale des Présidents de CME de CHS le 18 mai 2016 sur les « principes généraux concernant les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie »