



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE**

# Isolement et contention en psychiatrie générale

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

**ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE**

Ce document n'est pas le texte des recommandations.

**Février 2017**

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :

Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique ou Élaboration de recommandations de bonne pratique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

**Tableau 1. Grade des recommandations**

<b>A</b>	<b>Preuve scientifique établie</b> Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées
<b>B</b>	<b>Présomption scientifique</b> Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
<b>C</b>	<b>Faible niveau de preuve</b> Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
<b>AE</b>	<b>Accord d'experts</b> En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

L'argumentaire scientifique de cette évaluation est téléchargeable sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

**Haute Autorité de Santé**

Service Communication – Information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

# Sommaire

<b>1. Contexte.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Définitions .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Quelques chiffres nationaux .....</b>	<b>5</b>
<b>4. Cadre légal et réglementaire de la contention et de l'isolement.....</b>	<b>5</b>
<b>5. Dispositions non contraignantes.....</b>	<b>9</b>
<b>6. Recommandations de bonnes pratiques existantes en France.....</b>	<b>17</b>
<b>7. Revue de la littérature internationale.....</b>	<b>23</b>
<b>8. Version soumise aux parties prenantes .....</b>	<b>58</b>
<b>9. Avis des parties prenantes.....</b>	<b>92</b>
<b>10. Validation.....</b>	<b>147</b>
10.1 Adoption par le Collège de la HAS.....	147
Annexe 1. Recherche documentaire .....	148
Références.....	150
Participants .....	153
Remerciements .....	154
Fiche descriptive .....	155

## 1. Contexte

Depuis plusieurs années, les diverses autorités appellent l'attention sur les recours aux mesures de contention et d'isolement, considérant que leur usage n'est pas toujours motivé par des raisons thérapeutiques et qu'il convient de les encadrer.

Il s'agit d'un sujet très sensible, à la fois éthique et légal, notamment quant au respect des libertés individuelles, mais également de la sécurité du patient et de celle d'autrui.

C'est dans ce contexte et pour répondre à la nécessité d'un encadrement plus rigoureux de ces mesures que la DGS et la DGOS ont, dans leurs saisines à la HAS, souligné que « si ces pratiques thérapeutiques peuvent être considérées comme indispensables dans certaines situations, la contrainte particulière qu'elles représentent pour les personnes concernées justifie qu'elles soient particulièrement encadrées et envisagées dans des conditions très précises ».

Pour permettre l'élaboration de recommandations par la HAS concernant la contention physique et l'isolement en psychiatrie, une revue de la littérature internationale a été effectuée, notamment des recommandations internationales existant sur le sujet. De plus, de nombreuses recommandations visent à la diminution du recours aux mesures de contention et d'isolement et sont présentées dans ce rapport.

## 2. Définitions

### Isolement :

- Tout patient dans une chambre dont la porte est verrouillée et qui est séparé de l'équipe de soin et des autres patients (1).
- Toutes les situations où le patient est placé, sur décision d'un médecin ou d'un soignant, dans un espace fermé qu'il ne peut ouvrir, qu'il s'agisse de sa propre chambre ou d'une pièce prévue cet effet (chambre d'isolement, de soins intensifs, sécurisée, d'apaisement, de contention, etc.) (2).
- Placer ou laisser une personne dans une chambre seule, jour ou nuit, avec la porte de sortie fermée ou bloquée, de façon à empêcher la personne de sortir (3).
- Lorsqu'un usager est placé seul, dans une chambre, quel que soit le moment ou la durée, dont il ne peut pas sortir librement (4).
- Le confinement involontaire d'une personne, seule dans une chambre ou dans un espace dont elle ne peut pas physiquement partir (5).
- Une mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour une durée déterminée, d'où elle ne peut sortir librement (6).

### Contention physique :

- L'utilisation de la force physique (par une ou plusieurs personnes) dans le but d'empêcher les mouvements libres d'un patient, lorsqu'il présente un risque immédiat de blessures pour lui-même ou pour autrui (3).
- Une mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap (6).
- Consiste à restreindre, à maîtriser les mouvements d'un patient en l'immobilisant sur un brancard ou un lit muni d'attaches verrouillées (7).

Chambre d'apaisement : il s'agit d'une amélioration architecturale en vue de créer un espace dominé par le confort et le bien-être afin de favoriser, dans le cadre de l'isolement, l'apaisement du patient et l'alliance thérapeutique (8).

### 3. Quelques chiffres nationaux

L'Assemblée nationale mentionne au Journal Officiel, le 21 avril 2015, qu'« aucune statistique n'est actuellement disponible pour étayer le recours à la contention ». Une seule étude française, portant sur la contention, a été publiée, réalisée dans le service des urgences de Saint-Anne à Paris, et a retrouvé une prévalence d'usage de la contention mécanique de 1,4 %, avec une durée moyenne de 120 minutes (9). Dans la thèse de médecine de Raphael Carré (2014), la durée moyenne de contention était de 69,5 heures, et la médiane de 12 heures dans une étude portant sur 29 patients (10).

Concernant l'isolement, les données du Rim-P retrouvent qu'en 2015, 28 100 patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie ont été placés en isolement, soit 8,3 % des patients hospitalisés. Ces chiffres seraient en augmentation ces dernières années, avec 6,6 % des patients hospitalisés à plein temps en 2011 concernés par l'isolement, et 7,2 % en 2013 (11). Selon le rapport thématique du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (2016) et les données fournies par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH [www.atih.sante.fr/](http://www.atih.sante.fr/)), en 2014, près de 25 000 patients auraient au moins passé une journée en isolement, avec une durée moyenne d'environ 15 jours par patient (2).

Concernant les études internationales, selon la revue de la littérature de Steinert *et al.* (2010), la fréquence d'utilisation de la contention suite à une admission en psychiatrie serait de 7,3 % en Angleterre, 8 % en Allemagne, 5 % en Finlande, 1,2 % aux Pays-Bas, 3,1 % en Suisse (12). La durée moyenne de contention serait de 10 heures en Allemagne contre 49 heures en Suisse et entre 5 et 7 heures en Finlande (13). Dans certains pays, comme l'Islande, les mesures de contraintes sont interdites. Néanmoins, ces chiffres sont en lien avec les conditions et les législations encadrant les soins sous contraintes, ce qui peut expliquer les variations importantes retrouvées entre les pays.

### 4. Cadre légal et réglementaire de la contention et de l'isolement

- Article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique :

« 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 œuvre 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 œuvre. 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. »

- Article L. 3211-3 du Code de la santé publique (modifié par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 - art. 1)

« Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état.

En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est informée :

- a) Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions mentionnées au deuxième alinéa du présent article, ainsi que des raisons qui les motivent ;
- b) Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions mentionnées au même deuxième alinéa, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes en application de l'article L. 3211-12-1.

L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

- 1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 ;
- 2° De saisir la commission prévue à l'article L. 3222-5 et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3 ;
- 3° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- 4° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- 5° D'émettre ou de recevoir des courriers ;
- 6° De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- 7° D'exercer son droit de vote ;
- 8° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 5°, 7° et 8°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade. »

- Article L. 3222-1 du Code de la santé publique (modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 69 (V))

« I.- Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du représentant de l'Etat dans le département concerné, un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie

chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement, en application des chapitres II à IV du titre 1er du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale.

II.- La zone géographique dans laquelle l'établissement de santé ainsi désigné exerce ces missions est définie, en tenant compte des modalités d'organisation en secteurs de psychiatrie mentionnés à l'article L. 3221-4 dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1.

III.- Les moyens mis en œuvre pour l'exercice de ces missions et les modalités de coordination avec l'activité de psychiatrie de secteur mentionnée à l'article L. 3221-3 sont précisés dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ou dans les documents fixant la politique médicale mentionnée à l'article L. 6161-2-2.

Lorsque l'établissement de santé désigné en application du I du présent article n'est pas chargé de la mission de psychiatrie de secteur dans la même zone géographique, les modalités de coordination font l'objet d'une convention tripartite entre l'établissement de santé désigné en application du même I, l'établissement de santé désigné au titre de l'article L. 3221-4 et le directeur général de l'agence régionale de santé.

IV.- Dans les établissements n'assurant pas le service public hospitalier, tout patient faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre 1er du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code. »

- Article 706-135 du Code de procédure pénale (Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 - art. 10)

« Sans préjudice de l'application des articles L. 3213-1 et L. 3213-7 du code de la santé publique, lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l'admission en soins psychiatriques de la personne, sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du même code s'il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police est immédiatement avisé de cette décision. Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les admissions en soins psychiatriques prononcées en application de l'article L. 3213-1 du même code. »

- Article R. 1112-19 du Code de la santé publique

« Lorsque l'état d'un malade requiert son isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais, tout en demeurant placé sous le régime commun. »

- Article R. 1112-30 du Code de la santé publique

« Les détenus malades ou blessés qui ne peuvent être transférés dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé ou, s'ils sont prévenus, qui ne peuvent être éloignés des juridictions devant lesquelles ils ont à comparaître sont, sur autorisation du ministre de la justice et à la diligence du préfet, admis soit dans le service spécialement aménagé dans l'établissement, soit dans une chambre ou un local où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de police ou de gendarmerie peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades.

En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'autorisation ministérielle. »

- Article R. 3214-6 du Code de la santé publique

« Les décisions de l'autorité judiciaire, notamment en matière d'isolement, de séparation de détenus ou d'interdiction temporaire de communiquer, sont applicables au sein de l'unité spécialement aménagée et sont communiquées par le chef d'établissement pénitentiaire au directeur de l'établissement de santé qui veille à leur exécution. »

- Article R. 4311-5 du Code de la santé publique

« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : [...]

27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ; [...]

- Article R. 4311-6 du Code de la santé publique

« Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;

2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;

3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;

4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient. »

- Article R. 4311-7 du Code de la santé publique

« L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin : [...]

11° Pose de bandages de contention ;

12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ; [...]

43° Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement. »

- Article R. 4321-7 du Code de la santé publique

« Pour la mise en œuvre des traitements mentionnés à l'article R. 4321-5, le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants : [...]

6° Réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures ; [...]

- Article R. 4351-2 du Code de la santé publique



« Sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, le manipulateur d'électroradiologie médicale est habilité à accomplir les actes suivants : [...]

2° Dans le domaine de la radiothérapie :

- a) Confection des moyens de contention et des caches ; [...]

## 5. Dispositions non contraignantes

- **Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (Circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux** (14) :

- Les patients en hospitalisation libre ne peuvent, en aucun cas, être installés dans des services fermés à clé, ni, *a fortiori*, dans des chambres verrouillées.
- L'atteinte à la liberté d'aller et venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indication médicale.
- Il doit y avoir une adéquation entre des soins portant atteinte à la liberté et les modalités d'hospitalisation.
- En cas d'urgence, il peut être possible d'isoler, pour des raisons tenant à sa sécurité, un malade quelques heures, en attendant soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte.

- **Résolution des Nations Unies 46/119 de 1991, principe 11** (15) :

La contrainte physique ou l'isolement d'office du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui. Le recours à ces mesures ne doit durer que le temps strictement nécessaire à cet effet. Toutes les mesures de contrainte physique ou d'isolement d'office, les raisons qui les motivent, leur nature et leur étendue, doivent être inscrites dans le dossier du patient. Tout patient soumis à la contrainte physique ou à l'isolement d'office doit bénéficier de conditions humaines et être soigné, régulièrement et étroitement surveillé par un personnel qualifié. Dans le cas d'un patient ayant un représentant personnel, celui-ci est avisé sans retard, le cas échéant, de toute mesure de contrainte physique ou d'isolement d'office.

- **Recommandation du Conseil de l'Europe Rec(2004)10 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux** (16) :

Article 8 : Principe de la restriction minimale

Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement disponible le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui.

Article 11 : Normes professionnelles

Les professionnels des services de santé mentale devraient avoir les qualifications et la formation appropriées pour pouvoir remplir leur fonction au sein des services, conformément aux obligations et normes professionnelles.

En particulier, le personnel devrait être formé de façon appropriée dans les domaines suivants :

- Protection de la dignité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales des personnes atteintes de troubles mentaux ;
- Compréhension, prévention et contrôle de la violence ;

- Mesures qui permettent d'éviter le recours à la contention ou à l'isolement ;
- Circonstances limitées dans lesquelles différentes méthodes de contention ou d'isolement peuvent être justifiées, compte tenu des bénéfices et des risques éventuels et application correcte de telles mesures.

#### Article 27 : Isolement et contention

Le recours à l'isolement ou à la contention ne devrait intervenir que dans des établissements appropriés, dans le respect du principe de restriction minimale, afin de prévenir tout dommage imminent pour la personne concernée ou pour autrui, et rester toujours proportionné aux risques éventuels.

Le recours à de telles mesures ne devrait intervenir que sous contrôle médical, et devrait être consigné par écrit de façon appropriée.

De plus :

- La personne faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention devrait bénéficier d'un suivi régulier ;
- Les raisons du recours à ces mesures et la durée de leur application devraient être consignées dans le dossier médical de la personne et dans un registre.

Cet article ne s'applique pas à la contention momentanée.

#### **- Rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants de 2012 relatif à la visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010** (17) :

Paragraphe 172 : La mise en chambre d'isolement (MCI) et la contention sont des mesures extrêmes qui peuvent être prises afin de faire face à un risque imminent de blessures ou un état de violence aiguë. Il importe de veiller à ce que chaque MCI et recours à la contention soit prescrit par un médecin ou, du moins, porté à son attention sans attendre afin d'obtenir son autorisation ; dans ce contexte, il convient d'éviter que le personnel soignant ait une autorisation générale du médecin d'utiliser ces moyens en cas de nécessité. Il est également impératif que tous les autres moyens appropriés alternatifs soient tentés avant d'avoir recours à ces mesures. La MCI et la contention ne doivent pas non plus être maintenues plus que nécessaire ; le comité estime à cet égard que l'utilisation de moyens de contention mécaniques pendant des jours, sans interruption, ne saurait avoir de justification et s'apparente à un mauvais traitement.

Les protocoles devraient indiquer clairement l'ensemble des moyens pouvant être utilisés, les circonstances dans lesquelles ils peuvent être appliqués, la surveillance requise et les mesures à prendre une fois que cesse la contention. S'il est jugé nécessaire de soumettre un patient bénéficiant de soins psychiatriques avec son consentement à des mesures d'isolement et/ou de contention et que celui-ci s'y oppose, il convient de revoir le mode de prise en charge de l'intéressé.

Le CPT estime que, en cas de MCI sous contention, un membre du personnel soignant devrait être présent en permanence pour maintenir un lien thérapeutique avec le patient et l'assister (élimination des urines et des selles/ accès aux toilettes et salle d'eau, hydratation, alimentation, etc.). La vidéosurveillance ne saurait remplacer une telle présence continue du personnel.

Dans le cas d'une MCI sans contention, le membre du personnel peut se trouver hors de la chambre d'isolement, à condition que le patient puisse bien voir le membre du personnel et que ce dernier puisse continuellement observer le patient et l'entendre. Il est également essentiel d'effectuer un entretien de fin de mise en isolement avec le patient concerné.

Le CPT recommande aux autorités françaises que tout recours à l'isolement et à la contention soit consigné dans un registre spécial dans chaque service. Les éléments à consigner dans ce registre

doivent comprendre l'heure du début et de fin de la mesure, les circonstances, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel. Ce registre doit être accessible aux organismes de contrôle en visite dans les établissements de psychiatrie.

**- Document de discussion du 4 mars 2011 sur « Le recours à la contention et à l'isolement dans le traitement des personnes souffrant de troubles mentaux », le CPT (18) :**

- reconnaît que « la contrainte physique de patients agités et/ou violents, peut s'avérer nécessaire ». Elle ne devrait être employée qu'en dernier recours, quand d'autres mesures moins restrictives se sont révélées inefficaces. La durée devrait être aussi brève que possible et l'emploi de moyens de contention pendant « plusieurs jours d'affilé » (ou « quelques jours ») est considéré comme équivalent à de mauvais traitements. L'utilisation de lits-cages (lits à filets) est considérée, en toutes circonstances, comme inacceptable et doit être proscrite. Il en va de même des menottes et des chaînes ;
- en outre, les patients ne devraient pas être soumis à la contention à la vue d'autres patients (sauf si l'intéressé formule expressément le souhait de rester en compagnie d'autres patients). Ils devraient être habillés convenablement, pouvoir manger et boire de manière autonome et satisfaire leurs besoins naturels quand ils le souhaitent. Le CPT a, par ailleurs, fréquemment (mais pas toujours) exigé que, chaque fois qu'un patient est attaché au lit, il y ait une relation personnel/patient permanente, face à face, pendant toute la durée de la contention ;
- que la décision initiale de soumettre quelqu'un à la contention mécanique et les décisions ultérieures de prolongation doivent être prises individuellement par un médecin ;
- que le recours à la contention mécanique doit être dûment consigné ;
- que les patients soumis à la contention mécanique doivent faire l'objet d'un débriefing. Concernant l'isolement, le CPT a relevé avec satisfaction que l'isolement est en passe d'être supprimé dans de nombreux pays. Tant que l'on continuera à avoir recours à l'isolement, celui-ci devra faire l'objet d'une politique détaillée explicitant notamment : les types de cas dans lesquels il peut y être fait recours ; les objectifs utilisés ; sa durée et la nécessité de révisions fréquentes ; l'existence de contacts humains appropriés ; l'obligation d'une attention renforcée du personnel. L'isolement ne doit jamais être utilisé à titre de sanction ;
- le recours à l'isolement et à la contention :
  - est une mesure d'urgence visant à empêcher un préjudice physique imminent pour soi-même ou pour autrui, et non pas un traitement,
  - ne doit jamais être utilisé à titre de sanction, par commodité ou manque de personnel,
  - doit respecter le principe de proportionnalité,
  - ne peut être autorisé que par des médecins après une évaluation individuelle (aucune autorisation générale ne saurait être admise).

**- Normes du CPT de 2015 concernant la contention et l'isolement en psychiatrie (19) :**

- Un patient ne devrait être soumis à la contention que comme mesure d'ultime recours ; il s'agit d'une mesure extrême appliquée afin de prévenir des blessures imminentes ou de réduire une agitation et/ou une violence aiguës.
- Que peut-on faire pour prévenir une mauvaise utilisation ou un usage excessif des moyens de contention ? Tout d'abord, l'expérience montre que, dans de nombreux établissements psychiatriques, le recours à la contention, notamment mécanique, peut être réduit considérablement. Les programmes mis en œuvre à cette fin dans certains pays semblent avoir donné de bons résultats sans entraîner d'augmentation du recours à la contention chimique ou au contrôle manuel. Il est donc permis de se demander si la suppression totale (ou presque totale) de la contention ne serait pas un objectif réaliste à plus long terme.
- Il est impératif que chaque cas de recours à la contention soit autorisé par un médecin ou, du moins, porté à son attention sans retard afin d'obtenir son autorisation. D'après l'expérience du CPT, les moyens de contention ont tendance à être utilisés plus fréquemment lorsque le

médecin donne une autorisation générale préalable, au lieu de prendre les décisions au cas par cas (en fonction de la situation rencontrée).

- Lorsque la situation d'urgence ayant entraîné l'application des moyens de contention cesse d'exister, le patient doit être immédiatement libéré. Les établissements psychiatriques devraient envisager d'adopter une règle selon laquelle l'autorisation d'utiliser des moyens de contention mécanique devient caduque au bout d'un certain temps, à moins d'être expressément prolongée par un médecin. Pour un médecin, l'existence d'une telle règle sera une incitation forte à rendre visite en personne au patient maintenu en contention et vérifier ainsi son état de santé mentale et physique.
- En général, l'endroit où un patient est soumis à la contention doit être spécialement conçu à cette fin. Il devrait être sûr (par exemple, sans verre ou carreau cassé) et bénéficier d'une lumière appropriée et d'un chauffage adéquat, favorisant ainsi un environnement qui calme le patient. En outre, un patient soumis à la contention devrait être vêtu correctement et ne devrait pas être exposé à la vue d'autres patients, sauf s'il en a fait explicitement la demande ou s'il est connu pour préférer la compagnie. Il faut garantir en toutes circonstances que les patients soumis à une mesure de contention ne puissent pas être lésés par d'autres patients. Il va de soi que le personnel ne devrait pas être assisté par d'autres patients lorsqu'il applique des moyens de contention à un patient.
- Les moyens de contention devraient être appliqués avec compétence et avec soin pour éviter de mettre en danger la santé du patient et de le faire souffrir. Les fonctions vitales du patient, comme la respiration et la capacité de communiquer, manger et boire ne doivent pas être entravées. Dans le cas de patients ayant tendance à mordre, téter ou cracher, il faut utiliser d'autres moyens que d'entraver la bouche pour prévenir les éventuels effets indésirables de tels agissements.
- Immobiliser de manière adéquate un patient agité ou violent n'est pas une tâche facile pour le personnel. Non seulement la formation est essentielle, mais des cours de formation continue doivent être organisés régulièrement. Ces cours devraient non seulement porter sur la façon d'appliquer des moyens de contention, mais encore, ce qui est tout aussi important, veiller à ce que le personnel soignant comprenne bien l'impact que peut avoir l'utilisation de la contention sur un patient et sache comment prendre soin d'un patient soumis à la contention.
- Utiliser les moyens de contention de manière adéquate nécessite des ressources en personnel importantes. Par exemple, le CPT estime que, lorsque les membres d'un patient sont entravés par des sangles ou des ceintures, un membre du personnel formé devrait être présent en permanence pour maintenir la relation thérapeutique et assister le patient. Cette assistance peut consister à accompagner le patient aux toilettes ou, dans les cas exceptionnels où la mesure de contention dure plus de quelques minutes, à l'aider à s'alimenter.
- À l'évidence, la vidéosurveillance ne saurait remplacer une telle présence continue du personnel. En cas de placement à l'isolement d'un patient, le membre du personnel peut se trouver hors de la chambre du patient, à condition que le patient puisse bien voir le membre du personnel et que ce dernier puisse continuellement observer le patient et l'entendre.
- Tout établissement psychiatrique devrait avoir une politique générale et bien pensée relative à la contention. La participation et le soutien du personnel comme de la direction dans l'élaboration d'une telle politique sont essentiels. Cette politique devrait indiquer clairement les moyens de contention pouvant être utilisés, les circonstances dans lesquelles ils peuvent être appliqués, les mesures pratiques de leur application, la surveillance requise et les mesures à prendre une fois que cesse la contention.
- Cette politique devrait également prévoir des chapitres sur d'autres sujets importants, comme : la formation du personnel, la politique relative aux plaintes, les mécanismes de contrôles interne et externe, et le « débriefing ». De l'avis du CPT, une politique générale de ce type est non seulement un soutien majeur pour le personnel, mais elle est aussi utile pour aider à s'assurer que les patients et leurs tuteurs ou représentants comprennent les raisons qui sous-tendent une mesure de contention susceptible d'être imposée.
- L'expérience montre qu'un enregistrement détaillé et rigoureux des cas de recours à la contention peut fournir à la direction de l'hôpital un aperçu de leur ampleur et de leur

fréquence, et lui permettre de prendre des mesures, le cas échéant, pour en diminuer la survenue.

- De préférence, un registre spécial devrait être tenu pour recenser tous les cas de recours à des moyens de contention, en plus des informations contenues dans le dossier médical personnel du patient. Les éléments à consigner dans le registre doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel. Les patients devraient être habilités à ajouter des commentaires au registre, et devraient être informés de ce droit ; à leur demande, ils devraient recevoir une copie de tous les éléments consignés.
- L'envoi régulier de rapports à un organe de contrôle extérieur, comme un service d'inspection de la santé, peut également être envisagé. L'avantage évident d'un tel mécanisme de contrôle est qu'il permettrait d'obtenir un aperçu national ou régional des pratiques de contention, ce qui faciliterait les efforts visant à mieux les comprendre et, par conséquent, à mieux gérer leur application.
- Limiter le recours aux moyens de contention à un minimum viable nécessite un changement de culture dans de nombreux établissements psychiatriques. A cet égard, le rôle de la direction est crucial. A moins que la direction n'encourage et ne propose d'autres solutions au personnel, une pratique bien ancrée de recours fréquents aux moyens de contention risque de perdurer.

#### **- Rapport d'activité de 2014 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (20) :**

Dans les centres hospitaliers spécialisés et les établissements de santé habilités à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement, la traçabilité des mises en isolement et des mesures de contention n'est généralement pas assurée. Il est ainsi difficile de vérifier si ces mesures de soins, qui relèvent d'une prescription médicale, n'ont pas une autre finalité d'ordre punitive.

La personne mise en chambre d'isolement doit faire l'objet d'une information particulière lui permettant de comprendre la mesure qui lui est appliquée et d'en prévenir les effets anxiogènes, voire traumatisants.

Les protocoles de mise en chambre d'isolement prévoient généralement qu'une information soit délivrée au moment du placement, puis que le patient reçoive une « information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge », et qu'enfin, un entretien soit mené lorsque le patient a regagné sa chambre d'origine afin de recueillir « le vécu du patient en chambre d'isolement ».

Ces dispositions ne sont toutefois pas toujours mises en œuvre dans les établissements de santé. Le CGLPL observe que le passage de psychiatres dans les chambres d'isolement est très inégal : deux fois par jour dans tel établissement, toutes les 24 heures pour décider du maintien ou de la levée de la mesure dans tel autre. De même, de grandes disparités existent quant au temps consacré par les médecins aux entretiens de fin de placement lorsqu'ils existent.

Le CGLPL a recueilli de nombreux témoignages de patients estimant avoir été totalement délaissés durant leur séjour en chambre d'isolement : certains expriment le sentiment d'avoir été punis par les personnels de santé ; beaucoup font état de restrictions difficiles à accepter sans en comprendre les motifs (sorties de la chambre limitées, aucun objet autorisé, interdiction de fumer, indignité liée à l'obligation d'utiliser un seau hygiénique, conditions matérielles dégradées, etc.) ; une grande majorité indique avoir souffert d'un manque d'information et de considération. Tandis que la parole est indispensable pour comprendre une mise en chambre d'isolement et soulager les angoisses, la visite des infirmiers auprès des patients isolés se limite trop souvent à la satisfaction des besoins élémentaires et à la surveillance des constantes.

Au regard de la restriction d'autonomie qu'elle engendre et des angoisses qu'elle peut générer, le CGLPL recommande que la mise en chambre d'isolement s'accompagne d'un suivi effectif et d'entretiens systématiques au début, à la fin et tout au long du séjour de la personne.

Le CGLPL considère que le port du pyjama se justifie seulement à l'admission pour une durée brève et pour les périodes où le patient est mis en chambre d'isolement.

Le CGLPL reçoit régulièrement des lettres de patients faisant état de leur sentiment de dévalorisation ou des menaces qu'ils disent ressentir – notamment de mise en chambre d'isolement – s'ils ne se montrent pas suffisamment « dociles » avec les personnels soignants. Le respect de la dignité des personnes hospitalisées sans leur consentement implique de prendre en considération la manière dont le patient perçoit l'humiliation, au-delà de la réalité objective de la situation.

Le CGLPL rappelle que la dignité des personnes est intimement liée à la notion de respect. Il recommande que soit utilisé le vouvoiement pour un meilleur positionnement des soignants vis-à-vis des patients et dans l'objectif de leur réadaptation à la vie en société.

Dans les services de psychiatrie des hôpitaux, il est inadmissible que toutes les chambres d'isolement ne soient pas équipées de bouton d'appel ou que les boutons d'appel ne soient pas accessibles aux malades alités, plus encore attachés. A défaut d'être immédiatement visibles ou audibles en permanence, les personnes privées de liberté doivent pouvoir signaler leur besoin d'une assistance, par le truchement de dispositifs d'interphonie ou de boutons d'appel fonctionnant également la nuit.

La traçabilité des mises à l'isolement dans les services psychiatriques hospitaliers doit être assurée par un registre ad hoc.

#### **- Rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale » de mai 2016 (2) :**

Le CGLPL a présenté un rapport en mai 2016 sur l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale et a formulé des recommandations :

##### **Principes :**

- Tout doit être mis en œuvre pour apaiser la personne en situation de crise avec des approches alternatives à une mesure de contrainte physique. Si, en dernier recours, la décision d'un placement en chambre d'isolement ou sous contention doit être prise, les modalités de sa mise en œuvre doivent garantir au mieux le respect des droits des patients.
- L'isolement et la contention dans la chambre du patient doivent être proscrits, notamment au regard du risque de banalisation ainsi que de celui d'une insuffisance de traçabilité.
- Le port du pyjama et le retrait des effets personnels en chambre d'isolement ne doivent pas être systématiques, mais être justifiés cliniquement.
- Il doit être mis fin au caractère systématique de pratiques d'isolement, qu'il s'applique aux personnes détenues, à l'entrée dans une unité de soins ou à toute autre situation.

##### **Traçabilité :**

- Le registre prévu par l'article L3222-5-1 du Code de la santé publique doit être renseigné pour toute mesure d'isolement ou de contention mise en œuvre, quel que soit le lieu de prise en charge de la personne concernée.
- Toute décision d'isolement ou de contention doit être documentée dans le dossier patient : l'établissement doit pouvoir apporter la preuve du caractère de dernier recours de la mesure.
- Les informations collectées par les établissements doivent faire l'objet d'une consolidation régionale et nationale, ce qui nécessite la création d'un système d'information cohérent et intégré.

##### **Droits des patients :**

- L'information de la personne concernée doit être assurée au moment de la prise de décision d'isolement ou de contention, avec la remise d'un écrit précisant ses droits ainsi que les

modalités de prise en charge et d'accompagnement induites par cette mesure. Ces informations doivent être affichées dans la chambre d'isolement.

- Les modalités de recours contre la décision d'isolement ou de contention doivent être précisées au sein de chaque établissement et affichées dans toutes les chambres d'isolement et sur le support écrit de notification des droits remis à la personne. Elles doivent être communiquées à la personne de confiance, aux parents d'un mineur ou à tout proche informé à la demande du patient concerné.

#### **Décision médicale :**

- La décision médicale d'une mesure d'isolement ou de contention ne peut être prise qu'après un examen médical psychiatrique effectif de la personne, et en prenant en compte, autant que faire se peut, l'avis des membres de l'équipe soignante.
- La décision doit être motivée afin de justifier du caractère « adapté, nécessaire et proportionné » de la mesure ; les informations sur l'état clinique du patient lors de la décision doivent être explicitées.
- La décision doit préciser ce qui a été vainement mis en œuvre préalablement afin de justifier qu'elle est prise en dernier recours.
- Dès la prise de la mesure, les professionnels de santé concourant à la prise en charge du patient concerné doivent rechercher, dans un cadre pluridisciplinaire, les moyens de la lever dans les plus brefs délais.
- Aucune décision de contrainte physique ne peut être prise par anticipation ou avec l'indication « si besoin ».

#### **Suivi et surveillance :**

- La durée d'une mesure de contrainte physique doit être la plus courte possible et ne saurait dépasser la situation de crise ; en toute hypothèse, il ne saurait être possible de prolonger, sans une nouvelle décision également motivée, l'isolement au-delà de 24 heures et la contention au-delà de 12 heures.
- Un examen médical biquotidien de toute personne soumise à une contrainte physique doit être garanti.
- Le séjour en isolement ou la contention doivent être régulièrement interrompus par des sorties de courte durée à l'air libre ; seules des circonstances exceptionnelles peuvent justifier l'impossibilité des sorties et doivent alors être explicitées.

#### **Conditions matérielles :**

- L'architecture des chambres d'isolement doit garantir des conditions de séjour correctes en termes de superficie, luminosité, accès à l'eau et aux sanitaires, etc. L'aménagement de ces chambres doit être favorable à l'apaisement et permettre de disposer d'une literie de qualité avec la position allongée tête relevée possible ; il doit permettre de s'asseoir et de manger dans des conditions dignes et offrir la possibilité de visualiser une horloge. Un équipement télévisuel et musical doit pouvoir y être utilisé en toute sécurité.
- Les dispositifs de vidéosurveillance en chambre d'isolement doivent être proscrits car ils portent atteinte à la dignité et à l'intimité. Ils ne sont, de plus, pas nécessaires si la présence soignante est adaptée à la clinique de la personne.
- Toute personne placée en chambre d'isolement ou sous contention doit toujours avoir un accès à un dispositif d'appel auquel il doit être répondu immédiatement.
- Les personnes placées en chambre d'isolement doivent pouvoir recevoir leurs visiteurs dans des conditions respectueuses.

#### **Formation du personnel :**

- Le développement de la recherche médicale et soignante sur les pratiques professionnelles préventives doit être suscité dans le but de réduire le recours à des mesures d'isolement et de contention.

- La formation des médecins, des soignants et des équipes, notamment sur la violence et sur les droits fondamentaux des patients, doit être renforcée.
- Un troisième cycle en soins doit être organisé afin de permettre aux soignants infirmiers de développer une expertise clinique reconnue.

#### Prévention :

- Les activités thérapeutiques et occupationnelles doivent être développées au sein des services de psychiatrie pour réduire l'ennui et les tensions.
- Les règles de vie au sein des unités doivent être diffusées aux patients pour éviter les situations arbitraires propices à l'émergence des situations à risque.
- Une présence soignante adaptée aux spécificités des unités de soins et des patients qui y sont hospitalisés doit être garantie.

#### **- La Conférence nationale des Présidents des CME des CHS a publié en mai 2016 des « principes généraux concernant les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie (21) :**

- L'isolement et la contention sont des mesures de protection du patient et éventuellement de son entourage de l'unité de soins. 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 son intimité.
- La décision d'isolement ou de contention est prise par un praticien sénior 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 sénior confirme s'il y a lieu, dans l'heure qui suit sa mise en place, à la suite d'un examen médical.
- 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.).
- 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 sur la durée prévisible de la mesure, qui est inscrite dans le dossier. La personne de confiance en est informée dès que possible.
- 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 et, le cas échéant, le type de contention y sont précisés, 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 ».
- Un programme individualisé de surveillance de l'état clinique et de prévention des risques prévoit notamment un examen médical somatique dans les 2 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.
- 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 chambre d'isolement dans le service d'hospitalisation pour une courte durée. Sa reconduction nécessite systématiquement un examen par un praticien sénior 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.



- 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 au point d'eau. L'utilisation de vêtements autres que ceux du patient doit être strictement limitée et réservée seulement 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.

## 6. Recommandations de bonnes pratiques existantes en France

### a) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). « L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie » de 1998 (1)

#### Dans quelles circonstances peut-on avoir recours à l'isolement ?

- Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces, ni appropriés.
- Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins.
- Isolement intégré dans un programme thérapeutique.
- Isolement en vue d'une diminution des stimulations.
- Utilisation à la demande du patient.

#### Quelle évaluation du risque ?

Repérer et noter l'existence des risques suivants :

- risque suicidaire ;
- risque d'automutilation ;
- risque de confusion ;
- risque lié au traitement ;
- risque métabolique ;
- température de la chambre < 19°C ou > à 25°C.

Si un risque est identifié, noter le programme de surveillance et de prévention mis en place.

#### Quelles sont les contre-indications ?

- Utilisation de la chambre d'isolement à titre de punition.
- État clinique ne nécessitant pas un isolement.
- Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe soignante ou pour son confort.
- Utilisation uniquement liée au manque de personnel.

#### Quels sont les contre-indications somatiques ?

- Affections organiques non stabilisées (diagnostics, pronostics suffisamment incertains ou graves pour nécessiter des soins et une surveillance intense) :
  - › insuffisance cardiaque,
  - › état infectieux,
  - › trouble de la thermorégulation,
  - › trouble métabolique,
  - › trouble orthopédique,
  - › atteinte neurologique ;
- Risque toxique :

- drogue,
- alcool,
- suspicion de surdosage médicamenteux volontaire.

### Qui prend la décision de l'isolement et avec quelle surveillance ?

- La mise en chambre d'isolement est réalisée sur prescription médicale, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la prescription doit être réalisée dans l'heure qui suit le début de l'isolement.
- L'identité du patient, ainsi que la date et l'heure de début et fin de mise en chambre d'isolement sont renseignés dans le dossier médical : nom de l'unité, nom du patient, prénom, âge, sexe, patient de l'unité ou d'une autre unité, du même secteur ou d'un autre secteur, date d'admission, modalités d'hospitalisation, date et heure de début et de fin de MCI.
- Si le patient vient d'une autre unité, dans le cadre de prêt de chambre d'isolement, le dossier du patient et toutes les informations nécessaires sont fournies en temps utile.
- L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de 24 heures.
- Le trouble présenté par le patient correspond aux indications de la MCI et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique.
- Les contre-indications somatiques de la MCI sont identifiées et notées.
- Les facteurs de risque éventuels (suicide, automutilation, confusion, risques métaboliques, médicamenteux et liés à la thermorégulation) sont repérés, et un programme spécifique de surveillance est mis en place.
- La conformité de la MCI avec la modalité de l'hospitalisation est examinée lors de la prescription.
- L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la chambre d'isolement, ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.
- L'entrée et la sortie du patient sont signalées aux services de sécurité incendie en temps réel.
- La mise en chambre d'isolement est effectuée dans des conditions de sécurité suffisante pour le patient et l'équipe de soins.
- Le patient reçoit les explications nécessaires sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement. La nécessité d'informer l'entourage est examinée. Le professionnel qui informe le patient et, si besoin, l'entourage le note sur le dossier du patient (médical ou infirmier).
- Une visite médicale est assurée dans les deux heures qui suivent le début de l'isolement.
- Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour.
- Le rythme programmé de surveillance de l'état psychique est respecté.
- Le rythme programmé de surveillance de l'état physique est respecté.
- La surveillance biologique prescrite est réalisée.
- Le séjour du patient en chambre d'isolement est interrompu par des sorties de courte durée durant la journée.
- Un entretien centré sur le vécu du patient en chambre d'isolement est réalisé à la fin du processus.
- L'hygiène du patient est assurée durant toute cette phase de soins.
- L'état de propreté de la chambre est vérifié au moins deux fois par jour.
- Les documents (feuilles de surveillance, rapport d'accident, etc.) sont intégrés au dossier du patient.

### Quelle est la durée de l'isolement ?

- L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de 24 heures.
- Le séjour du patient en chambre d'isolement est interrompu par des sorties de courtes durées durant la journée.
- Les sorties du patient doivent être enregistrées par écrit. Aucune fréquence minimale de sortie ne peut être proposée à l'heure actuelle.

- Un entretien centré sur le vécu du patient en chambre d'isolement est réalisé à la fin du processus d'isolement. Une trace écrite de cet entretien doit être retrouvée dans le dossier.

### **Quelles sont les mesures de surveillance ?**

- Une visite médicale est assurée dans les deux heures qui suivent le début de l'isolement : nécessité d'enregistrement de la visite médicale sur les documents en usage dans l'établissement.
- Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour : nécessité de programmer les visites médicales et de vérifier leur réalisation.
- Le rythme programmé de surveillance de l'état psychique est respecté : programmation préalable de tous les actes de surveillance par période de 24 heures et enregistrement de la réalisation de chaque acte effectué.
- Le rythme programmé de surveillance de l'état somatique est respecté : programmation préalable de tous les actes de surveillance par période de 24 heures et enregistrement de la réalisation de chaque acte effectué.
- La surveillance biologique prescrite est réalisée : enregistrement de la prescription médicale précisant les examens biologiques à effectuer et enregistrement de la réalisation de ces examens.
- Les documents (feuille de surveillance, rapport d'accident, etc.) sont intégrés au dossier du patient.

### **Sécurité du patient et des soignants :**

- La MCI est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins : juger si les ressources humaines et les méthodes utilisées ont permis de réaliser la MCI dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour le patient et l'équipe de soins :
  - Une intervention verbale suffit ?
  - Une intervention physique est nécessaire ?
  - Nombre de personnes présentes lors de la MCI ?
  - Appel à des renforts ?
  - Délai entre l'appel et l'arrivée ?
  - Renforts suffisants ?
  - Y a-t-il eu un accident ou incident ?
- 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 :
  - Contention au lit ?
  - Contention mobile ?
  - Préciser la nature du matériel utilisé.
  - Matériel adéquat en termes de sécurité pour le patient ?
  - Matériel adéquat en termes de confort pour le patient ?

L'entrée et la sortie du patient sont signalées aux services de sécurité incendie en temps réel.

### **b) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » de 2000 (22)**

La crainte de chute chez la personne âgée représente le premier motif d'utilisation de contention. Les troubles comportementaux tels que l'agitation et la déambulation correspondent aux autres motifs les plus souvent cités.

Le recours à la contention physique pour un sujet âgé présentant un comportement à risque est une intervention de soins qui implique :

- La connaissance des risques liés à l'immobilisation.

- Une évaluation régulière des besoins et des risques.
- Un programme de soins et de surveillance individualisé.

Le référentiel de pratique pour la contention qui découle de cette évaluation repose sur dix critères :

- La contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.
- La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.
- Une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.
- La personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.
- Le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient. Il présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée. Dans le cas de contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières. Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.
- L'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.
- Selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible.
- Des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.
- Une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 24 heures et retranscrite dans le dossier du patient.
- La contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

Il est possible de réduire les contentions physiques au sein des établissements accueillant des personnes âgées, sans pour autant augmenter la fréquence des chutes graves ou la prescription des psychotropes. Les alternatives, souvent empiriques et fondées principalement sur le « bon sens soignant », sont nombreuses. Elles se regroupent selon quatre grandes catégories :

- approche médicale et infirmière ;
- modification de l'environnement ;
- approche occupationnelle ;
- approche socio-psychologique.

Le référentiel suivant, en 9 critères, a été proposé pour orienter vers une politique de réduction de la contention :

- Une politique de l'établissement ou du service concernant l'usage de la contention physique est traduite dans un document accessible aux soignants, aux patients/résidents et à leurs proches.
- Le taux d'utilisation de la contention est mesuré, enregistré et analysé.
- Le recueil et l'analyse des incidents et accidents liés à la contention donnent lieu à des plans d'action préventifs.
- Des actions d'information sur les dangers de la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes.
- Des actions de formation sur l'usage approprié de la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes.
- Des actions de formation sur les différents outils d'évaluation de l'état de santé des personnes âgées sont réalisées auprès des équipes soignantes.
- Des formations sur les alternatives à la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes.

- L'utilisation d'alternatives à la contention est encouragée et facilitée. L'évaluation de ces méthodes est organisée.
- Dans le cas de reconduction de la mesure de contention sans issue satisfaisante pour la personne âgée, l'établissement est en mesure de prévoir le recours à un professionnel présentant une expertise sur le thème de la contention (médecin, infirmier, psychologue), dans le but d'aider les équipes à clarifier les avantages et inconvénients de la contention et à trouver des alternatives.

**c) Société française de médecine d'urgence (SFMU). Conférence de consensus :  
« L'agitation en urgence (petit enfant excepté) » de 2003 (7)**

L'utilisation de la contention doit permettre d'assurer la sécurité du patient et de l'entourage et de prévenir la rupture thérapeutique. Son recours n'est justifié qu'après l'échec des autres mesures de prise en charge, et cela doit être clairement consigné dans l'observation médicale du patient, en raison des problèmes médico-légaux possibles.

La contention physique devrait être une mesure d'exception et temporaire. Elle ne constitue pas à elle seule une mesure thérapeutique. Elle doit donc toujours être associée à une sédation médicamenteuse.

Indications :

- Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ni appropriés.
- Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins somatiques ou psychiatriques.
- Isolement en vue d'une diminution des stimulations perçues.

Contre-indications non somatiques :

- Utilisation à titre de punition.
- État clinique ne nécessitant pas ces mesures.
- Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe ou pour son confort.
- Utilisation liée uniquement au manque de personnel.

Contre-indications somatiques :

- Affections organiques non stabilisées (diagnostics, pronostics incertains ou graves pouvant nécessiter des soins et une surveillance intense) :
  - insuffisance cardiaque,
  - état infectieux,
  - trouble de la thermorégulation,
  - trouble métabolique,
  - atteinte orthopédique,
  - atteinte neurologique ;

Le matériel :

- un brancard équipé d'une ceinture ventrale et d'attaches pour chaque membre ;
- une chambre sécurisée avec un lit fixé au sol au centre de la pièce ;
- une feuille de prescription médicale ;
- une fiche de traçabilité nominative.

Les modalités :

- Prévoir au moins 5 membres de l'équipe médicale et paramédicale et un coordinateur.
- Appels des agents de la sécurité.
- Le coordinateur assure la continuité du lien relationnel.

Réalisation pratique :

- Le patient agité est saisi par quatre soignants (un par membre), empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse, sur ordre du cinquième soignant (le coordinateur) qui saisit la tête dès que possible, la maintenant sur le côté, ce qui évite les morsures et que le regard du patient croise celui des soignants qui l'attachent. Il est couché sur le dos, sur un brancard, chaque membre étant maintenu par une attache, la ceinture ventrale bouclée, puis les attaches verrouillées.
- Le patient est partiellement déshabillé et couvert d'un drap, ce qui permet de préserver sa dignité. Il est fouillé pour supprimer tout objet potentiellement dangereux, et sa ceinture de pantalon est retirée. Puis la tête du brancard est surélevée pour éviter les risques d'inhalation.
- Application de la sédation médicamenteuse.
- Ouverture de la fiche de traçabilité et surveillance rapprochée (suivant la prescription médicale).
- En attendant l'efficacité de la sédation médicamenteuse, les pieds sont surélevés afin de diminuer l'amplitude des mouvements, et le lien relationnel est entretenu.
- Le brancard est coincé dans l'angle d'une pièce (si le patient n'est pas maintenu sur un lit fixé au sol).
- Vérification que les attaches sont vérifiées et verrouillées (pas sur les articulations, ni trop serrées, ni trop lâches).
- Réévaluation de l'état clinique.
- Levée partielle, puis complète de la contention au plus tôt.

**d) Fédération hospitalière de France (FHF) : « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité ». Conférence de consensus de 2004 (23)**

La préservation de la liberté d'aller et venir doit se fonder sur un principe de prévention individuelle du risque, et non sur un principe de précaution.

La liberté d'aller et venir étant un principe fondamental, sa limitation doit être étudiée pour chaque personne, en la faisant participer par tout moyen au partage du risque, qui peut être le plus souvent théorique. De façon générale, il faut privilégier l'aspect relationnel et humain à un recours à des moyens strictement techniques.

La contention est, pour le jury, une atteinte à la liberté inaliénable d'aller et venir. La contention systématique doit être interdite.

Pour ce qui concerne les personnes âgées de plus de 65 ans, les études internationales démontrent que la contention ne réduit pas les risques de chute, risques qui semblent justifier le plus souvent son indication. Dans tous les cas, la recherche d'une alternative doit être réalisée :

- Modification matérielle (modification de l'environnement, mise à la disposition d'aides à la marche, personnalisation des chambres, etc.).
- Approche occupationnelle (activités journalières, promenades accompagnées, animation institutionnelle, etc.).
- Approche médicale et infirmière (évaluation des problèmes physiques et socio-psychologiques, soulagement de la douleur, étude du sommeil, déplacement du résident auprès du poste infirmier, etc.).
- Approche socio-psychologique (écoute active de la personne et de ses vécus, modification des *stimuli* relationnels, détermination de points de repère, etc.).

La mise en place des recommandations de l'ANAES doit être le guide de toute pratique alternative. Le jury recommande la diffusion de ces recommandations dans le champ médico-social. Un véritable plan national de recherche d'alternatives à la contention doit être réalisé.

La contention doit être exceptionnelle et réduite aux situations d'urgence médicale après avoir exploré toutes les solutions alternatives, et correspondre à un protocole précis :

- Recherche d'alternatives systématiquement réalisées au préalable.
- Prescription médicale obligatoire en temps réel, après avoir apprécié le danger pour la personne et les tiers, et motivation écrite dans le dossier médical.
- Déclaration dans un registre consultable dans l'établissement.
- Surveillance programmée, mise en œuvre et retranscrite dans le dossier de soins infirmiers.
- Information de la personne et de ses proches.
- Vérification de la préservation de l'intimité et de la dignité.
- Réévaluation toutes les trois heures au plus avec nouvelle prescription en cas de renouvellement et nouvelle recherche d'alternatives.

La conférence de consensus propose un arbre décisionnel permettant une décision pertinente vis-à-vis d'une restriction à la liberté d'aller et venir :

Composantes du processus de décision	Modalités	Dérives/problèmes
1. Collégialité	Multiprofessionnalisme, participation des représentants des usagers	Interférences liées à un lien hiérarchique ou au rapport entre les personnes
2. Recherche préalable des alternatives possibles à une mesure de restriction	Arbre de décision	Ne pas respecter un délai minimal de mise en place de ces alternatives et de leur évaluation
3. Proportionnalité	Balance avantages/inconvénients : choix de mesures Equivalence entre l'acte et état de la personne	Surestimer la gravité de la situation et appliquer des mesures induisant une souffrance inutile
4. Adaptabilité	Intégrer la variabilité de l'état de santé par anticipation	Ignorer la variation ou pratiquer une modularité insuffisante.
5. Protocole	Définition d'un cadre à l'intervention : schéma à suivre et attitudes à proscrire	Protocole incomplet ou non validé
6. Suivi de la personne	Référent formé	Référent non accepté par l'utilisateur
7. Révision périodique	Adaptée suivant l'état de santé Obligatoire Fixée <i>a priori</i> avec modulation possible	Systématique sans bonne analyse ou périodicité trop longue.

## 7. Revue de la littérature internationale

### A- AMELIORATION DES PRATIQUES : PREVENIR ET MINIMISER L'UTILISATION DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION

La volonté de diminution du recours à l'isolement et à la contention physique s'inscrit dans une logique de soins visant à prendre en compte l'individu, son histoire, ses antécédents traumatiques. Cette approche du soin reconnaît que les personnes susceptibles d'expérimenter l'isolement ou la contention sont des personnes particulièrement vulnérables qui nécessitent des interventions thérapeutiques qui prennent en compte leur histoire spécifique et leurs besoins individuels.

Pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (6), le résultat d'une intervention doit être mesuré en fonction de son impact sur la personne ou sur son bien-être. Une de ses commissions estime qu'il faut accentuer les propositions d'interventions qui donnent du pouvoir au patient, qui développent les capacités de l'individu et renforcent le sentiment d'espoir des personnes. D'ailleurs, cette commission a déclaré que la minimisation du recours à l'isolement devait devenir une règle de soin.

La prise en compte de l'histoire traumatique des patients dans une perspective de soin (*Trauma Informed practice*) est également recommandée dans de nombreux *guidelines* concernant la réduction de l'isolement et de la contention. Cette perspective s'appuie sur l'idée que les

traumatismes modifient le fonctionnement neurobiologique, les capacités d'adaptation sociale et la régulation émotionnelle, à l'origine souvent des comportements associés à la mise en isolement. Or, quand les troubles du comportement sont compris comme étant le résultat d'un traumatisme, cela a moins de sens de répondre à ce comportement en utilisant une intervention qui est perçue par les patients comme traumatique, coercitive, humiliante ou punitive.

Plusieurs programmes de réduction de l'utilisation de l'isolement et de la contention ont été développés, notamment aux États-Unis, dans les années 1990, qui intègrent cette vision du soin centrée sur le patient. Dans une revue de la littérature, comprenant 46 articles, Johnson (2010) (24) a recensé les programmes visant la réduction du recours à l'isolement et à la contention. Il retrouve deux types de programmes. Le premier est un programme éducatif traditionnel avec délivrance d'informations spécifiques dans un format structuré à l'intention des équipes. La durée de ces programmes varie de 4 heures à 6 mois. Les sessions de formation abordent des contenus spécifiques comme les théories de l'agression, l'information sur les médicaments ou les troubles psychiatriques, les facteurs qui augmentent ou diminuent l'agressivité, les techniques pour maintenir la sécurité, les techniques de gestion de la violence, etc. Le second type de programme contient des approches multiples, avec une durée allant de quelques mois à plusieurs années. Ces programmes éducationnels incluent souvent des contenus didactiques et ont pour objectif de modifier le modèle de soin apporté dans les unités et de changer les interactions entre l'équipe et les patients. Cela peut être : de changer la culture de l'unité, de mettre en place de nouveaux modèles de soins, de changer les procédures et les règles de l'établissement, de changer les pratiques de l'unité, de mettre en place des plans de comportement, d'augmenter la communication et de changer la façon dont l'équipe évalue les patients.

Deux guides sont fréquemment cités dans les recommandations pratiques pour la réduction de l'isolement et de la contention. Il s'agit du « *Six core strategies for reducing seclusion and restraint use*® » (25) et du modèle d'engagement développé par Murphy et Bennington-Davis « *Restraint and seclusion. The model for eliminating their use in healthcare* » (26).

**Le « Six core strategies for reducing seclusion and restraint use® » (25) est un guide, datant de 2002, développé par la National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) aux États-Unis,** qui est une agence nationale de lobbying et d'assistance technique qui administre, dans beaucoup d'Etats, les hôpitaux psychiatriques. Ces stratégies consistent notamment dans l'identification des facteurs de risque de conflits ou de violence, dans le développement d'interventions précoces pour répondre immédiatement à l'émergence de conflits ou de violence et dans le développement de moyens de prévention de l'isolement et de la contention. Il cherche à transformer l'environnement du soin pour minimiser la survenue de conflits et faciliter leur résolution immédiate. Les 6 points décrit par le NASMHPD sont :

- **Une modification dans l'organisation de la direction des soins :** Il convient que les directions d'établissements puissent promouvoir des plans visant la diminution de l'utilisation de l'isolement et de la contention, en priorisant cette initiative au sein de l'établissement et auprès de tout le personnel. Cela doit inclure un plan visant à déterminer les missions et les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe. Ce plan doit également impliquer les patients, les membres des familles, les représentants des usagers dans tous les aspects du projet, et maximiser le fait qu'il soit bien compris par les équipes et qu'il soit perçu de manière positive. Le point clé de cette stratégie est l'augmentation de la prise en compte de chaque contention et isolement par l'encadrement, incluant de fréquentes communications et visites des unités dans un effort de changement des pratiques soignantes.
- **L'utilisation des données pour informer sur les pratiques :** Il est néanmoins important que l'utilisation des données concernant l'isolement et la contention soit faite de façon non punitive, afin de faciliter les comparaisons entre les différentes unités et augmenter la surveillance et les connaissances concernant ces interventions. Ces données doivent donc être utilisées pour encourager l'administration à identifier les équipes qui réussissent à diminuer avec succès le nombre d'isolements ou de contentions et partager les pratiques de prévention efficaces.
- **Développement de la main d'œuvre :** Cette stratégie a pour but de s'assurer que l'équipe a l'opportunité de développer et de pratiquer la planification de traitements individualisés et de



développer les compétences qui intègrent les stratégies de prévention pour les individus à haut-risque. Les formations doivent inclure des activités qui poursuivent les objectifs suivants : assurer une formation adéquate de l'équipe sur l'impact de l'isolement et de la contention sur le patient, sur les mythes associés à son utilisation, introduire les caractéristiques du traumatisme dans le soin, éduquer sur les effets neurobiologiques et psychologiques du trauma, et décrire les bases de la prévention. Il est important que des compétences en « désescalade » soient apportées à tous les membres des équipes.

- Utilisation d'outils de prévention : De nombreuses échelles existent pour prévenir l'utilisation de la contention ou de l'isolement ; par exemple :
  - Évaluation du patient pour identifier les risques de violence.
  - Évaluation du patient pour évaluer les risques médicaux de mort ou de lésions comme l'obésité, les troubles respiratoires, les anomalies cardiaques, les traitements médicamenteux, l'ingestion récente de nourriture et les antécédents traumatiques.
  - Évaluation du patient pour identifier les facteurs psychologiques qui suggèrent la nécessité d'une évaluation du trauma.
  - Développement, avec les patients, de plans de désescalade ou de sécurité, qui encouragent le patient à apprendre l'autogestion de sa maladie en identifiant les facteurs stressants environnementaux et les émotions qui peuvent entraîner un conflit ou une perte de contrôle.
  - Modification de l'environnement du soin incluant les chambres d'apaisement.
  - Mise en place d'activités thérapeutiques journalières.
- Encourager le rôle des patients et des représentants des usagers dans les unités de soins.
- Utilisation d'outils de débriefing : Les efforts pour réduire l'utilisation de la contention ou de l'isolement doivent associer l'utilisation de procédures de débriefing pour informer sur les règles, la procédure et les pratiques, et ainsi réduire l'utilisation future de ces interventions. De plus, cela permet de diminuer les effets secondaires et potentiellement traumatiques de la contention et de l'isolement, tant pour l'équipe que pour le patient et pour les témoins de l'événement. Ce débriefing peut être standardisé. Il existe deux périodes de débriefing. Une immédiatement après l'événement, effectué par une infirmière ou un médecin qui n'a pas été impliqué dans l'événement. Ce temps a pour but de s'assurer que toutes les parties sont en sécurité, de revoir les documents, de faire un entretien avec l'équipe qui était présente. Le second débriefing est plus formel, a lieu souvent quelques jours après. Il inclut l'équipe soignante, les psychiatres, l'encadrement et utilise des méthodes de résolution de problèmes ou une analyse des causes pour analyser l'événement. Le but est de déterminer ce qui peut être modifié face à un événement similaire dans le futur.

Plusieurs études ont été réalisées dans des hôpitaux nord-américains dont les personnels soignants avaient reçu des formations selon le modèle du NASMHPD « *Six core strategies for reducing seclusion and restraint use*® » (25). Des diminutions significatives d'utilisation de la contention et de l'isolement ont été retrouvées.

Par exemple, à l'hôpital John Hopkins, l'utilisation de la contention et de l'isolement a été réduite de 75 % sans augmentation des blessures pour l'équipe de soins ou les patients (27), et avec des économies importantes (28).

**Le modèle de Murphy et Bennington-Davis de 2005 « *Restraint and seclusion. The model for eliminating their use in healthcare* » (26), quant à lui, insiste sur :**

- La nécessité d'un changement de politique de soin :
  - Ce changement nécessite un investissement des décideurs.
  - Les décideurs doivent définir une vision claire de changement.
  - Un engagement des patients et des soignants est nécessaire pour permettre une réduction de l'isolement et de la contention.
- La nécessité d'un modèle de soin basé sur l'étude des antécédents traumatiques :
  - Les soins prenant en compte les traumatismes sont liés aux connaissances sur l'impact du trauma et de la violence au niveau neurobiologique, psychologique, biologique et social (Cf. Annexe).

- Ce modèle de soin reconnaît l'importance de la prise en compte du traumatisme et la nécessité d'un traitement adapté.
- La mise en place d'un changement de politique au sein des établissements :
  - Ces changements doivent se faire par étape.
  - Les initiatives de changement nécessitent l'implication permanente de l'encadrement.
  - L'utilisation des données concernant l'isolement et la contention peut aider à la formation des équipes sur la nécessité de changement.
- Un changement de culture au sein de l'établissement :
  - Être attentif aux éléments de contrôle et de pouvoir et la façon dont cela affecte les interactions.
  - Modifier son langage et son comportement pour être plus respectueux.
  - Examiner comment les attitudes individuelles et institutionnelles peuvent aider à la guérison.
- Mise en place dans les unités :
  - Regarder l'environnement de soin comme si c'était la première fois, pour aider à créer une atmosphère que les patients et les soignants désireraient.
  - Réévaluer l'environnement physique pour voir quelles images le patient projette sur les soignants.
  - Mettre en place une évaluation du risque au moment de l'admission, qui identifie notamment les antécédents traumatiques pour aider à réduire le risque de violence durant l'hospitalisation.
- Débriefing :
  - Le débriefing est essentiel pour comprendre un événement.
  - Le débriefing doit permettre une analyse complète de l'événement.
  - L'utilisation d'outils peut permettre de démystifier le processus de débriefing.

**L'American Psychiatric Association (APA) en 2003 « Learning from each other. Success stories and ideas for reducing restraint/seclusion in behavioral health » (29) et l'American Psychiatric Nurses Association (APNA) en 2014 « Seclusion and restraint standards of practice » (5) aux États-Unis** ont développé des modèles similaires. Parmi les recommandations de ces associations, nous retrouvons :

- Modification de la politique de l'établissement :
  - Avoir une politique de soin centrée sur le patient, en se mettant parfois à la place du patient : « S'il devient agressif, qu'est-ce qui se passe ? De quoi la personne a-t-elle besoin ? ».
  - Échanger sur les pratiques, notamment entre deux unités ayant des prévalences de contention ou d'isolement différentes.
  - Établir des groupes de travail au sein de l'établissement autour de la diminution de la contention ou de l'isolement.
  - Être clair sur les rôles des médecins comme moteurs dans la politique de réduction de ces interventions.
  - Impliquer toute l'équipe dans cette politique de réduction de l'isolement et de la contention.
  - Expliquer également cette politique aux patients et à leur famille.
- Formation de l'équipe
  - Les équipes doivent lire et relire les consignes et les protocoles concernant la gestion de crise et les techniques de désescalade.
  - Une équipe stable et durable est la clé : une connaissance par l'équipe des patients et des protocoles du service participe à la diminution de la contention et de l'isolement.
  - Investir dans la formation : cycle de la violence, technique de désescalade, etc.
  - Définir des objectifs clairs pour les programmes de formation.
  - Pratiquer les techniques de désescalade sous la forme de jeux de rôles.
- Évaluer, mise en place de documents et de plan de traitement :
  - À l'admission, évaluer les problèmes de gestion de la colère.
  - Établir une procédure de risque de contention : chaque patient à l'admission est évalué pour déterminer les conditions physiques et/ou émotionnelles qui peuvent entraîner un risque lors

d'une contention ou d'un isolement : grossesse, asthme, traumatisme crânien ou rachidien, antécédents de fracture, antécédents chirurgicaux, crise d'épilepsie, violences physiques, sexuelles, viol, etc.

- Identifier les déclencheurs qui peuvent aider à mieux évaluer et répondre aux besoins de l'individu.
- Impliquer le patient dans le traitement.
- Intervention précoce :
  - Comprendre les facteurs déclenchants de troubles du comportement qui peuvent entraîner un isolement ou une contention.
  - Considérer l'impact sur les autres patients lorsqu'un individu est dans un état d'agitation.
  - Les infirmiers sont essentiels pour modifier et soutenir un changement de culture de soin.
  - Réévaluer l'environnement de soin régulièrement.
  - Revoir les règles de l'unité selon les perspectives des patients.
  - Utiliser tout le temps de façon thérapeutique.
  - Offrir des choix au patient.
  - Se centrer sur les techniques de désescalade :
    - Techniques de résolution de problèmes.
    - Capacité de communication efficace.
    - Stratégie de gestion de la colère.
    - Réduction du stress.
    - Utilisation d'activités substitutives.
    - Utilisation d'une chambre d'apaisement.
    - Proposition de traitement médicamenteux.
  - Discuter de la sécurité aussi souvent que nécessaire.
- Débriefing : l'équipe avec le patient, pour discuter des troubles présentés, identifier leurs causes, les façons de résoudre les problèmes et déterminer comment faire mieux et différemment.

**Selon le NASMHPD, en 2006 aux États-Unis « *Restraint and seclusion: a risk management guide* » (30)**, différentes actions, reprenant certaines du *Six Core* et de l'APA, doivent être mises en place au sein des établissements :

- Étudier la politique actuelle de l'établissement et les pratiques concernant la contention et l'isolement :
  - S'assurer que l'établissement a établi des règles et des procédures en accord avec la législation :
    - Qui autorise ces interventions ?
    - Est-ce qu'un entretien par un médecin est réalisé dans l'heure qui suit la mise en œuvre de la mesure ?
    - Est-ce qu'un débriefing a lieu systématiquement après chaque épisode ?
    - Quels sont les documents utilisés ?
- Une vérification de la formation de l'équipe doit être réalisée régulièrement. Les équipes doivent bénéficier d'une formation avant leur prise de fonction, avant d'être placées dans des situations où il existe des risques pour elles ou pour autrui et qu'elles bénéficient d'un superviseur pendant au moins les 6 premiers mois. La formation doit se centrer sur les techniques de désescalade et le développement de compétences dans la négociation de conflits, avec l'objectif de prévenir l'utilisation de la contention et de l'isolement.
  - Ces formations doivent être adaptées au niveau de connaissance et de responsabilité des membres de l'équipe.
  - L'encadrement doit être présent aux formations pour démontrer leur importance et pour s'assurer que le contenu est en accord avec les recommandations nationales.

- Des remises à niveau régulières concernant les méthodes de désescalade et l'application des procédures de contention et d'isolement doivent être proposées.
- Ces formations doivent intégrer des informations sur le trauma, le développement des relations thérapeutiques, les compétences culturelles, l'utilisation du langage, les compétences dans la planification de soins individualisés et l'importance de l'inclusion des patients dans ces soins, au sein des plans de réduction de l'isolement et de la contention.
- La collecte et l'utilisation des données pour informer de l'évolution des stratégies de gestion du risque. L'utilisation de la contention ou de l'isolement doit être un indicateur de performance pour l'établissement. Les résultats chiffrés doivent être discutés avec chaque équipe. Certaines données sont importantes comme :
  - Le nombre d'épisodes de contention et d'isolement (nombre et durée) durant les 6 derniers mois, par unité et les caractéristiques des patients.
  - L'évolution de l'utilisation de la contention ou de l'isolement : augmentation ou diminution dans le temps.
  - Comparaison entre le taux d'isolement et contention dans l'établissement et dans un établissement similaire.
- Encourager l'encadrement et la direction à s'engager dans des stratégies de réduction de l'isolement et de la contention :
  - Établir un groupe de travail au sein de l'établissement, dirigé par un membre de la direction, sur la réduction de l'isolement et de la contention :
    - Incluant des patients, la direction, des soignants.
    - Inviter l'encadrement et les membres des équipes qui ont mis en place un programme de réduction, couronné de succès, à le présenter au reste de l'établissement.
    - Encourager les équipes à se tenir informées des évolutions législatives concernant l'isolement et la contention et des bonnes pratiques cliniques.
  - Maintenir la priorité d'une constante réduction de l'utilisation et de la durée des mesures de contention et d'isolement.

De même, Scanlan (31), dans une revue de la littérature sur les différents programmes mis en place pour diminuer le recours à l'isolement et à la contention, a retenu 7 stratégies permettant une amélioration des pratiques. Il s'agit de :

- Changement de politique :

Il est nécessaire d'avoir un changement de politique concernant la diminution ou la régulation de l'isolement et de la contention, de la part des autorités nationales, régionales, mais également de l'établissement. Il est nécessaire que les différentes autorités encouragent les efforts pour réduire, voire éliminer l'isolement et la contention. Les changements doivent concerner : des directives visant à la diminution de la contention et de l'isolement (programmes), à la réduction de la durée des contentions et des isolements, à la définition des cibles pour la réduction de l'isolement et de la contention et à la suppression des chambres d'isolement.

- Débriefing et supervision :

Il s'agit de supervisions permettant d'analyser en détail les événements d'isolement ou de contention avec l'idée de pouvoir proposer des recommandations pour prévenir des épisodes futurs. Des débriefings post-incidents se centrent principalement sur la situation qui a entraîné l'utilisation de la contention ou de l'isolement et la façon dont cela pourra être prévenu dans l'avenir. L'implication des patients et des familles

apparaît comme très utile pour développer des actions collaboratives visant à améliorer les stratégies de gestion de crise.

- Utilisation des données :

L'utilisation des données concernant l'isolement ou la contention permet de transmettre les évolutions dans les pratiques, aux équipes, de mettre en lumière les changements de politique et de promouvoir une compétition saine entre les services.

- Formation :

Les formations se centrent sur le développement de compétences et les changements d'attitude. Il semble essentiel de développer des formations pour augmenter les compétences en désescalade et en gestion de crise. De plus, modifier les croyances concernant l'utilité de l'isolement et de la contention est également important, comme promouvoir un style d'interaction plus respectueux et flexible.

- Implication des patients et des familles :

Il s'agit d'un développement collaboratif de stratégies de gestion de crise, de résolution de problème ou de revue des facteurs ayant pu déclencher une situation de crise.

- Augmentation du ratio soignants / équipe de gestion de crise :

Ces stratégies sont basées sur le concept de mise à disposition de plus de ressources soignantes pour aider à la gestion de situations de crise. Donat, en 1998 et 2003 (32, 33), a montré que l'augmentation du nombre de soignants avait entraîné une diminution importante de la contention et de l'isolement. D'autres programmes ont mis en place des équipes de gestion de crise constituées « d'experts du comportement » ou d'équipes d'autres unités qui apportent une assistance supplémentaire lors de situations de crise. L'augmentation des interactions entre l'équipe et les patients est généralement associée à une diminution des isolements et contentions.

- Changement dans les unités de soins :

Ces changements peuvent consister en une modification de l'environnement, en réduisant le niveau de stress ambiant dans l'unité, en modifiant le style d'interaction entre les patients et les soignants. Cela peut également consister en une augmentation de l'implication des patients dans les activités journalières ou le changement des routines du service.

À partir de ces guides et différents programmes, de nombreux états ont proposé des règles de bonnes pratiques afin de permettre, sur le terrain, la diminution du recours à l'isolement et à la contention.

C'est le cas, par exemple, de la **Mental Health Commission en Irlande en 2012 « Seclusion and physical restraint reduction. Knowledge review and draft strategy »** (34) qui insiste sur le développement de « plans de réduction de l'isolement et de la contention » au sein de chaque établissement psychiatrique, avec un rôle central du directeur et de l'encadrement hospitaliers dans la mise en œuvre du plan. Ce plan doit prévoir le rôle de chaque agent, les formations nécessaires, la nécessité de communications cliniques et de staff concernant les moyens de diminuer le recours à ces interventions, le ratio patients/soignants dans chaque service, le type d'évaluation du risque à pratiquer à chaque admission, la possibilité de rotation des équipes de soins, l'implication des familles et des associations de patients, le debriefing, etc.

De même, les **recommandations de 2012 du British Columbia Ministry of Health au Canada « Secure rooms and seclusion standards and guidelines: a literature and evidence review »** (35), incluent :

- Une modification de la culture de l'établissement : une implication de la direction, des patients et des médecins dans la politique de diminution de l'isolement et de la contention est essentielle.

- Impliquer les médecins dans la politique de diminution de l'isolement et de la contention.
- Impliquer les patients pour partager leurs expériences de l'isolement et de la contention.
- Mettre en place des mesures préventives spécifiques qui vont rendre l'isolement et la contention non nécessaires.
- Offrir un environnement de soin agréable en évaluant si celui-ci apaise ou augmente l'agitation : peinture, ameublement, et réfléchir à le rendre plus accueillant, chaleureux, rassurant.
- Promouvoir une approche non coercitive du soin.
- Promouvoir des activités occupationnelles journalières : du fait du lien entre agressivité et inactivité, il est important de proposer des activités tous les jours aux patients hospitalisés.
- Offrir des espaces privés ou calmes. Van der Merwe *et al.* mettent en avant le besoin d'espace dans les unités d'entrée, où les patients peuvent se relaxer. Les chambres d'apaisement peuvent remplir ce rôle (36).
- Rendre disponibles les interventions sensorielles : il peut être utile que les patients aient accès à des interventions sensorielles dès les premiers signes d'agitation, avant qu'ils ne deviennent agressifs ou perdent le contrôle. Les patients doivent parfois être aidés pour reconnaître les signes d'agitation, pour leur offrir une variété d'interventions sensorielles et pour les encourager à mettre en œuvre ces interventions de façon proactive. Il peut s'agir d'interventions s'adressant au toucher, à l'audition, à l'odorat, au goût, à la proprioception, à la vue, etc. (aromathérapie, thérapie par le toucher, point de pression, chambre d'apaisement, etc.), mais, dans tous les cas, elles doivent être proposées par des thérapeutes formés.
- Évaluer et gérer les risques.
- Se baser sur des données pour orienter la pratique : les établissements doivent collecter les données concernant l'isolement et la contention pour informer des pratiques et proposer une base de changement.
- Disposer de documents et de rapports sur les conditions de l'isolement, les circonstances et les observations du patient durant l'isolement et à la sortie, la survenue de problèmes durant l'isolement.
- Soutenir l'équipe de soins : les équipes de soins pouvant mettre en œuvre des isolements doivent être composées d'un nombre suffisant de soignants et participer à des formations régulières, notamment pour le maintien ou l'augmentation de compétences pour prévenir ou répondre à une escalade comportementale.
- Un nombre de soignants suffisant : le nombre idéal de soignants n'est pas mentionné dans la littérature, néanmoins, celle-ci retrouve une diminution de l'isolement lorsque le ratio patients/soignants est faible.
- Développement de la formation : nouveau modèle de soin, modification des attitudes par rapport au patient ou à l'isolement, impliquer le patient plutôt que d'augmenter le contrôle
- Impliquer le patient et l'entourage dans le soin.

À partir de là, ont été développées différentes étapes d'intervention avant le recours à l'isolement ou à la contention (35) :

**Prise en charge basée sur la prise en compte des traumatismes et orientée vers la guérison**

Pratiques d'admission chaleureuses et humaines

- Entretien à la première personne, avec un langage non discriminant
- Evaluation du risque incluant les antécédents traumatiques
- Travail avec les patients pour développer des plans de confort/sécurité, identifier les déclencheurs et les stratégies d'adaptation
- S'assurer que les patients peuvent accéder à ce dont ils ont besoin
- Réunion patients/soignants journalières
- Communication non violente et non hiérarchique

**Stratégies de prévention**

- Guide de confort : proposer au patient des moyens pour se relaxer, se détendre (musique, relaxation, etc.)
- Chambre d'apaisement
- Modulation sensorielle
- Marcher, parler, écrire, pleurer, respirer, douche chaude, etc.
- Musique ou musicothérapie
- Temps seul
- Pratique spirituelle

**Dernier recours**

Isolement

De même, le **Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences en 2012 au Canada « Alternatives to restraints and seclusion »** (37), a mis en place un arbre décisionnel d'alternatives à la contention et l'isolement dans les hôpitaux psychiatriques.

**Le guide de bonnes pratiques du Te Pou o Te Whakaaro Nui en Nouvelle-Zélande de 2014 « Debriefing following seclusion and restraint. A summary of relevant literature »** (38) reprend certaines pratiques visant à la diminution, voire à l'élimination de l'isolement et de la contention :

- Une décision politique de diminution de la contention et de l'isolement.
- Des associations de patients qui soutiennent une élimination de l'isolement.
- Une direction qui défend la politique de diminution, voire d'élimination de la contention et de l'isolement à tous les niveaux de mise en place : vision, politique institutionnelle, plan d'action, collection et utilisation des données, développement de formations, retour sur les pratiques.
- Un changement de culture du soin.
- Un développement de la force de travail :
  - Au sein des équipes : ratio élevé soignants/patients, équipe stable, confirmée et bien formée.
  - Une formation planifiée avec des objectifs clairs : identification et gestion des risques.

Enfin, pour **le guide de bonnes pratiques du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en 2015 au Canada « Contention, isolement et substances chimiques. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle »** (6), le recours à la contention ou à l'isolement devrait entrer dans le cadre d'une intervention planifiée. La préparation d'un plan d'intervention pluridisciplinaire, qui comporte différents moyens pour faire face aux situations de danger réel, se fait en concertation avec la personne ou son représentant légal et la famille. Parmi les moyens proposés, l'utilisation d'une mesure de contrôle peut être envisagée en dernier recours, après que les intervenants ont tenté d'appliquer, sans succès, toutes les mesures de remplacement prévues au plan d'intervention. Les mesures de contrôle doivent cesser dès que les motifs justifiant leur utilisation ne sont plus présents.

Il préconise le recours au modèle de KAYSER-JONES qui a pour but d'expliquer ce qui influence l'intervenant dans sa décision de recourir ou non à une mesure de contrôle.

Les 5 composantes de ce modèle sont :

- *La personne* : la personne est au centre du modèle et doit être évaluée globalement et respectée dans son intégralité.
- *L'aspect psychosocial et culturel* : cette composante fait référence aux croyances, aux valeurs, aux préférences, aux attitudes et aux habitudes de vie de la personne et de son entourage.
- *L'aménagement physique* : cette composante concerne l'environnement physique (aménagement de la chambre, disposition du mobilier, éclairage, bruits environnants).
- *Les structures organisationnelles* : ensemble des moyens mis en place par l'établissement pour éviter de recourir aux mesures de contrôle (procédures et politique, disponibilité et formation du personnel).
- *L'environnement humain* : elle concerne tous les membres entrant en interaction avec la personne (famille, amis, intervenants, autres usagers, etc.)

Le modèle de KAYSER-JONES démontre que la réduction des mesures de contrôle dépend de la mise en place de stratégies visant à modifier les composantes environnementales tout autant que les interventions directes sur la personne.

En tenant compte de ce modèle, il propose un processus décisionnel en 5 étapes dans un contexte d'intervention planifiée.

- 1 : **Évaluation de la situation** : Décrire les comportements de la personne et déterminer les causes sous-jacentes à ces comportements. Cette évaluation doit être globale et tenir compte à la fois des caractéristiques de la personne et des composantes de son environnement. Compte tenu de la complexité de ces situations, la contribution de différents professionnels peut être nécessaire pour une évaluation complète.



- 2 : Analyse et interprétations : Le ou les professionnels habilités analysent les données et posent un jugement clinique sur la condition de la personne et sur le niveau de risque lésionnel qu'elle présente pour elle-même ou pour autrui.
- 3 : La planification des interventions : En situation de comportements susceptibles de se répéter et présentant un danger réel pour la personne ou pour autrui, le ou les professionnels habilités, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, la personne elle-même ou ses proches, établissent le plan d'intervention ou un plan de service, notamment en indiquant les mesures de remplacement à instaurer pour éliminer le comportement à risque ou en diminuer la fréquence.
- 4 : La communication du plan d'intervention : Le succès du plan d'intervention requiert qu'il soit élaboré avec la personne ou son représentant légal et communiqué à ses proches et à tous les intervenants concernés. Dans le cas où une mesure de contrôle est planifiée, le professionnel habilité doit discuter des motifs justifiant l'utilisation, en dernier recours, d'une mesure de contrôle, des risques inhérents à cette mesure, ainsi que les modalités d'application et de surveillance afin de permettre à la personne ou à son représentant légal de faire un choix éclairé.
- 5 : La réévaluation : Elle est primordiale. Elle s'effectue avec la personne ou son représentant légal, en collaboration avec l'équipe soignante. Elle porte sur l'évolution de l'état de santé de la personne, sur l'efficacité des mesures inscrites au plan d'intervention établi et, le cas échéant, sur la révision de la décision relative à l'utilisation d'une mesure de contrôle.

**Le Ministry of Health, New South Wales en Australie en 2012 « Aggression, seclusion and restraint in mental health facilities in NSW »** (39), quant à lui, insiste sur le fait, que face à l'agressivité ou la violence d'un patient, les réponses thérapeutiques doivent se faire par étape, afin de permettre une résolution du problème sans contacts physiques avec le patient.

La première étape consiste en une prévention des troubles du comportement.

Pour prévenir les troubles du comportement, il est important, pour les cadres et l'équipe de soins, d'inclure l'identification et la gestion du risque de violence dans la pratique quotidienne. Une variété de moyens peut permettre d'aider ce processus :

- Interagir avec les patients, les visiteurs et les collègues d'une manière calme, respectueuse et professionnelle.
- Expliquer les procédures et donner des informations claires sur les attentes mutuelles concernant le comportement des patients et des visiteurs.
- Soutenir les objectifs de guérison individuels.
- Donner des soins aux patients qui correspondent à leurs besoins et promouvoir l'autorégulation.
- S'engager véritablement en incluant les patients et leurs familles dans tous les aspects du soin, même dans les revues d'incidents.
- Collaborer avec chaque patient et la famille pour identifier les facteurs déclenchant ou stressants, les consommations actuelles de drogue ou d'alcool, les antécédents de traumatisme et d'agression.
- Des plans de soins doivent être réalisés « sur mesure » pour chaque patient, qui identifient les différentes stratégies pour prévenir ou traiter le stress, le sevrage de substance (y compris la nicotine) et les troubles du comportement.
- Utiliser une identification du risque appropriée, des pratiques d'évaluation et de gestion du risque qui s'appliquent aux patients.
- Promouvoir une bonne communication entre tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire sur les risques identifiés et les stratégies de gestion du risque.
- Mettre en œuvre, au sein du service, une certaine organisation routinière, avec des activités facilement compréhensibles par les patients.
- Promouvoir de hauts niveaux d'interactions entre l'équipe et les patients.
- S'assurer que les soignants ont accès à des formations incluant la réduction de l'isolement et de la contention.

- Construire des unités de soins qui disposent de larges espaces privés pour les patients, mais qui favorisent également les rapports entre les soignants et les patients.

La deuxième étape, en cas d'apparition d'angoisses ou d'agitation, est de faire diminuer les troubles du comportement.

Lorsqu'un patient présente des signes d'angoisses, d'agitation, de colère ou d'agressivité, les soignants doivent intervenir rapidement pour proposer une approche thérapeutique. Cela peut comporter un certain nombre d'interventions thérapeutiques comme :

- Encourager l'auto-évaluation.
- Encourager le patient à aller voir l'équipe de soins lorsqu'il se sent angoissé ou agité.
- Intervenir rapidement quand une personne présente des signes d'agitation ou notifie à l'équipe qu'elle se sent agitée.
- Consacrer du temps en tête-à-tête avec le patient.
- Employer des techniques d'écoute active pour entendre ce que le patient essaie de transmettre.
- Utiliser des phrases courtes, claires, avec un ton de voix faible.
- Promouvoir la possibilité de contacts avec les amis ou les membres de la famille (si cela est agréable pour le patient et sûr pour les personnes concernées).
- Mettre en action le « plan de sécurité » et utiliser les stratégies qui avaient été envisagées avec le patient et/ou sa famille pour les aider à gérer le stress ou des troubles du comportement.
- Proposer au patient des activités physiques.
- Utiliser des équipements de modulation sensorielle.
- Proposer des retours au patient sur son comportement et l'impact qu'il a eu sur les autres.
- Proposer la possibilité d'un temps dans un lieu non fermé, mais où le patient peut être seul pour se calmer (chambre, chambre d'apaisement).
- Employer des techniques de « désescalade ».
- Proposer des médicaments si les circonstances le nécessitent.
- Proposer des thérapies adaptées de remplacement de la nicotine (pour les fumeurs) pour réduire les symptômes de sevrage.
- La sécurité de l'équipe doit être prise en compte lors du choix de l'intervention.

Ces recommandations nationales ou guides de bonnes pratiques insistent toujours sur la nécessité de formations des soignants. Deux types de formations d'équipe et d'enseignement ont été identifiés dans les études sur la réduction et l'isolement :

- Les formations qui se centrent sur les changements de croyances dans les équipes :

Deux études ont suggéré qu'en l'absence de modification des fonctionnements habituels des équipes et de modifications de « croyances », il ne pouvait y avoir de réduction efficace de l'isolement et de la contention (40, 41). En effet, il existe un certain nombre de mythes concernant l'isolement et la contention qui ont été identifiés comme :

- L'isolement et la contention permettent de mettre les personnes en sécurité.
- L'isolement et la contention sont utilisés uniquement lorsque c'est absolument nécessaire.
- Les équipes savent reconnaître et permettre la désescalade des situations potentiellement violentes.
- L'isolement et la contention sont basés sur des connaissances empiriques.
- L'isolement et la contention sont utilisés seulement en réponse à des comportements objectifs.

- Les formations qui développent les compétences dans la gestion de la crise incluant les alternatives à l'isolement et à la contention.

Il s'agit notamment des formations aux techniques de désescalade de la violence et aux interventions non violentes.

L'étude de Taxis de 2002 (41) montre que la mise en place d'interventions sur la base d'un programme d'enseignement de différentes techniques de gestion de la violence a permis une réduction de 94 % du taux d'isolement et de contention lorsque la période de formation sur 42 mois a été terminée.

**La Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) aux États-Unis a également produit un guide en 2011 « The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use »** (27), visant à la diminution de l'isolement et de la contention dans une logique comptable notamment, mais en prenant comme axe le coût financier de ces mesures. Elle cite, par exemple, l'étude de LeBel et Goldstein de 2005 (28) qui retrouvait que la contention représentait 23 % du temps soignant et 40 % du budget opérationnel d'une unité d'entrée, et Flood *et al.* en Grande-Bretagne estimaient à 156 millions de dollars le coût de la contention et de l'isolement sur une année (42). La mise en place de programmes visant à diminuer le recours à l'isolement et à la contention engendrerait des surcoûts, notamment en termes de formation et de modification de l'environnement de soin, surtout. Néanmoins, il ressort des études citées par le SAMHSA que l'utilisation de la contention et de l'isolement est plus coûteuse que de ne pas les utiliser, que les patients en isolement ou en contention requièrent plus de temps de personnel soignant, que la diminution de l'isolement et de la contention entraîne une diminution des changements d'équipe et des nécessités de nouvelles embauches, des coûts de formation et des coûts d'indemnité du personnel. De plus, la réduction de l'isolement et de la contention est également bénéfique pour les patients, avec une diminution des blessures, mais également de plus courtes durées de séjour, des diminutions dans les traitements médicamenteux, un meilleur niveau de fonctionnement à la sortie de l'hôpital. Les patients seraient également plus satisfaits de la prise en charge. Le SAMHSA reprend les recommandations de l'*Institute of Medicine* de 2009 qui stipulait la nécessité d'une meilleure évaluation des coûts de l'isolement et de la contention et l'impact des politiques de réduction et de prévention de ces interventions (43).

Ces politiques de prévention du recours à l'isolement et à la contention ont eu pour effet une réduction importante de leur utilisation.

Par exemple, en Pennsylvanie, en 1997, les autorités publiques gérant les hôpitaux psychiatriques ont mis en place un programme dispensant des objectifs clairs de réduction de l'utilisation de l'isolement et de la contention, des stratégies spécifiques et des moyens d'évaluation. Durant les cinq premières années du programme, les épisodes d'isolement et de contention ont été réduits de 74 %, et le nombre total d'heures passées par les patients en isolement ou sous contention a diminué de 96 % (44). Des réductions similaires du nombre d'épisodes d'isolement ou de contention ont été retrouvées dans d'autres études réalisées dans différents types d'hôpitaux psychiatriques (30).

### **Les chambres d'apaisement**

La chambre d'apaisement est un espace dont le but est de calmer les sens et où le patient peut expérimenter des stimuli visuels, auditifs, olfactifs et tactiles agréables. La chambre d'apaisement contient des meubles physiquement confortables et agréables pour les sens, de façon à proposer un espace protégé du stress.

Une chambre d'apaisement est utilisée pour permettre au patient l'apprentissage de techniques de relaxation et de détente, aussi bien que pour diminuer l'agitation ou un comportement agressif.

Ce n'est donc pas une chambre d'isolement, ni un espace hors du temps, ni une punition ou une récompense, à utiliser quand un individu a déjà perdu le contrôle de son comportement (45).

Selon la définition donnée par le *St Lawrence Psychiatric Center*, la chambre d'apaisement est une chambre d'isolement dont la porte n'est pas fermée lorsque le patient est présent et qui est située

à proximité du bureau infirmier. Elle est conçue pour procurer un espace de faible stimulation et une absence d'interactions interpersonnelles afin de permettre une diminution de la tension. La chambre d'apaisement peut contenir des objets, qui ne peuvent pas être facilement cassés ou lancés. Cependant, elle ne doit pas contenir d'objets dangereux, de liens, de crochets, de vitres pouvant être cassées ou tout autre objet pouvant être utilisé pour se suicider ou s'automutiler. Les objets qui peuvent permettre une diminution de la tension doivent être disponibles comme des poufs, matelas, musique, coussins, variateur d'intensité lumineuse, livres et magazines, etc.

La chambre d'apaisement doit toujours être utilisée de façon volontaire. Les indications peuvent être les suivantes :

- Lorsque le patient le demande et quand il est clair que le patient désire un temps seul, loin du bruit et d'autres sollicitations de l'environnement.
- Lorsque le patient le demande et qu'il est clair pour l'équipe que l'agitation qu'il présente reste contrôlée.
- Sous suggestion de l'équipe qui pense qu'elle peut aider le patient à augmenter son self-control et que le patient est capable de maintenir ce self-control. Cela peut être considéré comme une phase précoce des interventions de désescalade.

Quand un patient est dans la chambre d'apaisement, un membre de l'équipe doit le surveiller toutes les 30 minutes, par un contact visuel, et plus souvent si cela est indiqué cliniquement. Le patient peut choisir de quitter la chambre d'apaisement à tout moment. Si un autre patient attend pour utiliser la chambre d'apaisement, alors le temps est limité à 30 minutes. Par contre, si personne n'attend, il n'existe pas de limite de temps.

La chambre d'apaisement peut contenir des matelas de yoga, une chaîne hifi, des chaises à bascule, une peinture murale, un siège inclinable, une lumière douce ou réglable, des livres, des produits d'aromathérapie, des couvertures chauffantes, des balles de stress, des photos de nature, etc. (35).

Les études ont montré une forte corrélation entre la réduction de l'isolement et de la contention et l'utilisation de chambres d'apaisement. Par exemple, les individus ayant accès aux chambres d'apaisement ont montré une diminution des comportements agressifs ou de rebellions (45).

### **Chariot d'apaisement ou boîte d'apaisement**

Dans les unités qui n'ont pas la possibilité de mettre en place une chambre d'apaisement, un chariot d'apaisement ou une boîte d'apaisement peuvent être une bonne alternative, car portables, peu coûteux et faciles à mettre en place.

## **B- RECOMMANDATIONS EN CAS DE NECESSITE DE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION**

### **a) Dans quelles circonstances peut-on utiliser l'isolement ou la contention ?**

La raison principale justifiant l'utilisation de l'isolement est la prévention ou la gestion d'un épisode violent actuel ou imminent. D'autres raisons sont parfois retrouvées dans les guidelines internationales. Néanmoins, comme le rappelle la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et plus particulièrement l'article 72 (46), il s'agit le plus souvent d'une intervention de dernier recours face à la violence (5 , 47 , 48).

#### **Mental Welfare Commission for Scotland, 2014 (Écosse) (47) :**

- Il existe un risque certain et clairement identifié que la personne mise en isolement présente un niveau de danger significatif pour autrui.
- La situation ne peut être gérée de façon plus sûre et appropriée par d'autres moyens.

#### **Mental Health Commission, 2011 (Irlande) (49) :**

- Dans des circonstances rares et exceptionnelles et seulement dans l'intérêt du patient, quand il ou elle présente une menace immédiate de lésions sévères à lui-même ou à autrui.

#### **American Psychiatric Nurses Association, 2014 (États-Unis) (5) :**

- L'isolement peut être utilisé uniquement pour la gestion de comportements violents ou auto-agressifs. Il ne peut être initié que lorsque les mesures moins restrictives ont été inefficaces et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour la personne, l'équipe, ou les autres et que l'équipe le mettant en place est formée et considérée comme compétente pour initier ces mesures.
- L'isolement ou la contention ne doivent jamais être utilisés comme une punition, pour la convenance de l'équipe ou lorsque des mesures moins restrictives pour gérer les troubles du comportement sont disponibles.

#### **National Institute for Health and Care Excellence, 2015 (Grande-Bretagne) (48) :**

- Une intervention restrictive ne peut être utilisée que si les stratégies de désescalade et les autres stratégies préventives, incluant la médication, ont été inefficaces et qu'il existe un risque potentiel de blessure pour les soignants ou les autres patients si aucune décision n'est prise.
- Elle ne doit pas être utilisée pour punir, infliger des souffrances, des douleurs ou de l'humiliation ou établir une domination.
- Il est nécessaire de s'assurer que les techniques et les méthodes utilisées sont proportionnées au risque et à la potentialité de violences sévères, que sera utilisée la solution la moins restrictive, qu'elle ne sera pas utilisée plus longtemps que nécessaire, qu'elle tiendra compte des préférences du patient si celles-ci sont connues et si cela est possible, et qu'elle tiendra compte de l'état physique, du degré de fragilité et de l'âge.
- La contention physique ne doit avoir lieu que dans des unités de haute sécurité.
- La contention physique ne doit être utilisée qu'en dernier ressort et dans le but de :
  - gérer une violence extrême dirigée contre les autres ou,
  - limiter les comportements auto-agressifs d'une grande fréquence ou d'une forte intensité.

#### **British Columbia Ministry of Health, 2012 (Canada) (35) :**

- Lorsque l'isolement doit être mis en place, cela doit être sur une courte période, l'intervention ayant pour objectif de protéger et d'assurer la sécurité du patient et des autres personnes de l'unité.

- L'isolement ne doit se faire que dans une chambre spécialement désignée pour cette utilisation, conformément à un protocole et à une procédure.

**Ministry of Health New Zealand, 2010 (Nouvelle Zélande) (4) :**

- Pour le contrôle de comportements violents apparaissant durant l'évolution d'une maladie psychiatrique et qui ne peuvent être gérés par des techniques psychologiques et/ou des médicaments.
- Pour des troubles du comportement résultant d'une agitation importante, de troubles de la pensée, d'une hyperactivité ou de troubles du jugement.
- Pour réduire les effets désorganisant de *stimuli* extérieurs chez une personne qui est fortement excitée en raison de sa maladie.
- Pour prévenir les comportements destructeurs ou dangereux, en utilisant des indicateurs spécifiques identifiés par le patient ou l'équipe, et qui doivent, lorsque c'est possible, faire partie d'un plan de gestion coopératif.
- L'isolement ne doit être utilisé que lorsque cela est nécessaire, après une évaluation du patient et qu'il peut être pleinement justifié. Le service doit disposer d'un contrat de soins individualisé qui identifie les interventions alternatives proactives (technique de désescalade, support comportemental) avant l'utilisation de l'isolement.

**Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015 (Canada) (6) :**

- L'utilisation d'une mesure de contrôle (isolement, contention) constitue une entrave à la liberté de mouvement et va à l'encontre du respect de la personne. En conséquence, elle doit être limitée à la présence d'un danger imminent pour la personne ou pour autrui et n'être envisagée qu'en dernier recours, lorsque toutes les mesures de remplacement appropriées à la situation ont été appliquées et évaluées. En aucun cas, une mesure de contrôle ne peut être utilisée pour solutionner un problème administratif ou répondre à la rareté d'intervenants ou de professionnels.
- La contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent.
- La contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en dernier recours.
- Lors d'utilisation de la contention ou de l'isolement, à titre de mesures de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est la moins contraignante pour la personne.
- L'application des mesures de contrôle doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet d'une supervision attentive.
- En aucun cas, le recours à une mesure de contrôle ne doit devenir un mode d'intervention systématique à l'endroit d'une personne qui a des comportements à risque. Chaque fois qu'une personne a un tel comportement, les professionnels habilités doivent s'interroger sur les causes sous-jacentes à ce comportement.

**Ministry of Health New South Wales, 2012 (Australie) (39) :**

L'isolement ne doit pas être utilisé :

- lorsque le patient a commis un passage à l'acte auto-agressif ;
- comme une procédure de routine, lorsqu'un patient est menaçant ou a détruit des objets ;
- comme une procédure de routine dans les suites d'une contention physique ;
- comme un environnement avec peu de stimulations extérieures : d'autres options doivent être utilisées auparavant ;
- pour un patient ayant fugué d'une unité de soins ;
- comme punition ou pour faire peur ;
- un patient ne peut être contenu par des contentions mécaniques dans une chambre d'isolement.

## **b) Quel est l'impact de l'isolement sur le patient ?**

Peu de travaux se sont intéressés au vécu des patients suite à des isolements. Ceux-ci révèlent néanmoins que l'isolement est une expérience chargée d'affects négatifs et souvent perçue comme une punition (50).

Meehan *et al.*, en 2000 (51), ont interrogé 20 patients hospitalisés dans un service de psychiatrie d'entrée, à l'aide d'un entretien semi-structuré, sur leur perception de l'isolement. Tous les patients de l'étude avaient été en isolement dans les 7 jours précédant l'entretien. Il ressort de cette étude que la majorité des patients pensaient avoir été mis en isolement de façon inappropriée, qu'ils n'avaient pas été suffisamment informés des règles du service. De plus, ils rapportaient un manque d'information sur la durée du maintien en isolement et le comportement à avoir pour pouvoir en sortir. La perception d'une nature arbitraire des décisions renforçait la perception que la période d'isolement était plus bénéfique à l'équipe qu'au patient. Tous les patients décrivaient l'utilisation de la force pour la mise en isolement, et la plupart décrivait cette expérience comme injustifiable. Cela augmentait alors l'association entre isolement et punition. Néanmoins, tous les patients n'étaient pas critiques, deux patients voyant l'isolement comme un endroit sûr, où ils pouvaient reprendre la maîtrise de leur comportement. Concernant les sentiments, il s'agissait le plus souvent de colère, notamment concernant le manque d'opportunité pour expliquer son comportement, avant d'être mis en isolement, mais également de sentiment d'humiliation. La plupart des patients mettaient en avant le manque de communication avec l'équipe pendant l'isolement et l'absence de possibilité d'exprimer ses sentiments, source de frustration et d'augmentation du sentiment d'abandon.

Mayers *et al.*, en 2010 (52), dans une étude prospective dans des services psychiatriques, basée sur un questionnaire, ont mis en évidence que les patients ressentaient des difficultés de communication avec les soignants et que leurs droits fondamentaux n'avaient pas été respectés. L'isolement ou la contention étaient plus souvent vécus comme punitifs que comme thérapeutiques et avaient engendré de l'angoisse.

Dans l'étude menée à l'Hôpital de la Conception à Marseille, par Cano *et al.*, en 2011 (50), les patients, rapportaient, suite à la mise en isolement, un sentiment de perte d'autonomie. L'isolement était souvent vécu comme traumatisant, avec une dimension dévalorisante et punitive.

Kontio *et al.*, en 2012 (53), ont mené 30 entretiens auprès de patients hospitalisés en psychiatrie en Finlande. Les patients décrivaient essentiellement une expérience négative, avoir ressenti peu d'attention durant l'isolement ou la période de contention, et n'avoir rien eu à faire, ce qui était source de détresse et d'ennui. Les alternatives à l'isolement ou la contention suggérées par les patients étaient dues à des pratiques particulières de certains soignants, mais n'étaient pas largement mises en place.

Van der Merwe *et al.*, en 2013 (36), ont fait une revue de la littérature (39 études) concernant la perception de l'isolement de la part des patients et de l'équipe. Les patients perçoivent l'isolement comme un incident négatif, alors que les soignants pensent que l'isolement a un effet thérapeutique et qu'ils ne pourraient pas travailler sans cette possibilité. Les suggestions pour améliorer l'expérience de l'isolement seraient une meilleure communication et plus de contacts entre les patients et l'équipe, avant, pendant et après l'épisode d'isolement.

Dans le cas de la contention, selon la revue de la littérature réalisée par Strout en 2010, toutes les études rapportaient un impact négatif sur les patients (54). Il s'agissait de vécu de colère, de peur, de sentiment d'humiliation, de déshumanisation, de démoralisation, d'impuissance, de détresse, de violation de l'intégrité personnelle. Certains patients rapportaient que l'expérience de la contention leur évoquait des scènes de violences vécues par le passé, notamment de violences physiques ou sexuelles dans l'enfance.

Dans une thèse de médecine soutenue récemment à Toulouse et étudiant le vécu de la contention par 29 patients, les émotions évoquées lors de la contention étaient, dans la grande majorité des cas, des émotions négatives, notamment : colère, haine, mépris, peur, angoisse et tristesse. Le

sentiment d'impuissance était très largement cité par les patients, mais également l'impression de solitude et de ne pas être considéré comme des êtres humains (10).

Des ressentis positifs ont pu être exprimés dans un second temps de la contention, comme le fait de permettre un retour au calme ou que cela était justifié compte tenu du comportement.

Concernant le vécu physique, il s'agissait de difficultés respiratoires, de douleurs, de position inconfortable empêchant de dormir.

### **c) Quels sont les risques présentés par le patient ?**

L'existence d'effets indésirables graves, physiques ou psychologiques, liés aux mesures de contraintes que sont l'isolement ou la contention physique, est décrite depuis de nombreuses années. Néanmoins, les cas de décès seraient principalement liés à la contention physique.

Il s'agit surtout des risques liés à (30) :

- *l'asphyxie positionnelle*, du fait d'un phénomène de suffocation lorsque le patient est face contre terre, avec des soignants assis ou appliquant une pression importante sur le dos ou l'abdomen ou quand les soignants placent des serviettes ou des couvertures autour du visage ;
- *la suffocation* lorsque le patient inhale ses propres sécrétions, généralement lorsqu'il est contentonné sur le dos ;
- *l'arrêt cardiaque* survenant lors d'un effort ou du fait d'interactions médicamenteuses ou du fait d'anomalies cardiaques non connues.

En moyenne, aux États-Unis, la contention physique serait à l'origine de 2 décès par mois. Dans 40 % des cas, ces décès seraient dus à des asphyxies soit par application d'un poids excessif sur le dos du patient lorsque celui-ci est en décubitus ventral, par le fait mettre un coussin ou des serviettes sur le visage du patient pour éviter des morsures ou des crachats, soit par obstruction des voies aériennes supérieures lorsque l'on maintient les bras du patient autour de son cou. Les autres cas étaient secondaires à des strangulations, à des arrêts cardiaques ou à des incendies. Toutes les morts par strangulation étaient survenues chez des patients âgés, placés dans des gilets de contention (55). Les facteurs de risque retenus étaient donc : la contention de patients fumeurs, la contention en position dorsale qui prédispose à l'asphyxie par inhalation, la contention en position ventrale qui prédispose à l'asphyxie par suffocation et la contention d'un patient dans une chambre ne permettant par la surveillance continue par un soignant.

Dans une étude réalisée en Allemagne, sur les 26 décès sous contention survenus à Munich entre 1997 et 2010, 11 seraient dus à une asphyxie et 8 par compression thoracique secondaire à la sangle ventrale (56).

**Selon les recommandations du *Ministry of Health New South Wales, 2012 (Australie)* (39), des surveillances et soins particuliers sont nécessaires pour les patients qui sont les plus à risque de lésions physiques ou psychiques :**

- patients extrêmement agressifs (risque de mort subite) ;
- patients intoxiqués par l'alcool ou la drogue, particulièrement les stimulants ;
- les patients qui ont des antécédents de pathologies physiques incluant les problèmes respiratoires (particulièrement l'asthme) ou cardiaques, l'obésité, l'anémie, les pathologies du squelette ou neurologiques, les déficits sensitifs ou moteurs, les lésions de la moelle ou cérébrales, les antécédents de fracture ou les malformations physiques ;
- les jeunes patients ;
- les patients âgés ;
- les femmes enceintes ;
- les patients avec des antécédents de trauma lié à la détention, pouvant être réactivé lors d'un épisode d'isolement (ex-réfugiés) ;
- les patients étrangers qui présentent des difficultés de compréhension de la langue et qui peuvent avoir des difficultés pour comprendre ce qui se passe.



Les formations des équipes de soins doivent inclure des informations sur les risques particuliers et les meilleures techniques de gestion de tous ces types de patients.

**American Psychiatric Nurses Association, 2014 (États-Unis) (5) :**

Tous les risques physiques et psychologiques de la procédure doivent être pris en considération. Une attention particulière doit être portée aux risques présentés par des personnes vulnérables, notamment : les personnes obèses, frêles, présentant des comorbidités somatiques, présentant un retard intellectuel ou développemental, celles présentant des troubles du comportement répétés avec le risque d'une évaluation incomplète.

Pour limiter les risques liés à l'isolement et à la contention, cela nécessite :

- une évaluation complète des facteurs de risque à chaque épisode de troubles du comportement ;
- des moyens humains adaptés à la situation ;
- l'utilisation de techniques ou de méthodes qui peuvent causer des douleurs à la personne sont prohibées.

**Ministry of Health New Zealand, 2010 (Nouvelle-Zélande) (4) :**

Lorsque l'utilisation de l'isolement est envisagée, les risques physiques et psychologiques présentés par l'individu doivent être considérés avec attention.

L'isolement doit être utilisé avec une extrême précaution, dans les conditions suivantes :

- lorsque le patient a reçu un traitement médicamenteux dont l'effet entraîne une baisse de la vigilance ou d'autres effets neurologiques ou un effet respiratoire ou cardiovasculaire ;
- une altération physique ;
- lorsque le patient nécessite une évaluation intensive, notamment en raison d'une histoire traumatique, ou suite à l'ingestion de substance ou de drogues ;
- lorsqu'il présente une maladie physique ou des lésions nécessitant un traitement physique spécifique ;
- lorsqu'il existe des antécédents d'automutilation ;
- lorsqu'il existe des antécédents d'augmentation de l'anxiété, de l'agressivité ou de la détresse lors de précédentes mesures d'isolement ;
- lorsque le patient n'a pas de diagnostic psychiatrique ;
- lorsqu'il existe une intoxication par l'alcool ou la possibilité d'ingestion d'autres substances.

Concernant le risque thrombo-embolique lié à l'immobilisation d'un patient en contention, aucun protocole précis d'anticoagulation n'a été retrouvé dans la littérature internationale. La gestion de cette problématique semble se faire au cas par cas, en fonction des facteurs de risque présentés par le patient et de la durée de contention.

**d) Qui prend la décision de mise en isolement ou de contention et comment sont-elles mises en œuvre ?**

**Mental Health Commission, 2009 (Irlande) (3) :**

L'isolement et la contention d'un patient peuvent uniquement être initiés par un médecin ou une infirmière diplômée. Le psychiatre responsable du traitement du patient doit être informé par le médecin ou l'infirmière qui a initié le traitement aussi vite que possible, et cela doit être notifié dans le dossier du patient.

Si l'isolement a été mis en place par des infirmiers, il doit y avoir une évaluation médicale la plus rapide possible et au moins dans les 4 heures après le début de l'isolement. Le médecin doit spécifier dans le dossier médical et dans le registre d'isolement s'il a décidé de continuer ou non l'isolement.

S'il décide de maintenir l'isolement, il doit alors indiquer *la durée de celui-ci, qui ne peut pas être supérieure à 8 heures après le début de l'isolement.*

Si l'isolement est initié par un médecin, il doit faire suite à une évaluation du patient qui inclut une évaluation du risque. Il doit en notifier la raison dans le dossier médical et indiquer dans le registre d'isolement qu'il a ordonné l'utilisation de l'isolement. Il doit aussi indiquer la durée de l'isolement sur le registre d'isolement, mais qui ne peut être supérieure à 8 heures à compter du début de l'isolement.

Le registre d'isolement doit également être signé par le psychiatre responsable de la prise en charge du patient, le plus tôt possible, et obligatoirement dans les 24 heures.

#### **American Psychiatric Nurses Association, 2014 (États-Unis) (5) :**

L'isolement doit être initié par des équipes qualifiées, autorisées par l'administration à mettre en place ces mesures dans des contextes d'urgence face à des troubles du comportement, et doit être suivi par un ordre d'un médecin.

L'initiation de l'isolement implique la notification, par un médecin, d'un ordre écrit, verbal ou au téléphone, incluant la raison de l'isolement, la durée de la décision et les critères comportementaux pour la levée de la mesure.

Elle doit prendre en considération les risques individuels du patient en lien avec l'isolement, notamment les risques de traumatismes et les mesures à prendre pour limiter ces risques.

Il est indispensable d'inclure une explication claire, donnée au patient, les raisons de l'isolement et des critères permettant la levée de la mesure. L'explication doit être donnée dans des termes compréhensibles par la personne et répétée si nécessaire pour faciliter la compréhension.

Dans l'heure qui suit la mise en isolement, la personne doit être examinée par un médecin pour déterminer si la mesure doit être maintenue. Cette évaluation doit permettre de :

- évaluer l'état mental, émotionnel et physique de la personne, avec une attention particulière à l'état cardiaque et respiratoire ;
- discuter avec l'équipe de soins impliquée dans la mise en place de la mesure des facteurs déclenchant de l'épisode, des mesures moins restrictives employées, des raisons cliniques de l'isolement et de la réponse de la personne ;
- identifier et mettre en place les interventions permettant d'accélérer la levée de l'isolement ;
- revoir la décision initiale, la durée de la mesure et les critères permettant la levée de l'isolement en fonction des indications données par l'équipe de soins et les réponses du patient.

#### **Ministry of Health New South Wales, 2012 (Australie) (39) :**

- L'utilisation de l'isolement doit être mentionnée dans le registre par la personne qui a pris la décision de l'intervention. L'autorisation d'isolement est valide à partir du moment où la porte est fermée jusqu'à ce qu'elle soit définitivement ouverte. La période d'isolement n'est pas finie lorsque le patient sort pour effectuer sa toilette ou recevoir des traitements ou de la nourriture.
- Dans l'heure qui suit la mise en isolement, un médecin doit effectuer un examen physique et psychiatrique du patient pour s'assurer de sa sécurité et maintenir ou mettre fin à l'intervention. Si l'isolement est maintenu, le médecin doit prescrire le niveau de surveillance requis jusqu'au nouvel examen médical. Ce médecin est préférentiellement le psychiatre traitant du patient. Si celui-ci n'est pas disponible, le médecin lui téléphone pour discuter avec lui de l'état physique et psychique du patient. Le médecin décide si l'isolement est justifié, doit être maintenu ou s'il doit être levé, et cela doit être noté dans le registre.
- L'isolement peut être levé par le cadre infirmier ou le médecin à tout moment, si la raison pour laquelle l'intervention avait eu lieu est finie. L'isolement peut prendre fin avant un examen par le médecin. Dans ces conditions, le médecin doit néanmoins revoir le patient dans l'heure, pour effectuer une évaluation physique et psychique et modifier le traitement si nécessaire.

- Durant la mise sous contention, il est recommandé de protéger la tête du patient, ses voies respiratoires, et de prévenir toute pression sur le cou, le thorax, l'abdomen, le dos et la région pelvienne.
- Durant la mise sous contention, un infirmier doit avoir la responsabilité de la santé physique du patient. Il doit surveiller notamment la respiration, le comportement et la coloration cutanée du patient.
- Est proposée une checklist des points à surveiller par le soignant responsable, lors de la mise en contention.

Comportement	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. S'agite-t-il de façon excessive ?</li> <li>2. Est-ce que l'agitation a stoppé soudainement ?</li> <li>3. Est-ce que la personne communique avec vous ?</li> </ol>
Voies respiratoires	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Est-ce que l'air peut pénétrer normalement ?</li> <li>2. Y a-t-il une pression sur son cou ?</li> <li>3. Y a-t-il quelque chose pouvant bloquer les voies respiratoires ?</li> <li>4. Est-ce que sa bouche est libre de tout vomissement ?</li> <li>5. Y a-t-il des signes d'obstruction des voies respiratoires ?</li> </ol>
Respiration	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Est-il capable de respirer ?</li> <li>2. Est-ce que son thorax peut bouger ?</li> <li>3. Est-ce que son abdomen est libre de toute pression ?</li> <li>4. Y a-t-il des signes de difficultés respiratoires ?</li> </ol>
Circulation	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le sang circule-t-il correctement ?</li> <li>2. Est-ce que ses membres sont libres de toute pression ?</li> <li>3. Y a-t-il des signes d'hypoxie tissulaire ?</li> <li>4. Y a-t-il des signes de compression nerveuse ?</li> </ol>
Déformation	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Y a-t-il un risque de lésion articulaire, aux membres, ou autres structures musculaires et osseuses ?</li> <li>2. La colonne vertébrale est-elle correctement alignée ?</li> <li>3. Le patient se plaint-il d'inconfort ou de douleur sur une partie de son corps ?</li> </ol>
Antécédents médicaux ou traumatiques	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Y a-t-il quelque chose dans ses antécédents médicaux qui influence le risque ?</li> <li>2. Y a-t-il des maladies respiratoires connues ?</li> <li>3. Y a-t-il des maladies cardiaques ou vasculaires connues ?</li> <li>4. Y a-t-il d'autres pathologies ou antécédents traumatiques importants ?</li> </ol>

**Mental Welfare Commission for Scotland, 2014 (Écosse) (47) :**

La décision de mise en isolement peut seulement être prise par un membre de l'équipe médicale ou le cadre infirmier du service. La décision doit être prise à la lumière des informations disponibles et après prise en considération des interventions alternatives. La décision de mise en isolement doit être prise en réponse à des risques clairement identifiés de violence envers autrui. Ces risques doivent être clairement notifiés.

Lorsqu'une période d'isolement est commencée, elle ne doit pas être maintenue plus longtemps que nécessaire.

Le plan de traitement doit notifier :

- le but de la mise en isolement et les stratégies pour permettre la sortie, en indiquant les critères qui permettront la levée de l'isolement ;
- la nature et la fréquence des surveillances et le personnel nécessaire.

Si l'isolement dure plus de 30 minutes, les consignes pour permettre au patient de manger, de boire ou de se laver doivent être clairement notifiées. Il convient également d'aider le patient à

déterminer comment il pourrait réintégrer l'unité de soins. Une bonne pratique reviendrait également à informer la personne de confiance avec le consentement du patient.

L'isolement peut faire partie d'un plan de traitement en réponse à des comportements violents, avec une priorisation d'autres stratégies thérapeutiques. Néanmoins, toute décision d'utilisation de l'isolement dans un plan de traitement d'un patient doit incorporer une stratégie de sortie pour mettre fin à l'isolement. L'objectif de cette approche est de minimiser le sentiment que l'isolement est utilisé de façon routinière comme option principale pour gérer la violence. Chaque épisode de violence ou d'agression doit être géré en utilisant le minimum de restrictions.

**Ministry of Health New South Wales, 2012 (Australie) (39) :**

Lorsqu'un patient est mis en isolement :

- Un nombre suffisant de soignants doit être présent pour assurer de façon sûre et efficace la gestion de la situation. Des renforts soignants ou de l'équipe de sécurité peuvent être requis si cela s'avère nécessaire.
- Pour protéger l'équipe d'allégations d'abus et pour promouvoir de sentiment de sécurité des patients, il est important d'essayer d'avoir des hommes et des femmes parmi les soignants durant l'intervention et pendant la mise en chambre d'isolement, surtout si le patient est une femme.
- Dans la lignée des recommandations de l'OHS (*Occupational Health and Safety Code*), les équipes doivent être entraînées à la gestion de l'agressivité et à la désescalade.
- Le cadre de santé doit s'assurer que l'équipe qui prend en charge un patient en isolement le fait sortir régulièrement, le mieux étant que le patient ne soit pas en isolement plus d'une heure sans une sortie.
- Effectuer la surveillance d'un patient en isolement est un rôle important nécessitant une implication et des capacités d'évaluation, et doit être assigné à des infirmier(ière)s expérimenté(e)s lorsque cela est possible.
- Les médecins doivent inscrire la mise en isolement dans le dossier du patient et détailler l'état général du patient.
- Si un patient est en isolement, un cadre infirmier ou un médecin doit effectuer un examen complet du patient (incluant son état psychique, physique et une évaluation du risque) pour déterminer quand l'isolement peut cesser.
- Tout nouveau membre de l'équipe soignante qui est chargé de la surveillance du patient doit lui être présenté en isolement, et une explication quant au changement doit être apportée au patient.

**National Institute for Health and Care Excellence, 2015 (Grande-Bretagne) (48) :**

- Inscrire la mise en isolement conformément au « *Mental Health Act 1983 code of practice* ».
- S'assurer que l'isolement dure le moins longtemps possible. Réévaluer le besoin de l'isolement au moins toutes les 2 heures et dire au patient que ces réévaluations vont avoir lieu.
- Définir un programme de surveillance du patient. Assigner un soignant de l'équipe à cette surveillance qui doit, au minimum, être visuelle.
- S'assurer qu'un patient en isolement peut garder ses habits et, s'il le souhaite, tous les objets personnels incluant ceux ayant une signification personnelle, religieuse ou culturelle, sauf si cela présente un risque pour sa sécurité ou celle des autres.

**Canadian Patient Safety Institute, 2013 (Canada) (57) :**

Si toutes les mesures de désescalade ont échoué, la mesure de contention ou d'isolement peut être appliquée. Ces étapes doivent être suivies pour tous les types de contention :

- Communiquer avec le patient sur les types de mesures restrictives qui vont être mises en place et la raison de ces mesures. Un membre de l'équipe doit donner au patient des informations sur ce qu'il doit faire pour mettre fin à la mesure.
- Expliquer au patient ce qui va se passer lorsque la mesure restrictive aura débuté.

- Lors de la contention, protéger la tête du patient et s'assurer qu'il est dans une position qui ne l'empêche pas de respirer.

**e) Quelles sont les mesures de surveillances à effectuer auprès du patient ?**

**Mental Health Commission, 2009 (Irlande) (3), modifié en 2011 (49) :**

- Un patient en isolement doit être sous la surveillance directe d'un infirmier pendant la première heure suivant la mise en œuvre de la mesure.
- Le patient doit être sous la surveillance permanente d'un infirmier pendant la durée de l'isolement.
- Une surveillance du patient doit être effectuée toutes les 15 minutes et notifiée. Cela doit inclure l'état émotionnel du patient et son comportement.
- Un examen du patient doit être effectué toutes les 2 heures par un infirmier. Pour éviter des lésions, un minimum de deux soignants doivent être présents, dont au moins un infirmier.
- Un examen du patient par un médecin doit avoir lieu toutes les 4 heures.
- Si le patient dort, un jugement clinique est nécessaire pour savoir ce qu'il est approprié de faire. Dans ces circonstances, l'examen médical peut être suspendu. Les examens infirmiers se poursuivent toutes les 2 heures, mais la nature de l'examen peut se limiter au constat que le patient n'est pas encore réveillé.
- La durée de l'isolement peut être prolongée jusqu'à 24 heures si cela est nécessaire.
- Si la durée est > à 24 heures, le psychiatre responsable doit examiner le patient et cela doit être notifié dans le dossier médical.
- Si la décision de maintien en isolement au-delà de 72 heures est prise par le psychiatre responsable du patient, l'inspecteur des services de santé mentale doit être informé par écrit.

**Ministry of Health New South Wales, 2012 (Australie) (39) :**

Si la décision de mise en isolement est maintenue, le médecin doit effectuer un examen physique et psychique toutes les 4 heures, jusqu'à la fin de la mesure. Il doit également effectuer un examen en urgence si cela est nécessaire pour la sécurité du patient. Chaque examen doit être mentionné dans le registre et dans le dossier du patient.

Dans les services où un médecin n'est pas toujours disponible, le cadre infirmier peut effectuer l'examen et rapporter les éléments au médecin par téléphone. Dans ces conditions, le médecin doit néanmoins examiner le patient dans les 24 heures.

L'examen doit inclure un entretien et un examen physique pour :

- permettre l'évaluation du comportement du patient et de son état mental et physique ;
- évaluer si l'isolement peut être levé en toute sécurité ;
- évaluer les effets des traitements médicamenteux ;
- réévaluer le bénéfice des médicaments prescrits ;
- faire l'inventaire du type et de la fréquence des surveillances à effectuer.

L'équipe soignante peut demander à ce que des évaluations soient effectuées plus fréquemment si elle note un changement dans les constantes vitales du patient ou une détérioration de son état physique ou psychique.

Le résultat de cet examen doit être noté dans le registre et dans le dossier du patient.

Tout incident, comme des lésions physiques ou des traumatismes psychiques consécutifs à l'intervention, doit être traité, noté dans le registre des incidents et dans le dossier du patient, et le psychiatre traitant doit en être informé.

**Mental Welfare Commission for Scotland, 2014 (Écosse) (47) :**

L'équipe soignante doit maintenir une communication et des entretiens avec le patient mis en isolement. La personne doit être informée, le plus rapidement possible, des raisons et des

conditions de l'isolement, pour qu'il soit levé aussitôt que possible. Il est important de faire des efforts pour que la personne n'ait pas le sentiment d'être punie. L'isolement est une procédure de mise à l'écart et peut devenir angoissant pour les patients. La personne mise en isolement peut avoir envie de parler de ce qui s'est passé. Il est vital de maintenir le contact pour s'assurer que la raison de l'isolement est continuellement évaluée. L'implication d'un avocat indépendant peut être prise en considération.

L'isolement ne doit pas être maintenu plus longtemps que nécessaire, et la discussion doit rester ouverte pour aider à une résolution la plus rapide possible.

L'équipe soignante doit placer le patient sous surveillance constante, soit directement soit par vidéo, et doit effectuer des observations écrites sur l'état mental et physique du patient. Un rapport écrit de surveillance doit être effectué toutes les 15 minutes. Les discussions de l'équipe et les décisions prises doivent également être notées. Ces éléments font partie du dossier de soins du patient.

Les cadres doivent maintenir un registre général de l'utilisation de l'isolement dans les services de soins. Des procédures d'audit peuvent également avoir lieu pour évaluer régulièrement les raisons, la fréquence et la durée de tous les épisodes d'isolement.

Au moins toutes les 4 heures, un membre sénior de l'équipe doit, de façon formelle, évaluer le besoin de maintien de l'isolement. Si l'isolement dure plus de 12 heures, le médecin doit effectuer une évaluation pluridisciplinaire.

#### **American Psychiatric Nurses Association, 2014 (États-Unis) (5) :**

Les personnes en isolement ou en contention sont continuellement surveillées, en accord avec les recommandations nationales. Les patients sont surveillés par des équipes entraînées et compétentes pour reconnaître et relever les réactions physiques ou psychologiques anormales, mais également pour faciliter la fin de la mesure.

La surveillance est essentielle pour s'assurer de la sécurité de la personne et pour s'assurer que le patient va être libéré le plus rapidement possible de l'isolement.

Cette surveillance doit être assurée systématiquement :

- par une équipe qualifiée pour observer l'état psychique et physique de la personne, pour reconnaître des réactions anormales et faciliter la levée de la mesure ;
- de manière à protéger l'intimité de la personne ;
- avec une attention particulière à tous les signes de lésions secondaires à la mise en place de l'isolement ;
- avec une attention particulière à tous les signes de difficultés cardiaques ou respiratoires ;
- en considérant le niveau d'hydratation, les besoins nutritionnels, l'intégrité cutanée, la circulation, l'hygiène, les besoins d'élimination et tous les signes d'inconfort physique ou de souffrance émotionnelle ;
- en anticipant les besoins du patient en termes d'hydratation, de nourriture, de soins de bouche ou de douche ;
- en s'assurant que la chambre est correctement éclairée, ne présente aucun risque, est à une température confortable et est correctement ventilée.

Les infirmiers sont responsables de la mise en place des cycles d'évaluation, des interventions et de l'évaluation de la réponse de la personne durant l'isolement. Cela inclut :

- la détermination de l'état mental et physique de la personne, mais également la réponse à l'isolement par l'observation directe et l'entretien avec la personne. Au minimum, il est effectué une réévaluation de la sécurité du patient, les signes vitaux incluant la saturation en oxygène sont pris, ainsi qu'un examen de l'état cutané, circulatoire et d'hydratation. Cela doit être effectué le plus souvent possible et au moins toutes les heures ;
- l'évaluation des réponses de la personne aux autres interventions mises en place pour faciliter la levée de la mesure ;

- proposer à la personne de formuler des plans permettant d'accélérer la levée de la mesure ;
- proposer de nouvelles interventions ou mettre en place des interventions permettant d'accélérer la levée de la mesure, mais également permettant d'augmenter la sécurité et le confort du patient.

**Ministry of Health New Zealand, 2010 (Nouvelle-Zélande) (4) :**

- La surveillance du patient doit être continue ou au moins aussi fréquente que possible. Le plus long intervalle entre les surveillances doit être de 10 minutes. La surveillance minimale à effectuer toutes les 10 minutes doit être : la condition générale, la coloration, la respiration, la position, l'activité et le comportement. Cela nécessite une surveillance physique et une interaction avec le patient et ne peut être effectué à l'aide d'une vidéosurveillance.
- Un examen du patient doit être effectué par un médecin au moins toutes les 2 heures à partir de l'entrée en isolement, afin d'évaluer le bien-être physique du patient. Une évaluation de l'état psychologique du patient devrait également être pratiquée.
- Chaque entrée dans la chambre doit permettre une évaluation de la capacité du patient à réintégrer l'unité de soins.
- Durant l'isolement, tous les soins et surveillances pratiqués doivent être notés, notamment :
  - les observations et soins effectués lors des surveillances,
  - la consultation avec le médecin,
  - la nourriture ou les boissons prises,
  - les soins personnels (hygiène, élimination),
  - les médicaments,
  - les activités physiques,
  - les visites (avocats, famille, représentant des usagers, etc.) ;
- Lorsque cela est possible, les soins devraient être pratiqués par un soignant du même sexe et de la même culture que le patient.
- Un psychiatre doit évaluer l'état psychique du patient au moins toutes les 8 heures, et celui-ci doit être noté dans le dossier de soins.
- Avant la fin d'une période de 8 heures, lorsque la décision est prise de poursuivre l'isolement, la confirmation de cette décision doit provenir du psychiatre traitant ou d'un autre médecin. Le nom du médecin et l'heure de la décision doivent être notifiés.
- Si la durée cumulée d'isolement est supérieure à 24 heures sur une période de quatre semaines, une réévaluation du patient sous la forme d'une analyse de cas pluridisciplinaire doit être mise en place.

**British Columbia Ministry of Health, 2012 (Canada) (35) :**

- Promouvoir une prise en charge centrée sur le patient, en prenant en compte sa perception, ses critiques et ses remarques.
- S'assurer d'un bien-être émotionnel en maintenant des contacts permanents et une communication entre le patient et l'équipe durant toute la durée de l'isolement.
- Communiquer avec la famille et les proches.
- S'assurer de la santé physique du patient en prêtant attention à tous ses besoins primaires.

**Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015 (Canada) (6) :**

La surveillance n'est pas déterminée en fonction du motif de mise en isolement, mais en fonction de l'évaluation du risque, ainsi que de la condition clinique de la personne et du milieu de vie où elle réside.

La question de la fréquence de la surveillance des mesures de contrôle relève du jugement clinique de l'équipe de soins. Il se peut, selon l'évaluation de la condition clinique et du niveau de risque, que la surveillance doive être plus fréquente. D'où l'importance de l'évaluation initiale et périodique des patients à risque. La fréquence doit donc être adaptée en fonction de chaque usager. De plus, il faut réévaluer le niveau de surveillance et le réajuster suivant l'évolution de la

condition clinique de l'usager. Il appartient à chaque établissement de déterminer, dans son protocole d'application des mesures de contrôle, les modalités de surveillance minimum requises lors de l'application de mesures de contrôle.

**National Institute for Health and Care Excellence, 2015 (Grande-Bretagne) (48) :**

*Niveau de surveillance : les soignants doivent adapter le niveau de surveillance en fonction des patients :*

- Bas niveau de surveillance, discontinue : c'est le niveau de base de surveillance, avec une fréquence d'environ toutes les 30 à 60 minutes.
- Haut niveau de surveillance, discontinue : habituellement utilisée si un patient est à risque de comportements violents ou agressifs, mais ne présente pas un risque immédiat. La fréquence de surveillance est d'environ 15-30 minutes.
- Surveillance constante : lorsqu'un patient présente une menace immédiate et nécessite d'être pris en charge en relation duelle, avec un accès immédiat aux autres membres de l'équipe si besoin.
- Surveillance constante par plusieurs soignants : lorsqu'un patient est à au risque d'auto- ou d'hétéro-agressivité et nécessite d'être pris en charge par deux ou trois soignants.

*Type de surveillance :*

- Reconnaître que le patient peut parfois percevoir les surveillances comme provocatrices et ainsi augmenter son sentiment de rejet et de déshumanisation.
- Utiliser les moyens de surveillance les moins intrusifs possibles, en prenant en compte la sécurité du patient, sa dignité et son droit à la vie privée, mais également le besoin de sécurité des autres patients et de l'équipe.
- Donner au patient des informations sur les raisons de la surveillance, le but de celle-ci, la durée et les moyens pour mettre une fin à la mesure.
- Les décisions concernant les niveaux de surveillance sont notées dans le dossier du patient. Cela doit prendre en compte l'état mental du patient, les traitements prescrits et leurs effets, l'évaluation actuelle du risque.
- Noter clairement les noms et fonctions des membres de l'équipe responsables de la surveillance et lorsque les surveillances ont lieu.

**La Joint Commission aux États-Unis a fourni des recommandations pour prévenir les décès en lien avec la contention physique par l'intermédiaire du Crisis Prevention Institute en 2009 (55) :**

- Établir des procédures pour l'évaluation somatique des patients.
- Encourager les équipes à rechercher des alternatives à la contention physique.
- Prendre en considération l'âge et le sexe des patients lors des choix thérapeutiques.
- Développer des procédures pour la mise en place de contention.
- Surveiller le patient en permanence lorsqu'il est contentonné.
- Si un patient est contentonné en position dorsale, s'assurer qu'il peut tourner la tête sur le côté, et si possible que la tête du lit soit surélevée pour limiter le risque d'inhalation.
- Si un patient est contentonné en position ventrale, s'assurer que les voies respiratoires ne sont pas obstruées. S'assurer également que l'expansion de la cage thoracique n'est pas limitée par une pression excessive sur le dos du patient (spécialement chez les enfants, les patients âgés et les personnes présentant une obésité).
- Ne jamais placer de serviettes, de sac, de coussin sur le visage du patient.
- Ne jamais contenir un patient sur un lit sans barrières.
- S'assurer que tout le matériel pour fumer a été mis à distance du patient.



**f) Information du patient en isolement ou sous contention physique**

**Mental Health Commission, 2009 (Irlande) (3) :**

Le patient doit être informé des raisons des mesures restrictives, de la durée de celles-ci et des circonstances qui peuvent entraîner l'arrêt de l'isolement ou de la contention. Si cela s'avère difficile pour le patient, les raisons expliquant pourquoi cela n'a pas été fait doivent être notifiées dans le dossier médical du patient.

**Ministry of Health New South Wales, 2012 (Australie) (39) :**

Pour diminuer les perceptions négatives de l'isolement, les soignants doivent fournir les informations suivantes aux patients mis en isolement, et il peut être nécessaire de les répéter :

- Rassurer le patient sur le fait qu'il n'est pas puni.
- Reprendre avec le patient la façon dont son comportement peut affecter les autres.
- Rappeler que l'isolement est une mesure courte, visant à assurer la sécurité de tous dans l'unité.
- La raison pour laquelle il a été décidé de la mise en isolement.
- Les conditions dans lesquelles la mise en isolement peut être levée (ex. : accord sur un comportement acceptable).
- Lorsque ces conditions sont remplies, la mise en isolement doit cesser immédiatement.
- Rappeler qu'il est important d'essayer de respirer doucement et de détendre les muscles.
- Expliquer ce qui va se passer durant la période d'isolement (surveillance, visites médicales, traitement, toilette, repas, boisson, etc.).
- Les dispositions particulières concernant la toilette, l'hygiène, les repas et les boissons durant l'isolement.
- Apporter des informations sur des modifications de leur mode d'hospitalisation (*legal status*) en respect du Code de la santé.

**g) Sécurité du patient et des soignants - Conditions d'isolement et de mise en contention**

**Mental Health Commission, 2009 (Irlande) (3) :**

- L'habillement en isolement doit respecter le droit des patients à la dignité, à la vie privée et au respect de leur intégrité corporelle. Si les vêtements du patient ne sont pas autorisés, la raison doit en être notifiée dans le dossier du patient.
- Un patient en isolement ne doit pas avoir accès à des objets dangereux.
- La chambre d'isolement doit bénéficier d'un accès aux toilettes et aux douches.
- La chambre d'isolement doit être équipée, entretenue et propre, en s'assurant du respect des droits à la dignité et à la vie privée.
- Tous les équipements de la chambre d'isolement doivent être de qualité et ne pas présenter de danger pour la sécurité du patient.
- Les chambres d'isolement ne doivent pas être utilisées comme des chambres.

**National Institute for Health and Care Excellence, 2015 (Grande-Bretagne) (48) :**

L'encadrement et les directions des soins doivent :

- préciser le ratio patients/soignants pour chaque unité de soins et le nombre de soignants nécessaires pour mettre en place des interventions restrictives ;
- s'assurer que les interventions restrictives ne sont utilisées que si un nombre suffisant de soignants formés est disponible ;
- s'assurer de la sécurité de l'équipe durant la mise en œuvre d'interventions restrictives incluant les techniques pour éviter des lésions secondaires aux aiguilles lors des injections de sédatifs ;

- s'assurer que des équipements de réanimation sont rapidement disponibles si des interventions restrictives doivent être utilisées, incluant un défibrillateur, de l'oxygène, des canules, du matériel de perfusion, d'aspiration et des médicaments de réanimation et le maintien hebdomadaire de cet équipement ;
- s'assurer que l'équipe soignante est formée aux premiers secours et les médecins formés à l'utilisation du matériel de réanimation.

Concernant la chambre d'isolement :

- Elle doit permettre à l'équipe d'observer et de communiquer facilement avec le patient.
- Elle doit être bien isolée et ventilée avec un contrôle de la température à l'extérieur de la pièce.
- Elle doit avoir un accès aux toilettes et aux sanitaires.
- Elle doit contenir du matériel, des fenêtres, des portes qui peuvent résister à de la violence.

**Ministry of Health New Zealand, 2010 (Nouvelle-Zélande) (4) :**

- Des précautions de sécurité doivent être prises lorsque le personnel rentre dans la chambre. Le nombre de soignants requis pour entrer dans la chambre doit être approprié pour gérer les risques potentiels. Cela doit être déterminé avant d'entrer ou détaillé dans des protocoles.
- L'isolement doit être fait dans une chambre prévue à cet effet et doit procurer un environnement sécurisé.
- La chambre doit disposer d'une lumière adéquate, de chauffage et d'une bonne ventilation.
- Elle doit permettre de surveiller facilement le patient et permettre au patient de voir la tête et les épaules du soignant.
- Elle doit permettre au patient d'appeler les soignants.
- Elle ne doit pas présenter de risque de lésions.
- Les objets ou meubles doivent être fixés pour éviter qu'ils ne soient utilisés pour blesser quelqu'un.
- Le patient doit pouvoir conserver ses vêtements aussi souvent que possible, sous réserve des conditions de sécurité, et ne doit pas être privé de ses effets personnels.
- Tous ces effets doivent être considérés un par un, pour établir leur risque de dangerosité et la possibilité de les conserver en isolement.
- Des moyens d'orientation temporelle doivent être fournis (heure, date, nouvelles ou autres informations).
- Un accès aux toilettes, à la douche, dans la chambre ou à côté de la chambre, doit être possible.
- Un accès à un espace extérieur sécurisé pour aider à la réintégration dans l'unité doit être aménagé.
- Un accès à une régulation de la température doit être possible si cela est nécessaire.

**Mental Welfare Commission for Scotland, 2014 (Écosse) (47) :**

Selon la *Mental Welfare Commission for Scotland*, différents points sont à considérer pour fournir un environnement sûr au patient en isolement.

La chambre doit être à distance des autres personnes, mais non isolée. Elle doit être suffisamment grande pour permettre d'accueillir le patient et un nombre suffisant de soignants qui peuvent être impliqués dans la mesure restrictive. La construction des portes, des murs, des fenêtres et des poignées doit être robuste pour résister à un haut niveau de violence. Il ne doit pas être possible de barricader la porte pour empêcher les entrées. Il ne doit pas y avoir d'accès à des prises électriques ou à des fils électriques pour ne pas induire de risque d'électrocution. Le mobilier doit être confortable, mais sécurisé et robuste, et ne doit pas pouvoir être utilisé comme une arme.

La lumière doit pouvoir être réglée de l'extérieur pour permettre la surveillance, mais doit également inclure une lumière qui peut être contrôlée par le patient dans la chambre d'isolement. Il doit y avoir un contrôle de la température et de la ventilation. La chambre ne doit pas être effrayante et doit être décorée d'une manière apaisante.

Le risque lié à l'habillement doit être évalué avant la mise en isolement, afin de s'assurer que tout élément potentiellement dangereux soit enlevé. Mais même si la sécurité du patient est essentielle, la dignité du patient doit être prise en compte. Rien ne doit être enlevé sans qu'une justification claire concernant le risque présenté de blessures contre soi-même ou les autres ne soit établie.

Une attention particulière doit être portée aux procédures d'évacuation en cas d'incendie.

**Selon le *British Columbia Ministry of Health, 2012 (Canada) (35)* :**

- Proposer des formations régulières pour les équipes intervenant dans des services où peuvent être mises en œuvre des mesures d'isolement.
- L'isolement ne doit avoir lieu que dans des chambres désignées expressément pour cela. Dans les nouveaux hôpitaux, la localisation de la chambre d'isolement doit être déterminée tôt dans le processus architectural, et toutes les décisions concernant la chambre d'isolement doivent être prises conjointement avec l'architecte et l'équipe de soins.
- Le design de la chambre d'isolement et de son environnement a un impact direct sur le traitement du patient et la sécurité de l'équipe. Les études sur la perception du patient suggèrent que l'expérience d'isolement est plus souvent perçue comme punitive que comme thérapeutique, du fait notamment d'un environnement non satisfaisant. Le design de la chambre d'isolement doit tenir compte de façon égale de la sécurité et de la fonctionnalité, en assurant que la chambre protège le patient en permanence et peut résister durablement à des actes violents.
- La chambre d'isolement doit être pensée pour minimiser le risque de traumatisme lié à la mise en chambre. Elle doit être placée à proximité du bureau infirmier afin de permettre une surveillance permanente à travers une vitre, et à distance de lieux comme des escaliers, des ascenseurs ou des portes de sorties.
- Les équipements et caractéristiques nécessaires pour les chambres d'isollements mis en évidence dans la littérature et par les experts sont :
  - une taille suffisante pour pouvoir recevoir au moins 6 membres de l'équipe,
  - un ameublement limité,
  - sans risque pour la sécurité,
  - durable, résistante à la violence et aux impacts,
  - des portes et murs sans fissures, qui peuvent être capitonnés,
  - de couleur claire, mais ni gris ni blanc,
  - avec une hauteur de plafond (au moins 3 mètres),
  - avec des vitres incassables mais qui permettent une lumière naturelle et de voir à l'extérieur,
  - des lampes incassables actionnées sur demande du patient,
  - une porte sécurisée avec une fenêtre d'observation,
  - des portes extérieures fermées mais qui se débloquent automatiquement en cas d'alarme incendie,
  - des sanitaires robustes,
  - une aération et une température agréable,
  - des équipements sécurisés incluant des systèmes d'alarme pour les soignants ou des miroirs sécurisés.

**h) Levée de la mesure d'isolement**

**Mental Health Commission, 2009 (Irlande) (3) :**

- Un médecin peut mettre fin à l'isolement à tout moment, après discussion avec les membres de l'équipe soignante.
- L'isolement peut être levé à tout moment par un infirmier prenant en charge le patient après consultation d'un médecin.
- Le patient doit être informé de la fin de l'épisode d'isolement.
- La raison de levée de l'isolement doit être notifiée dans le dossier médical du patient.

**American Psychiatric Nurses Association, 2014 (États-Unis) (5) :**

La décision de fin d'isolement doit être prise dès que les critères comportementaux permettant la levée de la mesure sont remplis.

Cela doit donc dépendre du fait que :

- La personne présente les critères comportements de levée d'isolement définis par le médecin, basés sur la connaissance du patient et sur les réponses comportementales spécifiées dans la décision d'isolement.
- Les autres indicateurs individuels qui méritent d'être examinés et évalués pour la levée de la mesure. Cela inclut les comportements qui ne sont pas forcément spécifiés comme critères de levée de la mesure, mais qui peuvent indiquer que le patient est dans une volonté de sortir de l'isolement, aussi bien que des comportements qui indiquent que l'isolement est en train d'augmenter les troubles du comportement.

**Ministry of Health New Zealand, 2010 (Nouvelle-Zélande) (4) :**

Une planification et un processus progressif de réintégration dans l'unité de soins doivent être mis en place, d'autant plus si la période d'isolement a été prolongée. La réintégration doit débuter avec la porte de la chambre d'isolement ouverte, dans des périodes sans stress ni agitation.

Lorsque le but de l'isolement est atteint, une décision de fin de la mesure doit être prise par deux médecins, en accord avec le médecin responsable.

Chaque épisode d'isolement doit être considéré comme fini si le patient ne présente plus d'indication à l'isolement ou s'il est resté en dehors de l'isolement pendant une durée supérieure à 1 heure.

**i) Quelle est l'efficacité des mesures d'isolement et de la contention sur la gestion à court terme de la violence de patients hospitalisés ?**

Une revue de la littérature, réalisée par Nelstrop *et al.*, en 2006 (58), a retenu 36 études, mais aucune n'était randomisée avec une population contrôle. Beaucoup de ces études présentaient des limites, comme la petite taille de l'échantillon, l'existence de biais, des manques de clarté sur les mises en œuvre, notamment des moyens de contention.

Néanmoins, Nelstrop *et al.* (58) ne retrouvaient pas de résultats permettant de déterminer que l'isolement ou la contention étaient des interventions sûres et/ou efficaces pour la gestion à court terme de la violence. Ils concluaient que ces interventions ne devraient être utilisées qu'avec précaution et seulement en dernier ressort, lorsque les autres méthodes pour calmer la situation ou le patient ont échoué.

Les auteurs de la revue de la littérature Cochrane (59), mise à jour en 2012, ont conclu qu'aucune étude contrôlée n'existait évaluant l'efficacité de l'isolement ou de la contention chez les patients présentant des troubles mentaux. En raison des données venant d'études non randomisées, l'utilisation de l'isolement et de la contention devraient être limitée pour des raisons éthiques. Il est recommandé qu'en dehors de circonstances extrêmes, l'utilisation de l'isolement et de la contention ne devrait être poursuivie que dans un contexte de réalisation d'étude randomisée.

**j) Impact de l'isolement sur les autres patients**

**Ministry of Health New South Wales, 2012 (Australie) (39) :**

Les patients qui sont témoins de la mise en isolement d'un autre patient peuvent ressentir de l'angoisse, de la confusion, de la peur ou de la colère. Ils peuvent aussi penser que cette intervention est utilisée comme une punition.

Il est important d'entendre les préoccupations des autres patients ou de toute autre personne ayant été témoin de cette intervention (étudiant, visiteurs, etc.). Il est également nécessaire de

procurer de la réassurance et d'expliquer que le but de cette intervention est de maintenir la sécurité des patients, de l'équipe et des visiteurs. Il est important de noter également que le patient recevra une attention supplémentaire pendant le temps court de l'isolement et qu'il rejoindra le service aussi vite que possible, lorsque que cela sera sûr.

### **k) Débriefing après la sortie de l'isolement**

#### **Mental Health Commission, 2009 (Irlande) (3) :**

- Après la sortie de l'isolement, il doit être offert au patient l'opportunité de discuter de l'épisode avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire impliqués dans sa prise en charge.
- Chaque épisode d'isolement doit être repris par les membres de l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge le patient et notée dans le dossier médical du patient. Cela doit avoir lieu dans les deux jours suivant la sortie d'isolement.

#### **British Columbia Ministry of Health, 2012 (Canada) (35) :**

- Mettre en place un débriefing en deux étapes après chaque incident, incluant l'équipe et le patient.

#### **American Psychiatric Nurses Association, 2014 (États-Unis) (5) :**

Aussi vite que possible après la sortie de l'isolement, les infirmiers, le patient et les autres personnes nécessaires doivent participer à un débriefing.

Cela doit permettre de :

- discuter et de clarifier les mauvaises interprétations possibles du patient qui concernent l'incident ;
- en accord avec le patient, impliquer la famille ou les autres membres de l'équipe de soins au débriefing pour discuter et clarifier leur perception, mais également pour identifier des alternatives ou des modifications du plan de traitement ;
- aider le patient à retrouver sa place dans le service ;
- identifier des interventions alternatives pour réduire le risque d'épisodes ultérieurs ;
- entendre et noter les perceptions du patient sur l'épisode ;
- s'assurer que les droits du patient et son bien-être physique ont été pris en compte pendant la durée de la mesure, et l'informer des possibilités pour faire reconnaître ses droits en cas de litige ;
- recenser les traumatismes qui peuvent être secondaires à la mesure ;
- modifier le plan de traitement si nécessaire.

#### **National Institute for Health and Care Excellence, 2015 (Grande-Bretagne) (48) :**

L'encadrement et la direction de soins doivent s'assurer que le service dispose d'une équipe suffisante composée de différents professionnels, d'anciennetés diverses, leur permettant de :

- conduire immédiatement un débriefing post-incident en incluant un infirmier et un médecin pour identifier les lésions physiques qui ont pu être causées à l'équipe ou au patient. Évaluer le risque actuel et l'impact émotionnel sur le patient et sur l'équipe. Déterminer les facteurs qui ont contribué à l'incident ayant conduit à l'intervention restrictive, identifier tous les facteurs qui peuvent être repérables rapidement pour réduire le risque de survenu d'un nouvel incident et modifier le plan de risques et de soins en fonction ;
- s'assurer que le patient a l'opportunité de discuter de l'incident dans un environnement soutenant avec un membre de l'équipe ou de décrire son expérience de l'événement ;
- s'assurer que tout autre patient du service qui a entendu ou vu l'incident a la possibilité de discuter, surtout s'il ne comprend pas ce qui s'est passé ;
- s'assurer que tous les membres de l'équipe impliqués dans l'incident ont la possibilité de discuter de leur expérience avec une équipe non impliquée ;

- ne discuter de l'incident avec le patient et l'équipe qu'après qu'ils ont retrouvé leur calme ;
- s'assurer que les documents nécessaires ont été remplis ;
- contribuer à un examen formel de l'incident sous la forme d'une supervision qui doit avoir lieu dans les 72 heures après l'incident et être conduite par une équipe extérieure formée.

Selon Meehan *et al.*, 2000 (51), le débriefing avec le patient, après la sortie d'isolement est important. Il permet de donner au patient la possibilité de comprendre les raisons de l'isolement, mais aussi de verbaliser les effets négatifs de la procédure. Il permet également de donner l'opportunité à l'équipe de négocier un programme thérapeutique avec le patient, lequel peut mettre en avant l'utilisation de mesures moins restrictives durant le reste de l'hospitalisation.

Selon l'étude de Cano *et al.*, 2011 (50), il convient de permettre au patient de s'exprimer et d'élaborer son ressenti. Il est également nécessaire de lui fournir des informations appropriées, progressives et réitérées dans le temps.

### I) Quelles sont les mesures administratives à prendre ?

#### Mental Health Commission, 2009 (Irlande) (3) :

- Tous les épisodes d'isolement doivent être notifiés dans le dossier médical du patient.
- Tous les épisodes d'isolement doivent être notés dans un registre d'isolement.
- Une copie du registre doit être placée dans le dossier du patient et une autre copie doit être disponible pour les inspecteurs des services de santé mentale.

#### American Psychiatric Nurses Association, 2014 (États-Unis) (5) :

Tous les aspects de l'isolement doivent être notifiés dans le dossier médical. Cela doit donc inclure :

- Les événements et les comportements qui ont entraîné la mise en place de l'isolement.
- Les interventions non physiques qui ont été essayées et les réponses du patient.
- Les mesures de contrainte physique qui ont pu être utilisées à la mise en place de la mesure et les possibles lésions physiques secondaires.
- Les examens et surveillance de la personne pendant le temps de l'isolement. Les interventions proposées pour améliorer le confort et la sécurité du patient, mais également pour accélérer la sortie du patient.
- Les critères pour la levée de la mesure et les données utilisées pour déterminer que la personne remplit ces critères.
- La date et l'heure de levée de la mesure.
- Le débriefing avec le patient et les soignants doit être indiqué.

#### Ministry of Health New Zealand, 2010 (Nouvelle-Zélande) (4) :

Une documentation spécifique doit être prévue pour les mesures d'isolement. Une fiche de surveillance toutes les 10 minutes et pour les examens toutes les 2 heures doit être disponible dans chaque service. Une copie des documents d'isolement doit être mise dans le dossier du patient et une autre dans un registre d'isolement centralisé.

L'objectif est de permettre une évaluation interne, des audits ou des revues de cas, mais également de permettre aux inspecteurs extérieurs de s'assurer que les procédures sont correctement appliquées.

#### **Exemple de fiche de surveillance d'isolement adapté de *Ministry of Health New Zealand, 2010* (4)**

Unité	Date	Heure de début	Heure de fin

#### **Informations sur le patient**

Nom	
Date de naissance	
Numéro	
Statut légal	
Sexe	

**Autorisation de mise en isolement**

<b>Médecin initiateur de la mesure</b>	
Nom	
Statut	
Date et heure	
<b>Médecin traitant du patient</b>	
Nom	
Statut	
Date et heure	

**Raison de l'isolement**

Le devoir de prudence pour le patient ou pour les autres est nécessaire du fait de :

Un comportement dangereux ne pouvant pas être contrôlé pour des techniques psychologiques et/ou un traitement médicamenteux	OUI/NON
Des troubles du comportement du fait d'une agitation importante, de troubles de la pensée, d'une hyperactivité ou des troubles du jugement.	OUI/NON
Des effets désorganisant des <i>stimuli</i> extérieurs chez une personne qui est très excitée du fait de sa maladie	OUI/NON
Comportements dangereux ou destructeurs, en utilisant des indicateurs spécifiques qui peuvent être identifiés par l'individu ou l'équipe et qui peuvent faire partie d'un plan de gestion.	OUI/NON

**Explication détaillée de l'événement**

**Interventions alternatives tentées (en donnant des détails)**

<b>Biologique</b>	
<b>Psychologique</b>	
<b>Environnementale</b>	
<b>Sociale</b>	
<b>Culturelle ou spirituelle</b>	

**Autorisation de l'isolement pour une durée supérieure à 8 heures**

Détailler la décision de continuer l'isolement.

Nom du médecin	
Statut	
Date et heure	

**Fin de l'isolement**

Si l'objectif de l'isolement est atteint, une décision de fin d'isolement doit être prise par deux médecins. Le médecin responsable doit être informé le plus tôt possible.

**Détailler la décision de fin d'isolement**

Nom du médecin	
Statut	
Date et heure	



**FICHE DE DEBRIEFING d'après Murphy et Bennington-Davis, 2005 (26)**

<http://sanctuaryweb.com/Portals/0/Bloom%20Pubs/Related%20Authors/2005%20Murphy%20and%20BenningtonDavis%20Restraint%20and%20Seclusion.pdf>

**Surveillance de l'isolement d'après la *Mental Health Commission*, 2009 (3)**

**Informations sur le patient**

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe :

**Service :**

Hôpital :	Service :	Chambre d'isolement :
-----------	-----------	-----------------------

**Détails sur l'isolement :**

Type d'isolement	Première décision d'isolement :	Prolongation :
Date de mise en isolement :		
Heure de mise en isolement :		
<b>Qui a initié l'isolement :</b>		
Nom :	Statut :	
Signature :		
<b>Pourquoi l'isolement a-t-il été utilisé :</b>		
Menaces aux patients, à l'équipe ou autres <input type="checkbox"/>	Automutilation ou risque <input type="checkbox"/>	
Agression de patients/équipe/autres <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	
Explications :		
<b>Alternatives à l'isolement qui ont été essayées</b>		
Interventions verbales/ techniques de désescalade <input type="checkbox"/>	Médicaments proposés/ donnés <input type="checkbox"/>	
Temps calme/ entretien duel avec un infirmier <input type="checkbox"/>	Contention physique <input type="checkbox"/>	
Autre <input type="checkbox"/>		
<b>Est-ce que le patient a été isolé avec ses vêtements personnels ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
<b>Est qu'un proche du patient ou son représentant a été informé de l'isolement ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

## **8. Version soumise aux parties prenantes**

## Messages clés

Les recommandations suivantes ont été considérées comme étant celles à mettre en œuvre prioritairement pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients au moment de la publication de la recommandation de bonne pratique.

- L'isolement et la contention mécanique sont des mesures de protection limitées dans le temps pour prévenir une violence imminente sous-tendue par des troubles mentaux. Elles s'inscrivent dans le cadre d'une démarche thérapeutique. Elles ne doivent être utilisées qu'en dernier recours après échec des mesures alternatives de prise en charge.
- L'isolement et la mise sous contention mécanique sont réalisés sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement.
- Ces mesures ne peuvent avoir lieu que dans un espace dédié avec des équipements spécifiques.
- Seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés.
- La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement.
- Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision s'inscrit dans le dossier du patient.
- Ces mesures nécessitent une prise en compte systématique de l'état clinique somatique.
- Il est indispensable, au moment de la mise en place des mesures d'isolement et de contention mécanique, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de ces mesures et les critères qui permettraient sa levée.
- L'isolement et la contention mécanique doivent être levés, sur décision médicale, dès que leur maintien n'est plus cliniquement justifié.
- Il est souhaitable d'aménager des espaces d'apaisement, comme alternative à l'isolement.
- A la fin de toute mesure d'isolement ou de contention, une reprise des conditions qui y ont conduit et une réflexion doivent être menées d'une part avec le patient et d'autre part en équipe.
- L'établissement mène une réflexion visant à améliorer les conditions de prise en charge et à limiter les mesures d'isolement et de contention dans le cadre de sa politique d'amélioration de la qualité des soins.
- Aucune mesure d'isolement ou de contention ne peut être décidée par anticipation en « si besoin ».
- Ces mesures sont assujetties à une surveillance régulière et intensive suivant la prescription médicale.

## Préambule

### Contexte d'élaboration

L'évolution de la psychiatrie se caractérise par d'importants progrès en matière de prises en charge plus précoces, ouvertes sur la cité et plus efficaces. Elles impliquent de plus en plus les patients et leurs proches en améliorant le pronostic des troubles mentaux les plus sévères. Aujourd'hui, le plus fréquemment, l'hospitalisation ne correspond qu'à un temps limité des prises en charge souvent pour des tableaux cliniques décompensés. Les différentes réponses en termes de soins doivent s'appuyer sur la relation et la participation du patient. Le recours à une mesure d'isolement ou de contention ne peut se justifier qu'en dernier recours, au terme d'un processus de désamorçage d'un tableau clinique critique.

Le recours aux mesures d'isolement et de contention en psychiatrie est un sujet très sensible, d'une part d'ordre légal et éthique vis-à-vis du respect des libertés individuelles, du rôle et de la fonction des intervenants, de la légitimité de ces mesures, de la sécurité du patient et de celle d'autrui, et d'autre part d'ordre clinique et organisationnel vis-à-vis de la qualité de la prise en charge, de la pertinence des mesures et de leur impact, des conditions de mises en œuvre et des moyens disponibles.

Les données épidémiologiques/statistiques sont rares et aucun suivi n'existait jusqu'à présent mais il semble que le recours à l'isolement et la contention soit en recrudescence, avec des situations inégales d'une région à l'autre, d'un établissement à l'autre, voire d'un service à l'autre.

D'ailleurs, depuis plusieurs années, diverses autorités appellent l'attention sur les recours aux mesures d'isolement et de contention, considérant que leur usage n'est pas toujours motivé par des raisons thérapeutiques et qu'il convient de les encadrer.

C'est dans ce contexte et pour répondre à la nécessité d'un encadrement plus rigoureux de ces mesures que la DGS et la DGOS ont dans leur saisine adressée à la HAS souligné que « si ces pratiques thérapeutiques peuvent être considérées comme indispensables dans certaines situations, la contrainte particulière qu'elles représentent pour les personnes concernées justifie qu'elles soient particulièrement encadrées et envisagées dans des conditions très précises. »

### Objectifs de la recommandation

Cette recommandation de bonne pratique vise à déterminer la place de l'isolement et de la contention en psychiatrie, dans les services de psychiatrie générale, et ainsi permettre aux professionnels de santé amenés à recourir éventuellement à ces mesures, d'améliorer et harmoniser leurs pratiques tout en répondant aux exigences cliniques, légales, éthiques et organisationnelles (notamment, aider la prise de décision dans le choix des soins, réduire les recours aux mesures d'isolement et de contention). La finalité est d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité des soins, de veiller au respect de leurs droits fondamentaux en encadrant fortement ces pratiques et donc la qualité des soins qui leurs sont apportés pour qu'elles ne soient utilisées qu'en dernier recours.

Cette recommandation de bonne pratique concerne les services de psychiatrie générale. Compte-tenu des particularités cliniques et de fonctionnement des unités pour malades difficiles (UMD) une réflexion spécifique doit être menée sur la mise en œuvre de cette recommandation de bonne pratique.

L'utilisation des mesures d'isolement et de contention constitue une entrave majeure à la liberté individuelle, et de ce fait, doit être une mesure d'exception et temporaire. L'application de ces mesures doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne et doit faire l'objet d'une supervision attentive.

## Gradation des recommandations

Les données de la littérature identifiée 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.

Certaines recommandations sont issues du travail HAS « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie. »

## Cadre légal et réglementaire de la contention et de l'isolement

L'isolement et la contention sont des restrictions aux libertés individuelles et doivent être prises dans le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux.

L'article L. 3211-3 du code de la santé publique (CSP) encadre de manière générale la prise en charge des personnes hospitalisées en soins psychiatriques. A ce titre, il précise que les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être « adaptées, nécessaires et proportionnées » à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis. « En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée ».

En outre, tout patient hospitalisé en soins psychiatriques a le droit de :

- saisir la Commission départementale des soins psychiatriques ainsi que les autorités administratives (préfet, ARS, maire de sa commune, etc.) et judiciaires (tribunal de grande instance, procureur de la république, etc.) compétentes ;
- porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de libertés des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- prendre conseil auprès du médecin ou de l'avocat de son choix ;
- émettre et de recevoir des courriers ;
- consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir toute explication qui s'y rapporte ;
- exercer son droit de vote ;
- se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

L'article L. 3222-5-1 CSP, créé par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, donne un cadre juridique spécifique aux recours à l'isolement et à la contention. Définis comme des « pratiques de dernier recours », ils sont uniquement destinés à « prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui ». En outre, l'isolement et la contention ne peuvent être autorisés que par un psychiatre et « pour une durée limitée ».

Ce même article impose aux établissements de santé en charge de soins psychiatriques de tenir un registre spécifique garantissant la traçabilité de ces mesures. Ce registre doit mentionner « 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 ». Enfin, cet article oblige ces établissements à établir tous les ans 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 œuvre. Ce rapport doit être transmis pour avis à la commission des usagers et au conseil de surveillance (ou son équivalent) de l'établissement de santé.

L'article R. 4311-6 CSP dispose que, dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-5 CSP, l'infirmier est tenu d'accomplir « la surveillance des personnes en chambre d'isolement ».

Par ailleurs, l'infirmier est chargé de mettre en œuvre les « protocoles d'isolement » décidés par le psychiatre (R. 4311-7 CSP).

# 1. Définitions

## Isolement

Isolement : Tout patient placé à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté.

L'isolement est une mesure limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation de l'isolement représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance... réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité.

## Contention

Il existe plusieurs types de contentions, dont les contentions physique et mécanique.

- Contention physique (manuelle) : maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique.
- Contention mécanique : utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.

La contention mécanique est une mesure d'exception, limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation d'une mesure de contention mécanique représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance... réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité.

Seule la contention mécanique est abordée dans cette recommandation de bonne pratique.

# 2. Indications

Il s'agit de prévenir une violence imminente du patient ou répondre à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui.

L'isolement et la contention peuvent être envisagés uniquement lorsque des mesures alternatives, 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.

Dans le cas particulier où le patient serait lui-même demandeur d'une mesure d'isolement ou de contention, celle-ci doit être évaluée au regard de la clinique et la réponse apportée doit être la plus adaptée (réassurance, accompagnement de proximité, traitement médicamenteux, séjour en espace d'apaisement ou en chambre personnelle non fermée). Si aucune alternative à l'isolement et la contention n'est envisageable, ces mesures ne peuvent être réalisées que dans les conditions précisées par cette recommandation de bonne pratique.

### **3. Contre-indications**

Il est recommandé de ne pas utiliser l'isolement et la contention pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination, et en aucun cas, pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou de professionnels.

Une attention particulière doit être portée sur l'état clinique, ce dernier pouvant ne pas nécessiter un isolement, ni une contention, et une réflexion bénéfices-risques est recommandée lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave.

### **4. Les personnes placées sous main de justice**

Ces situations sont régies par l'article L. 3214-1 du code de la santé publique qui prévoit que ces personnes soient adressées en UHSA.

Cependant, dans la pratique, certains détenus sont hospitalisés au sein de services de psychiatrie générale.

Quel que soit le lieu d'hospitalisation, le recours à l'isolement relève d'une nécessité médicale. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice publié par le ministère de la justice et le ministère des affaires sociales et de la santé en précise les conditions dans sa dernière version publiée en octobre 2012<sup>1</sup>.

### **5. Modalités de mise en œuvre**

Seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés.

A titre dérogatoire et uniquement en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler, pour des raisons tenant à sa sécurité un patient en soins libres pendant quelques heures, en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime de soins.

L'isolement et la mise sous contention mécanique sont réalisés sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la décision qui pourrait avoir été prise par un médecin non psychiatre ou par l'équipe soignante doit être confirmée dans l'heure qui suit le début de la mesure, après un examen médical permettant de déterminer si la mesure est justifiée, doit être maintenue ou s'il doit être levée.

Il est recommandé que le médecin soit préférentiellement le psychiatre traitant du patient dans l'unité de soins. En cas de décision prise par un interne ou un médecin non psychiatre, et durant les périodes de garde, cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit. Cette confirmation peut se faire par téléphone en fonction des informations échangées. Cette confirmation doit être notifiée dans le dossier du patient.

---

<sup>1</sup> Cf. CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice

Il est recommandé qu'une fiche particulière de prescription du suivi de la décision s'inscrive dans le dossier du patient et comporte :

- l'identité du patient ;
- la date et l'heure de début et de fin de mise en isolement et sous contention mécanique ;
- le nom de l'unité, les modalités d'hospitalisation ;
- le motif de la mise en isolement et sous contention mécanique, les risques de violence imminente ou immédiate, non maîtrisable, envers autrui ou envers lui-même, clairement notifiés ;
- des éventuelles précisions sur ce qui a été vainement mis en œuvre préalablement afin de justifier que la mesure est bien prise en dernier recours ;
- la recherche de contre-indications à l'isolement et à la mise sous contention mécanique ;
- les modalités de dispensation du traitement médicamenteux privilégiant une voie *per os* chaque fois que possible, en situation d'urgence, en complétant la fiche de traitement ;
- les modalités de surveillance adaptées à l'évaluation des risques somatiques et psychiques.
- Les consignes devant permettre au patient de manger, de boire, d'aller aux toilettes ou de se laver clairement notifiées

Il convient de s'assurer que les patients bénéficient d'un accès à l'alimentation, à l'hydratation et à l'hygiène.

A l'initiation de la mesure, il est recommandé que l'indication soit limitée à 12 heures pour l'isolement et 6 heures maximum pour la contention mécanique. 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 pluridisciplinaire. L'équipe pluridisciplinaire 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 isolements de plus de 48 heures et les contentions mécaniques de plus de 24 heures doivent être exceptionnels.

Il est recommandé que le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.

En aucun cas, le recours à des mesures d'isolement et de contention mécanique ne doit devenir un mode d'intervention systématique à l'endroit d'un patient qui a des comportements à risque. Chaque fois qu'un patient a un tel comportement, les professionnels habilités doivent s'interroger sur les causes sous-jacentes à ce comportement.

Toute mesure programmée d'isolement ou de contention mécanique est à proscrire. La mesure « si besoin » ne peut s'appliquer.

Il est recommandé qu'un entretien et un examen médical soient réalisés au moment de l'isolement et de la mise sous contention mécanique pour :

- évaluer l'état mental, émotionnel et physique du patient, avec une attention particulière à l'état cardiaque et respiratoire ;
- expliquer au patient les raisons la mesure et les critères permettant sa levée ;
- expliquer la surveillance qui sera effectuée ;
- discuter avec l'équipe soignante impliquée dans la mise en place de la mesure, des facteurs déclenchants de l'épisode, des mesures moins restrictives employées, des raisons cliniques de l'isolement et de la contention mécanique et de l'évolution clinique du patient en isolement et sous contention mécanique ;
- identifier et mettre en place les soins permettant d'accélérer la levée de l'isolement et de la contention mécanique.

## LIEU DE MISE EN OEUVRE

Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté.

La contention mécanique est associée à une mise en isolement. Il est recommandé qu'elle n'ait lieu que dans un espace dédié avec des équipements spécifiques et qu'elle ne se fasse qu'en position allongée.



## 6. Les exceptions

Dans la cadre de troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution avec des conduites auto-agressives ou de mutilations répétées et dans un but de préservation de l'intégrité physique du patient, il peut être possible d'avoir recours à des moyens de contention mécanique ambulatoire tels que la « camisole de force » ou des vêtements de contention.

Cette contention n'est pas nécessairement associée à l'isolement et s'inscrit dans un plan de soins spécifique établi par le psychiatre traitant du patient, en dehors du cadre de l'urgence.

Le recours à cette pratique doit faire l'objet d'une évaluation clinique régulière.

Ces mesures doivent être recensées au niveau du service et de l'établissement afin d'entretenir une réflexion sur l'organisation des soins.

## 7. Surveillance

Il est recommandé de prendre en compte le sevrage en proposant des traitements substitutifs, notamment pour le tabac.

Chaque examen ou surveillance doit être consigné dans le dossier du patient où une fiche peut être identifiée stipulant le nom du soignant, la date et l'heure ainsi que les examens ou surveillances effectués. Il s'agit notamment :

- des observations et soins effectués lors des surveillances ;
- des examens médicaux pratiqués ;
- des aliments et boissons pris ;
- des soins personnels (hygiène, élimination) ;
- des traitements administrés ;
- des visites de l'équipe soignante et d'un relevé de l'état clinique.

Comme indiqué dans le chapitre « Modalités de mise en œuvre » le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par 24 heures, et ce afin :

- d'évaluer l'état physique (notamment les risques de complication thromboembolique en cas de contention mécanique), ainsi que l'état psychique et le comportement du patient ;
- d'évaluer la nécessité de maintien de la mesure ;
- d'évaluer les effets des traitements médicamenteux ;
- de réévaluer le rythme et la nature des surveillances à effectuer.

L'équipe soignante peut demander à ce que les évaluations médicales soient effectuées plus fréquemment si elle note un changement en termes d'évolution permettant une levée de l'isolement et de la contention mécanique, ou une détérioration de l'état physique ou psychique du patient.

Le rythme de surveillance de l'état somatique et psychique par l'équipe soignante est précisé par le médecin et adapté en fonction des nécessités thérapeutiques et du (des) risque(s) présenté(s) par le patient. Il relève donc de son jugement clinique.

Il est recommandé que :

- la surveillance de l'état psychique se fasse au moins toutes les heures et puisse aller jusqu'à une surveillance continue,
- la surveillance des paramètres physiologiques soit assurée par l'équipe soignante (tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, palpation des mollets, etc.) en fonction de la prescription médicale,

Il est rappelé que la vérification des points d'attaches, de l'état cutané et des besoins physiologiques du patient relève du rôle propre de l'infirmier.

Cette surveillance régulière du patient doit permettre de rétablir un contact, de travailler l'alliance, de prévenir les risques de complications somatiques. Il est recommandé qu'elle soit réalisée par au moins deux membres de l'équipe soignante :

- avec une attention particulière à l'état psychique du patient et aux signes d'aggravation de l'état somatique éventuels ;
- avec une attention particulière aux signes de défaillance cardiaque ou respiratoire ;
- en considérant l'état d'hydratation, d'alimentation, d'hygiène et les besoins d'élimination.

Tout incident doit être notifié dans le dossier du patient.

La prévention des maladies thromboemboliques doit être envisagée pour chaque patient mis sous contention mécanique en fonction de la balance bénéfiques-risques notamment par la prescription d'un traitement anti-coagulant. S'il s'agit d'un traitement par héparines de bas poids moléculaire (HBPM), un contrôle plaquettaire doit être réalisé.

Parmi les facteurs de risque thromboemboliques, sont notamment retrouvés les antécédents d'événement thromboembolique veineux (ETEVE), la thrombophilie familiale majeure, le cancer, la chimiothérapie, l'insuffisance cardiaque ou respiratoire, l'hormonothérapie, la contraception orale, les accidents vasculaires cérébraux avec déficit neurologique, le postpartum, l'âge, l'obésité, l'alitement prolongé, l'insuffisance rénale sévère...

Il est recommandé de porter une attention particulière aux patients les plus à risque sur le plan somatique ou psychique, notamment :

- les patients extrêmement agités ;
- les patients intoxiqués par l'alcool ou des substances psychostimulantes ;
- les patients ayant des antécédents cardiaques ou respiratoires, une obésité morbide, des troubles neurologiques et/ou métaboliques ;
- les patients âgés ;
- les femmes enceintes ou en période de *post-partum*.

## 8. Information du patient

Il est indispensable, au moment de la mise en place de la mesure d'isolement et de contention mécanique, de donner au patient, des explications claires concernant les raisons de la mesure et les critères permettant sa levée.

L'explication doit être donnée dans des termes compréhensibles par le patient et répétée, si nécessaire, pour faciliter la compréhension.

Il est nécessaire d'expliquer au patient ce qui va se passer durant la période d'isolement et de contention mécanique (surveillance, examens médicaux, traitement, toilettes, repas, boisson).

Dans la recherche d'une alliance thérapeutique avec le patient, sauf dispositions prévues par la législation (majeurs sous tutelle, mineurs) et dans le respect du code de déontologie, il est demandé au patient s'il souhaite prévenir sa personne de confiance ou un proche. Dans ce cas, les moyens les mieux adaptés à la délivrance de cette information doivent être recherchés.

## 9. Sécurité du patient et des soignants – Conditions de l'isolement et de la contention mécanique

La mise en place d'une mesure d'isolement et de contention mécanique doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.

Les services doivent être dotés d'équipes soignantes adaptées aux besoins quotidiens en matière de prise en charge psychiatrique et de sécurité.

Un nombre suffisant de soignants doit être présent pour assurer de façon sûre et efficace la gestion de la situation de crise. Il est recommandé qu'une partie de l'équipe se consacre à la

situation de crise, une autre partie prenne en charge et rassure les autres patients ; que le médecin de l'unité ou le médecin de garde, s'il n'était pas présent, soit informé de la situation et sollicité pour intervenir le plus rapidement possible. S'il s'agit du médecin qui connaît le patient, il convient de l'informer des facteurs repérés comme pouvant expliquer la situation de crise (frustration, prise de toxiques, exacerbation hallucinatoire...), et s'il s'agit du médecin de garde, de lui présenter succinctement le patient, l'existence de personnes ressource, les facteurs d'alliance possibles...

Parallèlement, des renforts peuvent être sollicités pour une intervention en soutien. Un professionnel de l'unité concernée accueille et informe l'équipe de renforts.

Il est recommandé que :

- les équipes soient formées et entraînées à la gestion de la violence et aux techniques de désamorçage,
- les équipements de réanimation, incluant un défibrillateur, de l'oxygène, du matériel de perfusion, d'aspiration et des médicaments de réanimation soit à proximité et rapidement disponibles, car les risques somatiques sont majorés en cas de contention mécanique,
- l'équipe soignante soit formée aux premiers secours et les médecins, à l'utilisation du matériel de réanimation,
- la mesure d'isolement respecte les droits des patients à la dignité et au respect de leur intégrité corporelle,
- un patient en isolement puisse garder ses vêtements et tous les objets personnels incluant ceux ayant une signification personnelle, religieuse ou culturelle, sauf si cela présente un risque pour sa sécurité ou pour autrui (si les vêtements du patient ne sont pas autorisés, la raison doit en être notifiée dans le dossier du patient),
- en fonction de l'état clinique du patient, des sorties de courte durée de l'espace d'isolement puissent être proposées, en présence des soignants
- l'entrée et la sortie du patient en isolement soient signalées aux services de sécurité incendie de l'établissement en temps réel,
- le début et la fin de toute mesure d'isolement soient portés à la connaissance du praticien hospitalier d'astreinte, de l'interne et du cadre de garde.

## 10. 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 doit respecter l'intimité du patient et permettre le repos et l'apaisement.

La disponibilité de la chambre du patient est assurée à tout moment.

Il est recommandé que l'espace d'isolement :

- soit suffisamment grand pour permettre d'accueillir le patient et un nombre suffisant de soignants,
- bénéficie d'un accès aux toilettes et à la douche,
- soit entretenu et propre,
- soit pourvu d'équipements de qualité ne présentant pas de danger pour le patient, notamment un mobilier (lit, siège, etc.) confortable mais sécurisé et robuste ne pouvant devenir un objet dangereux,
- soit équipé de moyens d'orientation temporelle : heure, date, nouvelles ou informations...,
- permette à l'équipe d'observer et de communiquer facilement avec le patient,
- soit situé à proximité du bureau infirmier afin de permettre une surveillance rapprochée et disposer de deux accès,
- soit équipé d'un dispositif d'appel toujours accessible par le patient,
- soit bien isolé et ventilé avec un contrôle de la température à l'extérieur de la pièce,

- soit équipé d'un dispositif d'éclairage pouvant être réglé de l'extérieur pour permettre la surveillance, mais incluant également un éclairage qui peut être contrôlé par le patient.

La prise en charge du patient nécessite une surveillance physique et une interaction relationnelle qui ne peuvent être remplacées par un système de vidéosurveillance.

## 11. Réalisation pratique de la contention mécanique

La mesure de contention mécanique doit être faite dans un espace d'isolement prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural. Il doit respecter l'intimité du patient et permettre le repos et l'apaisement.

Il est recommandé que le médecin présent participe à la mise sous contention mécanique et que le patient soit saisi par 4 soignants (un par membre, empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse) et un 5ème soignant maintenant la tête. Lors de la mise sous contention mécanique, la tête du patient doit être protégée en s'assurant qu'il est toujours dans une position qui lui permet de respirer.

Dans la mesure du possible, un membre de l'équipe devrait superviser la mise sous contention mécanique pour s'assurer notamment :

- de la protection de la tête et du cou du patient ;
- des capacités respiratoires du patient ;
- des signes vitaux.

Dans les établissements qui en disposent, une équipe de sécurité spécifiquement formée peut soutenir les soignants pour la mise sous contention mécanique.

- Il est recommandé que l'équipe soignante :
  - s'assure que la contention manuelle, avant la mise sous contention mécanique, n'entrave pas la capacité du patient à respirer notamment en appliquant une pression sur la cage thoracique, le cou ou l'abdomen ou en obstruant la bouche ou le nez ;
  - applique, lors de la contention manuelle, une force justifiée, appropriée, raisonnable, proportionnée à la situation et durant le temps le plus court possible ;
  - s'assure que le patient sous contention peut tourner la tête sur le côté.

Le patient est couché sur le dos, sur un lit adapté, chaque membre est maintenu par une attache verrouillée. En fonction du niveau de contention requis par la situation clinique une ceinture ventrale peut être mise en place. Le matériel de contention et les attaches doivent être adaptés au poids et à la stature du patient. Il convient de ne jamais placer de serviette, sac, coussin sur le visage du patient, pendant ou après la mise sous contention. Et si possible, la tête du lit doit être surélevée pour limiter le risque d'inhalation.

Les objets dangereux doivent être mis à distance du patient (briquet, ceinture, objets tranchants...).

Un dispositif d'appel fonctionnel relié aux soignants doit être accessible par le patient.

Si nécessaire, un traitement sédatif est administré d'emblée, autant que possible par voie orale.

La disponibilité de la chambre du patient sous contention et en isolement lui est assurée à tout moment dès l'amélioration de son état clinique.

La prise en charge du patient nécessite une surveillance physique et une interaction relationnelle qui ne peuvent être remplacées par un système de vidéosurveillance.

## 12. Levée de la mesure

L'isolement et la contention mécanique doivent être levés, sur décision médicale, dès que leur maintien n'est plus cliniquement justifié.

La raison, l'heure et la date de la levée de l'isolement et de la contention mécanique, doivent être notifiées dans le dossier du patient.

L'équipe soignante peut à tout moment solliciter le médecin afin de lever la mesure.

En fonction de la clinique, la levée de la mesure de contention mécanique n'est pas systématiquement associée à la levée de la mesure d'isolement.

## 13. Analyse à la levée de la mesure d'isolement et de contention mécanique avec le patient

Après la sortie d'isolement et la levée de la contention mécanique, il est recommandé de proposer, au patient, de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe. Cela donne lieu à une analyse clinique notifiée dans le dossier du patient.

Cette analyse doit permettre :

- de mobiliser ses aptitudes à l'autocontrôle et d'identifier, avec le patient, les interventions alternatives possibles lors d'épisodes ultérieurs et les facteurs qui peuvent être repérables rapidement pour réduire le risque de nouvel incident ;
- d'entendre et de noter les perceptions du patient sur l'épisode d'isolement et de contention mécanique, et sa relation avec l'équipe soignante ;
- de s'assurer que ses droits et son bien-être physique ont été pris en compte pendant la durée de la mesure.

Dès que possible lorsque la mesure d'isolement et de contention est levée et si le patient est accessible, il est important de l'aider à comprendre les événements récents qu'il a vécus lors d'un ou plusieurs entretiens qui ont plusieurs objectifs :

- soutenir et prendre en charge le patient après l'épisode ;
- fournir un soutien émotionnel au patient et valider son ressenti de l'événement : l'aider à mettre des mots sur sa souffrance, son vécu aussi bien avant, pendant et après la crise ;
- renforcer le lien avec le patient ;
- informer le patient sur l'événement ;
- mieux comprendre, avec le patient, l'événement, pour prévenir sa récurrence ;
- aider le patient à comprendre, si cela lui est possible, les facteurs internes qui ont conduit à cette crise, et ses symptômes ;
- identifier des facteurs contextuels qui ont pu contribuer à la crise ;
- initier ou poursuivre un travail d'éducation thérapeutique visant la reconnaissance de signes avant-coureurs, l'identification des facteurs d'apaisement et des personnes ressources.

et plus particulièrement suite à la levée d'une mesure d'isolement :

- identifier ce qui a mal fonctionné, quelle information a été manquée, ce qui aurait pu être fait différemment et ce qu'il faudrait faire à l'avenir pour éviter d'avoir recours à l'isolement ;
- discuter avec le patient des stratégies alternatives possibles afin de prévenir la récurrence de l'événement et utiliser les résultats de cette discussion pour faire évoluer le plan de soin et le plan de prévention partagé.

## 14. Temps de reprise en équipe

A l'issue d'une mesure d'isolement ou de contention mécanique, un temps de reprise en équipe est recommandé consistant à :

- faire une première analyse avec une diversité de points de vue ;
- cerner la dimension clinique ;
- recontextualiser les comportements des patients ;
- initier une analyse de l'ensemble des facteurs ; faire la part entre ce qui revient à l'équipe, à l'institution et au patient ;
- identifier ce qui aurait pu être évité et/ou ce qui a permis une résolution sans violence ;
- permettre aux soignants d'exprimer leurs difficultés face à une pratique dérangeante vécue parfois avec culpabilité ; permettre aussi l'expression de la peur ou de la difficulté de prendre soin d'un patient qui a ou qui a eu un comportement violent ;
- faire un retour sur ce qui a conduit à la mesure d'isolement et de contention ; (l'information sur la mesure d'isolement et de contention ainsi que la levée doit être faite en toute transparence à l'ensemble de l'équipe, notamment les membres présents le jour de l'évènement) ;
- permettre l'expression des difficultés éprouvées face à un contexte d'exigences contradictoires et de dissonance éthique ;
- réfléchir à des alternatives à l'isolement et la contention : retravailler en équipe la prévention, améliorer la contenance relationnelle à travers la disponibilité, le renforcement et la qualification de l'équipe soignante.

## 15. Recueil des données et politique d'établissement

Toutes les mesures d'isolement et de contention doivent être comptabilisées.

Un registre administratif préservant l'anonymat du patient doit être tenu, dans chaque établissement autorisé en psychiatrie. Pour chaque mesure d'isolement et de contention mécanique, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant surveillé le patient.

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

A partir du recueil de données, les unités de soins, les services, les pôles et la CME développent une réflexion sur l'évolution du nombre de mesures d'isolement et de contention mécanique. Les établissements doivent s'appuyer sur cette réflexion pour définir une politique visant à diminuer le recours à l'isolement et la contention mécanique. Ils définissent les critères d'évaluation de cette politique (comprenant notamment : nombre de soignants formés à la désescalade, nombre d'EPP, protocoles spécifiques, etc.).

L'établissement établit, tous les ans, un rapport rendant compte des pratiques de mise en isolement et contention mécanique, de la politique définie pour en limiter le recours et de l'évaluation de sa mise en œuvre. La CME en fait un axe de sa politique qualité et sécurité des soins et un volet de son projet médical. Ce rapport doit être présenté pour avis au conseil de surveillance, à la Commission des usagers (CDU).

Tout évènement indésirable consécutif à une mesure d'isolement et de contention mécanique doit être déclaré et faire l'objet d'une reprise en équipe, et éventuellement de retour d'expérience en cas de gravité.

## 16. Une alternative : l'espace d'apaisement dans une désescalade

Il est souhaitable d'aménager des espaces d'apaisement dans les unités de soins.

L'espace d'apaisement est un lieu dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour procurer un espace de faible stimulation afin de permettre une diminution de la tension interne d'un patient.

Il est utilisé de façon volontaire, le plus souvent sur demande du patient ou sur suggestion de l'équipe soignante, dans le respect d'un cadre défini pour son utilisation.

Le patient peut choisir de quitter l'espace d'apaisement à tout moment.

Il peut contenir des matelas, du matériel pour écouter de la musique, des fauteuils confortables, des livres, des lumières douces, etc.

Avec l'accord du patient, sa chambre, dont il peut sortir à tout moment, peut également être utilisée dans un accompagnement soignant de désescalade.

## Perspectives

Il paraît important d'avoir un recueil exhaustif des mesures d'isolement et de contention dans le cadre du RimPsy (Recueil d'Information Médicalisé pour la Psychiatrie) afin de pouvoir en faire un retour par service et par pôle pour entretenir une réflexion sur l'évolution des organisations et des pratiques.

Il est important que les établissements mettent en œuvre une politique privilégiant les soins directs au plus près des patients en étant doté d'un encadrement soignant adapté aux objectifs de soin. Les établissements doivent se saisir du travail HAS « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie. »

La mise en œuvre de cette recommandation de bonne pratique nécessite donc une mobilisation des moyens (ressources humaines, formation, supervision, etc.) dont les établissements de santé doivent être pourvus.

Les autorités sanitaires doivent accompagner la mise en place de cette recommandation de bonne pratique en promouvant les stratégies de formation. Elles doivent poursuivre un travail de réflexion aux plans régional et national sur les pratiques d'isolement et de contention mécanique afin de dégager une politique claire visant à les limiter. Dans cette perspective, il serait souhaitable de mettre en place un observatoire national des mesures d'isolement et de contention mécanique.



## **Annexes**

En annexes, des exemples de fiches dont les établissements peuvent s'inspirer (prescription-décision / surveillance / renouvellement / levée).

## **Annexe 1. Fiche de surveillance isolement**

Nom du patient : Prénom du patient : Date de naissance : IP :
--

Date de mise en isolement :

Date de fin de l'isolement :

# **FICHE DE SURVEILLANCE ISOLEMENT**

---

**Service :**

**Unité :**

---

**DECISION MEDICALE INITIALE**

---

Date et heure de la décision : \_\_ / \_\_ / \_\_ à \_\_ h \_\_ |

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Signature

**Si le médecin n'est pas psychiatre :**

- nom du psychiatre qui confirme la décision : \_\_\_\_\_ et signature

**MODE D'HOSPITALISATION DU PATIENT :**  SL\*                       SPDT                       SPDRE

*\* En cas de patient admis en soins libres, le changement de modalité d'hospitalisation doit être réalisé (A titre exceptionnel, la mesure peut s'inscrire dans une situation d'urgence en restant très limitée dans le temps et justifiée par une description clinique détaillée dans le dossier du patient).*

**CIRCONSTANCES DE SURVENUE DE LA MISE EN ISOLEMENT :**

**INDICATIONS :**

- Menace de passage à l'acte hétéro ou autoagressif
- Acte agressif – violence
- Autre, préciser : \_\_\_\_\_

**TROUBLES OU ANTECEDENTS PRESENTANT UN RISQUE PARTICULIER :**

- o Sur le plan somatique :

---

---

---

- o Sur le plan psychiatrique :

---

---

---

**INTERVENTIONS ALTERNATIVES TENTEES**

- Intervention verbale, désescalade
- Temps calme/espace d'apaisement
- Entretien avec un soignant
- Médicament
- Autre, préciser :.....

**PRESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE :**

Fréquence de l'évaluation de l'état psychique :

Préciser la Fréquence de la surveillance de l'état somatique sur les lignes correspondantes :

Eléments de surveillance :

- Conscience
- Pouls, tension artérielle
- Température
- Saturation en oxygène
- Fréquence Respiratoire
- Alimentation, Hydratation
- Elimination intestinale
- Elimination urinaire
- Vérification de la mise en sécurité du patient et de la chambre
- Toilette
- Substitut nicotinique ou possibilité de fumer
- Autre : préciser

Temps de sortie hors de la chambre avec un soignant

- Non
- Oui : préciser

**INFORMATION AU PATIENT ET/OU PROCHES**

Date	Modalités	Signature du médecin
	<p><b>Je soussigné(e), Docteur</b>            _____ <b>certifie avoir</b>  <b>informé M. / Mme</b> _____ <b>des</b>  <b>raisons et des modalités de sa mise en isolement</b></p>	

**ARRET :**

Date et heure de l'arrêt : \_\_ / \_\_ / \_\_ à \_\_ h \_\_

Motifs de l'arrêt :

Nom du prescripteur : \_\_\_\_\_ Signature

**SURVEILLANCE INFIRMIERE**

DATE : _____		Heure 1 :	Heure 2 :	Heure 3 :	Heure 4 :	Heure 5 :	Heure 6 :
<b>ELEMENTS DE SURVEILLANCE</b>							
Etat psychique							
Paramètres	Etat de conscience						
	Tension artérielle						
	Pouls						
	Température						
	FR et SaO <sub>2</sub>						
Prise du traitement							
Sommeil							
Alimentation							
Hydratation (quantité)							
Eliminat°	Intestinale						
	Urinaire						
Hygiène	Toilette						
	Chambre						
	Aération						
Sécurité prévenue (n° : _____)	Mise isolement						
	Levée isolement						
Fin de la surveillance							
<b>SURVEILLANCE ISOLEMENT</b>							
Vérif° mise en sécurité	Patient						
	Chambre						
Sortie de la chambre							

DATE : _____		Heure 7 : _____	Heure 8 : _____	Heure 9 : _____	Heure 10 : _____	Heure 11 : _____	Heure 12 : _____
<b>ELEMENTS DE SURVEILLANCE</b>							
<b>Etat psychique</b>  <i>Notez en plus dans les transmissions (dossier patient) l'évolution de l'état psychique au moins une fois par équipe</i>							
<b>Paramètres</b>	Etat de conscience						
	Tension artérielle						
	Pouls						
	Température						
	FR et SaO <sub>2</sub>						
<b>Prise du traitement</b>							
<b>Sommeil</b>							
<b>Alimentation</b>							
<b>Hydratation (quantité)</b>							
<b>Eliminat°</b>	Intestinale						
	Urinaire						
<b>Hygiène</b>	Toilette						
	Chambre						
	Aération						
<b>Sécurité prévenue (n° : ____)</b>	Mise isolement						
	Levée isolement						
<b>Fin de la surveillance</b>							
<b>SURVEILLANCE ISOLEMENT</b>							
<b>Vérif° mise en sécurité</b>	Patient						
	Chambre						
<b>Sortie de la chambre</b>							

Isolement et contention en psychiatrie générale

DATE : _____		Heure 13 :	Heure 14 :	Heure 15 :	Heure 16 :	Heure 17 :	Heure 18 :
<b>ELEMENTS DE SURVEILLANCE</b>							
Etat psychique							
<i>Notez en plus dans les transmissions (dossier patient) l'évolution de l'état psychique au moins une fois par équipe</i>							
<b>Paramètres</b>	Etat de conscience						
	Tension artérielle						
	Pouls						
	Température						
	FR et SaO <sub>2</sub>						
<b>Prise du traitement</b>							
<b>Sommeil</b>							
<b>Alimentation</b>							
<b>Hydratation (quantité)</b>							
<b>Eliminat°</b>	Intestinale						
	Urinaire						
<b>Hygiène</b>	Toilette						
	Chambre						
	Aération						
<b>Sécurité prévenue (n° : ____)</b>	Mise isolement						
	Levée isolement						
<b>Fin de la surveillance</b>							
<b>SURVEILLANCE ISOLEMENT</b>							
<b>Vérif° mise en sécurité</b>	Patient						
	Chambre						
<b>Sortie de la chambre</b>							

Isolement et contention en psychiatrie générale

DATE : _____		Heure 19 :	Heure 20 :	Heure 21 :	Heure 22 :	Heure 23 :	Heure 24 :
<b>ELEMENTS DE SURVEILLANCE</b>							
Etat psychique							
<i>Notez en plus dans les transmissions (dossier patient) l'évolution de l'état psychique au moins une fois par équipe</i>							
<b>Paramètres</b>	Etat de conscience						
	Tension artérielle						
	Pouls						
	Température						
	FR et SaO <sub>2</sub>						
<b>Prise du traitement</b>							
<b>Sommeil</b>							
<b>Alimentation</b>							
<b>Hydratation (quantité)</b>							
<b>Eliminat°</b>	Intestinale						
	Urinaire						
<b>Hygiène</b>	Toilette						
	Chambre						
	Aération						
<b>Sécurité prévenue (n° : ____)</b>	Mise isolement						
	Levée isolement						
<b>Fin de la surveillance</b>							
<b>SURVEILLANCE ISOLEMENT</b>							
<b>Vérif° mise en sécurité</b>	Patient						
	Chambre						
<b>Sortie de la chambre</b>							



## **DECISION MEDICALE – RENOUELEMENT ISOLEMENT - J**

Date et heure : \_\_ / \_\_ / \_\_ à \_\_ h \_\_

Nom du psychiatre :

**Signature**

**MOTIF du maintien en isolement :**

### **PRESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE :**

Fréquence surveillance état psychique : .....

Fréquence surveillance état somatique : .....

Eléments de surveillance :

- Conscience
- Pouls, tension artérielle
- Température
- Saturation en oxygène
- Fréquence Respiratoire
- Alimentation, Hydratation
- Elimination intestinale
- Elimination urinaire
- Vérification de la mise en sécurité du patient et de la chambre
- Toilette
- Substitut nicotinique ou possibilité de fumer
- Autre : préciser

### **ARRET :**

---

Date et heure de l'arrêt : \_\_ / \_\_ / \_\_

à \_\_ h \_\_

Motif de l'arrêt :

Nom du prescripteur : \_\_\_\_\_

Signature

## **Annexe 2. Fiche de surveillance contention et isolement**

Nom du patient : Prénom du patient : Date de naissance : IP ;
--

Date de mise en isolement :

Date de fin de l'isolement :

Date de mise sous contention mécanique :

Date de fin de la contention mécanique :

# **FICHE DE SURVEILLANCE CONTENTION et ISOLEMENT**

---

**Service :**

**Unité :**

---

## DECISION MEDICALE INITIALE

---

Date et heure de la décision : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ à \_\_ h \_\_ |

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Signature

### Si le médecin n'est pas psychiatre :

- nom du psychiatre qui confirme la décision : \_\_\_\_\_ et signature

MODE D'HOSPITALISATION DU PATIENT :  SL\*       SPDT       SPDRE

*\* En cas de patient admis en soins libres, le changement de modalité d'hospitalisation doit être réalisé (A titre exceptionnel, la mesure peut s'inscrire dans une situation d'urgence en restant très limitée dans le temps et justifiée par une description clinique détaillée dans le dossier du patient).*

## DECISION

ISOLEMENT

CONTENTION

## CIRCONSTANCES DE SURVENUE

### INDICATIONS :

- Menace de passage à l'acte hétéro ou autoagressif
- Acte agressif – violence
- Autre, préciser : \_\_\_\_\_

### TROUBLES OU ANTECEDENTS PRESENTANT UN RISQUE PARTICULIER :

- Sur le plan somatique :

---

---

---

- Sur le plan psychiatrique :

---

---

---

### INTERVENTIONS ALTERNATIVES TENTEES

.....

.....



**INFORMATION AU PATIENT ET/OU PROCHES**

Date	Modalités	Signature du médecin
	<p><b>Je soussigné(e), Docteur</b></p> <p>_____ certifie avoir</p> <p>informé M. / Mme _____ des</p> <p>raisons et des modalités de sa mise en isolement</p>	

**ARRET :**

Isolement

Contention

Date et heure de l'arrêt : \_\_ / \_\_ / \_\_

à \_\_ h \_\_

Motifs de l'arrêt :

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Signature

### SURVEILLANCE INFIRMIERE

DATE : _____		Heure 1 : _____	Heure 2 : _____	Heure 3 : _____	Heure 4 : _____	Heure 5 : _____	Heure 6 : _____
<b>ELEMENTS DE SURVEILLANCE</b>							
Etat psychique							
<b>Paramètres</b>	Etat de conscience						
	Tension artérielle						
	Pouls						
	Température						
	FR et SaO <sub>2</sub>						
Prise du traitement							
Sommeil							
Alimentation							
Hydratation (quantité)							
<b>Eliminat°</b>	Intestinale						
	Urinaire						
<b>Hygiène</b>	Toilette						
	Chambre						
	Aération						
<b>Sécurité prévenue (n° : ____)</b>	Mise isolement						
	Levée isolement						
Fin de la surveillance							
<b>SURVEILLANCE ISOLEMENT</b>							
<b>Vérif° mise en sécurité</b>	Patient						
	Chambre						
Sortie de la chambre							
<b>SURVEILLANCE CONTENTION</b>							
Points d'attaches							
Palpation mollets							
Visa des soignants							
DATE : _____		Heure 7 : _____	Heure 8 : _____	Heure 9 : _____	Heure 10 : _____	Heure 11 : _____	Heure 12 : _____
<b>ELEMENTS DE SURVEILLANCE</b>							

<b>Etat psychique</b>							
<i>Notez en plus dans les transmissions (dossier patient) l'évolution de l'état psychique au moins une fois par équipe</i>							
<b>Paramètres</b>	Etat de conscience						
	Tension artérielle						
	Pouls						
	Température						
	FR et SaO <sub>2</sub>						
<b>Prise du traitement</b>							
<b>Sommeil</b>							
<b>Alimentation</b>							
<b>Hydratation (quantité)</b>							
<b>Eliminat°</b>	Intestinale						
	Urinaire						
<b>Hygiène</b>	Toilette						
	Chambre						
	Aération						
<b>Sécurité prévenue (n° : ____)</b>	Mise isolement						
	Levée isolement						
<b>Fin de la surveillance</b>							
<b>SURVEILLANCE ISOLEMENT</b>							
<b>Vérif° mise en sécurité</b>	Patient						
	Chambre						
<b>Sortie de la chambre</b>							
<b>SURVEILLANCE CONTENTION</b>							
<b>Points d'attaches</b>							
<b>Palpation mollets</b>							
<b>Visa des soignants</b>							

DATE : _____		Heure 13 : _____	Heure 14 : _____	Heure 15 : _____	Heure 16 : _____	Heure 17 : _____	Heure 18 : _____
<b>ELEMENTS DE SURVEILLANCE</b>							
<b>Etat psychique</b>							
<i>Notez en plus dans les transmissions (dossier patient) l'évolution de l'état psychique au moins une fois par équipe</i>							
<b>Paramètres</b>	Etat de conscience						
	Tension artérielle						
	Pouls						
	Température						
	FR et SaO <sub>2</sub>						
<b>Prise du traitement</b>							
<b>Sommeil</b>							
<b>Alimentation</b>							
<b>Hydratation (quantité)</b>							
<b>Eliminat°</b>	Intestinale						
	Urinaire						
<b>Hygiène</b>	Toilette						
	Chambre						
	Aération						
<b>Sécurité prévenue (n° : _____)</b>	Mise isolement						
	Levée isolement						
<b>Fin de la surveillance</b>							
<b>SURVEILLANCE ISOLEMENT</b>							
<b>Vérif° mise en sécurité</b>	Patient						
	Chambre						
<b>Sortie de la chambre</b>							
<b>SURVEILLANCE CONTENTION</b>							
<b>Points d'attaches</b>							
<b>Palpation mollets</b>							
<b>Visa des soignants</b>							
DATE : _____		Heure 19 : _____	Heure 20 : _____	Heure 21 : _____	Heure 22 : _____	Heure 23 : _____	Heure 24 : _____
<b>ELEMENTS DE SURVEILLANCE</b>							



<b>Etat psychique</b>							
<b>Paramètres</b>	Etat de conscience						
	Tension artérielle						
	Pouls						
	Température						
	FR et SaO <sub>2</sub>						
<b>Prise du traitement</b>							
<b>Sommeil</b>							
<b>Alimentation</b>							
<b>Hydratation (quantité)</b>							
<b>Eliminat°</b>	Intestinale						
	Urinaire						
<b>Hygiène</b>	Toilette						
	Chambre						
	Aération						
<b>Sécurité prévenue (n° : ____)</b>	Mise isolement						
	Levée isolement						
<b>Fin de la surveillance</b>							
<b>SURVEILLANCE ISOLEMENT</b>							
<b>Vérif° mise en sécurité</b>	Patient						
	Chambre						
<b>Sortie de la chambre</b>							
<b>SURVEILLANCE CONTENTION</b>							
<b>Points d'attaches</b>							
<b>Palpation mollets</b>							
<b>Visa des soignants</b>							

**DECISION MEDICALE – RENOUVELLEMENT - J**

Isolement

Contention

Date et heure : \_\_ / \_\_ / \_\_ à \_\_ h \_\_

Nom du psychiatre :

Signature

**MOTIF du maintien:**

**PRESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE :**

Fréquence surveillance état psychique : .....

Fréquence surveillance état somatique : .....

Eléments de surveillance :

- Conscience
- Pouls, tension artérielle
- Température
- Saturation en oxygène
- Fréquence Respiratoire
- Alimentation, Hydratation
- Elimination intestinale
- Elimination urinaire
- Vérification de la mise en sécurité du patient et de la chambre
- Toilette
- Substitut nicotinique ou possibilité de fumer
- Autre : préciser
- Vérification points d'attache, état cutané, palpation des mollets
- Prescriptions HBPM
- Bilan biologique : surveillance plaquettes
- Autre : préciser

Contention :

Toilette du patient :  au lit  en salle de bain

Temps de sortie hors de l'isolement avec un soignant :

- Non
- Oui : préciser

**ARRET :**

---

Isolement

Contention

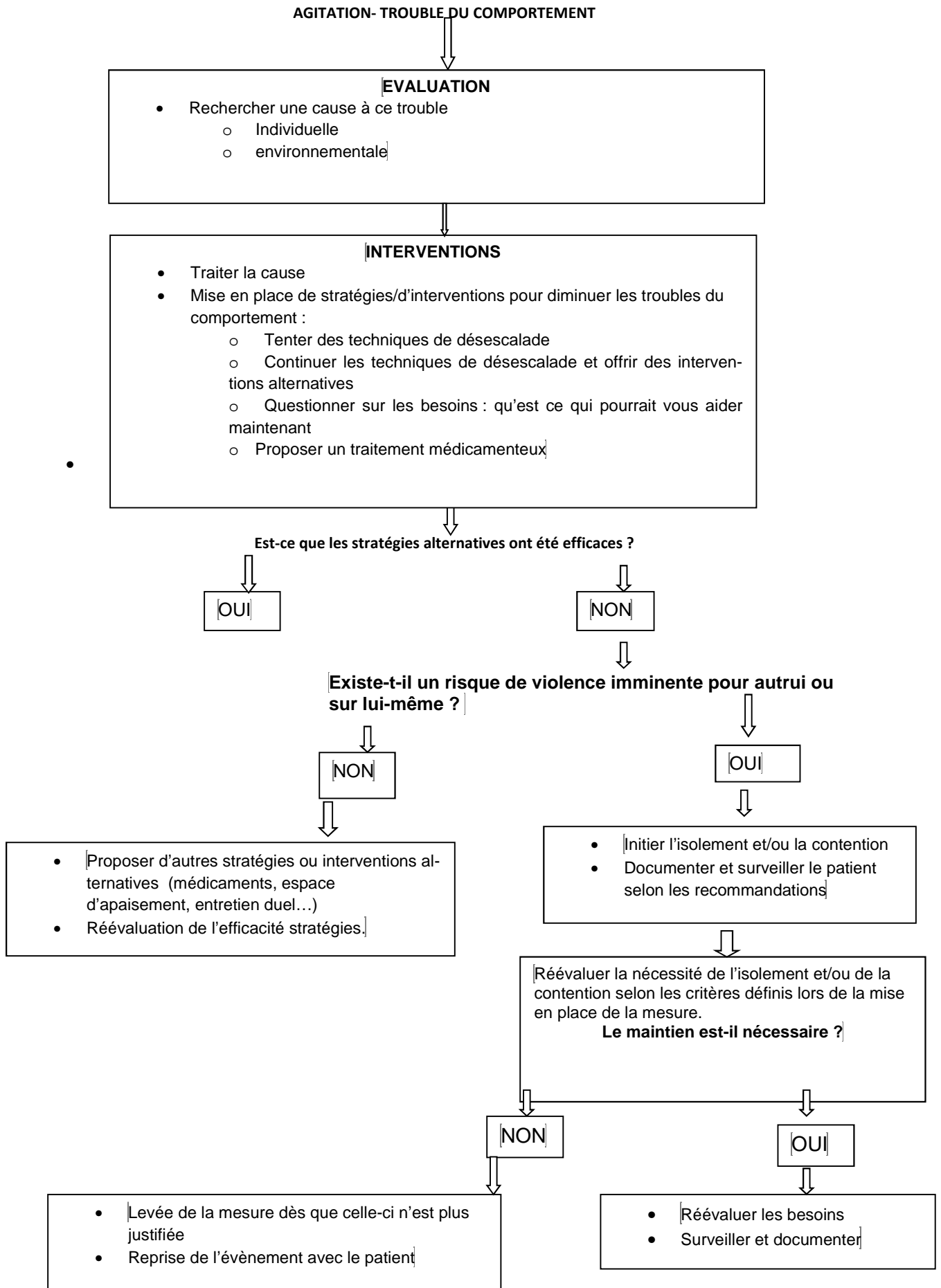
Date et heure de l'arrêt : \_\_ / \_\_ / \_\_

à \_\_ h \_\_

Motif de l'arrêt :

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Signature



## 9. Avis des parties prenantes

COMMENTAIRES SUR LA FORME DU DOCUMENT SOUMIS POUR AVIS		
Parties prenantes	Éléments positifs	Éléments négatifs
CEFI-Psy	Pas de remarques	
FEHAP	<p>Tout d'abord, la FEHAP remercie la HAS pour ce travail de recommandations sur l'isolement et la contention en psychiatrie, sujet suivi et très sensible pour nos établissements, et fortement appelé de nos vœux.</p> <p>Nous trouvons que le texte est globalement en accord avec le souhait des pratiques des médecins.</p> <p>De plus, d'un point de vue médical, l'encadrement des soins spécifiques que sont les chambres d'isolement et la contention paraît tout à fait souhaitable.</p> <p>Certaines propositions semblent particulièrement intéressantes, bien qu'elles nécessitent des aménagements architecturaux actuellement difficilement réalisables (espaces d'apaisement) ou des formations collectives bien spécifiques (les techniques de désamorçage).</p>	<p>Ces recommandations appellent des adaptations, notamment architecturales, dans plusieurs établissements, qu'il conviendra de prendre en compte en termes de coûts et de délais.</p> <p>En effet, veiller à renforcer et sécuriser les conditions de réalisation de ces mesures d'isolement et de contention est tout à fait légitime, mais entraîne des conséquences qui vont être difficiles à intégrer pour les établissements. Par exemple, une visite médicale deux fois par 24 heures tous les jours de tous les patients isolés va induire un coût conséquent dans un contexte de baisse très significative de moyens, sans compter qu'individuellement, les médecins engagent leur responsabilité médico-légale en cas d'écart par rapport aux bonnes pratiques.</p> <p>Autre exemple de recommandation qui induit des coûts supplémentaires pour se mettre en conformité : la chambre d'isolement située à proximité de la salle de soins et qui devrait avoir deux accès.</p> <p>La question systématique de la notion ou non d'épilepsie connue nous semble importante et pourrait figurer de façon spécifique, car certains troubles du comportement sont en lien direct avec des crises non identifiées ou à distance de crises passées inaperçues.</p> <p>Par ailleurs, le nom de « chambre d'isolement » gagnerait à être changé. Bien que ce terme se retrouve historiquement dans la littérature médicale et corresponde à un effet recherché par un tel dispositif (isolement sensoriel, mise à distance, individualisation d'un soin), cela renvoie également à une sémantique punitive qui peut porter préjudice à son dessein. L'isolement peut également être entendu ou vécu par le patient comme un éloignement, une exclusion ou un rejet d'une équipe de soins qu'il requiert pourtant plus que tout autre. Ainsi, les termes de « chambre d'apaisement » ou « chambre de soins intensifs » seraient peut-être préférables et renverraient immédiatement, au patient comme aux équipes, leur fonction.</p>
Institut MGEN de la Verrière		Il est important dans le texte de remplacer le terme « violence » par « mise en danger » ou de rajouter le terme « mise en danger ».
ANAP	<p>Le document est court et concis, dans un format accessible et pratique.</p> <p>Les synthèses devraient pouvoir être facilement diffusables comme repères au sein des équipes.</p>	Certains points clés pourraient être mieux mis en valeur (caractères gras, surlignage)

Fédération française des psychomotriciens	RAS	RAS
Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA)	Cf. Autres commentaires en dernière case de ce formulaire.	
Fédération des organismes régionaux ou territoriaux pour l'amélioration des pratiques et des organisations en santé (FORAP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recommandations organisées en fonction des étapes.</li> <li>Bonne synthèse des éléments principaux relatifs à ce sujet complexe</li> <li>Compréhensibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Impression de répétitions.</li> <li>Impression de recommandations mises les unes derrière les autres à la première lecture.</li> <li>Le niveau d'analyse est manquant.</li> </ul> <p>Ne fait pas référence aux patients ayant des troubles cognitifs, notamment chapitre sur l'information du patient.</p>
Soins études et recherches en psychiatrie (SERPSY)	<p>Des prises de position courageuses, par exemple à propos de la vidéosurveillance.</p> <p>La tentative d'intégrer le travail sur les situations de violence dans les recommandations.</p> <p>La prise en compte du sevrage tabagique momentané.</p>	<p>Une bibliographie squelettique où manque une bonne quarantaine de références importantes, voire essentielles : T. Mason, D. Olsen, L. Bowers, J. Palazolo, D. Friard, D. Moreau, etc., de nombreuses thèses de médecine et de sociologie.</p> <p>Un réel problème méthodologique, vu que les écrits des experts qui ont écrit et réfléchi sur le domaine ne sont pas pris en compte. Le point de vue des experts auditionnés n'étant pas réellement plus pertinent que celui des hommes de terrain, par essence beaucoup plus subjectif. C'est un problème redondant au niveau de la HAS.</p> <p>Des prises de position incompréhensibles et très douteuses. En quoi être contenu par une camisole est-il pire pour un patient que d'être attaché à son lit sans pouvoir bouger ? Sur quels écrits, quels témoignages de patients, quelles références cliniques cette position est-elle fondée ? On a la sensation d'une simple histoire de représentations, tant il est aisé de démontrer que ce qui est proposé fonctionne comme une double peine.</p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Contention		La différenciation entre pratiques de contention et d'isolement concrétisée par le choix de faire deux documents différents de synthèses des recommandations aurait justifié une différenciation plus nette des grilles de lecture correspondantes.
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement		La différenciation entre pratiques de contention et d'isolement concrétisée par le choix de faire deux documents différents de synthèses des recommandations aurait justifié une différenciation plus nette des grilles de lecture correspondantes.
Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie		<p>Le paragraphe 5 : modalités est un peu lisible et nécessiterait d'être organisé en sous-parties.</p> <p>Dans la partie message clé, 2<sup>ème</sup> point : préciser le terme de « secondairement », c'est-à-dire la possibilité pour les infirmiers de mettre en œuvre des mesures conservatoires.</p>
Association des établissements participant au service public de santé mentale	Document clair et d'une lecture aisée qui constitue une synthèse positive. Certaines recommandations, qui sont d'une	Il reste quelques fautes d'orthographe.

(ADESM)	mise en œuvre difficile, vont malgré cela dans le bon sens.	
Syndicat des psychiatres des hôpitaux	Pas de remarques.	La différenciation entre pratiques de contention et d'isolement concrétisée par le choix de faire deux documents différents de synthèses des recommandations aurait justifié une différenciation plus nette des grilles de lecture correspondantes.
ANRQPsy	1) Cette mise à jour, ainsi que le rappel des messages clés, sont nécessaires pour les équipes qui n'avaient en référence que la publication de l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie de juin 1998.	<p>1) Le périmètre d'application restrictif de cette recommandation à la psychiatrie générale est stigmatisant pour les professionnels de la discipline. Des recommandations devraient être envisagées par la HAS, car les restrictions de liberté (et en particulier les contentions) sont des pratiques courantes à la fois pour d'autres disciplines médicales (urgences, gériatrie, neurologie, etc.), ainsi que de nombreuses structures médico-sociales (MAS, EHPAD, etc.).</p> <p>2) Il aurait été opportun de souligner les nombreuses évaluations et actions d'amélioration des pratiques d'isolement réalisées par les établissements (EPP, PAQ, amélioration du dossier, etc.) dans le cadre des démarches qualité et itérations des visites de certifications HAS, et ce depuis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la circulaire Veil de 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux</li> <li>- la publication des recommandations ANAES d'évaluation sur l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie de juin 1998</li> <li>- la conférence de consensus « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité » de 2004</li> <li>- l'expérimentation de l'indicateur IPAQSS « Isolement » qui n'a pas donné suite, alors que l'on pouvait adapter le dispositif d'évaluation</li> </ul> <p>3) Présenter un modèle de fiche de prescription et de surveillance sous cette forme « papier » n'est plus vraiment adapté, car de nombreux établissements ont informatisé leurs dossiers patient selon le type de prise en charge (et non en fonction des restrictions de liberté), et le paramétrage n'est pas très aisé. En effet, la prise de constantes/actions de soins et de surveillance est protocolisée sous la forme de diagrammes de soins pour tout patient accueilli isolé ou non (et/ou contentonné), en particulier avec les équipes qui ont élaboré des chemins cliniques pour certains profils de patient.</p> <p>Les transmissions ciblées ou traçabilité des observations/évolutions médicales au niveau de l'état psychique sont souvent à un autre endroit dans le dossier pour permettre une vision globale de la personne soignée.</p> <p>Il aurait été plus pertinent de rappeler, par le biais d'un mémo, le contenu de la prescription</p>

		<p>(décision et surveillance), le contenu de la surveillance (avec un échelon dans le temps), etc.</p> <p><i>Cf. publication de 1998 : « Les critères concernant la surveillance du patient avec les paramètres physiques, psychiques et biologiques imposent de mettre en place des documents spécifiques. Nous avons considéré qu'il était du ressort de chaque établissement de les concevoir et de les réaliser »</i></p>
<b>COMMENTAIRES « PREAMBULE »</b>		
Unafam	Le cadre légal et réglementaire devrait apparaître avant l'objectif de cette recommandation.	
Conférence nationale des présidents de CME de CH	<p>La reco s'adresse (« objectifs ») aux services de psychiatrie générale. Ambiguïté : soit on exclut les services pour enfants/ados, et on le précise. Mais dans ce cas, de nombreux services de psychiatrie générale accueillent des mineurs, soit par défaut de place en unité spécialisée, soit au moins des 16-18 ans (cadre de la sectorisation psychiatrique). Quid de ces patients, qui ne sont que TRES rarement sous contrainte, mais la plupart du temps sous le régime de l'hospitalisation mineure, et pour lesquels la contrainte peut être requise.</p> <p>Il faudrait donc :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- soit préciser que l'on s'adresse aux patients majeurs ;</li> <li>- soit ajouter des éléments spécifiquement pour les mineurs, même en psychiatrie générale.</li> </ul>	
CEFI-Psy	Très clair.	
FEHAP	RAS	
Institut MGEN de la Verrière	<p><b>« Contexte d'élaboration »</b></p> <p><b>Passage « Le recours à une mesure d'isolement (...) tableau clinique critique ».</b> La notion « au terme d'un processus de désamorçage » écarte totalement les situations les plus fréquentes d'urgence où la mise en isolement et la contention se font dans un contexte d'explosion clastique chez un patient inconnu. La rapidité et la réactivité de la prise de décision sont essentielles pour éviter des conséquences graves. Le risque de cette définition est que le médecin ne soit plus en capacité de prendre la décision en urgence et mette en danger le patient et son équipe. La notion de processus est une notion paradoxale par rapport à la temporalité de l'urgence.</p> <p><b>La problématique centrale n'est pas la mise en isolement et en contention, mais ce sont les conditions de sa réalisation, et sa poursuite, le peu de traçabilité écrite explicative.</b></p> <p><b>Passage « les données épidémio (...) à l'autre ».</b> Il n'est pas possible de fonder des recommandations sur des ressentis subjectifs et/ou des faits divers certes choquants, mais exceptionnels. Cette recommandation reconnaît ne s'appuyer sur aucune donnée épidémiologique, statistique et d'étude clinique. Il faudrait ouvrir au contraire à une démarche de recherche clinique et statistique pour appuyer l'évolution à venir de ces premières recommandations.</p> <p><b>Passage « D'ailleurs, (...) de les encadrer ».</b> Remarques : il est important surtout de relever que l'autorité principale en question est le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, qui présente plusieurs faiblesses amenant à une mauvaise analyse des situations et à une généralisation. Ces faiblesses : très faible expérience du domaine de la psychiatrie, avec le début de visites depuis deux ans de lieux psychiatriques, des contrôleurs venant uniquement d'horizons judiciaires et des forces de l'ordre ayant comme unique référentiel la prison, la garde à vue et les centres de rétention. La notion de « considération » peut-elle intervenir dans la mise en place de recommandations de bonnes pratiques dans une démarche scientifique ?</p>	

	<p><b>Passage « C'est dans ce contexte (...) très précises. »</b> : passage de qualité, objectif, précis, avec les nuances nécessaires à la complexité de la situation.</p> <p><b>« Objectifs de la recommandation »</b></p> <p>Le passage « La finalité est d'améliorer (...) en dernier recours ». Cette phrase est redondante, et s'oppose à l'esprit de la phrase précédente. Le terme « fortement » est malheureux, car il renvoie à un discours répressif à l'égard des médico-soignants.</p> <p><b>« Gradation des recommandations »</b></p> <p>Il est important, dans une démarche scientifique et non polémique, comme s'y est toujours inscrit la HAS, de définir les limites de ces recommandations et d'explicitier la nécessité d'engager des études complémentaires.</p> <p><b>« Cadre légal et réglementaire de la contention et de l'isolement »</b> : RAS. Ce sont des rappels de lois nécessaires.</p>
ANAP	<p>Dans la dynamique de la publication relative à la prévention et la prise en charge des moments de violence, ce projet resitue le sujet traité dans son contexte d'éthique et de dignité dans le traitement dû au patient. Il redonne d'emblée du sens aux pratiques et suscite le questionnement vers l'amélioration de ce traitement.</p> <p>Les messages clés inscrits en première lecture sont, à cet égard, très percutants, comme rappel au sens.</p>
Fédération française des psychomotriciens	RAS
FORAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les abréviations et acronymes, ajouter : <ul style="list-style-type: none"> <li>- UHSA</li> <li>- UMD</li> <li>- SL</li> <li>- SPDT</li> <li>- SPDR</li> </ul> </li> <li>• Messages clés page 5 : indiquer les niveaux de preuve (accord d'experts)</li> <li>• P5, 8<sup>e</sup> point : ces mesures avec un s – quelques fautes d'orthographe qui traînent, et des abréviations non répertoriées dans la partie concernée</li> </ul>
SERPSY	<p>L'évolution de la psychiatrie se caractérise par d'importants progrès en matière de prises en charge plus précoces, ouvertes sur la cité et plus efficaces. On ne peut plus écrire cette phrase aujourd'hui. Les moyens dévolus aux soins dans la cité sont de moins en moins importants. La notion de secteur est mise en péril par l'avènement des pôles et des G.H.T. Il est possible sinon probable que l'augmentation des isolements et contentions est liée à cette diminution de moyens. On ne peut parler de soins plus efficaces alors que des pratiques rares voire exceptionnelles deviennent d'usage courant. C'est bien parce que les soins sont moins précoces, moins ouverts sur la cité que le recours à l'isolement et à la contention se généralise et que les soins sont moins efficaces parce que plus tardifs. Il convient de n'écrire en préambule que des choses justes qui ne sont pas démenties par les faits (unanimité des collègues sur ce point).</p> <p>Elles impliquent de plus en plus les patients et leurs proches en améliorant le pronostic des troubles mentaux les plus sévères. Cette phrase mérite aussi d'être nuancée. Des patients isolés et contenus ne sont pas des patients impliqués. Ils le sont tellement peu que ces pratiques ont pour effet de retarder les soins en cas de rechute. Les patients refusent énergiquement d'être réhospitalisés quand ils savent qu'ils seront isolés, voire contenus. Pour le vérifier, il suffit de croiser le nombre d'hospitalisations sous contrainte et le nombre de patients isolés/contenus, ou de compter le nombre d'hospitalisations sous contrainte pour un même patient.</p> <p>Aujourd'hui, le plus fréquemment, l'hospitalisation ne correspond qu'à un temps limité des prises en charge souvent pour des tableaux cliniques décompensés. Les différentes réponses en termes de soins doivent s'appuyer sur la relation et la participation du patient.</p> <p>Il est essentiel de mieux différencier les deux mesures qui ne sont pas équivalentes et qui</p>



ne lèsent pas le patient, la relation avec le patient et son devenir de la même façon. L'isolement n'entraîne pas nécessairement la contention, et réciproquement. **Il faut le rappeler avec force.** Eviter une ambiguïté qui serait préjudiciable aux patients et *in fine* aux soignants eux-mêmes.

Je propose de formuler les choses de cette façon.

En termes de libertés fondamentales, l'isolement est une mesure grave qui doit être utilisée au compte-gouttes. Elle ne peut être une réponse banalisée à des problèmes de maintien de l'ordre dans les unités de soins.

Si l'isolement ne peut être qu'une mesure rare, les contentions ne doivent être utilisées qu'exceptionnellement pour faire face à un niveau de violence exceptionnel qui doit être rigoureusement décrit. L'isolement n'implique pas la contention. Isolement et contention n'ont pas les mêmes utilisations cliniques. Ensuite, on peut enchaîner.

Le recours à une mesure d'isolement ou de contention ne peut se justifier qu'en dernier recours, au terme d'un processus de désamorçage d'un tableau clinique critique. Le dernier recours ne peut pas être confondu. Si l'isolement est une mesure de dernier recours, alors la contention est autre chose, une mesure d'ultime recours ? Autre chose ? Si la contention est une mesure de dernier recours, alors l'isolement ne peut pas être une mesure de dernier recours, mais l'étape qui précède le dernier recours. Tel quel, on confond les deux mesures, elles deviennent équivalentes, ce qu'elles ne sont pas en termes de vécu interne pour le patient. La bibliographie absente le montre systématiquement.

Le recours aux mesures d'isolement et de contention en psychiatrie est un sujet très sensible. Le mot sensible ne convient pas, ce n'est pas un sujet sensible, c'est un sujet qui exige de la rigueur, une vigilance sans faille destinée à éviter des abus. Là encore, on ne peut pas s'en sortir en confondant les deux mesures. Sensible est un euphémisme, surtout pour le patient qui le subit.

Le vécu propre du patient n'est quasiment pas mentionné. Comment une personne attachée/sanglée à son lit peut-elle vivre cette mesure ? On s'attendrait à ce que cette dimension soit davantage présente dans les recommandations. Non, les mesures ne sont sensibles qu'en référence à la loi et à l'éthique.

Le recours à l'isolement et à la contention (en psychiatrie comme dans les autres disciplines médicales) pose des questions d'ordre légal et éthique vis-à-vis du respect des libertés individuelles, du rôle et de la fonction des intervenants, de la légitimité de ces mesures, de la souffrance qu'il engendre, de la sécurité du patient et de celle d'autrui, et d'autre part d'ordre clinique et organisationnel vis-à-vis de la qualité de la prise en charge, de la pertinence des mesures et de leur impact, des conditions de mise en œuvre et des moyens disponibles.

Les données épidémiologiques/statistiques sont rares et aucun suivi n'existait jusqu'à présent, mais il semble que le recours à l'isolement et la contention soit en recrudescence, avec des situations inégales d'une région à l'autre, d'un établissement à l'autre, voire d'un service à l'autre.

D'ailleurs, depuis plusieurs années, diverses autorités appellent l'attention sur les recours aux mesures d'isolement et de contention, considérant que leur usage n'est pas toujours motivé par des raisons thérapeutiques et qu'il convient de les encadrer. Il serait judicieux d'évoquer un certain nombre de lanceurs d'alerte qui signalent ce fait depuis vingt ans, en vain la plupart du temps.

C'est dans ce contexte et pour répondre à la nécessité d'un encadrement plus rigoureux de ces mesures que la DGS et la DGOS ont, dans leur saisine adressée à la HAS, souligné que « si ces pratiques thérapeutiques peuvent être considérées comme indispensables dans certaines situations, la contrainte particulière qu'elles représentent pour les personnes concernées justifie qu'elles soient particulièrement encadrées et envisagées dans des conditions très précises. »

#### **Objectifs de la recommandation**

Cette recommandation de bonne pratique vise à déterminer la place de l'isolement et de la contention en psychiatrie, dans les services de psychiatrie générale (on pourrait donc isoler et attacher des pré-adolescents et adolescents sans faire preuve de la même rigueur qu'en psychiatrie générale ; il existe des services où, sur 6 lits d'ados, on trouve 6 ados attachés, pas tout le temps heureusement, mais quand même parfois, et c'est trop), et ainsi permettre aux professionnels de santé amenés à recourir éventuellement à ces mesures d'améliorer et harmoniser leurs pratiques tout en répondant aux exigences cliniques, légales, éthiques et organisationnelles (notamment, aider la prise de décision dans le choix des soins, réduire les recours aux mesures d'isolement et de contention). La finalité est d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité des soins, de veiller au respect de leurs droits fondamentaux en encadrant fortement ces pratiques et donc la qualité des soins qui leur sont apportés pour qu'elles ne soient utilisées qu'en dernier recours.

Cette recommandation de bonne pratique concerne les services de psychiatrie générale.

	<p>Voir remarque sur les adolescents, on pourrait évoquer aussi la gérontopsychiatrie.</p> <p>Compte tenu des particularités cliniques et de fonctionnement des unités pour malades difficiles (UMD), une réflexion spécifique doit être menée sur la mise en œuvre de cette recommandation de bonne pratique.</p> <p>L'utilisation des mesures d'isolement et de contention constitue une entrave majeure (mot malheureux, l'entrave est surtout celle qui est imposée au patient, cette phrase est parfaitement pléonastique) à la liberté individuelle, et de ce fait, doit être une mesure d'exception et temporaire. L'application de ces mesures doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité (ce sont des vœux pieux à des années lumières de ce qui se passe dans la réalité), en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet d'une supervision attentive. On ne peut probablement pas s'en sortir sans évoquer l'accompagnement humain de ces mesures. Le recours aux aides-soignants tend à les multiplier. Comme il est difficile de recruter des infirmiers hommes, on recrute des aides-soignants hommes (plus nombreux), qui ont tendance, par souci de reconnaissance personnelle et professionnelle, à gérer plus ou moins seuls ces problématiques. Les infirmières les leur laissent bien volontiers, ils n'ont aucun intérêt à voir baisser le nombre d'isolements et contentions. Les recommandations devraient prendre en compte ces données (organiser leur vérification) et en limiter le développement. Concernant le nombre et la qualité de l'environnement humain, il existe un consensus sur ce point dans le groupe. Il faut baliser un nombre minimum de soignants.</p>
<p>Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Contention</p>	<p>Commentaires semblables à ceux formulés sur la grille « isolement » sur l'ambiguïté entretenue par les recommandations sur thérapeutique et non thérapeutique : Isolement et contention sont en effet définis comme des « mesures de protection » pour prévenir une violence imminente tout en s'inscrivant dans une démarche thérapeutique, non définie.</p> <p>La remarque faite en préambule selon laquelle les données de la littérature ne permettent pas d'établir un grade pour les recommandations par insuffisance des niveaux de preuve scientifique des études devrait s'accompagner, en complément de l'objectif d'améliorer la qualité des soins, du fait qu'elles ne peuvent constituer des obligations opposables aux soignants et aux administratifs qui se substitueraient à ce que définit la loi.</p> <p>Dans les messages clés, il conviendrait d'ajouter l'importance d'une formation dédiée destinée à l'ensemble des soignants, médecins et non médecins : indications cliniques, mise en œuvre, surveillance spécifique, accompagnement soignant tout au long de la mesure, réglementations, etc.</p> <p>S'il est admis que la mise en œuvre de cette recommandation de bonne pratique en UMD nécessite une réflexion spécifique pour des particularités cliniques et fonctionnelles, le développement d'Unités de Soins Intensifs Psychiatriques devrait justifier également une attention particulière.</p> <p>L'isolement et la contention sont des mesures d'exception et temporaires, et doivent faire l'objet d'une « supervision attentive ».</p> <p>Il serait utile de prévoir que la contention puisse être levée à tout moment, dès que le maintien n'est plus cliniquement justifié, sur initiative des soignants, sans devoir attendre la décision médicale qui validera cette levée.</p> <p>Dans le paragraphe « Cadre légal et réglementaire de la contention et de l'isolement », le terme « autorisés » (p. 8 : <i>l'isolement et la contention ne peuvent être autorisés</i>) est très déroutant car en contradiction avec la réglementation sur la nécessité d'une décision par un psychiatre : le terme « autorisés » implique un risque d'application simplement validée secondairement par un psychiatre non basée sur des indications cliniques, et aux risques de dérive punitive ou disciplinaire.</p>
<p>Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement</p>	<p>(sur les messages clés et le préambule).</p> <p>Persistance de l'ambiguïté entre actes thérapeutiques ou non thérapeutiques : Isolement et contention sont définis comme des mesures de protection, mais qui s'inscrivent dans une démarche thérapeutique.</p> <p>Remarque sur : « seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés ». Des patients en soins libres peuvent faire appel à une mesure d'isolement pour réduire un risque de passage à l'acte sans que le consentement aux soins ne soit remis en question. L'évaluation de la situation clinique peut ne pas justifier une mesure de soins sans consentement, et il s'agit d'éviter un risque de dérive en pratique parallèle d'isolement en SL, non tracée et sans possibilité de contrôle.</p> <p>Il peut être utile de citer toutes les formes de « soins psychiatriques sans consentement » pour ne pas exclure les SDRE où la référence à la sûreté de personnes ou à l'ordre public constitue, plutôt que le consentement aux soins, le motif d'hospitalisation. La situation</p>

	<p>d'hospitalisation complète (où s'exerce la mesure d'isolement et de contention), par différence avec les mesures de programmes de soins qui sont aussi des mesures de soins sans consentement, doit être explicite.</p> <p>La remarque faite en préambule, selon laquelle les données de la littérature ne permettent pas d'établir un grade pour les recommandations par insuffisance des niveaux de preuve scientifique des études, devrait s'accompagner, en complément de l'objectif d'améliorer la qualité des soins, du fait qu'elles ne peuvent constituer des obligations opposables aux soignants et aux administratifs qui se substitueraient à ce que définit la loi.</p>
Bureau de la santé mentale (DGS)	<p><i>Il faudrait préciser que ces RBP ne s'adressent <u>pas uniquement</u> aux établissements autorisés en psychiatrie par le DG ARS pour assurer des soins sans consentement, mais aussi aux établissements disposant d'un service de psychiatrie accueillant des patients en soins libres, qui peuvent avoir recours à l'isolement et à la contention pour des personnes en soins libres dans le cadre prévu par la circulaire n°48 DGS/SP du 19/07/1993, qui le circonscrit à des cas identifiés.</i></p> <p><i>Page 7, 3<sup>ème</sup> paragraphe : Préciser que, parmi les droits des patients qui sont énumérés, la plupart s'applique également aux parents et aux personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade (article L.3211-3 du CSP).</i></p> <p><i>Page 7, 4<sup>ème</sup> paragraphe : la loi précise que l'isolement et la contention sont <b>décidés</b> (pas « autorisés ») par un psychiatre. Il semble préférable de parler de décision plutôt que d'autorisation, afin de respecter l'esprit de la loi.</i></p> <p><i>Page 7, il est mentionné que l'article L3222-5-1 impose la tenue d'un registre aux établissements de santé en charge de soins psychiatriques .Cependant, il convient d'être plus précis: « (...) aux établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par les DGARS pour assurer des soins psychiatriques sans consentement ».</i></p>
Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie	<p><i>Dernière phrase du premier paragraphe : « le recours à une mesure d'isolement ou de contention ne peut se justifier qu'en dernier recours, au terme d'un <b>engagement relationnel</b> et d'un processus de désamorçage <b>impliquant l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale</b> »</i></p> <p><i>page 6 : Objectif de la recommandation : pavé 1 – répétition du terme de qualité des soins</i></p> <p><i>Dernière ligne de la page 6 : le terme de confort ne paraît pas adapté à la situation</i></p> <p><i>Cadre légal et réglementaire : article R. 4311-14 du CSP permettant à l'infirmier la mise en œuvre de mesures conservatoires en l'absence du médecin.</i></p>
ADESM	<p><i>Pourquoi y a-t-il un besoin de réflexion particulière sur les UMD ?</i></p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux	<p><i>Persistance de l'ambiguïté entre actes thérapeutiques ou non thérapeutiques : Isolement et contention sont définis comme des mesures de protection, mais qui s'inscrivent dans une démarche thérapeutique.</i></p> <p><i>Remarque sur : « seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés ». Des patients en soins libres peuvent faire appel à une mesure d'isolement pour réduire un risque de passage à l'acte sans que le consentement aux soins ne soit remis en question. L'évaluation de la situation clinique peut ne pas justifier une mesure de soins sans consentement, et il s'agit d'éviter un risque de dérive en pratique parallèle d'isolement en SL, non tracée et sans possibilité de contrôle.</i></p> <p><i>Il peut être utile de citer toutes les formes de « soins psychiatriques sans consentement » pour ne pas exclure les SDRE où la référence à la sûreté de personnes ou à l'ordre public constitue, plutôt que le consentement aux soins, le motif d'hospitalisation. La situation d'hospitalisation complète (où s'exerce la mesure d'isolement et de contention), par différence avec les mesures de programmes de soins qui sont aussi des mesures de soins sans consentement, doit être explicite.</i></p> <p><i>La remarque faite en préambule, selon laquelle les données de la littérature ne permettent pas d'établir un grade pour les recommandations par insuffisance des niveaux de preuve scientifique des études, devrait s'accompagner, en complément de l'objectif d'améliorer la qualité des soins, du fait qu'elles ne peuvent constituer des obligations opposables aux</i></p>

	<i>soignants et aux administratifs qui se substitueraient à ce que définit la loi.</i>
CGLPL	<p><i>Pourquoi cette recommandation de bonne pratique ne concernerait pas les UMD ? Les mêmes mesures sont applicables, quel que soit le lieu</i></p> <p><i>L'article de loi ne mentionne aucune restriction dans son applicabilité.</i></p>
ANRQPsy	L'article R. 4311-6 CSP dispose que, dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-5 CSP, l'infirmier est tenu d'accomplir, <b>dans le cadre de son rôle propre</b> , « la surveillance des personnes en chambre d'isolement ».
DGOS (reçu après la dernière réunion du groupe de travail)	<p>Dans le paragraphe « Objectifs de la recommandations », page 6, la phrase relative aux unités pour malades difficiles nécessiterait d'être précisée. D'une part, il s'agit de confirmer que la recommandation s'applique aux unités pour malades difficiles en tant que services de psychiatrie générale. D'autre part, il est mentionné que la mise en œuvre de la recommandation fera l'objet d'une réflexion spécifique sans qu'il soit précisé si cette réflexion aura lieu au niveau de chaque établissement ou dans le cadre des travaux menés par la HAS.</p> <p>Dans le paragraphe « Objectifs de la recommandations », page 6, il pourrait être utile de souligner l'engagement des soignants en psychiatrie et de reconnaître la difficulté que constituent pour eux ces mesures d'isolement et de contention, en ajoutant un 3<sup>e</sup> paragraphe après les 2 premiers (après la référence aux UMD et avant la référence à l'entrave à la liberté individuelle) ainsi rédigé, par exemple :</p> <p><i>« La contrainte de soins en psychiatrie, l'isolement et la contention, constituent une épreuve pour les soignants. En effet, les professionnels de la santé sont davantage enclins, quand ils s'engagent en psychiatrie, à des règles de dévouement paisible et de nursing. Les présentes recommandations doivent leur permettre d'exercer ces mesures dans les meilleures conditions ».</i></p> <p>Dans le paragraphe « Objectifs de la recommandation », page 6, il est indiqué que la recommandation concerne les services de psychiatrie générale, ce qui exclut implicitement les services de psychiatrie infanto-juvénile. Toutefois, cela mériterait d'être plus explicite dans le texte.</p> <p>Dans le paragraphe « Cadre légal et réglementaire de la contention et de l'isolement », page 7, il convient de préciser que la loi prévoit un registre dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie <b>et habilités à assurer des soins sans consentement</b>, ce qui ne constitue qu'une partie des établissements.</p> <p>Dans le paragraphe « Cadre légal et réglementaire de la contention et de l'isolement », page 7, il manque la référence à l'article 66 de la Constitution qui dispose que « Nul ne peut être arbitrairement détenu ».</p> <p>Il semble donc qu'il pourrait être utile d'ajouter, dans la 1<sup>ère</sup> phrase de ce paragraphe, le terme « constitutionnelles » : « L'isolement et la contention sont des restrictions aux libertés individuelles et doivent être prises dans le respect des dispositions <b>constitutionnelles</b>, législatives et réglementaires relatives aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux ».</p> <p>Forme : 2<sup>e</sup> paragraphe : peut-être préférer « au regard de » plutôt que les deux « vis-à-vis »</p>
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 1. « DEFINITIONS »</b>	
Unafam	Préciser : « Aucun isolement ne peut se faire dans la chambre du patient »
Conférence nationale des présidents de CME de CH	<i>La dernière phrase « Seule la contention mécanique est abordée dans cette recommandation de bonne pratique » mériterait d'être en caractères gras.</i>
CEFI-Psy	<i>Je remplacerais le mot « violence » par « risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif ». L'usage du mot violence est tellement utilisé que je crains une stigmatisation des</i>

	<p>personnes suivies pour troubles mentaux. Cette remarque est valable pour tout le document. On peut alterner avec le risque de violence qui enferme moins que « la violence ». On sait finalement que beaucoup de facteurs peuvent générer ce type d'événement ; ils ne sont que très rarement le fait du patient.</p>
FEHAP	RAS
Institut MGEN de la Verrière	<p><b>« Isolement »</b></p> <p><i>Est-ce qu'un patient qui a des temps en chambre fermée (dans sa chambre classique) pour apaisement de façon régulière mais pas en continu et sans isolement concernant les visites, les rencontres, les contacts avec les patients et l'entourage, le téléphone, les repas en commun, les activités dans l'unité et à l'extérieur de l'unité, etc., est considéré en « isolement », qu'il soit en soins sous contrainte ou en hospitalisation libre avec un contrat de soins où il accepte ces temps en chambre ? Ceci ne correspond pas en pratique à la notion d'isolement.</i></p> <p><b>« dédié et adapté »</b> oblige à prendre en charge tous les patients en isolement de la manière la plus restrictive et la plus traumatisante en chambre de sécurité avec matelas sécurisé, porte renforcée, visibilité sur la chambre à partir de l'extérieur, etc., alors que l'isolement adapté prend justement en compte cette notion de personnalisation de l'isolement aux besoins du patient. Une chambre classique peut être sécurisée sur décision médicale et garder bien plus d'humanité qu'une chambre de sécurité. Il serait préférable d'utiliser « dédié ou adapté » signifiant « chambre de sécurité ou chambre sécurisée au regard du niveau de sécurisation nécessaire ».</p> <p><b>Afin de bien relever que c'est l'utilisation et non la décision de mise en place de l'isolement qui est un processus complexe, la phrase doit se limiter à « L'utilisation de l'isolement représente un processus complexe. », et, comme l'explique la phrase suivante, ce processus intègre la décision.</b></p> <p><b>La décision ne doit pas être un processus complexe (comme déjà écrit dans le préambule) qui serait alors un risque dans la notion de gestion en urgence.</b></p> <p><b>« Contention »</b></p> <p><b>Afin de bien relever que c'est l'utilisation et non la décision de mise en place de la contention qui est un processus complexe, la phrase doit se limiter à « L'utilisation de la contention représente un processus complexe. », et, comme l'explique la phrase suivante, ce processus intègre la décision.</b></p> <p><b>La décision ne doit pas être un processus complexe (comme déjà écrit dans le préambule) qui serait alors un risque dans la notion de gestion en urgence.</b></p> <p><b>Attention, cette approche de la décision isolement/contention selon une notion de processus complexe s'inscrit dans la démarche inverse de dernier recours et d'exception, d'imminence du risque nécessitant la mise en place de la mesure. Elle risque d'induire l'absence de décision en situation urgente, et, inversement, la décision en situation non urgente et non nécessaire.</b></p> <p><i>La contention mécanique n'est pas utilisée uniquement en situation d'isolement, en pratique, elle a lieu aussi aux urgences psychiatriques en attente de transfert ou pour éviter par exemple les chutes d'un patient agité alcoolisé dans les urgences. La contention est aussi utilisée lors de transport de patient agité en ambulance vers un établissement psychiatrique.</i></p>
ANAP	Très claires.
Fédération française des psychomotriciens	RAS
SERPSY	<p><b>Isolement :</b> Tout patient placé à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté. Définition en deçà de la précédente, qui était plus claire.</p> <p>La contention mécanique est une mesure d'exception, limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26</p>

	<p>janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs.</p> <p>Elle répond à d'autres critères cliniques que l'isolement et constitue une gradation supplémentaire dans les mesures coercitives envisagées, en tant que telle, elle doit être encore plus justifiée et plus rare que l'isolement. Ses conséquences psychiques sont plus lourdes pour le patient. Son aspect traumatique ne peut jamais être totalement effacé. L'utilisation d'une mesure de contention mécanique représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments (décision, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance, etc.) réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité. Il est essentiel que ce qui concerne la contention ne soit pas la copie exacte de ce qui définit l'isolement, autrement les deux mesures deviennent équivalentes et, sous couvert de vouloir les limiter, on augmente le recours à la contention.</p> <p>Seule la contention mécanique est abordée dans cette recommandation de bonne pratique.</p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Contention	<p>La sédation par traitement est une forme de contention que l'on pourrait qualifier de chimique, qui pourrait mériter d'être citée, voire débattue.</p> <p>La contention physique (manuelle) mériterait d'être plus que citée : elle n'est pas anodine, ni pour le patient ni pour ce qu'elle représente pour les soignants, psychologiquement éprouvante.</p> <p>La notion de dernier recours pour la contention est justifiée ; elle nécessite, au-delà d'une surveillance, un accompagnement soignant intensif et spécifique.</p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement	<p>La définition de l'isolement considérée sous l'angle exclusif de la protection méconnaît les isolements pour apaisement, qui peuvent se faire pour un temps limité, dans les chambres individuelles des patients (exemple de mise à distance de <i>stimuli</i> en situation collective d'hospitalisation, d'une personne souffrant d'angoisses de morcellement ou de délire hallucinatoire ou d'hyperactivités maniaques vécues comme agressives par les autres patients).</p> <p>Il manque des précisions sur un « espace dédié et adapté ». L'isolement dans la chambre individuelle du patient (exclure les chambres à plusieurs patients) peut être plus confortable pour le patient et plus efficace sur le plan thérapeutique qu'une chambre « d'isolement ».</p>
Bureau de la santé mentale (DGS)	<p><i>Page 8 et conformément à la remarque sur les messages clés : 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> paragraphes : il est préférable de parler d'une démarche de protection du patient et de son entourage, plutôt que d'une « démarche thérapeutique ».</i></p>
Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie	<p><u>Définition isolement</u> : 2<sup>e</sup> paragraphe,  4<sup>e</sup> ligne : <i>surveillance et accompagnement adaptés (plutôt qu'intensifs, si le terme n'est pas mieux défini et qualifié)</i>  5<sup>e</sup> ligne : <i>« justifié par une situation évaluée cliniquement sous l'angle de la sécurité des personnes »</i>  <i>même remarque</i>  <i>Le processus comprend ... Rajouter « contact physique »</i>  <u>Définition contention</u> :  <i>mêmes remarques que définition isolement</i></p>
ADESM	<p><i>Est-ce que le recours à la notion de « démarche thérapeutique » a bien sa place dans la recommandation, puisqu'on est dans le cadre d'un dernier recours et qu'on ne sait pas identifier, en termes de niveau de preuve, le niveau des recommandations ? N'est-ce pas en contradiction avec le choix opéré par la loi ?</i></p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux	<p>La définition de l'isolement considérée sous l'angle exclusif de la protection méconnaît les isolements pour apaisement, qui peuvent se faire pour un temps limité, dans les chambres individuelles des patients (exemple de mise à distance de <i>stimuli</i> en situation collective d'hospitalisation, d'une personne souffrant d'angoisses de morcellement ou de délire hallucinatoire ou d'hyperactivités maniaques vécues comme agressives par les autres patients).</p> <p>Il manque des précisions sur un « espace dédié et adapté ». L'isolement dans la chambre individuelle du patient (exclure les chambres à plusieurs patients) peut être plus confortable</p>

	pour le patient et plus efficace sur le plan thérapeutique qu'une chambre « d'isolement ».
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 2. « INDICATIONS »</b>	
Unafam	RAS
FEHAP	RAS
Institut MGEN de la Verrière	<p><b>Passage « dans le cas particulier où le patient (...) non fermée) ». Il est important de différencier l'isolement, dans sa définition, de l'utilisation dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique de temps en chambre fermée classique à visée apaisante. Un patient qui a des temps en chambre fermée (dans sa chambre classique) pour apaisement de façon régulière mais pas en continu et sans isolement concernant les visites, les rencontres, les contacts avec les patients et l'entourage, le téléphone, etc., les repas en commun, les activités dans l'unité et à l'extérieur de l'unité, etc., qu'il soit en soins sous contrainte ou en hospitalisation libre avec un contrat de soins où il accepte ces temps en chambre ; ce patient n'est pas pris en charge dans une notion d'isolement.</b></p> <p><i>Cette approche où disparaît la possibilité dans le cadre de la prise en charge personnalisée du patient de prescrire des temps en chambre fermée en lien avec la psychopathologie du patient, appauvrit la qualité de la prise en charge adaptée et progressive au regard des symptômes. Ceci aboutit à une position dans le tout contenant ou le rien contenant : soit le patient est en chambre de sécurité, voire contentonné, soit il est en totale liberté d'aller et venir. Cette vision n'est pas une vision soignante.</i></p>
ANAP	<p>Il serait important de mettre l'accent sur le fondement clinique et exceptionnel de la mesure de façon formelle (caractères gras ou surlignage). Il aurait été intéressant que soient citées les mesures alternatives.</p> <p>Se pose la question pour les adolescents en crise hospitalisés en psychiatrie générale, ainsi que des personnes âgées ayant des troubles démentiels. Le recours à l'espace d'isolement est encore trop souvent détourné comme forme de mise en sécurité des patients vis-à-vis des autres patients que comme outil thérapeutique. Faut-il faire une recommandation particulière pour ces populations ?</p>
Fédération française des psychomotriciens	<p><i>Page 9, premier paragraphe, « la réponse apportée doit être la plus adaptée (...) ». Dans la parenthèse qui suit, il est utile de préciser « traitement médicamenteux et non-médicamenteux »</i></p> <p><i>Dans le cas d'une demande d'isolement ou de contention du fait du patient, l'intervention d'un psychomotricien est susceptible de prévenir le recours à l'isolement ou la contention. Le soin psychomoteur aide le patient à retrouver ses capacités d'auto-apaisement et d'autocontrôle par des exercices favorisant la réduction des angoisses liées aux vécus corporels (vécus cénesthésiques envahissants, conduites auto-agressives, risque de mutilation), la baisse de l'impulsivité et la régulation émotionnelle.</i></p>
FORAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La notion de bénéfices risques ne devrait-elle pas figurer dans le paragraphe indications page 8 ? En effet, dans le paragraphe contre-indications page 9, elle ne tient compte que de risques somatiques ou affections organiques. On ne la retrouve pas dans les fiches de surveillance proposées en annexe. Il n'est pas fait de lien avec la notion de patient à risque abordée en titre 6 du document de synthèse relatif à la contention.</li> <li>• La notion de décision médicale semble « remplacer » celle de prescription médicale qui était auparavant mentionnée dans les recommandations. Une note de bas de page ou un commentaire mériterait d'être ajouté. D'autant que ces deux notions peuvent représenter deux actes différents, d'une part la décision du médecin, et d'autre part la formalisation de la décision par la prescription qui doit obligatoirement préciser certains points.</li> </ul>
SERPSY	<p>Il s'agit de prévenir une violence imminente du patient ou de répondre à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui. Les indications ne peuvent être les mêmes pour les deux mesures. Elles doivent forcément être plus précises et plus cliniques. Autrement, on utilisera les deux méthodes. Tant que nous n'avons pas résolu ce point central, il ne sert à rien de faire des recommandations. Il faut créer un groupe de travail qui mette en réflexion ce point précis.</p> <p><i>A minima, il faudrait mentionner les antécédents passés d'actes violents du patient,</i></p>

	<p>l'efficacité avérée de la mesure pour ce patient, la capacité connue du patient à ne pas supporter la frustration. La précision permettrait ensuite d'aborder quand il peut être légitime de passer à la contention : persistance de l'état d'agitation, automutilation (patient qui essaie de se fracasser la tête contre les murs, traitement sédatif inefficace, etc.). L'essentiel est de bien spécifier quelles sont ces circonstances exceptionnelles. Des circonstances exceptionnelles non décrites se banalisent.</p> <p>L'isolement et la contention peuvent être envisagés uniquement lorsque des mesures alternatives, 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. Nommer ces mesures alternatives afin que les soignants s'en emparent.</p> <p>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 et du contexte dans lequel il est pris (interaction avec l'équipe soignante, avec le psychiatre, antécédents, moteurs probables de l'état d'agitation). Il doit être pleinement justifié par des arguments cliniques. Mentionner ces arguments cliniques.</p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Contention	<p><b>Point 1 :</b> Au-delà de la prévention de « violence imminente », des types de contention mécanique peuvent être recherchés par des patients souffrant d'angoisse à type de morcellement ou de désincarnation corporelle.</p> <p><b>Point 2 :</b> La contention mécanique s'applique quasi-exclusivement dans le cadre d'une mesure d'isolement, mais des mesures de contention mécanique hors isolement peuvent s'avérer nécessaires et devraient être notées comme exceptions : contention par vêtements pour contrôler des automutilations répétées, contentions au fauteuil en prévention de chutes de patients confus ou atteints de troubles cognitifs, par exemple.</p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement	L'indication d'une prescription d'isolement ne peut pas reposer sur la seule notion de violence imminente, selon commentaire ci-dessus.
Bureau de la santé mentale (DGS)	<i>Page 8, 2<sup>e</sup> paragraphe : mesures alternatives inefficaces ou « inappropriées » : comment définit-on ou comment identifie-t-on une mesure « inappropriée » dans une situation de crise ? Cela paraît très difficile. Peut-être préférer : « impossible à appliquer » ou « impossible à mettre en œuvre ».</i>
Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie	<i>2<sup>e</sup> paragraphe : lorsque des mesures alternatives <b>différenciées et graduées</b></i> <i>3<sup>e</sup> paragraphe : « des arguments cliniques circonstanciés mettant en évidence les risques pour le patient et/ou l'entourage »</i>
ADESM	<i>Idem. Est-ce que le terme « d'argument clinique » qu'on voit apparaître en bas de la page 8 est bien justifié, si le recours à l'isolement est uniquement un moyen de dernier recours pour éviter un « danger important et imminent pour le patient ou pour autrui » ?</i>
<b>Dr Daniel Suter</b>	<b><i>Il est bien rare que l'isolement n'ait pas, après quelques heures, un rapport au moins indirect avec les effectifs de soignants. Cette recommandation relève de la double contrainte.</i></b>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux	L'indication d'une prescription d'isolement ne peut pas reposer sur la seule notion de violence imminente, selon commentaire ci-dessus.
CGLPL	<i>Pas d'observation.</i>
ANRQPsy	1) Proposition de rajouter un paragraphe pour les patients arrivant déjà contenus par les pompiers ou les services de police, sans possibilité de mettre en œuvre des mesures de désescalade.
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 3. « CONTRE-INDICATIONS »</b>	
Unafam	RAS
Conférence nationale des présidents de CME de CH	<i>« Il est recommandé de ne pas utiliser l'isolement et la contention pour punir, infliger, etc. ». Ne faudrait-il pas dire « interdit » plutôt que « pas recommandé » ?</i>



FEHAP	Page 9 : Dans les contre-indications, il est étonnant que le fait de ne pas utiliser l'isolement et la contention pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation soit juste recommandé et ne constitue pas une obligation.
Institut MGEN de la Verrière	<i>La réflexion bénéfico-risque doit être systématique.</i>
ANAP	Ce court chapitre est très bien rédigé. Il résume en quelques mots les quelques situations médiatisées et judiciairisées récentes.
Fédération française des psychomotriciens	RAS
FORAP	Proposition de remplacer « il est recommandé de ne pas utiliser l'isolement et la contention pour punir (...) » par « L'isolement et la contention ne doivent pas servir à punir ou infliger (...) »
SERPSY	<p><i>Il est recommandé de ne pas utiliser l'isolement et la contention pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination, et en aucun cas, pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou de professionnels.</i></p> <p><i>Une attention particulière doit être portée sur l'état clinique, ce dernier pouvant ne pas nécessiter un isolement, ni une contention, et une réflexion bénéfico-risques est recommandée lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave.</i></p> <p>C'est bien de le rappeler, mais l'isolement et la contention sont utilisés quotidiennement pour répondre à la rareté des intervenants et des professionnels. D'ailleurs, comment pourraient-ils faire autrement ? Un directeur des soins enverra-t-il des effectifs qu'il n'a pas pour éviter à un patient qui s'agite d'être isolé ou attaché, parce que, s'il y avait deux infirmiers avec dix ans de carrière, son état d'agitation serait calmé sans isolement ni contention ? C'est un vœu pieux que l'on écrit pour se dédouaner, et chacun le sait. Sauf à instaurer un effectif minimum, cette recommandation ne sera jamais respectée et enlève beaucoup de pertinence aux recommandations.</p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Contention	Pas de remarque.
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement	On ne peut que souscrire à l'ensemble de ces contre-indications : il est à souhaiter que ces recommandations permettent d'obtenir les conditions de fonctionnement des services pour que le manque de personnel ne soit source des dérives dénoncées.
Bureau de la santé mentale (DGS)	<p><i>1<sup>er</sup> paragraphe : Il est écrit : « il est recommandé de ne pas utiliser l'isolement et la contention pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination (...) pour résoudre un problème administratif. ». Cette formulation est inappropriée, il faut au contraire être plus directif et indiquer qu' « il est envisageable d'utiliser ces pratiques pour punir (...) ».</i></p> <p><i>2<sup>e</sup> paragraphe : l'état clinique « pouvant ne pas nécessiter un isolement ou une contention » : la formulation n'est correcte, remplacer « nécessiter » par « permettre » ou « être compatible avec ».</i></p>
Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie	<i>Première phrase : « l'isolement et la contention ne peuvent pas être utilisés pour punir (...) ».</i>
ADESM	<i>Pourquoi afficher uniquement une recommandation quand les situations décrites sont celles qu'on souhaite explicitement proscrire ?</i>
Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale	<p><i>Les contre-indications somatiques mériteraient d'être plus explicites, comme cela a déjà été repris dans l'EPP sur l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie en juin 1998, et également repris dans de nombreuses données bibliographique citées dans le rapport bibliographique, notamment :</i></p> <p>Affection organique non stabilisée :</p> <p>Insuffisance cardiaque.</p> <p>État infectieux.</p>

	<p>Trouble de la thermorégulation.                  Trouble métabolique.                  Atteinte orthopédique.                  Atteinte neurologique.</p> <p>Le patient présente un risque lié à la prise de toxiques avant la MCI :                  Prise de drogue.                  Prise d'alcool.                  Surdosage médicamenteux</p>
DREES	<i>La recommandation concerne la psychiatrie générale, mais elle peut être amenée à accueillir des mineurs. Ne faudrait-il pas préciser les recommandations à leur égard ?</i>
Syndicat des psychiatres d'exercice public	<i>« Etat clinique ne nécessitant pas une contention ». Cela ne paraît pas assez clair et nécessiterait plus de précisions.</i>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux	On ne peut que souscrire à l'ensemble de ces contre-indications : il est à souhaiter que ces recommandations permettent d'obtenir les conditions de fonctionnement des services pour que le manque de personnel ne soit source des dérives dénoncées.
CGLPL	<p><i>2<sup>e</sup> alinéa, proposition de rédaction :</i></p> <p><i>Toute mesure d'isolement ou de contention doit être « jugée » compatible avec l'état somatique du patient</i></p> <p><i>Une réflexion bénéfices/risques (...)</i></p> <p><i>Le MCI devant être nécessaire pour prévenir toute violence, elle ne saurait être utilisée pour une « période d'observation ».</i></p>
ANRQPsy	Il est recommandé ? Il est proscrit semblerait plus le terme le plus approprié ?
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 4. « LES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE »</b>	
Unafam	RAS
FEHAP	Sur ce sujet, il est important que les autorités publiques s'expriment d'une seule voix, y compris les ministères de l'Intérieur et de la Justice. Sont-ils interrogés sur ces recommandations HAS ?
Institut MGEN de la Verrière	<p><i>Le recours à l'isolement relève d'une nécessité médicale, mais la surveillance au risque d'évasion relève d'une obligation pénitentiaire ; pourtant, dans le cadre des hospitalisations sans consentement, il n'y a pas de surveillance pénitentiaire, alors que celle-ci est présente pour les patients hospitalisés en soins somatiques en hôpital général. Par ailleurs, l'équipe médico-soignante et le directeur d'établissement n'ont aucune information sur les consignes de sécurité du détenu en question, aucune information en provenance de la pénitentiaire sur la dangerosité de la personne.</i></p> <p><i>L'utilisation de chambre d'isolement n'est alors pas une « décision médicale », mais une mesure administrative de l'établissement afin d'éviter l'évasion dans un contexte où les services doivent être ouverts pour le respect de l'ensemble des patients hospitalisés.</i></p>
ANAP	<p>Ce chapitre va susciter certainement beaucoup de réactions.</p> <p>Si le transfert en UHSA est la règle, notamment depuis l'achèvement du programme de déploiement, il s'avère, en pratique, un recours encore important à l'ex-article D398 du CSP, faute de réponse de transfert immédiate. Durant ce laps de temps, le recours à l'isolement est encore trop souvent la solution retenue, alors que les raisons cliniques du transfert en UHSA n'entrent pas automatiquement dans les indications décrites.</p> <p>Après relecture rapide de la volumineuse circulaire du 30 octobre 2012 (192 pages), le guide méthodologique laisse très peu de place à des solutions opérationnelles de prise en charge des personnes détenues présentant des troubles psychiques en hospitalisation complète. Le rappel à la nécessité médicale est un minimum.</p> <p>Ce sujet reste très difficile à résoudre. Faut-il, dans un autre contexte, et pour aller plus loin, envisager un travail commun avec l'équipe de Madame Adeline Hazan, Contrôleur général des lieux de privation de liberté ?</p>
Fédération française des psychomotriciens	RAS

SERPSY	<p><i>Ces situations sont régies par l'article L. 3214-1 du Code de la santé publique qui prévoit que ces personnes soient adressées en UHSA.</i></p> <p><i>Cependant, dans la pratique, certains détenus sont hospitalisés au sein de services de psychiatrie générale.</i></p> <p><i>Quel que soit le lieu d'hospitalisation, le recours à l'isolement relève d'une nécessité médicale. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice publié par le ministère de la Justice et le ministère des Affaires sociales et de la Santé en précise les conditions dans sa dernière version publiée en octobre 2012.</i></p> <p><i>Un bruit insistant court sur le fait que ces isolements administratifs sont demandés d'une façon occulte par certains préfets. Les directeurs d'hôpitaux répercutant aux médecins ces prescriptions administratives.</i></p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement	<p><i>Ce chapitre semble laconique face à la réalité d'usage de l'isolement (et de la contention) en SMPR (niveau 2) et en UHSA, dans les transports entre prison et unités d'hospitalisation.</i></p> <p><i>Il faudrait aussi souligner qu'il est assez systématique que les hospitalisations des personnes sous main de justice se déroulent en chambres d'isolement pour des raisons en contradiction avec la contre-indication du point 2 du chapitre 3 (pressions administratives afin d'éviter les fugues/évasions).</i></p>
Bureau de la santé mentale (DGS)	<p><i>Il pourrait être utile d'apporter quelques précisions sur le type d'hospitalisation :</i></p> <p><i>1<sup>er</sup> paragraphe : « (...) adressées en UHSA (unités hospitalières spécialement aménagées), seul lieu d'hospitalisation complète en psychiatrie avec consentement pour les patients détenus. »</i></p> <p><i>2<sup>e</sup> paragraphe : « (...) au sein de services de psychiatrie générale : dans ce cas, l'hospitalisation est obligatoirement une hospitalisation complète de soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat. »</i></p> <p><i>A noter que le guide méthodologique prise en charge des personnes sous main de justice va être actualisé en 2017.</i></p>
Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie	<p><i>Le problème du transfert de la responsabilité de surveillance de ces patients aux professionnels de santé dont ce n'est pas le métier d'origine n'est ici pas soulevé.</i></p>
ADESM	<p><i>Pourquoi renvoyer uniquement au guide méthodologique sans expliciter plus ce qui est attendu dans ces situations ?</i></p>
DREES	<p><i>Ce chapitre mériterait peut-être d'être plus détaillé et ne pas renvoyer simplement aux autres textes législatifs.</i></p>
Syndicat des psychiatres d'exercice public	<p><i>RAS, si ce n'est la difficulté de mise en œuvre dans certains services de psychiatrie générale.</i></p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux	<p><i>Ce chapitre semble laconique face à la réalité d'usage de l'isolement (et de la contention) en SMPR (niveau 2) et en UHSA, dans les transports entre prison et unités d'hospitalisation.</i></p> <p><i>Il faudrait aussi souligner qu'il est assez systématique que les hospitalisations des personnes sous main de justice se déroulent en chambres d'isolement pour des raisons en contradiction avec la contre-indication du point 2 du chapitre 3 (pressions administratives afin d'éviter les fugues/évasions).</i></p> <p><i>La référence au guide méthodologique ne paraît pas adaptée pour plusieurs raisons :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Le guide méthodologique n'est qu'une circulaire et reste donc d'une portée réglementaire limitée</i></li> <li>- <i>Le guide méthodologique est en cours de révision</i></li> <li>- <i>Le guide méthodologique est peu connu et peu accessible par les professionnels</i></li> <li>- <i>Le guide méthodologique n'est pas d'utilisation aisée pour retrouver des renseignements</i></li> <li>- <i>Enfin, le renvoi au guide méthodologique est un renvoi circulaire (comme certaines</i></li> </ul>

	<p>définitions de dictionnaire), puisque le passage du guide méthodologique est le suivant : « <i>En revanche, l'utilisation des chambres d'isolement relève d'une nécessité médicale : elle est soumise à une prescription médicale conformément aux recommandations établies par la Haute Autorité de Santé</i> ». On remarquera les temps anciens où il s'agissait d'une « prescription ».</p> <p>Il convient donc de dire que les décisions/précriptions d'indication de chambre d'isolement reposent exclusivement sur des motifs cliniques, comme pour toute personne hospitalisée.</p>
CGLPL	RAS
DGOS (reçu après la dernière réunion du groupe de travail)	<p>L'article L. 3214-1 prévoit effectivement que les personnes détenues hospitalisées en soins psychiatriques sans leur consentement le sont au sein d'une UHSA <b>ou au sein d'une unité adaptée</b>.</p> <p>Forme : préférer « personnes détenues » à « détenus ».</p> <p>Le guide méthodologique dans sa version de 2012 est en cours d'actualisation. La référence est pertinente, mais le guide est en réalité peu détaillé sur cette question.</p>
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 5. « MODALITES DE MISE EN OEUVRE »</b>	
Unafam	<ul style="list-style-type: none"> <li>des éventuelles précisions sur ce qui a été vainement mis en œuvre préalablement afin de justifier que la mesure est bien prise en dernier recours</li> </ul> <p>Suggestion : Des précisions sur ce qui a été mis en œuvre pour désamorcer le tableau clinique critique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>discuter avec l'équipe soignante impliquée dans la mise en place de la mesure, des facteurs déclenchants de l'épisode, des mesures moins restrictives employées, des raisons cliniques de l'isolement et de la contention mécanique et de l'évolution clinique du patient en isolement et sous contention mécanique</li> </ul> <p>Que signifie : « des mesures moins restrictives employées » ?</p>
Conférence nationale des présidents de CME de CH	<p>1- <i>Pour les patients en SL, l'isolement est possible « pendant quelques heures ». Il faudrait être plus précis (comme la reco l'est dans les lignes suivantes en précisant « une heure » pour le délai de confirmation par le psychiatre).</i></p> <p>2- <i>Rien n'est dit sur l'isolement sensoriel (musique, lumière, etc.). Il serait utile de préciser que cela n'est pas indispensable, mais au contraire, dans certains cas, facteur d'apaisement.</i></p>
CEFI-Psy	<p>4<sup>e</sup> paragraphe, dernière phrase, mettre par qui la mesure doit être confirmée ?</p> <p>p. 10 : dans la première énumération, au 5<sup>e</sup> point : je propose d'enlever « des éventuelles » précisions. Je crains que ce mot permette aux équipes de faire l'impasse sur des mesures alternatives !</p> <p>A la fin de la phrase : « il convient de s'assurer que les patients bénéficient (...) », ajouter « des temps de présence soignante attentive » pour aller au-delà de la surveillance de base. Et inscrire les passages soignants aussi dans soin psychique.</p> <p>Pour le renouvellement de la mesure, je comprends qu'il y a un premier renouvellement à 6 heures, puis 12 heures, puis toutes les 24 heures ? Si c'est cela, ne serait-il pas logique de poursuivre l'évaluation toutes les 12 heures, ce qui rappelle plus l'exigence d'évaluation ? Car une évaluation toutes les 24 heures, c'est la fréquence actuelle !</p>
FEHAP	<p>1° La durée de quelques heures d'isolement de la personne en soins libres reprend l'approximation de la circulaire Veil de 1993 qui a souvent été traduite comme « inférieure à 24 heures ». Une recommandation précisant une durée de 4 heures maxi éviterait ce genre d'interprétation, donc de pratique.</p> <p>2° Lorsque la décision d'isolement n'est pas prise par un psychiatre, celle-ci doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit et notifiée dans le dossier patient... Question : qui rédige cette notification ?</p> <p>Par ailleurs, il est stipulé que la confirmation peut se faire par téléphone (chapitre 5) et il est prévu la signature du psychiatre dans la fiche de surveillance d'iso (Annexe 1) : est-ce à dire que le psychiatre devra obligatoirement se déplacer ?</p> <p>3° La durée maximale d'isolement est de 12 heures lors de la décision initiale. Est-ce à dire que l'on peut décider d'une durée de 24 heures dès le premier renouvellement ?</p> <p>4° Les consignes devant permettre au patient de manger, boire, aller aux toilettes et se laver concernent-elles ces activités à l'intérieur de la chambre d'isolement ? à l'extérieur ? les deux ?</p>

	<p>5° <i>La recommandation de deux visites médicales par 24 heures peut-elle être traduite ou non par une visite médicale au moins toutes les 12 heures ? Le sens en serait différent.</i></p> <p>Page 9 : « à titre dérogatoire et uniquement en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler, pour des raisons tenant à sa sécurité, un patient en soins libres pendant quelques heures, en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime de soins » : l'expression employée quant à la durée (« quelques heures ») fait-elle référence à la disposition légale d'une durée de 24 heures maximale jusque-là valable légalement ? Si oui, peut-on le préciser ?</p> <p>Page 10 : « les isolements de plus de 48 heures et les contentions mécaniques de plus de 24 heures doivent être exceptionnels » : le terme d'« exceptionnel » nous apparaît trop exigeant pour l'ensemble des situations cliniques (furie maniaque, états mélancoliques gravissimes, désorganisations majeures) qui ne peuvent se désamorcer en moins de 48 heures ; peut-être l'idée qu'une prolongation de la mise en chambre d'isolement doit être argumentée cliniquement et après discussion collégiale (médecins et infirmiers) nous paraîtrait plus réaliste.</p> <p>Remarque de forme : nous avons noté une différence de formulation entre la recommandation et la synthèse, formulation qu'il conviendrait d'harmoniser entre recommandation et obligation.</p> <p>Page 10 alinéa 4 de la recommandation : « A l'initiative de la mesure, il est recommandé que l'indication soit limitée à 12 heures (...) », alors que la page 2 de la synthèse sur l'isolement : « A l'initiative de la mesure, l'indication doit être limitée à 12 heures ». La même remarque concerne les alinéas suivants de la page 10.</p>
<p>Institut MGEN de la Verrière</p>	<p><i>Ces recommandations de modalités de mise en œuvre sont correctes et réalisables concernant la prise en charge en chambre de sécurité ou sécurisée et concernant la contention.</i></p> <p><i>Elles ne doivent pas s'appliquer à l'utilisation des temps thérapeutiques en chambre fermée.</i></p> <p><i>La phrase « les modalités de dispensation (...) fiche de traitement » n'est pas compréhensible.</i></p> <p><i>Le passage « Les isolements de plus de 48 heures (...) être exceptionnels » est régulièrement non applicable et ne prend pas en compte la temporalité nécessaire pour l'apaisement de troubles du comportement d'ordre psychotique par les traitements médicamenteux. Pour cette phrase, il est proposé donc de la remplacer par : « Les isolements de moins de 48 heures et les contentions mécaniques de moins de 24 heures doivent être privilégiés. ».</i></p> <p><i>Il est important de rappeler les délais d'action des antipsychotiques sur les éléments délirants productifs à l'origine des troubles du comportement : de deux à trois semaines. Il est important de sensibiliser sur une approche bénéfique/risque entre l'utilisation de l'isolement voire de la contention, et la sédation chimique : privilégier à tout prix une durée minimale de l'isolement et la contention risque de revenir à la mise en place d'une camisole chimique. L'équipe médico-soignante doit pouvoir sereinement réaliser l'adaptation du traitement médicamenteux pouvant permettre la levée de la contention et de l'isolement.</i></p> <p><i>« dédié et adapté » oblige à prendre en charge tous les patients en isolement de la manière la plus restrictive et la plus traumatisante en chambre de sécurité avec matelas sécurisé, porte renforcée, visibilité sur la chambre à partir de l'extérieur, etc., alors que l'isolement adapté prend justement en compte cette notion de personnalisation de l'isolement aux besoins du patient. Une chambre classique peut être sécurisée sur décision médicale et garder bien plus d'humanité qu'une chambre de sécurité. Il serait préférable d'utiliser « dédié ou adapté » signifiant « chambre de sécurité ou chambre sécurisée au regard du niveau de sécurisation nécessaire ».</i></p>
<p>ANAP</p>	<p>RAS</p>
<p>Fédération française des psychomotriciens</p>	<p>RAS</p>

FORAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paragraphe concernant la fiche particulière de prescription du suivi de la décision :</li> <li>- En général, les modalités de dispensation sont détaillées sur le support de prescription médicamenteux (informatique ou non). Ne risque-t-il pas d'y avoir redondance et erreur si cette information apparaît sur deux supports distincts ?</li> <li>- Une puce supplémentaire pourrait être ajoutée avec les items suivants : identité du médecin prescripteur et validation par le psychiatre (date et nom).</li> </ul>
SERPSY	<p><i>Cette confirmation peut se faire par téléphone en fonction des informations échangées. Cette confirmation doit être notifiée dans le dossier du patient. <b>NON ! C'est inacceptable. Un médicament ne peut être prescrit par téléphone, mais contention et isolement le pourraient ? NON, non. La moindre des choses, c'est que, s'agissant d'une prescription médicale, celle-ci soit annoncée de vive voix au patient qui la subit. Comment pourra-t-on reprendre avec lui les raisons de la prescription ? Il nous faut assumer ce que nous prescrivons au patient.</b></i></p> <p>A l'initiation de la mesure, il est recommandé que l'indication soit limitée à 12 heures pour l'isolement et 6 heures maximum pour la contention mécanique. 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 pluridisciplinaire. L'équipe pluridisciplinaire 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 isolements de plus de 48 heures et les contentions mécaniques de plus de 24 heures doivent être exceptionnels.</p> <p>Quand on est attaché six heures, c'est très long. S'il s'agit de contenir une agitation, il est inutile qu'un patient soit attaché six heures : deux heures pourraient suffire. S'il s'agit d'un état d'agitation, on peut aller jusqu'à quatre heures. Il est préférable que la mesure soit prolongée toutes les quatre heures (sauf la nuit). Faites l'expérience, vous verrez. On trouve des références bibliographiques sur ce point également.</p> <p>Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté. Ce point peut se discuter. Dans certaines circonstances, un isolement bref dans sa propre chambre peut être plus efficace et plus contenant qu'un séjour en C.I. C'est une histoire de clinique. En s'interdisant d'isoler le patient dans sa chambre pour un temps bref, on s'oblige à sortir d'emblée une M.C.I. difficile que l'on aurait pu éviter. Evidemment, c'est à considérer comme une alternative qui répond à certaines indications et qui ne doit pas dépasser une heure ou deux.</p> <p>La contention mécanique est associée à une mise en isolement. Il est recommandé qu'elle n'ait lieu que dans un espace dédié avec des équipements spécifiques et qu'elle ne se fasse qu'en position allongée. C'est extrêmement discutable et l'on aimerait bien savoir sur quelle analyse de la littérature cette recommandation repose. Il est plus douloureux d'être attaché à son lit que contenu par une camisole libre dans sa chambre.</p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Contention	<p><b>Point 1 :</b> Préciser que la contention mécanique ne peut se faire qu'en position allongée exclut la contention faite au fauteuil (exemple de patients atteints de troubles cognitifs pour lesquels une prévention de chutes à répétition est provisoirement nécessaire).</p> <p><b>Point 2 :</b> Préciser si l'examen médical prévu dans l'heure qui suit le début de la mesure prise par un interne ou un médecin non psychiatre doit être pratiqué par un psychiatre.</p> <p><b>Point 3 :</b> La possibilité pour un psychiatre de garde de confirmer par téléphone la mesure prise par un interne ou un médecin non psychiatre doit tenir compte des difficultés liées aux problèmes de démographie médicale et aux organisations propres de permanence des soins.</p> <p><b>Point 4 :</b> Les précisions demandées sont pertinentes, mais complexes à rédiger.</p> <p><b>Point 5 :</b> La durée 6 heures posée comme limite générale soulève des problèmes sur une période de nuit (sollicitation du psychiatre de garde deux fois pour réévaluation, et éveil du</p>

	<p>patient qui peut dormir).</p> <p><b>Point 6 :</b> Il est nécessaire de préciser si les deux visites médicales au cours des 24 heures comportent celles d'un médecin somaticien.</p> <p><b>Point 7 :</b> S'il y a « systématisme », il y a probablement une situation bloquée qui dépasse les réponses des professionnels immédiatement concernés et qui s'interrogent sur ces situations : la réflexion institutionnelle s'impose au-delà de l'équipe, avec alerte des instances soignantes de l'établissement</p> <p><b>Point 8 :</b> Le « si besoin » est à proscrire s'il existe une procédure de contention validée au niveau de l'hôpital, permettant aux équipes de prendre en urgence des mesures conservatoires, avant d'appeler le psychiatre dans les plus brefs délais.</p> <p><b>Point 9 :</b> Accord sur les recommandations à ajuster en fonction de la situation clinique.</p> <p><b>Point 10 :</b> Sauf exception.</p>
<p>Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement</p>	<p><b>Point 1 :</b> L'isolement simplement identifié à la notion d'urgence ne traite pas des situations d'isolements répétés, signes du problème toujours actuel d'accès aux structures médico-sociales pour certaines personnes : l'absence de places disponibles suffisantes et divers problèmes émaillant les parcours entre secteurs sanitaire et médico-social se traduit par la présence en service d'hospitalisation au long cours de personnes qui peuvent présenter des troubles intermittents de comportement auxquels participe l'inadaptation du milieu hospitalier comme lieu de vie ; des solutions insatisfaisantes d'isolements répétés, sans que pour autant la personne relève des critères de soins sans consentement en dehors de ces épisodes, traduisent un problème d'offres suffisantes de lieux de vie adaptés. Comme les insuffisances en effectifs soignants, tant que ce problème de santé mentale qui dépasse la psychiatrie ne sera pas réglé, le recours à l'isolement dépassera le cadre de l'urgence.</p> <p><b>Point 3.</b> Manque de précisions sur la manière dont doit être notifiée la confirmation téléphonique dans le dossier du patient.</p> <p><b>Point 4.</b> La nécessité de faire figurer d'éventuelles précisions rend la démarche lourde et complexe sur la manière d'évaluer et rédiger ce qui a été « vain ».</p> <p><b>Point 5.</b> L'accès à l'hygiène mériterait d'être détaillé tant existe une différence entre l'accès à un saut hygiénique ou à des WC : répercussions évidentes sur les conditions hôtelières de l'établissement et sur les moyens d'assurer la sécurité des personnes.</p> <p><b>Point 6.</b> Aussi compréhensible que soit la volonté de limiter au mieux la durée d'isolement, la durée de 12 heures ne tient pas compte des réalités d'organisation de la permanence des soins en milieu hospitalier : une décision prise à 17h00 par le psychiatre qui connaît le patient nécessiterait de faire appel au psychiatre de garde avant 5h00 du matin, qui devra évaluer un patient éventuellement endormi et qu'il ne connaît pas ; l'extension pour certaines périodes doit pouvoir être justifiée.</p> <p><b>Point 7.</b> Il conviendrait de préciser si les deux visites médicales par jour comportent celles du médecin somaticien et de l'interne.</p> <p><b>Point 9.</b> Le « si besoin » est à proscrire, mais il faut prévoir une procédure claire de possibilité d'isolement en urgence validée au niveau de l'établissement et permettant aux équipes de prendre des mesures conservatoires, avant d'appeler le psychiatre.</p> <p><b>Point 10.</b> L'ensemble de cette procédure louable semble difficile à appliquer dans les conditions réelles d'une situation d'urgence psychiatrique et d'état actuel des moyens dans</p>

	les services.
Bureau de la santé mentale (DGS)	<p>2<sup>e</sup> paragraphe: La circulaire Veil n°48 DGS/SP du 19/07/1993, qui circonscrit le recours à l'isolement ou à la contention à des cas bien précis, pourrait être citée pour les cas dérogatoires et en cas d'urgence.</p> <p>Fin du 3<sup>e</sup> paragraphe : « s'<u>il</u> doit être levée » : corriger « si <u>elle</u> doit... »</p> <p>Page 10, 3<sup>e</sup> paragraphe : s'agissant de la fiche particulière de prescription du suivi de la décision, compléter l'identité du patient par la mention de ses nom et prénom, afin de faciliter sa lisibilité, en particulier en cas de contentieux.</p> <p>De la même manière, <b>le nom du psychiatre</b> qui a décidé la mesure doit y figurer.</p>
Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie	<p>Réorganisation en sous-parties ?</p> <p>5-1 : Généralités : 2 premiers paragraphes page 9 + 6 et 7<sup>e</sup> paragraphe de la page 10</p> <p>5-2 : Décision et prescription de surveillance (y compris entretien et examen médical)</p> <p>5-2 : Mise en œuvre de la surveillance</p> <p>5-3 : Durée et réévaluation</p> <p>5-4 : Lieu de mise en œuvre</p> <p>Page 10 premier pavé : répétition du mot « confirmation » ; une seule phrase avec virgule</p> <p>Page 10 : « prescriptions éventuelles précisions sur ce qui a été vainement (...) »</p> <p>Proposition de supprimer « éventuelles »</p> <p>Page 10 : « Les consignes doivent permettre au patient de manger (...) » : cela me semble inutile de prescrire l'accès aux besoins fondamentaux !! De même, « il convient de s'assurer (...) » dans la phrase suivante</p> <p>Page 10 : Le patient doit avoir accès à des repères temporels et un moyen d'appel de l'équipe (sonnette)</p> <p>Page 10 : 5<sup>e</sup> pavé, 6<sup>e</sup> ligne : équipe pluriprofessionnelle plutôt que pluridisciplinaire</p> <p>7<sup>e</sup> pavé : dernière ligne : « les professionnels habilités doivent s'interroger sur les causes sous-jacentes à ce comportement. » : <b>afin de tenter de diversifier les modes de réponse</b></p> <p>Entretien médical et examen clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Séparer en deux phrases : évaluer état mental et émotionnel / Evaluer état physique</li> <li>- Expliquer au patient les raisons de la mesure et les critères permettant la levée : <b>Inform</b> <b>er le patient sur la durée initiale et les modalités de réévaluation</b></li> <li>- identifier et mettre en place les soins et <b>traitements</b> permettant d'accélérer la levée</li> <li>- Exclure de cette partie « discuter avec l'équipe soignante (...) » : en faire un paragraphe à part entière. Il est recommandé qu'un échange clinique entre équipe paramédicale, psychologique et médicale s'instaure à l'issue de la mise en œuvre de l'isolement. (...)</li> </ul>
ADESM	<p>Dans la fiche particulière de prescription, il est conseillé d'avoir une rubrique sur « les éventuelles précisions sur ce qui a été vainement mis en œuvre préalablement afin de justifier que la mesure est bien prise en dernier recours ». Le mot « éventuelles » permet de considérer qu'il pourrait ne pas y avoir de précisions ; il semble préférable de retirer ce mot pour pousser les médecins et soignants à justifier ce « dernier recours ».</p> <p>La limitation de la première prescription d'isolement à une durée de 12 heures part évidemment d'une bonne intention. Est-ce pour autant toujours réalisable, particulièrement le week-end, du moins à portée d'une adaptation réaliste/ réalisable des organisations de gardes et astreintes médicales en vigueur ? Cette question apparaît centrale parmi les remontées opérées par les établissements.</p> <p>En ce qui concerne la contention mécanique, la limitation à 6 heures lors de l'initiation de la mesure paraît une bonne chose ; il est de ce fait surprenant que le renouvellement de celle-ci puisse se faire toutes les 24 heures.</p>
DREES	<p>Il pourrait être utile de développer davantage les alternatives à essayer avant de décider d'un isolement ou d'une contention. La partie « débriefing » de la situation n'est pas évoquée ici, elle y aurait peut-être sa place. Le caractère « sénior » du psychiatre retrouvé dans la littérature n'est pas réutilisé ici, pour lui privilégier le psychiatre « traitant » du</p>



	<i>patient.</i>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux	<p><b>Point 1 :</b> L'isolement simplement identifié à la notion d'urgence ne traite pas des situations d'isolements répétés, signes du problème toujours actuel d'accès aux structures médico-sociales pour certaines personnes : l'absence de places disponibles suffisantes et divers problèmes émaillant les parcours entre secteurs sanitaire et médico-social se traduit par la présence en service d'hospitalisation au long cours de personnes qui peuvent présenter des troubles intermittents de comportement auxquels participe l'inadaptation du milieu hospitalier comme lieu de vie ; des solutions insatisfaisantes d'isolements répétés, sans que pour autant la personne relève des critères de soins sans consentement en dehors de ces épisodes, traduisent un problème d'offres suffisantes de lieux de vie adaptés. Comme les insuffisances en effectifs soignants, tant que ce problème de santé mentale qui dépasse la psychiatrie ne sera pas réglé, le recours à l'isolement dépassera le cadre de l'urgence.</p> <p><b>Point 3.</b> Manque de précisions sur la manière dont doit être notifiée la confirmation téléphonique dans le dossier du patient.</p> <p><b>Point 4.</b> La nécessité de faire figurer d'éventuelles précisions rend la démarche lourde et complexe sur la manière d'évaluer et rédiger ce qui a été « vain ».</p> <p><b>Point 5.</b> L'accès à l'hygiène mériterait d'être détaillé, tant existe une différence entre l'accès à un saut hygiénique ou à des WC : répercussions évidentes sur les conditions hôtelières de l'établissement et sur les moyens d'assurer la sécurité des personnes</p> <p><b>Point 6.</b> Aussi compréhensible que soit la volonté de limiter au mieux la durée d'isolement, la durée de 12 heures ne tient pas compte des réalités d'organisation de la permanence des soins en milieu hospitalier : une décision prise à 17h00 par le psychiatre qui connaît le patient nécessiterait de faire appel au psychiatre de garde avant 5h00 du matin, qui devra évaluer un patient éventuellement endormi et qu'il ne connaît pas ; l'extension pour certaines périodes doit pouvoir être justifiée.</p> <p><b>Point 7.</b> Il conviendrait de préciser si les deux visites médicales par jour comportent celles du médecin somaticien et de l'interne.</p> <p><b>Point 9.</b> Le « si besoin » est à proscrire, mais il faut prévoir une procédure claire de possibilité d'isolement en urgence validée au niveau de l'établissement et permettant aux équipes de prendre des mesures conservatoires, avant d'appeler le psychiatre.</p> <p><b>Point 10.</b> L'ensemble de cette procédure louable semble difficile à appliquer dans les conditions réelles d'une situation d'urgence psychiatrique et d'état actuel des moyens dans les services.</p>
CGLPL	<p><i>A plusieurs endroits, sont utilisés les termes d'équipe soignante ou d'équipe pluridisciplinaire interrogeant sur leur définition</i></p> <p><i>3<sup>e</sup> alinéa : peut-être faut-il préciser « examen médical par un psychiatre »</i></p> <p><i>5<sup>e</sup> alinéa : Une confirmation par téléphone peut interroger dans ce type de recommandation. Une confirmation est <b>tracée</b> dans un dossier non notifiée.</i></p> <p><i>Il est noté la recherche de contre-indication à l'isolement... Quelles sont-elles ? Y-a-t-il des références ?</i></p> <p><i>5<sup>e</sup> alinéa : les précisions sur ce qui a vainement été mis en œuvre afin de justifier le caractère de dernier recours de la mesure ne doivent pas être EVENTUELLES, mais obligatoires</i></p> <p><i>9<sup>e</sup> alinea : A quoi correspond l'équipe pluridisciplinaire versus l'équipe soignante ?</i></p> <p><i>13<sup>e</sup> alinéa : Il est <b>impératif</b> et non recommandé qu'un entretien et un examen médical soient réalisés : par qui ? médecin psychiatre ? C'est à préciser.</i></p>
ANRQPsy	Rappelons que la contention est pratiquée dans de nombreux services (autres que la psychiatrie) et qu'elle n'est pas prescrite par un psychiatre la plupart du temps. Il est donc

	<p>utile que ce sujet soit abordé.</p> <p>Des recommandations devraient être envisagées par la HAS car les restrictions de liberté (et en particulier les contentions) sont des pratiques courantes à la fois pour d'autres disciplines médicales (urgences, gériatrie, neurologie, etc.) ainsi que de nombreuses structures médico-sociales (MAS, EHPAD, etc.).</p> <p>Concernant le premier renouvellement de 6 heures (pour la contention) et de 12 heures (pour l'isolement) avec deux visites minimum d'un médecin en 24 heures est tout simplement quasi-inapplicable dans les grands hôpitaux psychiatriques.</p> <p>Cela nécessiterait quasiment une ligne de garde supplémentaire et du travail en systématique nuisant à la qualité des soins (de plus, cela sera vécu comme une charge administrative supplémentaire pour répondre aux recommandations et non pour une évaluation clinique).</p> <p>Il aurait été plus opportun de l'écrire de la manière suivante (et non comme la lecture d'un renouvellement d'ordonnance !!!) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- qu'un examen clinique médical est recommandé au maximum 6 heures après la décision initiale de la contention pour confirmer ou non la prolongation (avec la réserve de préserver le sommeil du patient) ;</li> <li>- qu'un examen clinique est recommandé au maximum 12 heures après la décision initiale de l'isolement pour confirmer ou non la prolongation (avec la réserve de préserver le sommeil du patient).</li> </ul> <p>De plus, il y a une petite contradiction avec deux visites minimum d'un médecin en 24 heures (donc, évaluation toutes les 12 heures) et la prescription renouvelée toutes les 24 heures (elle peut donc être reprise toutes les 12 heures !!)</p> <p>Pour les deux visites minimum d'un médecin en 24 heures après prolongation.</p> <p>Nous proposons :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au minimum, une visite d'un médecin en 24 heures pour la période de garde (nuit, week-ends et jours fériés) (ex : 1 médecin pour 100 patients le week-end dont 10 patients isolés → 10 entretiens) ;</li> <li>- au minimum, deux visites d'un médecin en 24 heures pour la semaine.</li> </ul> <p><b>LIEU DE MISE EN OEUVRE</b></p> <p>Un lieu dédié et adapté n'a aucune signification.</p> <p>Un espace (minimum de m<sup>2</sup>, permettant la présence de 5 soignants et le patient) non comptabilisé comme un lit d'hospitalisation (c'est bien de le rappeler).</p>
<p>DGOS (reçu après la dernière réunion du groupe de travail)</p>	<p>Le deuxième paragraphe correspond au texte de la circulaire Veil du 19 juillet 1993 sans qu'il y soit fait référence.</p> <p>Forme : Troisième paragraphe : si "<b>elle</b>" doit être levée et non "il".</p>
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 6. « LES EXCEPTIONS »</b>	
<p>Unafam</p>	<p>RAS</p>
<p>FEHAP</p>	<p>La problématique posée par les personnes présentant des troubles de communication sévères et/ou un retard mental qui rendent complexes la phase d'information en amont et l'accompagnement une fois la mesure levée n'est pas abordée, et c'est un sujet aussi délicat que bien réel. La question d'un complément de rédaction dans les exceptions pourrait se justifier.</p>
<p>Institut MGEN de la Verrière</p>	<p><i>Ce chapitre est totalement choquant pour les patients en situation de handicap psychique ou neurologique lourd.</i></p>
<p>ANAP</p>	<p>Il était important d'isoler les troubles gravissimes de longue évolution. Les traiter comme une exception remet les choses en perspective.</p>
<p>Fédération française des psychomotriciens</p>	<p>RAS</p>
<p>FORAP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le cadre au lieu de dans la cadre</li> </ul>

SERPSY	<p><i>Dans le cadre de troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution avec des conduites auto-agressives ou de mutilations répétées et dans un but de préservation de l'intégrité physique du patient, il peut être possible d'avoir recours à des moyens de contention mécanique ambulatoire tels que la « camisole de force » ou des vêtements de contention.</i></p> <p><i>Cette contention n'est pas nécessairement associée à l'isolement et s'inscrit dans un plan de soins spécifique établi par le psychiatre traitant du patient, en dehors du cadre de l'urgence.</i></p> <p><i>Le recours à cette pratique doit faire l'objet d'une évaluation clinique régulière.</i></p> <p><i>Ces mesures doivent être recensées au niveau du service et de l'établissement afin d'entretenir une réflexion sur l'organisation des soins.</i></p> <p>Bien, mais ça mériterait d'être réexaminé à partir de témoignages de patients qui ont vécu les deux mesures.</p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Contention	<p>Ce chapitre est important car il prend en considération l'existence de troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution avec des conduites auto-agressives et des mutilations.</p> <p>L'usage de moyens de contention permettant d'éviter un alitement prolongé et les risques associés, tout en permettant une possibilité d'allers et venues du patient, est utile. Le packing utilisé comme contenance temporaire dans une atmosphère relationnelle importante pourrait aussi être cité.</p> <p>La réflexion sur l'organisation des soins renvoie au point 7 du chapitre 4.</p>
Bureau de la santé mentale (DGS)	<p><i>Ces troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution ne relèvent-ils pas plutôt des UMD ?</i></p> <p><i>1<sup>ère</sup> phrase : « dans <b>le</b> cadre » au lieu de « la »cadre</i></p>
Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie	<p><i>Il convient de mettre l'accent sur la vulnérabilité d'un patient bénéficiant de contentions « ambulatoires » et la nécessité d'une surveillance accrue. Ces pratiques doivent rester exceptionnelles</i></p>
ADESM	<p><i>Nous ne sommes pas convaincus que de telles exceptions doivent apparaître dans les recommandations de la HAS. Le recours à ces pratiques est marginal et relève d'une psychiatrie d'un autre temps. Voir apparaître, dans un document officiel d'une institution de santé de référence, le mot « camisole de force » comme celui d'une technique acceptable au XXI<sup>e</sup> siècle, nous semble inacceptable.</i></p>
Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public	<p><i>Il serait souhaitable de <b>supprimer purement et simplement cette rubrique !</b></i></p>
CGLPL	<p><i>Rédaction fin du 4<sup>e</sup> § au lieu de entretenir : « et participer à la réflexion sur l'organisation des soins »</i></p>
ANRQPsy	<p>comment intégrer et gérer de possibles dérives.</p> <p>Question :</p> <p><i>Quid de la sécurité des patients contenus mais possiblement à la merci des autres patients ?</i></p>
DGOS (reçu après la dernière réunion du groupe de travail)	<p>Il ressort de ce chapitre que des exceptions sont prévues pour les troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution avec des conduites auto-agressives ou des mutilations répétées, et dans un but de préservation de l'intégrité physique du patient. Il est précisé que le recours à la contention mécanique dans ces situations n'est pas nécessairement associé à l'isolement, s'inscrit dans un plan de soins spécifique et intervient en dehors du cadre de l'urgence, ce qui semble exclure ces situations du cadre défini par l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016 qui fait référence à des pratiques de dernier recours prises pour une durée limitée. Le projet d'instruction d'application de l'article 72 prévoit que sont recensées les mesures de contention mécanique en chambre d'isolement, les exceptions n'entrant pas dans ce cadre. Une articulation de ces deux textes est à prévoir sur ce point.</p>
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 7. « SURVEILLANCE »</b>	
Unafam	RAS

Conférence nationale des présidents de CME de CH	<i>On aimerait une ligne introductive à ce chapitre rappelant qu'isolement = surveillance systématique et non pas patient laissé à l'abandon (comme dit à la fin du chapitre 11)</i>
CEFI-Psy	<i>P. 11 Dans l'énumération, au 6<sup>e</sup> point, je proposerais à la place visites de l'équipe soignante, « des entretiens infirmiers » et d'un relevé de l'état clinique. Idem au début de la page 12.</i>
FEHAP	RAS
Institut MGEN de la Verrière	<i>Imposer deux visites médicales systématiques par 24 heures pour les contentions se justifie totalement sur le plan médical et sur le plan du degré majeur de restriction de liberté ; par contre, deux visites médicales systématiques par 24 heures pour l'isolement sans contention n'a pas de justification médicale ni psychiatrique. Il est essentiel de graduer l'importance de la rythmicité du passage médical entre isolement et contention, car les conséquences n'en sont pas les mêmes.</i> <b>Proposition :</b> <i>Introduction de l'isolement 0H-12H-24H-24H, etc.</i> <i>Introduction contention 0H-6H-6H-12H-12H-12H, etc.</i>
ANAP	RAS, si ce n'est la mention relative au maintien des vêtements ordinaires. Ce sujet est encore très discuté, dans la mesure où il est plus facile de manipuler un patient en pyjama qu'en vêtements ordinaires.
Fédération française des psychomotriciens	RAS
SERPSY	<i>Il est recommandé que :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>la surveillance de l'état psychique se fasse au moins toutes les heures et puisse aller jusqu'à une surveillance continue,</i></li> <li>• <i>la surveillance des paramètres physiologiques soit assurée par l'équipe soignante (tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, palpation des mollets, etc.) en fonction de la prescription médicale, s'il s'agit d'une urgence et d'une mesure exceptionnelle, toutes les heures ce n'est pas suffisant (la surveillance doit être à la demi-heure pour l'isolement et au quart d'heure si contention, nous sommes dans le registre du soin intensif). On trouve aussi de la biblio là-dessus.</i></li> </ul> <i>Il est rappelé que la vérification des points d'attaches, de l'état cutané et des besoins physiologiques du patient relève du rôle propre de l'infirmier. Important à rappeler</i>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Contention	<b>Point 1 :</b> Rappel nécessaire  <b>Point 2 :</b> Le détail des points de surveillance est important, ainsi que le fait de souligner que ces temps de surveillance sont également des temps d'accompagnement soignant pour donner le cadre thérapeutique de l'isolement et de la contention.  <b>Point 3 :</b> même remarque que le pour le point 6 du chapitre 4.  <b>Point 9 :</b> La recommandation manque de précision sur la nécessité de faire effectuer la surveillance par deux membres de l'équipe soignante et sans précision sur l'amplitude de la journée.
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement	<b>Point 2.</b> Il serait nécessaire que la recommandation permette des instructions claires afin d'optimiser le temps soignant, en évitant la surcharge administrative d'une traçabilité écrite qui, faussement sécurisante, se ferait au détriment des échanges et des élaborations collectives. Bien différencier de ce qui relève du registre obligatoire prévu dans la loi de 2016 et du dossier patient, et éviter les doublons : ainsi, dans le cas d'un dossier informatisé, prévoir d'avoir un seul lieu de notifications des observations cliniques dont pourront être extraites les données pour le registre.  <b>Point 6 :</b> Le manque de précision sur la surveillance continue qui est attendue n'est pas dénué du risque de surenchères sécuritaires, au détriment de la qualité relationnelle des

	soins : ainsi en est-il de la vidéosurveillance, qui peut être persécutrice et attentatoire à la dignité, mais aussi de la présence permanente d'un tiers.
Bureau de la santé mentale (DGS)	<p><i>Fin du 7<sup>e</sup> paragraphe : La fréquence de la surveillance infirmière demanderait à être précisée : à l'instar des deux visites médicales par 24 heures, il serait utile pour les établissements de bénéficier d'une recommandation à destination du personnel infirmier ou aide-soignant dans ce domaine.</i></p> <p><i>Au-delà du seul « jugement clinique du médecin », il convient d'établir une base minimale pour la fréquence de la surveillance infirmière.</i></p> <p><i>Les visites médicales : les psychiatres sont-ils tous à même d'effectuer l'évaluation somatique ? Et inversement, s'il s'agit d'un médecin somaticien : donc, il faut préciser que l'évaluation somatique est réalisée par un médecin généraliste.</i></p> <p><i>De la même manière que les soignants inscrivent leur nom pour le suivi, les noms des médecins qui effectuent les visites médicales doivent figurer sur la fiche d'identification.</i></p>
Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie	<p><i>Page 12 (2<sup>e</sup> paragraphe) - en 2 phrases</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Avoir une attention particulière à l'état psychique du patient : vécu émotionnel (tristesse, souffrance), vécu du patient (rage, impuissance), capacité à reprendre à minima la relation, etc.</i></li> <li>- <i>avoir une attention particulière à l'état physique du patient avec une attention particulière aux signes d'aggravation somatique, et notamment de défaillance cardiaque ou respiratoire</i></li> </ul> <p><i>Page 12 ; 7<sup>e</sup> paragraphe</i></p> <p><i>Patients victimes de sévices dans le passé</i></p>
ADESM	<i>Pas de commentaire, si ce n'est qu'il est surprenant de traiter, en premier lieu, dans une telle partie, du sevrage tabagique ; cette recommandation devrait être placée plus loin dans le chapitre.</i>
Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale	<p>La prévention des maladies thromboemboliques doit être envisagée pour chaque patient mis sous contention mécanique en fonction de la balance bénéfices-risques, notamment par la prescription d'un traitement anticoagulant. <b>S'il s'agit d'un traitement par héparines de bas poids moléculaire (HBPM), un contrôle plaquettaire doit être réalisé.</b> Je ne pense pas qu'il faille rajouter cette phrase car, depuis les modifications de l'AFSSAPS d'octobre 2011 sur les recommandations sur la surveillance plaquettaire d'un traitement par HBPM, ce n'est pas systématique.</p> <p>Dans le chapitre suivant, il est fait mention des facteurs de risque thrombo-embolique les plus courants, en occultant de citer que les antipsychotiques et notamment ceux de 2<sup>e</sup> génération en sont un, ainsi que certains antidépresseurs.</p> <p>Il est évoqué les HBPM dans la prévention de la MVTE ; il serait licite de citer le Fondaparinux et surtout la compression médicale par contention élastique classe 2, et préciser que cette prévention doit être maintenue au minimum 7 à 14 jours, quelle que soit la durée de réduction de mobilité définie comme étant une incapacité à sortir seul de sa chambre sans aide humaine.</p> <p>L'évaluation de la douleur n'est pas mentionnée dans la surveillance, pourtant c'est un moyen d'alerte de complications somatiques graves (embolie pulmonaire, occlusion intestinale, rétention urinaire, etc.) ou de complications mécaniques dues aux contentions ou à l'immobilisation sans modification des appuis.</p>
DREES	<i>La revue de la littérature citait, parmi les personnes nécessitant une attention particulière, les personnes ayant des antécédents traumatiques (réfugiés, victimes, détenus), qui ne sont pas reprises dans la recommandation. Or, ces populations devraient faire l'objet d'une attention spécifique lors du placement en isolement ou contention.</i>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux	<b>Point 2.</b> Il serait nécessaire que la recommandation permette des instructions claires afin d'optimiser le temps soignant, en évitant la surcharge administrative d'une traçabilité écrite qui, faussement sécurisante, se ferait au détriment des échanges et des élaborations collectives. Bien différencier de ce qui relève du registre obligatoire prévu dans la loi de 2016 et du dossier patient, et éviter les doublons : ainsi, dans le cas d'un dossier informatisé, prévoir d'avoir un seul lieu de notifications des observations cliniques dont pourront être extraites les données pour le registre.

	<p><b>Point 6</b> : Le manque de précision sur la surveillance continue qui est attendue n'est pas dénué du risque de surenchères sécuritaires au détriment de la qualité relationnelle des soins : ainsi en est-il de la vidéosurveillance, qui peut être persécutrice et attentatoire à la dignité, mais aussi de la présence permanente d'un tiers.</p>
CGLPL	<p><i>1<sup>er</sup> alinéa</i></p> <p><i>Proposition de rédaction : Selon la ou les dépendances (alcool, substances psycho-stimulantes) du patient, il est recommandé de lui proposer des traitements substitutifs. C'est très ambigu, l'isolement et la contention étant en principe des prescriptions très limitées dans le temps, quel intérêt ?</i></p> <p><i>Par ailleurs je déplacerais ce §. Il pourrait être placé après le § 13.</i></p> <p><i>2<sup>e</sup> alinéa ; dans le dossier patient. Une fiche spécifique (je pense qu'il faut être plus directif) précise le nom du soignant, ...</i></p> <p><i>13<sup>e</sup> alinéa : Tout incident doit être tracé (non notifié)...</i></p> <p><i>14<sup>e</sup> alinéa : La prévention des maladies thromboemboliques doit être <b>recherchée</b> pour chaque patient mis sous contention mécanique... Si nécessaire le recours à la prescription d'un traitement anticoagulant doit être pris en compte.</i></p> <p><i>Les conditions de prescription de ce type de traitement sont référencées ; il ne paraît pas utile de préciser dans cette recommandation le type de traitement (ou alors citer les références).</i></p> <p><i>Faut-il énumérer les facteurs de risques qui par ailleurs ne sont pas exhaustifs ? Je proposerais de supprimer ce §. Le mieux serait de donner la biblio à laquelle se référer.</i></p> <p><i>Il serait utile d'échanger sur cette liste qui interroge ; mais peut-être cet échange a eu lieu, n'ayant participé qu'à une réunion.</i></p>
ANRQPsy	<p>Il est recommandé que la surveillance de l'état psychique se fasse au moins toutes les heures.</p> <p>On est bien en dessous des préconisations des professionnels et du document ANAES de 1998.</p>
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 8. « INFORMATION DU PATIENT »</b>	
Unafam	<p>L'information d'un proche, en particulier lorsque la famille a signé les soins sous contrainte, devrait être réalisée, sauf avis contraire du patient, en utilisant les moyens les mieux adaptés à la délivrance de cette information. L'impossibilité de contacter la famille ne devrait jamais être utilisée dans le but de punir le patient ou d'établir une domination.</p>
FEHAP	RAS
Institut MGEN de la Verrière	<p><b>Concernant la personne de confiance.</b> Il faut rappeler qu'en pratique, il est rare qu'au moment où la décision de mise en chambre de sécurité ou sécurisée ainsi que la mise sous contention est prise, le patient soit en état de se prononcer sur une telle question... Il semble important que, si le patient n'est pas en état pour dire qu'il ne souhaite pas que l'on prévienne sa personne de confiance, alors l'établissement devrait prévenir sa personne de confiance. Cela semble plus s'inscrire justement dans le concept même des fonctions de la personne de confiance. La personne de confiance doit être prévenue en dehors d'un refus recevable du patient.</p>
ANAP	C'est un minimum.
Fédération française des psychomotriciens	RAS
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Contention	<p>La délivrance de l'information est, pour de nombreuses situations en psychiatrie, plus complexe que ne le voudrait la rationalité juridique : la réception et l'intégration d'une information vont dépendre de nombreux paramètres, et les situations de crise qui préludent en général à la contention majorent la difficulté.</p> <p>Poser comme principe de systématiquement prévoir de prévenir la personne de confiance ou un proche comme moyen d'alliance thérapeutique appelle des remarques : au-delà des restrictions prévues par la législation et le code de déontologies, cette possibilité doit tenir compte des situations individuelles, autant dans les délais pour le faire que dans les risques d'incompréhension, d'anxiété et démarches querulentes des personnes de confiance et</p>

	proches. Il serait utile de détailler les dispositions imposées par le code de déontologie cité.
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement	<p>La délivrance de l'information est, pour de nombreuses situations en psychiatrie, plus complexe que ne le voudrait la rationalité juridique : la réception et l'intégration d'une information vont dépendre de nombreux paramètres, et les situations de crise qui préludent en général à la contention majorent la difficulté.</p> <p>Poser comme principe de systématiquement prévoir de prévenir la personne de confiance ou un proche comme moyen d'alliance thérapeutique appelle des remarques : au-delà des restrictions prévues par la législation et le code de déontologies, cette possibilité doit tenir compte des situations individuelles, autant dans les délais pour le faire que dans les risques d'incompréhension, d'angoisse et démarches quérulentes des personne de confiance et proches. Il serait utile de détailler les dispositions imposées par le code de déontologie cité.</p>
Bureau de la santé mentale (DGS)	<i>Les termes « alliance thérapeutique » ne sont pas forcément adaptés au cadre des soins sous contrainte. En revanche, il est en effet essentiel que le patient puisse informer la personne de confiance.</i>
Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie	<p><i>Informé le patient de la durée.</i></p> <p><i>4<sup>e</sup> paragraphe : L'alliance thérapeutique : il s'agit ici du respect des droits du patient.</i></p> <p><i>Il est souhaitable d'informer dans un délai rapproché la famille, sauf opposition manifeste du patient.</i></p>
ADESM	<i>Pas de commentaire.</i>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux	<p>La délivrance de l'information est, pour de nombreuses situations en psychiatrie, plus complexe que ne le voudrait la rationalité juridique : la réception et l'intégration d'une information vont dépendre de nombreux paramètres, et les situations de crise qui préludent en général à la contention majorent la difficulté.</p> <p>Poser comme principe de systématiquement prévoir de prévenir la personne de confiance ou un proche comme moyen d'alliance thérapeutique appelle des remarques : au-delà des restrictions prévues par la législation et le code de déontologies, cette possibilité doit tenir compte des situations individuelles, autant dans les délais pour le faire que dans les risques d'incompréhension, d'angoisse et démarches quérulentes des personne de confiance et proches. Il serait utile de détailler les dispositions imposées par le code de déontologie cité.</p>
CGLPL	<i>Cf. commentaires précédents.</i>
ANRQPsy	Il est nécessaire que cette information soit délivrée au patient au moment de la mise en place de l'isolement ou de contentions, mais <b>c'est le moment le moins adapté</b> . On ne pourra envisager en amont une information claire et comprise par le patient. Cette information serait réalisée en amont dans les livrets d'accueil des établissements ou des unités de soins ou lorsque l'on notifie au patient son statut de soins sans consentement.
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 9. « SECURITE DU PATIENT ET DES SOIGNANTS – CONDITIONS DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION MECANIQUE »</b>	
Unafam	RAS
FEHAP	<p><i>1° Il est préconisé d'informer le responsable incendie de chaque mouvement en chambre d'isolement, mais nombre d'EPSM n'ont pas de responsable incendie H24. Et les dossiers patients informatisés ou les logiciels de gestion des lits permettent de savoir à l'instant T qui est dans quel lit.</i></p> <p><i>2° Recommander « un nombre suffisant de soignants » est tout sauf une recommandation... Merci de recommander des ratios soignants / nombre de chambres d'isolement / nombre de lits dans le service. Et, au regard des effectifs de nuit toujours inférieurs à ceux de jour, il serait bon de recommander une procédure d'appel à renfort.</i></p> <p><i>3° Dans les personnes à informer, pourquoi pas la personne de confiance ? Celle-ci est étrangement absente de ce guide.</i></p> <p>Page 13, au sujet du vêtement en chambre d'isolement : Nos retours de terrain nous indiquent que le port de vêtements personnels en chambre d'isolement soulève des questions de sécurité importantes, car le patient peut dissimuler des objets dangereux.</p>

	<p>« un patient en isolement puisse garder ses vêtements et tous les objets personnels incluant ceux ayant une signification personnelle, religieuse ou culturelle, sauf si cela présente un risque pour sa sécurité ou pour autrui » : nos retours de terrain nous suggèrent que cette formule pourrait être inversée, stipulant qu'un patient en chambre d'isolement y est placé pour des raisons de sécurité dans un contexte spécifique, et qu'afin de maximiser sa sécurité, il y est en pyjama ; néanmoins, si son état clinique le permet, il peut disposer de ses vêtements et de tous les objets personnels, incluant ceux ayant une signification personnelle, religieuse ou culturelle.</p> <p>Recommander « un nombre suffisant de soignants » : serait-il pertinent ou plus clair ici de recommander des ratios soignants / nombre de chambres d'isolement / nombre de lits dans le service ? Et, au regard des effectifs de nuit toujours inférieurs à ceux de jour, il serait bon de recommander une procédure d'appel à renfort.</p> <p>Dans les personnes à informer, pourquoi pas la personne de confiance ? Celle-ci est étrangement absente de ce guide.</p>
<p>Institut MGEN de la Verrière</p>	<p>OK</p>
<p>ANAP</p>	<p>C'est peut-être le sujet le plus délicat qui est abordé ici, dès lors qu'il touche aux moyens et aux ressources. Il fait référence de façon implicite à l'ensemble du processus de soins.</p> <p>A l'heure où les politiques publiques visent à la dispensation des soins au plus près du milieu de vie ordinaire, et donc au renforcement des ressources en extra-hospitalier, l'exigence d'un nombre « suffisant » de soignants risque de réactiver le débat entre « intra » et « extra », entre « ouvert » et « fermé ».</p> <p>Replacer le débat sur la nécessité de formation des soignants est indispensable, dès lors que l'on sait que les personnels les plus jeunes dans la discipline, et donc les moins expérimentés, sont les plus nombreux en hospitalisation complète.</p> <p>De façon plus précise, le nombre de soignants requis pour exercer la mise en contention va susciter des débats. En principe, l'organisation des services repose généralement sur la présence de trois soignants, deux IDE et un AS le matin. Ce n'est pas toujours le cas l'après-midi où on peut passer à deux soignants, et encore moins la nuit.</p> <p>Pour renvoyer à un principe de réalité, il serait utile de développer le sujet relatif à l'appel à renfort. Tous les établissements n'ont pas la possibilité ou choisi de constituer une équipe soignante de sécurité individualisée. La solution retenue la plupart du temps consiste en l'organisation d'un appel à renfort parmi les équipes des services voisins. Il serait peut-être utile de préciser quelques éléments relatifs à un protocole d'appel à renfort.</p> <p>De façon générale, un rappel explicite aux recommandations inscrites dans la publication relative à la prévention et à la prise en charge des moments de violence serait utile.</p>
<p>Fédération française des psychomotriciens</p>	<p>RAS</p>
<p>FORAP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui, c'est sûr, il faut un nombre suffisant de soignants, mais cela est un sujet sensible dans le contexte actuel.</li> <li>• Qu'est-il sous-entendu par matériel de réanimation ? Les psychiatres ou autres médecins présents doivent savoir se servir d'un BAVU et d'un défibrillateur, mais sinon, il faut connaître les procédures d'appel d'un réanimateur ou urgentiste plutôt – et avoir un chariot d'urgence à jour accessible et dont tout le monde connaît la localisation.</li> <li>• 2<sup>e</sup> paragraphe : préciser la composition des équipes soignantes (AMP, animateurs, éducateurs et l'effectif). Renvoyer à une référence ?</li> <li>• 3<sup>e</sup> paragraphe : « nombre suffisant de soignants... » Comment l'évaluer ? Références ?</li> </ul>
<p>SERPSY</p>	<p>La mise en place d'une mesure d'isolement et de contention mécanique doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.</p> <p>Les services doivent être dotés d'équipes soignantes adaptées aux besoins quotidiens en matière de prise en charge psychiatrique et de sécurité. Chiffrer ces besoins. Le poids de la mesure ne peut reposer sur les seuls soignants, les équipes de direction, les directions des soins et l'Etat doivent aussi porter ces mesures qui représentent un coût certain. C'est ce coût qui constituera un facteur d'amélioration. On peut estimer que quatre soignants par</p>



	<p>poste (dont un homme) sont une base minimale. L'agitation d'un patient produit des effets sur les autres patients, il est nécessaire qu'un, voire deux soignants soient présents auprès des autres patients qui peuvent être dépressifs, suicidaires et ne bénéficient pas des soins qu'ils devraient avoir pendant cette mobilisation des soignants auprès de l'agité. On estime qu'un patient isolé mobilise un soignant 24 heures sur 24. Il faut donc compenser cette présence par un nombre suffisant de soignants.</p> <p>Un nombre suffisant de soignants doit être présent pour assurer de façon sûre et efficace la gestion de la situation de crise. Là encore, on peut chiffrer, il faut au minimum quatre soignants hommes pour effectuer une M.C.I. dans de bonnes conditions de sécurité pour un patient normalement violent. Qu'il soit armé, expert en arts martiaux, implique un nombre de soignants plus important, en sachant qu'il est difficile de dépasser le nombre de huit, alors les soignants se gênent et le nombre est davantage un handicap qu'un atout. Il faut rajouter un soignant qui effectue éventuellement une injection de sédatif.</p> <p>Il est important de préciser que la M.C.I. ne peut reposer sur les seuls hommes, les femmes soignantes doivent aussi participer à la mesure, pour offrir une alternative au patient, pour que le rapport de confrontation ne soit pas qu'une histoire de virilités qui s'affrontent. Il existe des équipes où les femmes n'interviennent auprès du patient que lorsque la crise est dépassée, elles vivent cette situation dans un climat de crainte (voire de peur) fantasmatique et ne font connaissance avec le patient qu'au bout d'une semaine.</p> <p>Il est recommandé qu'une partie de l'équipe se consacre à la situation de crise, une autre partie prenne en charge et rassure les autres patients ; que le médecin de l'unité ou le médecin de garde, s'il n'était pas présent, soit informé de la situation et sollicité pour intervenir le plus rapidement possible. S'il s'agit du médecin qui connaît le patient, il convient de l'informer des facteurs repérés comme pouvant expliquer la situation de crise (frustration, prise de toxiques, exacerbation hallucinatoire, etc.), et s'il s'agit du médecin de garde, de lui présenter succinctement le patient, l'existence de personnes ressource, les facteurs d'alliance possibles, etc.</p> <p>Parallèlement, des renforts peuvent être sollicités pour une intervention en soutien. Un professionnel de l'unité concernée accueille et informe l'équipe de renforts.</p>
<p>Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Contention</p>	<p><b>Point 1 :</b> La nécessité d'avoir des équipes soignantes adaptées aux besoins quotidiens pour que soit prise des mesures de contention semble un vœu pieux : qu'est-il prévu dans le cas contraire ?</p> <p><b>Point 2 :</b> Il est très important de souligner l'importance d'une formation spécifique des soignants. Et qui devrait être généralisée. Le vécu du patient vis-à-vis de ce type de mesure est fonction de la façon dont son équipe la comprend, l'applique, l'explique, l'accompagne, etc., ce qui participe de l'effet thérapeutique de l'isolement et de la contention.</p> <p><b>Point 3 :</b> Les deux points autour des équipements de réanimation et des premiers secours laissent sous-entendre que le principal risque de la contention est vital et méconnait, dans un rapport bénéfice-risque, le rôle de la contention dans la prévention de risques vitaux que sont le risque suicidaire ou les automutilations.</p> <p><b>Point 4 :</b> L'utilisation du matériel de réanimation fait appel à une spécialisation que n'ont pas les psychiatres. Ce point manque de précisions.</p> <p><b>Point 6 :</b> Il manque des précisions sur les modalités et la traçabilité pour porter à la connaissance du praticien le début et la fin de la contention.</p>
<p>Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement</p>	<p><b>Point 1 :</b> <i>Cette affirmation interroge sur les conséquences, dans les cas où les conditions de dotations suffisantes en personnel ne sont pas réunies, ce qui est globalement la règle.</i></p> <p><b>Point 3.</b> La référence à la formation aux premiers secours et au matériel de réanimation comme accompagnement nécessaire à la mesure d'isolement lui donne un caractère d'exceptionnelle gravité, mettant la vie du patient en danger, alors que, bien souvent, l'isolement dans un rapport bénéfice-risque est moins risqué qu'une majoration des posologies de psychotropes.</p> <p><b>Point 4.</b> L'utilisation du matériel de réanimation fait appel à une spécialisation que n'ont pas</p>

	<p>les psychiatres. Ce point manque de précisions.</p> <p><b>Point 8.</b> La nécessité d'informer le médecin du début d'isolement est logique, puisque le médecin doit le décider, mais l'information au médecin de la fin d'isolement semble inutilement lourde à tracer.</p>
Bureau de la santé mentale (DGS)	<p><i>2<sup>e</sup> paragraphe :</i> « Les services doivent être dotés d'équipes soignantes adaptées aux besoins quotidiens de prise en charge psychiatrique et de sécurité... » : cette remarque est assez évidente, et cela s'applique à tous les services de soins, quels qu'ils soient. Peut-être convient-il de mettre spécifiquement l'accent sur la sécurité des patients.</p> <p><i>Dans les recommandations :</i> « il est recommandé que les équipes soient formées à la gestion de la violence » : il existe aussi des formations à la <b>prévention</b> de la violence.</p>
Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie	<p><i>Page 12 (2<sup>e</sup> paragraphe du chapitre 9) :</i> ces équipes sont formées à la mise en œuvre de l'isolement et contention.</p> <p><i>Page 13 (1<sup>er</sup> paragraphe) :</i></p> <p><i>Un nombre suffisant de soignants :</i> soit on précise un nombre défini, soit on s'abstient.</p> <p><i>Quid de la présence médicale lors de la mise en œuvre de l'isolement ? Il est conseillé que le médecin soit présent, sauf isolement en urgence (mesure conservatoire)</i></p> <p><i>Parallèlement, si l'évaluation de la situation est en faveur d'une intervention en renfort, ceux-ci <del>des renforts</del> peuvent être sollicités pour une intervention en soutien : notifier qu'il est essentiel que l'équipe référente du patient soit celle qui mette en œuvre les mesures d'isolement ou de contention (éventuellement avec le soutien d'une équipe de renfort dédié). Il revient à l'équipe de l'unité de soins de maintenir le lien thérapeutique par la mise en mots et en sens au cours de cet acte.</i></p> <p><i>« les équipes soient formées et entraînées à la gestion de la violence et aux techniques de désamorçage » : « les équipes soient formées et entraînées aux techniques de désamorçage et ensuite de gestion de la violence »</i></p> <p><i>De manière générale les sorties temporaires et retours en chambre d'isolement sont des moments critiques qui peuvent se révéler sources de nouvelles tensions entre équipes et patient. Les recommandations doivent-elles évoquer ces situations ? Ne vaut-il pas mieux privilégier un isolement de très courte durée ?</i></p>
ADESM	<p><i>La rédaction pour ce qui concerne l'information du « médecin de l'unité ou du médecin de garde » ou plus loin « du praticien hospitalier d'astreinte, de l'interne et du cadre de garde » pourrait être améliorée. Elle est évidemment nécessaire, mais elle est quand même liée aux organisations propres à chaque établissement et semble ignorer le fait que la décision est prise par un psychiatre qui sera, la plupart du temps, le psychiatre de l'unité ou le psychiatre de permanence, lequel sera, de ce fait, informé de la situation.</i></p> <p><i>La recommandation faite d'informer les services d'incendie de l'établissement en temps réel ne semble pas adaptée à toutes les situations. D'une part, tous les établissements n'ont pas de services de sécurité en propre, d'autre part, les locaux et les plans d'évacuation doivent être conformes en termes de sécurité incendie, que les chambres d'isolement soient occupées ou non. C'est bien l'organisation même de la sécurité incendie de l'établissement qui doit être conçue, de façon à tenir compte de l'existence et de la localisation de lieux d'isolement.</i></p>
DREES	<p><i>Les techniques de désamorçage évoquées mériteraient d'être davantage développées. Rien n'est dit sur la nécessité de sorties régulières à l'air libre, évoquée dans la revue de la littérature.</i></p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux	<p><b>Point 1 :</b> Cette affirmation interroge sur les conséquences, dans les cas où les conditions de dotations suffisantes en personnel ne sont pas réunies, ce qui est globalement la règle.</p> <p><b>Point 3.</b> La référence à la formation aux premiers secours et au matériel de réanimation comme accompagnement nécessaire à la mesure d'isolement lui donne un caractère d'exceptionnelle gravité, mettant la vie du patient en danger, alors que, bien souvent, l'isolement dans un rapport bénéfice-risque est moins risqué qu'une majoration des posologies de psychotropes.</p> <p><b>Point 4.</b> L'utilisation du matériel de réanimation fait appel à une spécialisation que n'ont pas</p>

	<p>les psychiatres. Ce point manque de précisions.</p> <p><b>Point 8.</b> La nécessité d'informer le médecin du début d'isolement est logique, puisque le médecin doit le décider, mais l'information au médecin de la fin d'isolement semble inutilement lourde à tracer.</p>
CGLPL	RAS
ANRQPsy	<p>Les services doivent être dotés d'équipes soignantes adaptées aux besoins quotidiens en matière de prise en charge psychiatrique et de sécurité. Un nombre suffisant Ceci ne veut strictement rien dire (puisque cela reste à l'appréciation des établissements), sauf à imaginer des quotas (comme en réanimation), bien difficiles à mettre en place (à l'exception d'une étude des services de psychiatrie).</p> <p>La question des renforts et de leur accueil est importante, mais minorée dans le texte ; cela aurait pu être mis plus en exergue</p>
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 10. « L'ESPACE D'ISOLEMENT »</b>	
Unafam	RAS
FEHAP	<p>Page 13 : Le point des deux accès de la chambre d'isolement mériterait d'être précisé : s'agit-il de deux portes d'accès à la chambre d'isolement ou de deux accès, comprenant un premier accès à un sas (surveillance du patient), puis un 2<sup>e</sup> accès à la chambre elle-même, où le patient est isolé ?</p> <p>Page 13 et 14 : concernant l'appel malade, peut-on substituer un micro dans la chambre ?</p>
Institut MGEN de la Verrière	<p><i>Il est important de noter explicitement que les toilettes et la douche doivent être accessibles, mais ne doivent pas être au sein même de la chambre. L'accès libre à la douche et aux toilettes posent le problème de la surveillance des excréta obligatoire en chambre de sécurité pour certains patients (élimination urinaire et transit intestinal).</i></p> <p><i>Proposition de modifier la phrase « La prise en charge du patient nécessite une surveillance physique (...) vidéosurveillance » par « La prise en charge du patient nécessite obligatoirement une surveillance physique et une interaction relationnelle, qui peuvent être complétées par un système de vidéosurveillance. ». L'apport des nouvelles technologies peut aussi participer de la qualité de la prise en charge, sans occulter l'importance de la priorité de la prise en charge humaine.</i></p>
ANAP	RAS, si ce n'est que seuls les établissements qui ont bénéficié d'une rénovation ou réhabilitation, voire reconstruction, disposent d'espaces adaptés. Il existe encore trop d'établissements anciens dont la structure est, en elle-même, maltraitante pour les patients et les personnels.
Fédération française des psychomotriciens	RAS
SERPSY (A revoir avec eux) Il manque le début de phrase	<p>soit équipé de moyens d'orientation temporelle : heure, date, nouvelles ou informations, etc. Attention, certains dispositifs brillent dans l'obscurité et projettent des ombres qui peuvent paraître menaçantes à un patient délirant et persécuté. Le dispositif doit être neutre.</p> <p>Il aurait été possible de signaler le dispositif musical proposé par une équipe suisse. Il semble avoir des vertus apaisantes. (cf. Stanzos A. et Baumgarten G.)</p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement	<p><b>Point 1.</b> Cf. commentaire du chapitre 1 sur les définitions.</p> <p><b>Point 2.</b> Il est important de rappeler qu'en cas d'isolement hors chambre individuelle, le patient doit conserver sa chambre personnelle, disponible à tout instant. Répercussion sur l'organisation du service et de l'établissement, notamment dans la politique de l'établissement et la réflexion générale sur les pratiques d'isolement et de contention (équipements et nombres de lits disponibles)</p>

	<b>Point 4.</b> Manque de précisions sur les conditions d'accès aux toilettes et à la douche : accès direct dans la chambre ou accès dans un espace extérieur à la chambre ont des conséquences sur les nécessités d'équipements et de sécurité des personnes.
Bureau de la santé mentale (DGS)	<i>2<sup>e</sup> paragraphe, ajouter la dignité: « il (l'espace d'isolement) doit respecter l'intimité <b>et la dignité</b> du patient »</i>
Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie	<i>La disponibilité de la chambre du patient (...) La chambre d'isolement ne compte donc pas dans le nombre de lits d'une unité. Page 13 (dernière phrase) Soit équipé d'un dispositif d'appel toujours accessible au patient, même lorsque celui-ci est contenu Soit équipée d'un dispositif d'écoute musicale Page 14 : A la suite de la vidéosurveillance, ou l'ouverture d'un oculus ou équivalent</i>
ADESM	<i>Pas de commentaire.</i>
DREES	<i>La revue de la littérature évoquait l'obligation d'afficher, dans l'espace d'isolement, des informations à destination du patient sur ses droits et possibilités de recours. Cet élément paraît important à réintégrer dans les recommandations.</i>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux	<b>Point 1.</b> Cf. commentaire du chapitre 1 sur les définitions.  <b>Point 2.</b> Il est important de rappeler qu'en cas d'isolement hors chambre individuelle, le patient doit conserver sa chambre personnelle, disponible à tout instant. Répercussion sur l'organisation du service et de l'établissement, notamment dans la politique de l'établissement et la réflexion générale sur les pratiques d'isolement et de contention (équipements et nombres de lits disponibles)  <b>Point 4.</b> Manque de précisions sur les conditions d'accès aux toilettes et à la douche : accès direct dans la chambre ou accès dans un espace extérieur à la chambre ont des conséquences sur les nécessités d'équipements et de sécurité des personnes.
CGLPL	<i>L'espace doit recevoir la lumière naturelle. L'espace doit pouvoir être équipé de moyens de diffusion de musique. L'espace d'isolement doit être situé à proximité du poste de soins.</i>
ANRQPsy	<i>C'est un début de normes, mais loin s'en faut Un lieu dédié et adapté n'a aucune signification. Un espace (minimum de m<sup>2</sup>, permettant la présence de cinq soignants et le patient) non comptabilisé comme un lit d'hospitalisation (c'est bien de le rappeler).</i>
DGOS (reçu après la dernière réunion du groupe de travail)	<i>Il faut sans doute viser expressément l'installation nécessaire d'un ou deux sièges dans l'espace d'isolement, qui permette à un soignant ou au patient lui-même de s'asseoir ailleurs que sur le lit.</i>
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 11. « REALISATION PRATIQUE DE LA CONTENTION MECANIQUE »</b>	
Unafam	<i>RAS</i>
Conférence nationale des présidents de CME de CH	<i>Ne peut-on pas préciser que la contention mécanique doit se faire, autant qu'il est possible, en dehors de la vue des autres patients qui doivent être tenus à l'écart et rassurés par un soignant spécifique ?</i>
FEHAP	<i>S'agissant de la contention, les recommandations ne concernent que celles mécaniques pour des personnes isolées et allongées. Or, pour certains patients et en particulier dans la population âgée, ces derniers ne peuvent pas toujours rester sur leur siège, alors qu'il est important de les stabiliser, notamment au moment des repas, pour leur permettre de manger en toute sécurité. Les équipes procèdent ainsi à des contentions pelviennes qui méritent elles aussi d'être encadrées (limitation maximum pendant 1 heure, prescription + traçabilité).</i>

<p>Institut MGEN de la Verrière</p>	<p><i>Il est indispensable d'expliciter l'importance d'une sédation dès la mise sous contention et de la vérification de l'efficacité de cette sédation. Celle-ci est indispensable pour permettre au patient de supporter la mesure en question, et aussi pour la durée de cette mesure, car, dès que le traitement aura été suffisamment efficace, il sera possible de lever les contentions avec, dans un premier temps, un maintien en chambre de sécurité, puis une levée de la mesure d'isolement.</i></p> <p><i>Attention, dans le document, il est privilégié la prise médicamenteuse per os par rapport au traitement injectable. Il est cependant important de notifier que la prise per os ne doit se faire qu'en l'absence de risque de fausse route. Par ailleurs, l'injection du traitement a une efficacité plus rapide que la prise en charge orale.</i></p>
<p>ANAP</p>	<p>RAS, si ce n'est la question de la mobilisation de cinq soignants (cf. commentaire du chapitre 9)</p>
<p>Fédération française des psychomotriciens</p>	<p>RAS</p>
<p>FORAP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La phrase « La prise en charge du patient nécessite une surveillance physique et une interaction relationnelle qui ne peuvent être remplacées par un système de vidéosurveillance » est déjà notée telle quelle dans la partie 10. Pour éviter les redites, plutôt placer cette phrase dans la partie 9 « Sécurité du patient et des soignants – Conditions de l'isolement et de la contention mécanique » ?</li> </ul>
<p>SERPSY</p>	<p>Bravo pour l'aspect clair du rejet de la vidéosurveillance.</p>
<p>Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Contention</p>	<p><b>Point 4.</b> Le terme « saisi » gagnerait à être remplacé par « immobilisé », pour ne pas renvoyer à un acte de violence.</p> <p><b>Point 12.</b> Pour un document destiné à être accessible au public, la référence aux coussins sur le visage (qui relèverait davantage du Code pénal que d'une recommandation HAS) ne fait que renforcer les images négatives des pratiques en psychiatrie, sans rien apporter à une recommandation de bonne pratique : il doit suffire de dire, comme c'est le cas à plusieurs reprises, que la tête du patient devait être protégée et qu'il faut toujours s'assurer qu'il puisse respirer.</p> <p><b>Point 13.</b> Comme pour l'isolement, il est opportun de rappeler ce point, qui a, de plus, des conséquences sur les effectifs en lits disponibles et sur la politique de gestion du service et de l'établissement, en lien avec la réflexion de l'établissement d'amélioration des pratiques.</p>
<p>Bureau de la santé mentale (DGS)</p>	<p><i>1<sup>er</sup> paragraphe : il doit respecter l'intimité <b>et la dignité</b> du patient »</i></p>
<p>Centre ressource métiers et compétences en Psychiatrie</p>	<p><i>Page 14, 2<sup>e</sup> paragraphe : après « et un cinquième soignant maintenant la tête » <b>A ce moment, une évaluation intermédiaire est souhaitable, portant sur la réaction du patient à cette immobilisation physique (majoration ou maintien de la présentation sténique ou réduction des manifestations motrices). Cette dernière évaluation peut constituer une levée de l'indication préalable de recours à la contention mécanique.</b></i></p> <p><i>applique, lors de la contention manuelle, une force justifiée, <b>qui ne libère pas des contre-attitudes potentielles à la place de approprié raisonnable</b></i></p> <p><i>Page 14 (5<sup>e</sup> paragraphe) : il est recommandé que l'équipe soignante :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>s'assure que la contention manuelle, <b>s'assure que l'immobilisation par contention manuelle</b></i></li> <li>• <i>Accompagne verbalement le patient en le rassurant</i></li> </ul> <p><i>Si nécessaire, un traitement sédatif est administré d'emblée, autant que possible par voie orale : <b>un traitement sédatif doit toujours être envisagé et administré....</b></i></p>
<p>ADESM</p>	<p><i>La description de la mise sous contention mécanique est assez précise ; il serait peut-être utile de préciser qui pose les attaches de contention (peut-être le médecin dans le schéma fonctionnel envisagé).</i></p> <p><i>La rédaction de la recommandation faite à l'équipe soignante sur les entraves à éviter est un peu ambiguë et peut être lue comme un conseil de faire ce qui, en réalité, est déconseillé.</i></p>

CGLPL	RAS
ANRQPsy	<p>Dans les établissements qui en disposent, une équipe de sécurité spécifiquement formée peut soutenir les soignants pour la mise sous contention mécanique. Il convient cependant de « procéder » cette aide et de bien noter la prépondérance du rôle infirmier sur cette équipe.</p> <p>Les objets dangereux doivent être mis à distance du patient (briquet, ceinture, objets tranchants, etc.). On se demande bien pourquoi une telle recommandation, ces objets ne devant JAMAIS être dans un espace d'isolement.</p> <p>Doc ANAES 1998 : « L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la CI ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises. »</p>
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 12. « LEVEE DE LA MESURE »</b>	
Unafam	L'isolement et la contention ne peuvent être maintenus/prolongés pour des raisons organisationnelles ou institutionnelles, ni pour répondre à la rareté des intervenants ou de professionnels.
FEHAP	RAS
Institut MGEN de la Verrière	OK
ANAP	RAS
Fédération française des psychomotriciens	RAS
SERPSY	<p>En fonction de la clinique, la levée de la mesure de contention mécanique n'est pas systématiquement associée à la levée de la mesure d'isolement.</p> <p>Il faut être encore plus clair. <b>La levée de la mesure de contention ne doit pas, etc.</b>, vu qu'il s'agit de deux indications différentes.</p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Contention	La contention doit pouvoir être levée à tout moment, dès que le maintien n'est plus cliniquement justifié, sur initiative des soignants, et validée par décision médicale.
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement	Nécessité de favoriser la levée de mesures en laissant aux équipes soignantes une marge de manœuvre : doit être possible sur initiative des soignants, avec information faite au médecin, sans qu'un examen médical préalable ne soit nécessaire.
Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie	<i>1<sup>er</sup> paragraphe : L'isolement et la contention mécanique doivent être levés, sur décision médicale, en appui sur les observations infirmières, dès que leur maintien n'est plus cliniquement justifié.</i>
ADESM	<i>Pas de commentaire.</i>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux	Nécessité de favoriser la levée de mesures en laissant aux équipes soignantes une marge de manœuvre : doit être possible sur initiative des soignants, avec information faite au médecin, sans qu'un examen médical préalable ne soit nécessaire.
CGLPL	<i>Remplacer notifié par tracé.</i>
DGOS (reçu après la dernière réunion du groupe de travail)	Dans le cadre de l'isolement, avec l'ensemble des recommandations qui s'y appliquent, il semble essentiel de dire un mot de la sortie progressive de la chambre d'isolement, qui représente une pratique clinique importante. Il est en effet rare, en pratique, qu'un patient sorte d'isolement directement, sans réadaptation au contact avec les autres patients.
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 13. « ANALYSE A LA LEVEE DE LA MESURE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION MECANIQUE AVEC LE PATIENT »</b>	
Unafam	Il n'y a aucune reprise de l'événement avec l'entourage familial ; or, cette pratique, dérangement pour les soignants, l'est tout autant pour l'entourage familial. Permettre l'expression de la culpabilité, de la peur, serait un gage de construction d'une alliance thérapeutique soignant, soigné, entourage.
FEHAP	RAS

Institut MGEN de la Verrière	OK
ANAP	Ce chapitre reprend de façon succincte les recommandations détaillées dans la publication relative à la prévention et la prise en charge des moments de violence. Un rappel plus explicite permettrait de valoriser le travail précédent et de redonner du sens aux actuelles recommandations.
Fédération française des psychomotriciens	RAS
FORAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A regrouper avec chapitre 14.</li> </ul> Proposition chapitre 13 : Analyse à la levée de la mesure d'isolement et de contention 13.1 Avec le patient 13.2 Avec l'équipe
SERPSY	Il est important que ce travail puisse s'effectuer avec des soignants qui n'ont pas participé à la mesure d'isolement et de contention, le psychologue de l'équipe peut naturellement remplir cette fonction. Autrement, le patient ne peut pas avoir les coudées franches pour s'exprimer auprès de ceux qui l'ont isolé et surtout attaché. Le recours à un médiateur de santé peut également être pertinent. D'une façon générale, la présence d'un tiers permet de sortir de l'entre-soi.
Syndicat des psychiatres des hôpitaux – Contention	Recommandation de bonne pratique à adapter selon la personne, le contexte.
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement	La mesure d'isolement doit être reprise avec le patient, comme toute mesure thérapeutique qui pourrait lui paraître intense ou inhabituelle, mais doit être faite en lien avec les symptômes qui ont présidé à la mesure et dans le cadre d'une démarche thérapeutique globale, pour ne pas favoriser ou installer un vécu dramatique à la mesure d'isolement mais aussi à l'hospitalisation dans son ensemble.
Bureau de la santé mentale (DGS)	<p>2<sup>e</sup> paragraphe, 3<sup>e</sup> alinéa : « de s'assurer que ses droits et son bien-être physique... » : le bien-être mental ne doit pas être oublié. Ecrire soit « bien-être », soit « bien-être physique et mental ».</p> <p>Deux méthodes de « retour d'expérience » sont recommandées : une en groupe (patient avec équipe soignante) et une individuelle (patient avec son psychiatre traitant). Quelle articulation est prévue entre ces deux événements ? Est-ce qu'il ne faudrait pas recommander que l'entretien individuel ait lieu en premier, afin de s'assurer que la personne est d'accord pour le débriefing de groupe ?</p> <p>Ce retour d'expérience de groupe doit-il être « à chaud », ou, au contraire, à distance ?</p>
Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie	<p>2<sup>e</sup> paragraphe : pour <b>prévenir et réduire le risque de nouvel incident</b></p> <p><del>s'assurer que ses droits, son bien-être physique,</del> <b>son intégrité physique, sa dignité, ses besoins fondamentaux ont été pris en compte</b></p> <p>+ ajout d'un item : prendre en compte et comprendre les vécus souvent négatifs des patients pour limiter leurs effets délétères sur les constructions relationnelles</p> <p>- Renforcer le lien avec le patient ; <b>en expliquant au patient les limites qui ont été celles de l'équipe au moment de la décision</b></p> <p>- Informer le patient sur l'événement <b>et l'environnement dans lequel il s'est déroulé</b></p> <p><del>identifier ce qui a mal fonctionné, quelle information a été manquée,</del> <b>formulé ainsi, on a du mal à savoir si on parle du patient, de l'équipe ??</b> Ce qui aurait pu être fait différemment et ce qu'il faudrait faire à l'avenir pour éviter d'avoir recours à l'isolement.</p>
ADESM	Pas de commentaire.
Syndicat des psychiatres des hôpitaux	La mesure d'isolement doit être reprise avec le patient, comme toute mesure thérapeutique qui pourrait lui paraître intense ou inhabituelle, mais doit être faite en lien avec les symptômes qui ont présidé à la mesure, et dans le cadre d'une démarche thérapeutique

	globale, pour ne pas favoriser ou installer un vécu dramatique à la mesure d'isolement mais aussi à l'hospitalisation dans son ensemble.
CGLPL	RAS
ANRQPsy	<p>On ne peut nier que cette partie soit intéressante, elle rappelle par certains côtés l'annonce d'un dommage lié aux soins. Cependant, autant pour cette procédure, un protocole serait recommandé. La synthèse de ces différents débriefings doit-elle alimenter le rapport annuel ? Cela reste-il dans le dossier de soins ? La recommandation ANAES reprenait cette idée d'un débriefing, mais par un médecin tiers.</p> <p>Proposition : La nomination d'une personne référente des restrictions de liberté, désignée par la CME, par établissement, chargée de veiller à la conformité des bonnes pratiques et de la présentation du rapport annuel qualitatif et quantitatif devant la CME et la Commission des Usagers. Nous pouvons faire le parallèle entre cette nouvelle fonction et le responsable qualité de la prise en charge médicamenteuse pour le circuit du médicament (arrêté du 6 avril 2011).</p>
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 14. « TEMPS DE REPRISE EN EQUIPE »</b>	
Unafam	RAS
CEFI-Psy	<p><i>p. 13 : dans l'énumération avec « recontextualiser les comportements des patients », il faudrait ajouter « recontextualiser l'ambiance du service, la disponibilité des professionnels présents ».</i></p> <p><i>Toujours dans cette partie, la notion d'organisation des soins, des ratios patients lourds et effectifs (des soignants « débordés ne peuvent être contenantants)... et de l'identification de mesures thérapeutiques à mettre en œuvre par les soignants de manière graduée. » (éléments présents dans le projet d'unité ?)</i></p>
FEHAP	RAS
Institut MGEN de la Verrière	OK
ANAP	Idem. Ce chapitre est particulièrement important. Peut-être serait-il important de rappeler le rôle des cadres à ce stade, voire des psychologues, dans un rôle de supervision d'équipe ?
Fédération française des psychomotriciens	RAS
FORAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A regrouper avec chapitre 13.</li> </ul>
SERPSY	<p>A l'issue, c'est bien tard. En cas de situation réellement complexe, cette issue peut se produire un mois, voire plus, après le début de la mesure.</p> <p>On pourrait retenir que, dès qu'un isolement dépasse deux jours, et surtout si la contention se prolonge, il faut mobiliser une réunion d'équipe « en urgence », « exceptionnelle » du plus grand nombre possible de membres de l'équipe, en présence de soignants tiers, étrangers à l'équipe (d'un autre pôle serait idéal). Si la solution à la problématique se trouvait au sein de l'équipe, elle aurait été trouvée. Il faut donc ouvrir la réflexion à des extérieurs, en dehors du contexte, et réfléchir ensemble à ce qui se passe. Nous sommes plus proches d'une analyse des pratiques, d'un temps de régulation. C'est assez proche de ce que proposait l'équipe d'Henri Colin il y a quelques années.</p> <p>Dans cette partie, il convient d'insister sur l'importance des régulations, supervisions et autres analyses de pratique. Si une équipe n'en propose pas, elle ne peut pas soutenir qu'elle cherche des alternatives aux isolements et contentions.</p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Contention	<p>En psychiatrie, la pratique doit faire l'objet d'analyses collectives cliniques, d'autant plus si la situation est complexe. A l'image des mesures d'isolement et de contention.</p> <p>Le terme de « <b>pratique dérangeante</b> » apparaît inadapté pour des professionnels : si les</p>



	<p>professionnels ne sont pas au clair avec le cadre thérapeutique de ces pratiques particulières, ils ne pourront pas les mettre en œuvre dans de bonnes conditions et les expliciter aux patients. Ce type de terme est préjudiciable vis-à-vis du public, et le terme de « pratique difficile » ou « exigeante » serait plus adéquat.</p> <p>« Améliorer la contenance relationnelle à travers la disponibilité, le renforcement et la qualification de l'équipe soignante » devrait amorcer les moyens d'y parvenir.</p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement	Si les professionnels ne sont pas au clair avec le cadre thérapeutique de ces pratiques particulières, ils ne pourront pas les mettre en œuvre dans de bonnes conditions et les expliciter aux patients : il faut aussi éviter une dramatisation de la mesure.
Bureau de la santé mentale (DGS)	<p><i>A chaud ou à distance ?</i></p> <p><i>Où situer le retour d'expérience avec le patient par rapport à celui-ci : avant, après ?</i></p>
Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie	<p>Page 15 : A l'issue d'une mesure d'isolement ou de contention mécanique, un temps de reprise en équipe est recommandé <del>consistant</del> à : <b>Il fait partie intégrante du processus de contention et isolement en psychiatrie. Il consiste</b></p> <p>Page 16 : identifier ce qui aurait pu être évité et/ou ce qui a permis une résolution sans violence. <b>Dans ce dernier cas, il conviendra de valoriser et soutenir les éléments qui ont permis cette résolution sans violence et étudier leur transférabilité dans des pratiques préventives</b></p> <p><i>permettre aux soignants d'exprimer leurs difficultés face à une pratique dérangeante et touchant aux libertés fondamentale du citoyen, vécue parfois avec culpabilité ; permettre inviter aussi l'expression de la peur ou de la difficulté de prendre soin d'un patient qui a ou qui a eu un comportement violent</i></p> <p>Page 16 (fin du paragraphe) : améliorer la contenance relationnelle... en renforçant la reconnaissance du rôle propre infirmier et en légitimant les dimensions de ce rôle propre de manière transversale aux procédures et cadres de soins.</p>
ADESM	<i>Pas de commentaire.</i>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux	Si les professionnels ne sont pas au clair avec le cadre thérapeutique de ces pratiques particulières, ils ne pourront pas les mettre en œuvre dans de bonnes conditions et les expliciter aux patients : il faut aussi éviter une dramatisation de la mesure.
CGLPL	RAS
ANRQPsy	Recommander de réaliser des staffs EPP ou PACTE ou une action EPP Pertinence revue chaque année aurait été utile.
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 15. « RECUEIL DES DONNEES ET POLITIQUE D'ETABLISSEMENT »</b>	
Unafam	<p><i>tout événement indésirable consécutif à une mesure d'isolement et de contention mécaniques doit être déclaré ...</i></p> <p>Faire rappel du texte réglementaire de déclaration des événements indésirables</p>
CEFI-Psy	<p><i>Là aussi, exigence de l'établissement à ce que chaque unité élabore et forme en interne ses soignants à des mesures thérapeutiques alternatives. J'ai bien peur que, sans cela, il n'y ait pas de changements de pratiques ....</i></p> <p><i>La formation des professionnels doit aussi concerner le soin relationnel. La formation actuelle infirmière ne comporte qu'une centaine d'heures sur trois ans d'enseignement de la psychiatrie et un stage de psychiatrie !</i></p> <p><i>Enfin, avec la formation, il faudrait systématiquement faire émerger les représentations des professionnels sur la question de la violence et de leur peur....</i></p>
FEHAP	<p>Page 16 : En ce qui concerne le registre traçant les mesures d'isolement et contention, nous sommes favorables à préserver la confidentialité des informations concernant le patient. Cela ne doit pas exclure la possibilité d'y inscrire l'identifiant du patient.</p> <p>En effet, tout en garantissant l'anonymat du patient auprès des personnes autorisées à consulter le registre, cela permet à l'établissement de mieux suivre ces pratiques : par exemple, pour retrouver le nom du patient s'il existe un risque, pour analyser des pratiques par rapport à une situation clinique spécifique, etc. Ce suivi des pratiques sera retracé dans le rapport annuel.</p>

Institut MGEN de la Verrière	OK
ANAP	<p>C'est un point majeur des recommandations. Au même titre que la réduction des événements indésirables graves (EIG), ce sujet doit prendre toute sa place dans la stratégie institutionnelle.</p> <p>Il faudrait peut-être aussi rappeler le rôle et la place de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CMIRST), sous l'égide du directeur ou coordonnateur des soins, aux côtés de la CME.</p>
Fédération française des psychomotriciens	RAS
FORAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chapitre à mettre après définition</li> <li>• Concernant les événements indésirables, ceux devant faire l'objet d'un retour d'expérience ne sont pas uniquement ceux présentant un caractère de gravité – il peut s'agir également de presque-accidents, voire de dysfonctionnements pouvant avoir un fort impact pédagogique : « Tout événement indésirable... doit être déclaré et faire l'objet d'une reprise en équipe, voire d'un retour d'expérience plus large selon la nature des enseignements tirés. »</li> </ul>
SERPSY	Très bien.
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Contention	<p>Pas de commentaires : il s'agit des dispositions prévues par la loi.</p> <p>Il est important de rappeler que l'anonymat doit être respecté.</p> <p>Le dernier alinéa relatif aux événements indésirables survenus pendant une mesure de contention ou d'isolement pourrait aussi être listé dans le chapitre 12, pour une reprise en équipe.</p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement	<p>Pas de commentaires : il s'agit des dispositions prévues par la loi.</p> <p>Il est important que rappeler que l'anonymat doit être respecté.</p> <p>Le dernier alinéa relatif aux événements indésirables survenus pendant une mesure de contention ou d'isolement pourrait aussi être listé dans le chapitre 12, pour une reprise en équipe.</p>
Bureau de la santé mentale (DGS)	<i>La politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre qui doit être présentée dans le rapport annuel de l'établissement auraient pu faire l'objet de propositions de pistes.</i>
Centre ressource Metiers et Competences en Psychiatrie	<p><i>Il conviendrait d'associer étroitement, avec la CME, la CSIRMT à la réflexion sur l'évolution du nombre.</i></p> <p><i>De même, la politique doit être définie avec la CME et la CSIRMT et doit constituer un volet du projet de soins</i></p> <p><i>A la fin du chapitre : tout événement ayant connu une issue favorable sera soutenu et valorisé. A cette fin, une politique de repérage, de signalement et d'analyse des « presque incidents » pourrait permettre d'identifier, au sein des unités, des actions menées efficacement (résolutions de crises sans recours à l'isolement ou contention), de les analyser, et d'en tirer des éléments invariants pertinents susceptibles d'être montés en transférabilité.</i></p>
ADESM	<i>Pourquoi le registre administratif devrait-il être anonyme ? Il n'est pas public et doit permettre aux autorités qui peuvent le consulter de demander des explications sur telle ou telle situation. L'anonymat fait perdre beaucoup d'intérêt à ce registre en termes de contrôle interne et externe.</i>
Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale	Un rapport rendant compte des pratiques de mise en isolement et contention mécanique, de la politique définie pour en limiter le recours et de l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport devrait être présenté en CME, en CDU, il faudrait peut-être ajouter aussi en comité d'éthique ?
DREES	<i>Le recueil proposé n'évoque pas certains éléments pourtant présentés dans les modèles placés en annexes et qu'il est important de consigner, tels que les alternatives essayées avant la décision d'isolement, les heures de surveillance, le statut du médecin qui a pris la décision.</i>

Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux	<p>Pas de commentaires : il s'agit des dispositions prévues par la loi.</p> <p>Il est important que rappeler que l'anonymat doit être respecté.</p> <p>Le dernier alinéa relatif aux événements indésirables survenus pendant une mesure de contention ou d'isolement pourrait aussi être listé dans le chapitre 12, pour une reprise en équipe.</p>
CGLPL	<p><i>Pourquoi ne pas reprendre le texte de loi et le citer en référence ? Quel intérêt de changer certains mots ?</i></p> <p><i>Sur ce qui est recommandé en sus de l'article de loi <u>Proposition de rédaction</u> :</i></p> <p><i>Le recueil de ces données et l'analyse de celles-ci doivent être portés à la connaissance des différentes instances de l'établissement (services, pôles, CME) et services de soins concernés. Ils doivent donner lieu à une réflexion permettant de définir les grandes lignes de la politique à suivre et des critères de suivi et d'évaluation.</i></p> <p><i>La CME l'inscrit dans le cadre de la politique de qualité et sécurité des soins de l'établissement.</i></p> <p><i>Si un seul registre est tenu par établissement, les éléments de ce registre doivent permettre de distinguer les éléments par chambre d'isolement ou par unité de soins.</i></p>
ANRQPsy	<p>Il est dommage que le texte ne cite pas explicitement les experts visiteurs HAS pour la présentation du dossier.</p> <p>Proposition : La nomination d'une personne référente des restrictions de liberté, désignée par la CME, par établissement, chargée de veiller à la conformité des bonnes pratiques et de la présentation du rapport annuel qualitatif et quantitatif devant la CME et la Commission des Usagers. Nous pouvons faire le parallèle entre cette nouvelle fonction et le responsable qualité de la prise en charge médicamenteuse pour le circuit du médicament (arrêté du 6 avril 2011).</p> <p>La création d'un indicateurs IQSS nationaux sur ce sujet.</p>
DGOS (reçu après la dernière réunion du groupe de travail)	<p>Le texte indique "Toutes les mesures d'isolement et de contention doivent être comptabilisées". Il est nécessaire de préciser dans quel cadre les exceptions prévues en 6. doivent être recensées. Le projet d'instruction d'application de l'article 72 prévoit que sont recensées les mesures de contention mécanique en chambre d'isolement, les exceptions n'entrant pas dans ce cadre. Une articulation du projet d'instruction et du projet de recommandation est à prévoir sur ce point.</p> <p>Les recommandations pourraient documenter davantage la façon dont les établissements définissent une politique pour limiter le recours à ces pratiques et la façon dont ils peuvent évaluer la mise en œuvre de cette politique.</p>
<b>COMMENTAIRES CHAPITRE 16. « UNE ALTERNATIVE : L'ESPACE D'APAISEMENT DANS UNE DESESCALADE »</b>	
CEFI-Psy	<i>Tout à fait d'accord !</i>
FEHAP	RAS
Institut MGEN de la Verrière	OK
ANAP	Merci pour cette définition de l'espace d'apaisement, dont l'idée a fait son chemin dans les établissements, mais sous des vocables, appellations et dispositifs très différents.
Fédération française des psychomotriciens	RAS
Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA)	<i>Nous préférons le terme « désamorçage ».</i>
FORAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chapitre à mettre avant indication</li> </ul>
SERPSY	Bien mais pas suffisant, il faut lister différents types de moyens directs et indirects d'apaisement : des réunions soignants/soignés/communautaires/institutionnelles où les conflits entre soignants et soignés sont travaillés et élaborés en amont, les règles de vie

	<p>élaborées en commun jusqu'à l'espace d'apaisement, un espace avec sac de frappe où le patient peut expulser sa hargne, les entretiens infirmiers, etc., etc.</p> <p>A mon sens, trop d'équipes fétichisent le règlement et ne tolèrent aucune incartade. Il faut expliquer ce que signifient lois, règlement, règles et le degré de souplesse nécessaire qu'il doit y avoir par rapport à ces notions, c'est-à-dire expliquer ce qu'est réellement un cadre thérapeutique.</p>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement	Très bonne suggestion qui doit s'accompagner d'une incitation aux moyens pour des travaux éventuellement nécessaires au sein de locaux peut-être inadéquats.
Bureau de la santé mentale (DGS)	<p><i>Quelle est la définition du terme de désescalade ?</i></p> <p><i>Cet espace est-il individuel ou collectif ? A priori, il est individuel, il faut le mentionner.</i></p> <p><i>Est-il aménageable dans toutes unités de soins ?</i></p>
ADESM	<i>Pas de commentaire.</i>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux	Très bonne suggestion qui doit s'accompagner d'une incitation aux moyens pour des travaux éventuellement nécessaires au sein de locaux peut-être inadéquats.
ANRQPsy	Pas de commentaires
<b>COMMENTAIRES « PERSPECTIVES »</b>	
Unafam	RAS
FEHAP	RAS
Institut MGEN de la Verrière	OK
ANAP	Préconisations entièrement partagées.
Fédération française des psychomotriciens	<p><i>Page 17 : proposition de rajout d'une phrase à la fin de du 16. :</i></p> <p><i>« Avec l'accord du patient, l'utilisation de l'espace d'apaisement peut se faire avec l'accompagnement d'un membre de l'équipe. Cet accompagnement peut potentialiser l'utilisation de cet espace par la proposition de techniques de relaxation adaptées et d'autres techniques psychocorporelles favorisant l'abaissement de la tension interne et la régulation émotionnelle. »</i></p>
FORAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les perspectives, la notion d'observatoire pourrait être complétée par des propositions d'indicateurs de pratiques cliniques propres aux établissements ou en lien avec des recueils nationaux comme les IQSS. Des orientations de formation pour le plan national pris en compte dans le DPC pourraient également être ajoutées.</li> <li>• Des liens entre les démarches de promotion des signalements des événements indésirables comme les Crex ou les EIG sont à faire dans le dernier paragraphe page 16 du paragraphe 15.</li> <li>• La fiche débriefing de Murphy figurant page 67 du rapport bibliographique mériterait d'être insérée en annexe du texte de recommandation.</li> <li>• Le paragraphe sur les moyens : un vœu pieux ? C'est sûr que pour appliquer ces recommandations et mettre en œuvre les alternatives, il faut des moyens notamment ressources humaines et formation, mais il est difficile de mettre en œuvre cela en ce moment (notamment la formation).</li> </ul>
SERPSY	<p>Il est important que les établissements mettent en œuvre une politique privilégiant les soins directs au plus près des patients, en étant dotés d'un encadrement soignant adapté aux objectifs de soin. Les établissements doivent se saisir du travail HAS « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie. »</p> <p>La mise en œuvre de cette recommandation de bonne pratique nécessite donc une mobilisation des moyens (ressources humaines, formation, supervision, etc.) dont les établissements de santé doivent être pourvus.</p>

	<p>Les autorités sanitaires doivent accompagner la mise en place de cette recommandation de bonne pratique en promouvant les stratégies de formation. Elles doivent poursuivre un travail de réflexion aux plans régional et national sur les pratiques d'isolement et de contention mécanique afin de dégager une politique claire visant à les limiter. Dans cette perspective, il serait souhaitable de mettre en place un observatoire national des mesures d'isolement et de contention mécanique.</p> <p>Domage que ces points importants ne soient que des perspectives. Mobiliser signifie mettre des moyens ; sans moyens, il n'y aura aucune mobilisation, on s'adaptera, on fera semblant.</p> <p>L'observatoire est une bonne idée, mais qui risque d'être noyé au milieu des autres observatoires.</p> <p>Il faut aussi reconnaître les soignants qui effectuent ces mesures et surtout qui les préviennent. Les isolements/contentions sont des actes positifs, toutes les fois où des soignants désamorcent des situations qui auraient abouti à des agitations et donc possiblement des M.C.I. sont invisibles. Il faut mettre en avant cette fonction de régulation. Le recours à des infirmiers cliniciens, titulaires de master en soins, dans un rôle transversal (et donc non hiérarchisé) sur le modèle suisse, pourrait être une perspective intéressante.</p> <p>Le recours au médiateur de santé pourrait également être intéressant, mais à la condition que les infirmiers soient eux aussi reconnus, autrement la mesure risque d'être contre-productive et de produire les effets inverses.</p>
<p>Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Contention</p>	<p>Comme pourrait en témoigner le point 4 du chapitre 10, la contention est plus une pratique de dernier recours que ne l'est l'isolement.</p> <p>La possibilité de mobiliser des moyens est fortement souhaitée : les recommandations de bonnes pratiques peuvent-elles constituer un préalable à une réflexion sur les effectifs soignants pour des pratiques de qualité en psychiatrie générale ?</p> <p>Plus qu'un observatoire spécifique aux mesures d'isolement et de contention, un observatoire plus général des soins psychiatriques et notamment des soins psychiatriques sous contrainte et des mesures d'isolement et de contention serait opportun : il renvoie à l'opportunité d'une loi spécifique à la psychiatrie, argumentée justement par le fait que les soins psychiatriques peuvent entraîner une restriction à la liberté. Et plutôt qu'un travail de niveau régional ou national sur les pratiques d'isolement et de contention, la réflexion nationale devrait être sur la psychiatrie dans son ensemble.</p>
<p>Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement</p>	<p>Il eût été pertinent de mieux en connaître l'usage avant ces recommandations censées en limiter le recours : peut-on par exemple objectiver l'augmentation de son usage, observée selon le préambule ? La mesure ainsi mieux cernée aurait même pu conduire à sa réglementation, puisqu'il est établi en préambule que ces recommandations, par manque de connaissance reconnue, ne permettent pas d'établir un grade ni de définir une « politique claire ».</p> <p>La possibilité de mobiliser des moyens est fortement souhaitée : les recommandations de bonnes pratiques peuvent-elles constituer un préalable à une réflexion sur les effectifs soignants pour des pratiques de qualité en psychiatrie générale ?</p> <p>Plus qu'un observatoire spécifique aux mesures d'isolement et de contention, un observatoire plus général des soins psychiatriques et notamment des soins psychiatriques sous contrainte et des mesures d'isolement et de contention serait opportun : il renvoie à l'opportunité d'une loi spécifique à la psychiatrie, argumentée justement par le fait que les soins psychiatriques peuvent entraîner une restriction à la liberté. Et plutôt qu'un travail de niveau régional ou national sur les pratiques d'isolement et de contention, la réflexion nationale devrait être sur la psychiatrie dans son ensemble.</p>
<p>Bureau de la santé mentale (DGS)</p>	<p><i>Faire référence à l'instruction en cours de rédaction par la DGOS, la DGS et leurs partenaires, en application de l'article 72.</i></p> <p><i>Sur le souhait de mettre en place un observatoire : la perspective d'un observatoire national des mesures d'isolement et de contention mécanique pourrait concerner les soins sans consentement de façon globale, voire le respect des droits des usagers dans les établissements autorisés en psychiatrie, comme le préconise l'OMS.</i></p>
<p>Centre ressource</p>	<p><i>Page 18 (2<sup>e</sup> paragraphe) : privilégiant les soins directs <b>en limitant et ou simplifiant les</b></i></p>

métiers et compétences en psychiatrie	<b>tâches administratives dévolues aux soignants.</b> <i>Quel relais en région pour l'observatoire national ?</i>
ADESM	<i>Pas de commentaire.</i>
DREES	<i>La SAE pourrait également être utilisée pour recueillir des informations sur ce thème, telles que le nombre de chambres d'isolement (informations auparavant recueillies dans les rapports d'activité des secteurs de psychiatrie), le nombre de jours d'utilisation, le nombre de patients concernés la présence d'un signal d'appel, etc.</i> <i>La revue de la littérature insistait également sur la nécessité de changement politique, culturel des établissements, pour placer le patient au centre, dans le cadre d'une approche orientée vers le rétablissement de la personne, afin de réduire ces pratiques. Il serait important de reprendre ces éléments dans les perspectives.</i> <i>Il en est de même pour la formation des équipes aux techniques alternatives, de désamorçage et prévention de la crise.</i> <i>Concernant le projet d'observatoire national des mesures d'isolement et de contention mécanique, il serait peut-être plus pertinent de l'étendre plus globalement à l'observation de la contrainte (intégrant les soins sans consentement).</i>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux	<p>Il eût été pertinent de mieux en connaître l'usage avant ces recommandations censées en limiter le recours : peut-on par exemple objectiver l'augmentation de son usage, observée selon le préambule? La mesure ainsi mieux cernée aurait même pu conduire à sa réglementation, puisqu'il est établi en préambule que ces recommandations, par manque de connaissance reconnue, ne permettent pas d'établir un grade ni de définir une « politique claire ».</p> <p>La possibilité de mobiliser des moyens est fortement souhaitée : les recommandations de bonnes pratiques peuvent-elles constituer un préalable à une réflexion sur les effectifs soignants pour des pratiques de qualité en psychiatrie générale ?</p> <p>Plus qu'un observatoire spécifique aux mesures d'isolement et de contention, un observatoire plus général des soins psychiatriques et notamment des soins psychiatriques sous contrainte et des mesures d'isolement et de contention serait opportun : il renvoie à l'opportunité d'une loi spécifique à la psychiatrie, argumentée justement par le fait que les soins psychiatriques peuvent entraîner une restriction à la liberté. Et plutôt qu'un travail de niveau régional ou national sur les pratiques d'isolement et de contention, la réflexion nationale devrait être sur la psychiatrie dans son ensemble.</p>
CGLPL	RAS
ANRQPsy	Retour sur l'observatoire national qui devrait travailler sur les bons indicateurs. Il y a là un véritable axe de travail transversal. Par contre, les mesures d'accompagnement notamment financières pour avoir des effectifs suffisants ne semblent pas à l'ordre du jour. Financement spécifique dans le cadre du plan santé mentale pour la mise aux normes des espaces d'isolement ?
<b>COMMENTAIRES « ANNEXES »</b>	
Unafam	Information au patient et à ses proches : Aucune traçabilité sur l'information donnée à l'entourage familial lorsque le patient ne s'y oppose pas.
CEFI-Psy	<i>Dans la fiche de surveillance infirmière, peut-être préciser l'état clinique du patient pour éviter le « va mieux », ou le « toujours pas d'amélioration ». Par Exemple : niveau de vigilance, état émotionnel, orientation, verbalisation, ....</i>
FEHAP	<i>1° Le document en annexe 1 concerne a priori la décision initiale ; est-ce à dire que le(s) renouvellement(s) de décision(s) répond(ent) relève(nt) d'un autre document donc d'autres règles ?</i>
Institut MGEN de la Verrière	<i>Intérêt comme exemple pour que chaque établissement construise ses outils.</i>
ANAP	RAS concernant les fiches.

	<p>La généralisation de l'utilisation de leur format permettra(/ait) de nourrir un recueil de cette information trop rare et pourtant cruciale.</p> <p>Elles pourront(/aient) constituer le socle du registre de traçabilité des mesures inscrit dans l'article L.3222-5-1 du CSP, dont le contenu n'a pas été précisé.</p>
Fédération française des psychomotriciens	RAS
FORAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposition de mettre le logigramme au début (avant le chapitre indication) pour une vision globale de la prise en charge. Il manque dans le logigramme l'information au patient (et à ses proches).</li> <li>• Revoir la forme du logigramme selon les règles de formalisation (losange, rectangle, etc.).</li> <li>• Fiche de surveillance : redondance et erreur si informations apparaissent sur deux supports distincts (fiche de surveillance et feuille de surveillance et feuille de nursing classiques du dossier patient de l'établissement) ?</li> </ul>
SERPSY	Les fiches doivent permettre de renseigner l'état du patient : attitudes, propos, interactions avec le soignant, d'une façon claire. On doit pouvoir suivre l'évolution du patient quasiment heure par heure. Les fiches doivent donc rendre ce suivi possible. Le logiciel informatique doit le favoriser
Syndicat des psychiatres des hôpitaux – Contention Idem Commentaires Annexes Isolement	Ces exemples de fiches ne constituent que des possibilités d'inspiration qui dépendent aussi des moyens dont disposent les établissements en matière de système d'information médicale, de dossier du patient et des données du registre.
Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement	Ces exemples de fiches ne constituent que des possibilités d'inspiration qui dépendent aussi des moyens variés dont disposent les établissements en matière de système d'information médicale, de dossier du patient, des données du registre, etc.
Bureau de la santé mentale (DGS)	<i>ANNEXE isolement en psychiatrie générale : Titre 11 : mesure d'isolement prescrite : non, elle est décidée.</i>
Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie	<i>Fiche de surveillance contention et isolement : Pourquoi évoquer une sortie temporaire (inadaptée si patient contenu) ? De même pour la toilette qui se fera systématiquement au lit. Ces situations (contention/décontention) sont sources de tension.</i>
ADESM	<i>Pas de commentaire.</i>
Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale	<i>Dans la fiche présentant les éléments de surveillance, la douleur est à ajouter et l'état du revêtement cutané.</i>
DREES	<i>Dans les modèles présentés, il manquerait le statut du médecin, l'ensemble des modes légaux (Spi, D398, Irresponsabilité pénale).</i>
Syndicat des psychiatres des hôpitaux	Ces exemples de fiches ne constituent que des possibilités d'inspiration qui dépendent aussi des moyens variés dont disposent les établissements en matière de système d'information médicale, de dossier du patient, des données du registre, etc.
CGLPL	RAS
ANRQPsy	<p>Pas d'utilité à croire qu'aucun établissement de psychiatrie n'a de feuilles adéquates après quatre itérations de certification.</p> <p>Présenter un modèle de fiche de prescription et de surveillance sous cette forme « papier » n'est plus vraiment adapté, car de nombreux établissements ont informatisé leur dossier patient selon le type de prise en charge (et non en fonction des restrictions de liberté), et le paramétrage n'est pas très aisé. En effet, la prise de constantes/actions de soins et de surveillance est protocolisée sous la forme de diagrammes de soins pour tout patient accueilli isolé ou non (et/contentionné), en particulier avec les équipes qui ont élaboré des chemins cliniques pour certains profils de patient.</p> <p>Les transmissions ciblées ou traçabilité des observations/évolutions médicales au niveau de l'état psychique sont souvent à un autre endroit dans le dossier, pour permettre une vision</p>

	<p>globale de la personne soignée.</p> <p>Il aurait été plus pertinent de rappeler, par le biais d'un mémo, le contenu de la prescription (décision et surveillance), le contenu de la surveillance (avec un échelon dans le temps), etc.</p> <p>Cf. publication de 1998 : « Les critères concernant la surveillance du patient avec les paramètres physiques, psychiques et biologiques imposent de mettre en place des documents spécifiques. Nous avons considéré qu'il était du ressort de chaque établissement de les concevoir et de les réaliser ».</p>
<p><b>AUTRES COMMENTAIRES</b></p>	
<p>Institut MGEN de la Verrière</p>	<p><b>Synthèse et ouverture de l'analyse des points critiques.</b></p> <p><b>L'approche du document est majoritairement médico-légale et insuffisamment soignante et scientifique.</b></p> <p><b>Il est important que ces recommandations soient conformes à la démarche et aux missions de la Haute Autorité de Santé.</b></p> <p><b>La problématique centrale est l'utilisation même du terme « isolement » et du terme « chambre d'isolement », qui ne correspondent pas à l'objectif de la décision médicale.</b> On ne décide pas d'isoler un patient, on décide de renforcer la sécurisation de sa prise en charge par <b>la décision de mise en chambre de sécurité ou en chambre sécurisée.</b></p> <p>L'isolement serait justement de couper de tout contact humain le patient, alors que la mise en chambre de sécurité est au contraire une protocolisation, un encadrement du contact avec les professionnels de soins dans un souci de sécurisation des soins et de respect de la personne.</p> <p>Alors que la HAS a fait un guide sur la détection et la prise en charge du risque suicidaire, ici, on ne retrouve pas d'intégration des bonnes pratiques d'utilisation de la chambre de sécurité et de la contention dans le cadre de la crise aiguë suicidaire.</p> <p>Pour contrebalancer la notion « d'utilisation en dernier recours », il est insuffisamment mis en avant la nécessité de pouvoir avoir accès à l'utilisation de la chambre de sécurité et à la chambre sécurisée dans le cadre de la prise en charge du patient en situation aiguë ; <b>le fait de ne pas prendre la décision de mise en chambre de sécurité/contention ou de ne pas pouvoir appliquer cette décision peut être une perte de chance pour le patient. Il est important de rappeler la problématique du décès par suicide lors des hospitalisations (dans ce domaine, des statistiques existent).</b></p> <p><b>La déclinaison de la décision selon une approche en processus complexe n'est pas adaptée et peut induire un retard à la décision et une perte de chance pour le patient, ainsi qu'une augmentation de la prise de risque de passage à l'acte suicidaire ou hétéro-agressif.</b></p> <p><b>L'approche bénéfique/risque de la décision de la mise en place et des décisions de maintien de la chambre de sécurité et de la contention est insuffisamment développée.</b></p> <p><b>A aucun moment, les recommandations ne font référence à la déontologie médico-soignante.</b></p> <p><b>L'importance et la méthode d'utilisation du traitement médicamenteux</b> pour permettre l'apaisement, la tolérance par le patient des conditions de l'isolement et de la contention ainsi qu'une diminution du temps d'isolement et de contention, sont <b>insuffisamment explicitées.</b></p> <p>Il est dommage, en dehors de l'exemple de la chambre d'apaisement ou du lieu d'apaisement, que ne soit pas notée l'importance :</p> <p><b>- Du développement de prises en charge thérapeutiques individuelles ou groupales</b></p>



**de relaxation** offertes à l'ensemble des patients en établissement de santé psychiatrique afin de travailler à la prévention,

- **De l'importance de l'aménagement des locaux communs et aussi de l'ensemble des chambres classiques** pour favoriser l'apaisement, diminuer le risque suicidaire et le risque hétéro-agressif ; ceci aurait un impact sur le recours à la chambre de sécurité et à la contention. L'architecture externe et interne d'un établissement en santé mentale est un réel outil de soins,

- **De l'introduction de nouvelles technologies** comme la vidéosurveillance, la mise en place de détecteurs spécifiques en chambre de sécurité pour limiter les passages à l'acte en chambre de sécurité, sans pour autant avoir recours à la contention, l'utilisation de bracelet de surveillance des constantes, la possibilité d'avoir de la musique / la radio selon les souhaits du patient, l'accès wifi ou l'utilisation de tablette informatique (solide), l'utilisation de luminosité adaptable et modifiable, etc.,

- Et enfin de la présence et de la compétence soignante au sein des unités.

**La notion thérapeutique des temps en chambre fermée afin de diminuer la stimulation, participer à l'apaisement, etc., pouvant s'inscrire dans un projet de soins personnalisé et réévalué régulièrement, est totalement occultée. Ce moyen, d'ailleurs, participe à la désescalade et évite la nécessité de mise en chambre de sécurité et l'utilisation des contentions. Dans un souci justement de limitation du recours à la chambre de sécurité et à la contention, ainsi que dans un souci de poursuite de l'ouverture des unités et du respect des droits des patients au sein des établissements, il est important de clarifier la possibilité de prescrire des temps thérapeutiques en chambre fermée adaptés à la situation de prise en charge du patient si nécessaire ; la décision de cette pratique et son application s'inscrivent pleinement dans une démarche de processus « complexe » au sens juste du terme.**

**De nombreux établissements prennent en charge désormais les patients sans consentement dans des unités ouvertes sans distinction des patients en hospitalisation libre et luttent contre la sur-prescription de neuroleptiques à visée sédatrice ; ceci va dans l'intérêt du patient pour ses soins et ses droits.**

**Ces recommandations ne doivent pas induire indirectement un recul de la qualité de la prise en charge des patients et des droits des patients en établissement de santé mentale par un retour à l'utilisation de la camisole chimique et un retour aux unités fermées.**

**Réflexion du Dr JL GAUCI « De la nécessité de différencier temps thérapeutique en chambre fermée et mise en chambre de sécurité »**

Le plus important, à mes yeux, outre la lecture critique et corrective de ce long document, consiste à bien mentionner les différentes formes par lesquelles une mesure d'isolement remplit une fonction thérapeutique en dehors des conditions extrêmes (dangerosité immédiate ou imminente, passages à l'acte effectifs ou menaces de passages à l'acte, auto- ou hétéro-agressif).

Peut-on parler de dangerosité immédiate ou imminente quand on isole un patient susceptible d'être influencé ou dont la symptomatologie est susceptible d'être majorée par des interactions « toxiques » avec d'autres patients, ou quand on isole un patient dont les propos (délirants notamment, mais pas seulement) sont de nature à aggraver la situation clinique des autres patients de la même unité, par les croyances qu'ils peuvent susciter, par les peurs qu'ils peuvent alimenter, par les comportements qu'ils peuvent induire (interruption de traitement, adhésion à une croyance qui contrarie le bon déroulement des soins, incitation à la fugue, à la violence, etc.) ?

Je cite en exemple une patiente qui a la fâcheuse habitude, dans ses moments productifs, de « lire l'avenir » aux patients, avec une tendance fréquente à alimenter les idées délirantes (« Tu vas régner sur le monde »), à amplifier les détresses (« Tu ne trouveras jamais de mari »). L'enthousiasme d'allure maniaque rend son comportement irrépressible. Peut-on ici parler de dangerosité immédiate ou imminente ? La toxicité relationnelle peut-

	<p>elle constituer une indication légitime à l'isolement thérapeutique (ici, l'isolement est thérapeutique pour les autres !) ?</p> <p>Un autre exemple : la tension relationnelle que peut générer un schizophrène animé par une compulsion à interroger tous les interlocuteurs disponibles avec le même questionnement, puis à confronter les différents avis collectés, pour à nouveau interroger tous les protagonistes sur leurs raisons d'avoir donné leur réponse, différente de celle du voisin, etc. Sans dangerosité immédiate, on constate là un facteur de risque pour l'évolution clinique de tous les patients de l'unité, harcelés et tourmentés.</p> <p>Peut-on laisser jouir de sa liberté à aller et venir un patient hospitalisé pour ses propres troubles justifiant pleinement son hospitalisation, qui, par ailleurs, par manque de discernement, par perversité ou par un intérêt financier, procure des substances stupéfiantes (dont la circulation peut toujours échapper au contrôle des personnels hospitaliers) à des patients vulnérables (= dont les troubles sont aggravés ou induits par la consommation de substances) ? La dangerosité liée à la consommation de ces substances ici n'est pas immédiate ou imminente, elle est hypothétique ou probabiliste.</p> <p>Je suis certain que tous les professionnels sont en mesure d'enrichir cette liste de circonstances qui échappent à la désignation « de danger immédiat ou imminent » dans lesquelles une mise à l'écart des relations interpersonnelles est salutaire pour le patient lui-même, ou les autres patients de l'unité !</p> <p><b>C'est la notion-même d'exception liée à la dangerosité qui est à contester.</b> Car la dangerosité elle-même paraît une donnée floue ou réduite à l'intégrité physique. On parle de risque à une échelle exclusivement corporelle et dans un espace temporel forcément bref. En vertu de quelle donnée validée peut-on affirmer que le recours à l'isolement doit inéluctablement être bref ?</p> <p>De plus, une telle définition des droits des usagers induit une réponse tardive, voire trop souvent après coup (entendons « après passage à l'acte »), faute de pouvoir argumenter objectivement sur la dangerosité subjectivement ressentie par les professionnels pourtant souvent rompus à ces situations et ces patients.</p> <p>Voici ma modeste contribution à l'élaboration d'une réponse au projet qui nous est soumis. Cordialement,</p> <p>JL Gauci</p>
ANAP	<p>Cette recommandation s'inscrit dans le prolongement des travaux réalisés dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques pour « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie ».</p> <p>L'écriture en est très précise, et le résultat semble correspondre à un consensus qui n'a pas dû être aisé à établir.</p> <p>Néanmoins, le sens éthique y est très présent comme élément moteur de la réflexion qui doit s'engager dans l'ensemble des établissements spécialisés en psychiatrie et habilités à dispenser des soins sans consentement.</p> <p>Nous supposons que ces recommandations feront l'objet d'une évaluation dans le cadre de la certification. Quels vont être les critères retenus ?</p> <p>Les ARS devront s'emparer des rapports de certification et des rapports annuels pour veiller à ce que les pratiques évoluent au fil des ans vers de moins en moins d'épisodes d'isolement ou de contention inadéquats, peut-être avec des objectifs spécifiques à atteindre dans les CPOM passés avec les établissements qui présentent les résultats les plus négatifs.</p>
Fédération française des psychomotriciens	<p><i>L'association de l'isolement ou de la contention avec des soins psychomoteurs permet de potentialiser l'effet des autres modalités de traitement mises en œuvre. Le recours à la technique du toucher contenant sur un enveloppement sec non contentionnant (couvertures) aide à diminuer l'angoisse aiguë et permet d'éviter le recours à des contentions mécaniques. L'objectif du psychomotricien est que le patient en phase d'acmé récupère au plus vite ses capacités de contrôle tonico-émotionnel, voie son impulsivité diminuer, récupère ses limites psychocorporelles et recouvre ses repères temporo-spatiaux afin de mieux structurer ses pensées, ses actions et sa communication. Le cas échéant, l'abord corporel proposé par le psychomotricien est susceptible d'améliorer, voire de</i></p>

	<p><i>restaurer la capacité de verbalisation du patient.</i></p> <p><i>Les soins psychomoteurs auprès de patients psychiatriques en état aigu nécessitant des temps d'isolement avec ou sans contention aident à la compliance au soin, à la diminution des angoisses, et donc à la diminution des traitements sédatifs, ainsi qu'à la réduction du temps d'isolement ou de contention.</i></p> <p><i>A noter que le psychomotricien n'entre dans la chambre du patient qu'après une prescription médicale et avec accord du patient. Si ce dernier refuse malgré la prescription, la séance sera différée.</i></p> <p><i>Réf bibliographiques :</i></p> <p><i>2000 : Actes du 8<sup>e</sup> congrès international PSY&amp;SNC, Paris, Novembre 2000.</i>  <i>Thérapie Psychomotrice auprès d'adultes psychotiques en phase aiguë. Defiolles-Peltier véronique</i></p> <p><i>2001 : Actes du colloque Corps et Psychiatrie, sous la direction de Canchy-Giromini F, collection Corps &amp; Psychiatrie, p.211-216, SPB,</i>  <i>2010 2<sup>e</sup> édition revue et augmentée, Les vérités du corps dans les psychoses aiguës, Defiolles-Peltier V, éditions vernazobres-grégo.</i>  <i>2008 Mai-juin, Revue Soins Psychiatriques, n°256, Dossier sur L'hospitalisation sous contrainte, Defiolles-Peltier V, Prise en charge en psychomotricité des patients hospitalisés sous contrainte, p 33-37</i>  <i>2012 Revue Santé mentale, n°169, Dossier Schizophrénie et soins du corps, Defiolles-Peltier V, Psychomotricité et psychoses aiguës, p.58-63</i></p>
<p>Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA)</p>	<p><b>CRPA - Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie</b><sup>2</sup>          Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901   Ref. n° : W751208044          Président : André Bitton.          14, rue des Tapisseries, 75017, Paris   Tél. : 01 47 63 05 62          Mail : <a href="mailto:crpa@crpa.asso.fr">crpa@crpa.asso.fr</a>   Site internet : <a href="http://crpa.asso.fr">http://crpa.asso.fr</a></p> <p>André Bitton.          Paris, le 10 janvier 2017.</p> <p><b>Observations du CRPA sur le projet de recommandation de la HAS sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale.</b></p> <p><b>1. Position de principe.</b></p> <p>Nous avons exposé succinctement notre point de vue dans nos revendications sur le champ de la contrainte psychiatrique rendues publiques le 20 avril 2012 lors d'une conférence de presse inter-organisations à propos de la décision n°2012-235 du Conseil constitutionnel du même jour sur la base d'une question prioritaire de constitutionnalité posée par notre association, censurant des dispositions de la loi du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques.</p> <p>Notre position, s'agissant de la problématique de l'isolement – contention, était la suivante :</p> <p><b>Nous sommes pour l'interdiction de la contention des patients en psychiatrie.</b></p> <p><b>Nous sommes par ailleurs pour que les mesures de mise à l'isolement prêtent lieu à une décision administrative opposable. Ce qui implique que de telles décisions soient formalisées et soient notifiées aux personnes concernées avec une due indication des voies et délais de recours contre ces mêmes mesures.</b></p>

<sup>2</sup> Le CRPA est agréé pour représenter les usagers du système de santé en Île-de-France, par arrêté n°16-1096 de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France du 6 septembre 2016. Le CRPA est également partenaire de l'Ordre des avocats du Barreau de Versailles (Yvelines) sur la question de l'hospitalisation psychiatrique sans consentement, et est adhérent au Réseau européen des usagers et survivants de la psychiatrie (ENUSP – REUSP).

## 2. Position pragmatique compte tenu de l'état de fait.

Dans les faits, compte tenu de la généralisation, depuis une dizaine d'années, de la pratique combinée de la mise à l'isolement avec contention, **nous nous sommes prononcés pour que ces décisions revêtent la forme d'une décision administrative qui soit opposable, et qui prête lieu à une notification à la personne concernée, avec une indication écrite de ses droits et voies de recours.**

## 3. A propos de l'état de fait actuellement prévalent au regard d'un état du droit.

Actuellement, une ordonnance de la Cour d'appel de Versailles, R.G. n° 16/07393, du 24 octobre 2016, devenue définitive faute de pourvoi en cassation de la Préfecture des Hauts-de-Seine, peut servir de guide jurisprudentiel, en ce qu'elle déclare compétente à connaître de la contestation d'une mise à l'isolement long cours, le juge judiciaire – en l'espèce le juge des libertés et de la détention – au titre de l'article 66 de la Constitution qui fait du juge judiciaire le garant des libertés individuelles.

En l'occurrence, le président délégué de la Cour d'appel de Versailles a donné mainlevée de la mesure de soins sur décision du représentant de l'Etat au cours de laquelle s'était exercée la mise à l'isolement de l'intéressé au motif que la Préfecture, comme d'ailleurs l'établissement psychiatrique concerné, ne rapportait pas la preuve que la mise à l'isolement sur plusieurs mois du patient avait été effectuée conformément aux prescriptions du nouvel article L 3222-5-1 du Code de la santé publique, introduit par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Cet article a introduit une traçabilité de ces pratiques, ainsi que le fait que celles-ci ne puissent avoir cours qu'en dernier recours, sur une « décision » d'un psychiatre de l'établissement (une telle « décision » d'un psychiatre hospitalier nous semble d'ailleurs entraîner en droit l'existence d'une décision implicite du directeur de l'établissement).

Certes, il ne s'agit que d'une décision d'une cour d'appel, mais elle vient confirmer une orientation de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme. Or, l'état du droit français sur de telles questions reste en deçà des standards internationaux, et en particulier de ceux de la Cour européenne des droits de l'homme.

S'agissant du projet de recommandation de votre Haute Autorité, et sauf meilleure lecture, il n'apparaît pas, selon nous, que ces recommandations, en l'état actuel de la rédaction de ce projet, tirent les conséquences de l'arrêt n°75450/12, M. S. C/ Croatie du 19 février 2015, pris par la Cour européenne des droits de l'homme pour violation de l'article 3 de la Convention (traitements inhumains et dégradants). Certes, cette décision n'est à ce jour disponible qu'en anglais, mais on doit néanmoins considérer que la Croatie a bel et bien fait l'objet d'une condamnation au regard du placement à l'isolement pendant 15 heures d'une personne hospitalisée, au motif que **celle-ci n'a pas pu bénéficier de garanties procédurales suffisantes.**

**Ces garanties étant ici entendues comme des possibilités effectives et efficaces, pour la personne placée en isolement (a fortiori si elle est également placée sous contention), qui lui permettent de contester une telle mesure. Cela implique nécessairement que les personnes placées sous de telles mesures doivent se voir ouvrir des voies de recours juridictionnelles ainsi que l'assistance d'un avocat.**

Dans le cadre actuel de la législation applicable en France, le seul contrôle procédural systématique est celui du juge des libertés et de la détention à 12 jours puis à 6 mois. Il n'apporte à cet égard pas les garanties procédurales suffisantes pour prévenir du risque d'arbitraire de ce type de mesures utilisées de façon très inégale en France.

## 4. Propositions.

Afin de garantir la France contre des condamnations à répétition pour traitements inhumains et dégradants, il serait *a minima* opportun que, par voie législative ou réglementaire, le juge des libertés et de la détention soit rendu compétent pour statuer sur des contestations de mise à l'isolement – contention lors du contrôle de plein droit des mesures d'hospitalisation sans consentement à temps complet, mais aussi à l'occasion de saisines facultatives en dehors des contrôles obligatoires.

Il serait également opportun que soit institué, par voie législative, qu'au-delà d'une certaine

	<p>durée de mise à l'isolement – contention en continu (par exemple 5 jours) –, il y ait un contrôle juridictionnel obligatoire opéré par un juge des libertés et de la détention, avec assistance obligatoire de la personne isolée avec ou sans contention, par un avocat ou par une personne de confiance. <b>Cela correspondrait à une judiciarisation de la poursuite d'une mise à l'isolement – contention au-delà d'une durée de 5 jours.</b></p> <p>Dans l'attente d'une telle régularisation de la situation des institutions psychiatriques françaises au regard des normes de la Cour européenne des droits de l'homme sur ce sujet, votre Haute Autorité peut instituer, dans le cadre de la recommandation ici discutée, que toute mise à l'isolement avec ou sans contention devant durer plus de quelques heures prête lieu à une notification écrite à la personne concernée de cette décision, en tant que décision administrative écrite et motivée, avec indication de ses droits et voies de recours, accompagnée d'une information délivrée à la personne de confiance désignée par l'intéressé, de sorte que cette personne de confiance puisse servir de porte-parole au patient concerné, et, s'il y a lieu, organiser sa défense.</p> <p><b>5. Sur la formation des personnels des services hospitaliers psychiatriques.</b></p> <p>Tout d'abord, se pose une question de terminologie. Il serait plus adéquat de parler de « désamorçage » d'une situation clinique critique, plutôt que de « désescalade », ce dernier terme renvoyant de façon ennuyeuse aux problématiques liées au terrorisme, ce qui ne correspond pas, en général, aux situations en unités psychiatriques.</p> <p>Assurer dans les unités de soins en milieu fermé un nombre suffisant de personnels serait hautement nécessaire afin de limiter le recours aux pratiques d'isolement – contention. Cela suppose de recruter des personnels en nombre suffisant, mais aussi de former les personnels de l'ensemble de la chaîne hiérarchique d'une structure psychiatrique à une approche humaniste et relationnelle des patients, et non – ainsi que tel est le cas très massivement actuellement – de continuer dans le sens d'une gestion routinière et bureaucratique, dans le cadre d'une conception purement symptomatologique et neurobiologique des troubles mentaux.</p> <p>En effet, le recours fréquent à l'isolement témoigne souvent de la difficulté d'un patient à rompre l'isolement entre lui et l'équipe soignante. <b>Une équipe qui s'isole des patients les isole plus facilement. On ne voit que trop des personnels des unités psychiatriques claquemurés dans le bureau infirmier, rejetant tout contact avec les patients, et en cas de demandes réitérées de certains patients, placer ceux-ci en chambre d'isolement avec contention, afin de se débarrasser d'eux et de leurs demandes. De telles conduites devraient être strictement interdites et être passibles d'un envoi en comparution du personnel concerné devant le conseil de discipline de l'établissement.</b></p> <p>Il serait idéal de favoriser, dans la pratique quotidienne des équipes qui interviennent dans les unités hospitalières psychiatriques, des entretiens infirmiers anxiolytiques. Il s'agirait ainsi de former les soignants en psychiatrie à la contenance relationnelle, et de favoriser les espaces partagés entre patients et soignants, par exemple les réunions soignants – soignés, pour évoquer et reprendre les faits marquants. Il ne suffit pas de reprendre uniquement avec le patient, il faut également travailler l'ambiance générale du lieu de soins pour qu'elle soit accueillante et non hostile.</p> <p><b>6. Sur les recommandations elles-mêmes.</b></p> <p>Une protocolisation importante de la mise en isolement – contention telle que le projet de recommandation de votre Haute Autorité l'a développée n'appelle pas d'observations spéciales de notre part, sauf les observations générales qui précèdent. En effet, selon nous, la moindre des choses est que les pratiques d'isolement – contention soient fortement encadrées et protocolisées.</p> <p>Les auteurs de ces observations sont : Me Raphaël Mayet, avocat au Barreau de Versailles, le Dr Mathieu Bellahsen, psychiatre des hôpitaux, et André Bitton, président du CRPA.</p>
FORAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bravo pour ce gros travail. Les recommandations sont précises et pratiques.</li> <li>• Répétitions, notamment dans les premières parties.</li> <li>• Un réagencement des chapitres permettrait peut-être une meilleure appropriation des recommandations par les personnels de terrain, surtout s'il suit la logique de prise en charge des patients sous contention ou isolement :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alternatives (chapitre 16) → Evaluation → Information patient et proches</li> </ul> </li> </ul>

	<p>→ Prescription (chapitres 2, 3 4, début du 5, 6) → Mise en place (chapitres 5 et 7 en partie, 10, 11)→ Réévaluation (chapitres 5 et 7 en partie) → Levée (chapitre 12 → Analyse (chapitres 13 et 14)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans la fiche descriptive (page 42), il est fait mention de la stratégie de recherche documentaire (annexe 2), or elle n'a pas été transmise ; Pourtant, elle doit être à regarder compte tenu du peu de publications recensées dans le rapport. L'argumentaire scientifique et le rapport bibliographique, est-ce la même chose ?</li> <li>• N'aborde pas suffisamment la place de l'entourage du patient</li> </ul> <p><b>Documents de synthèse de la recommandation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les deux documents de synthèse pourraient être réunis en un seul permettant une lecture plus simple et plus homogène, d'autant que la contention est associée à une « mise en isolement » (titre 4 contention). Les titres et points spécifiques à la contention ou à l'isolement pouvant être alors identifiés par un symbole.</li> <li>• Les « messages clés » de la recommandation (page 5) ne sont pas repris en tant que tels dans la synthèse. Soit ils sont repris sous la même forme dans la synthèse, soit ils sont repris dans la recommandation dans l'ordre des titres de la recommandation (I. Définition &gt; II. Indications &gt; ...)</li> <li>• Le logigramme d'aide à la décision figurant p.39 du texte des recommandations aurait sa place dans cette synthèse. D'ailleurs, sur ce logigramme, il n'a pas de titre, il n'est pas cité dans les recommandations... Arbre décisionnel, document d'aide à la décision ? La mise en forme peut être améliorée, il n'est pas très « joli » et ne répond pas aux règles de modélisation.</li> <li>• Les professionnels « ciblés » par cette pratique mériteraient d'être précisés plus précisément dans le champ de la psychiatrie, mais également hors psychiatrie, comme ceci est proposé page 6 lignes 2-3 du paragraphe objectifs du texte de la recommandation.</li> </ul>
<p>SERPSY</p>	<p>Les recommandations, c'est très bien et utile, mais ça ne suffit pas. Il faut produire des fiches de situation cliniques montrant/illustrant des techniques de désamorçage, d'alternative aux isolements et contentions, de véritables récits dont les étudiants pourront s'emparer, analyser et s'inspirer. Ces récits parfois épiques sont plus évocateurs que les normes et recommandations. Il ne s'agit pas d'opposer l'un à l'autre, mais de leur permettre de remplir leurs fonctions assurément différentes, mais complémentaires. La constitution d'un groupe de travail chargé d'élaborer de tels récits apparaît comme une nécessité si l'on veut vraiment changer les choses.</p>
<p>Syndicat des psychiatres des hôpitaux – Contention Idem autres commentaires Isolement</p>	<p>La hiérarchie des normes n'est pas d'un abord simple pour les professionnels et la population en général.</p> <p>Les recommandations de la HAS ne font pas partie du droit dur et ne s'imposent pas légalement aux professionnels, même si certains voudraient les voir devenir obligatoires (cf. autisme). C'est d'autant plus important qu'elles ne le soient pas lorsque le travail qui est mené ne permet pas d'établir un grade par insuffisance de niveau de preuve scientifique et que les recommandations ne reposent que sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, même s'il s'appuie sur une consultation des parties prenantes, comme il est établi en préambule : les recommandations devraient être perçues comme une démarche de réflexion et d'évolution des pratiques si l'usage de l'isolement et de la contention sort du domaine thérapeutique.</p> <p>Il serait nécessaire de croiser des données objectives sur le recours à l'isolement et à la contention (en croissance ?) et les données cliniques (situations cliniques complexes), ainsi que celles sur la hausse des hospitalisations sans consentement au cours des dernières années, pour en tirer des enseignements utiles à l'adaptation des pratiques et à leur amélioration.</p>
<p>Syndicat des psychiatres des hôpitaux - Isolement</p>	<p>La hiérarchie des normes n'est pas d'un abord simple pour les professionnels et la population en général.</p> <p>Les recommandations de la HAS ne font pas partie du droit dur et ne s'imposent pas légalement aux professionnels, même si certains voudraient les voir devenir obligatoires (cf. autisme). C'est d'autant plus important qu'elles ne le soient pas lorsque le travail qui est mené ne permet pas d'établir un grade par insuffisance de niveau de preuve scientifique et que les recommandations ne reposent que sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, même s'il s'appuie sur une consultation des parties prenantes, comme il est établi</p>

	<p>en préambule : les recommandations devraient être perçues comme une démarche de réflexion et d'évolution des pratiques si l'usage de l'isolement et de la contention sort du domaine thérapeutique.</p> <p>Il serait nécessaire de croiser des données objectives sur le recours à l'isolement et à la contention (en croissance ?) et les données cliniques (situations cliniques complexes), ainsi que celles sur la hausse des hospitalisations sans consentement au cours des dernières années, pour en tirer des enseignements utiles à l'adaptation des pratiques et à leur amélioration.</p>
<p>Bureau de la santé mentale (DGS)</p>	<p><i>Rappel des observations concernant les messages clés.</i></p> <p><i>Trois messages appellent des remarques :</i></p> <p><i>1/ Le premier message clé inscrit le recours à l'isolement et à la contention dans le cadre d'une démarche thérapeutique. Or, la loi les considère comme des pratiques de dernier recours destinées à prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui. Il s'agit plus d'une mesure de protection que d'une mesure de soin. Dans ces conditions, il est proposé le retrait de la phrase faisant allusion à la démarche thérapeutique.</i></p> <p><i>2/ Le quatrième message est incomplet. En effet, il est dit que « seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés ». Or, la circulaire Veil du 19 juillet 1993, en vigueur, prévoit un recours à l'isolement en cas d'urgence :</i>  <i>« Toutefois, en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler, pour des raisons tenant à sa sécurité, un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation en soins sans consentement ».</i>  <i>Il serait souhaitable de prendre en compte cette situation par un message clé qui pourrait être le suivant : « Seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés. Toutefois, en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler, pour des raisons tenant à sa sécurité, un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation en soins sans consentement ».</i></p> <p><i>3/ Le dernier message prévoit une surveillance régulière et intensive suivant la prescription médicale. Il serait utile de faire également référence, en dehors de la prescription médicale, à la vigilance nécessaire requise de la part du personnel infirmier et aide-soignant.</i></p> <p><i>Enfin, il serait utile d'indiquer des pistes destinées aux établissements, pour les aider à mettre en place une politique ou des stratégies limitant le recours à ces pratiques. Certains services n'ont que peu recours à ces pratiques, alors que d'autres les utilisent régulièrement. Il serait souhaitable que ce document de RBP nourrisse la réflexion sur la mise en question de ces pratiques et sur les alternatives qui peuvent être proposées (au-delà de l'espace d'apaisement).</i></p> <p><i>Ces remarques doivent également être intégrées dans les synthèses.</i></p>
<p>ADESM</p>	<p><i>Pas d'autres commentaires.</i></p>
<p>Conférence des présidents de CME du privé</p>	<p>Il est dangereux bien sûr d'exprimer ce que je vais résumer sous la forme de « la légitimité doit primer sur la légalité ».</p> <p>Or, en limitant la possibilité de l'isolement même temporaire, hors placement, il y a un effet pervers manifeste, en ce que la décision de l'isolement est parfois prévisible mais souvent imprévue, survenant sur des pathologies prises en charge en clinique, (pmd, dépressions sévères, troubles schizo affectifs ; bda, troubles cognitifs intriqués, etc.) alors même qu'une heure ou deux d'isolement en chambre peuvent être nécessaires afin d'éviter un transfert en hdt.</p> <p>J'attire votre attention sur le fait que nous, médecins de cliniques et cliniques, prenons en charge des patients à risque temporaire dont le transfert ne serait apprécié, ni des familles, ni des équipes hospitalières.</p> <p>Je vous propose de réfléchir à un moyen très simple d'évaluation de l'isolement en clinique : demander à ce qu'un questionnaire simple, très simple – car nous croulons déjà sur trop de paperasseries –, interroge le patient sur son vécu, lors de l'isolement court dont il a bénéficié, une fois l'état aigu passé ou à sa sortie.</p>

	<p>Le type de question serait : pensez-vous que l'équipe médicale a pris la bonne décision ? Auriez-vous préféré être transféré à l'hôpital public ?</p> <p>Les réponses à ces questionnaires seront évaluées par un système simple, soit les usagers, soit l'ARS, etc.</p>
<p>Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale</p>	<p><i>Ne serait-il pas approprié, au cours de cette recommandation, de proposer un modèle de prévention de la maladie veineuse thrombo-embolique en situation de contention mécanique ? De tels modèles existent, en précisant seulement qu'il s'agit d'un accord d'expert (AE). Ci-joint, à titre d'exemple, le protocole utilisé au sein de l'établissement où j'exerce.</i></p>
<p>Association PADUP (Pour l'accès aux droits des usagers de la psychiatrie).</p>	<p><b>« L'isolement et la contention ne sont pas des pratiques cliniques, il ne peut y en avoir de bonnes »</b></p> <p><b>A l'occasion de la réflexion de la Haute Autorité de Santé sur de nouvelles recommandations en matière d'isolement et de contention</b> Association PADUP<sup>2</sup></p> <p><i>Pour l'accès et la défense des droits des personnes directement concernées par des troubles psychiques et/ ou des personnes directement concernées par l'usage de produits psychoactifs</i> 10 janvier 2017</p> <p>Lors de sa réunion fondatrice à Marseille, le 5 janvier 2017, l'association PADUP<sup>2</sup> a élaboré un texte qui est le fruit d'une réflexion commune au sujet des recommandations de la HAS, portant sur la pratique clinique de l'isolement et de la contention.</p> <p>La contention est une pratique qui touche toutes les générations, de l'enfant placé en institution qui « pète un câble », aux personnes handicapées ou âgées placées en institution. En dépit de la perspective théorique et pratique large sur la contention dans laquelle on pourrait situer les recommandations actuellement travaillées par la HAS, nous souhaitons dénoncer les atteintes à la dignité des personnes que constituent les pratiques de la contention et de l'isolement dans les services de psychiatrie, entre autres lieux de privation de liberté (gériatrie, établissements d'accueil des enfants et des adolescents, centres de rétention administrative, etc..).</p> <p>Ces pratiques sont courantes et emportent des conséquences graves, physiques et psychiques. <i>« Elles ne relèvent le plus souvent pas de décisions thérapeutiques, mais de considérations de simple organisation, d'économie ou de gestion »</i><sup>3</sup>, comme l'indiquait le rapport intégral de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté, publié le 25 mai 2016 :</p> <p>Bien qu'elles soient présentées comme des mesures habituelles exigées par des nécessités de « soins » et de « sécurité », il n'en demeure pas moins qu'elles sont dangereuses pour la santé globale des patients et inquiétantes dans une société de droit. Les expériences des membres de l'association, confortées par les données statistiques nationales et locales disponibles, démontrent qu'il ne s'agit pas de cas exceptionnels ou isolés. Ces pratiques sont bien des faits structurels enracinés dans un champ institutionnel large où la logique du contrôle prime sur celles du consentement à des soins adaptés et de l'évaluation de la qualité des soins, logique qui coexiste sans grand mal avec l'imposition de traitements lourds confinant parfois à l'empoisonnement médicamenteux<sup>4</sup>.</p> <p>En aucun cas, nous ne pourrions les considérer « bien faites » : elles sont des atteintes aux droits de l'Homme, et des privations de liberté non entérinées par une décision de justice. La décision d'un juge est la seule à garantir le respect des droits en la matière. Légitimer ces pratiques dans une période où la tolérance à la restriction de nos libertés est grande, c'est contribuer à une instillation sournoise de l'autoritarisme. En outre, les témoignages d'usagers de la psychiatrie ou de leurs proches, ainsi que de professionnels, montrent que ces pratiques sont utilisées trop souvent sans crise apparente, pour la paix des services, à des fins de menace, d'intimidation ou de punition ; elles sont parfois systématisées à l'admission dans les services, pour les détenus par exemple. Elles sont symptomatiques de ce que notre association, comme d'autres, appellent de la maltraitance<sup>5</sup>.</p> <p>L'existence d'un protocole, même le plus réfléchi, permet qu'elles soient utilisées facilement,</p>

<sup>3</sup> <http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2016/04/Rapport2015-complet.pdf> , p.8.

<sup>4</sup> Voir le cas de Nathalie Dale à Aix-en-Provence, morte le 31 janvier 2014 à l'âge de 43 ans. Le lien ici : <http://cvjn.over-blog.com/2016/08/tout-faire-pour-eviter-la-crainte-que-la-mort-de-nathalie-ne-tombe-dans-l-oubli-apres-une-fin-de-vie-injuste-centre-hospitalier>.

<sup>5</sup> Voir les déclarations du Collectif National des Victimes de la Psychiatrie, (CNVP), Neptune, [Information, recherche, action](#) et [entraide](#) sur les "maladies" psychiques.



	<p>même au-delà du protocole, y compris pour des personnes hospitalisées librement. En outre, ces pratiques contribuent à former une culture des services dans laquelle nous ne ne reconnaissons pas. La décision de certains services de ne pas les pratiquer, érigée au rang de « politique de service » est cependant notable et pourrait être opposée aux sceptiques qui les considèrent comme inévitables.</p> <p>La seule « amélioration » possible est de les interdire, car elles sont incompatibles avec de « bonnes pratiques » cliniques, et que les usagers et proches des personnes qui en sont l'objet, ou les professionnels qui en sont les témoins, puissent les signaler quand elles surviennent, en tant qu'« événements indésirables graves » aux autorités de direction et de tutelle, et non en tant que gestes à visée thérapeutique.</p> <p>Identifier chaque contention et chaque isolement comme un événement indésirable grave, et les traiter comme tels, obligerait les services à tracer de manière plus contrôlée ces événements et à les signaler immédiatement aux autorités sanitaires, afin d'amener institutions et équipes soignantes à les éviter par tout moyen en modifiant leurs pratiques professionnelles.</p> <p>Quand la violence subsiste, celle des patients ou celle des soignants, celle des institutions, malgré des pratiques exemplaires, elle relève du droit commun et doit être traitée comme telle. Les services d'hospitalisation en psychiatrie, comme tout autre service de soins, ne peuvent être des zones de non-droit.</p> <p>Notre position entre totalement en conformité avec la convention des Nations-Unies sur les droits des personnes ayant subi des atteintes à leur dignité et à leur intégrité physique et psychique par des mesures de soins sans consentement, d'isolement et d'hospitalisation forcée. D'ailleurs, l'ONU n'en finit pas de rappeler la France à l'ordre sur « les traitements psychiatriques non consensuels » dont sont l'objet certaines personnes ayant un « handicap mental ». Le 8 octobre 2015, les deux rapporteurs spéciaux de l'ONU, Catalina Devandas-Aguilar et Dainius Puras (droit à la santé), réitérent leurs avertissements envers la France, mais également tous les États qui pratiquent des « <i>traitements psychiatriques non-consensuels</i> », arguant que « <i>la dignité doit prévaloir</i> ». Prenant la parole lors de la Journée mondiale de la santé mentale (10 octobre), les experts indépendants ont exhorté les gouvernements à mettre fin à la détention arbitraire, l'institutionnalisation et le traitement forcés. « <i>Enfermé dans les institutions, attaché et mis en contention, souvent à l'isolement, drogué et en sur-médication...</i> » Ce ne sont, selon eux, que « <i>quelques illustrations de la façon dont les personnes handicapées, ou celles perçues comme telles, sont traitées sans leur consentement, avec de sévères conséquences pour leur intégrité physique et mentale</i> ». Et d'affirmer que, « <i>globalement, les personnes ayant des troubles développementaux et psychosociaux sont confrontées à la discrimination, la stigmatisation et la marginalisation, et sont soumis à la violence psychologique et physique dans les établissements de santé mentale et dans la communauté.</i> » Allant même jusqu'à assimiler la « <i>pratique de traitement de force</i> » à de la « <i>torture</i> », ces rapporteurs exhortent les États concernés à « <i>mettre fin à cette situation d'urgence et à respecter l'autonomie de chaque personne, y compris leur droit de choisir ou de refuser un traitement et des soins.</i> »<sup>6</sup></p>
<p>Syndicat des psychiatres des hôpitaux</p>	<p>La hiérarchie des normes n'est pas d'un abord simple pour les professionnels et la population en général.</p> <p>Les recommandations de la HAS ne font pas partie du droit dur et ne s'imposent pas légalement aux professionnels, même si certains voudraient les voir devenir obligatoires (cf. autisme). C'est d'autant plus important qu'elles ne le soient pas lorsque le travail qui est mené ne permet pas d'établir un grade par insuffisance de niveau de preuve scientifique et que les recommandations ne reposent que sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, même s'il s'appuie sur une consultation des parties prenantes, comme il est établi en préambule : les recommandations devraient être perçues comme une démarche de réflexion et d'évolution des pratiques si l'usage de l'isolement et de la contention sort du domaine thérapeutique.</p> <p>Il serait nécessaire de croiser des données objectives sur le recours à l'isolement et à la contention (en croissance ?) et les données cliniques (situations cliniques complexes), ainsi que celles sur la hausse des hospitalisations sans consentement au cours des dernières années, pour en tirer des enseignements utiles à l'adaptation des pratiques et à leur amélioration.</p>

<sup>6</sup> <https://informations.handicap.fr/art-onu-france-personnes-handicapees-853-8327.php>

<p>Conférence nationale des présidents de CME/CHS</p>	<p>Cher Monsieur,</p> <p>Pour faire suite à votre demande concernant les recommandations de bonne pratique « Isolement et contention en psychiatrie générale », je me permets, au titre de la Conférence nationale des présidents de CME, de vous faire les commentaires suivants :</p> <p>1/ Ce texte a pris acte pour une large part du document « Principes généraux concernant les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie » que nous avons fait connaître le 18 mai 2016. Nous vous en remercions. Les remarques que nous sommes amenés à faire sont donc peu nombreuses, d'autant que nous avons été représentés dans le groupe de travail.</p> <p>2/ Le terme « espace d'isolement » nous paraît très bien venu et lever les ambiguïtés relatives au terme utilisé antérieurement, à savoir « chambre d'isolement ».</p> <p>3/ Il importe que les aspects cliniques et de fonctionnement relatifs aux UMD soient prévus, comme vous l'indiquez dans le préambule en bas de la page 6.</p> <p>4/ Pour ce qui concerne le paragraphe 3, en page 9, Contre-indications, la formulation : « il est recommandé de ne pas utiliser l'isolement et la contention pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation (...) » paraît faible eu égard à l'enjeu de protection des personnes. « L'isolement et la contention ne peuvent être utilisées pour (...) » est peut-être plus approprié.</p> <p>5/ Pour ce qui concerne le paragraphe 5 en page 9 : Modalités de mise en œuvre : La possibilité d'isoler un patient « quelques heures » à titre dérogatoire et en cas d'urgence, prévue dans la circulaire Veil du 19 juillet 1993, devrait être limitée dans le temps. L'appréciation de cette durée peut être considérée comme trop aléatoire, alors que le texte de la HAS vient préciser les conditions d'isolement et de contention pour l'ensemble des situations. Il conviendrait d'en indiquer une période maximale qui nous paraît pouvoir être de 12 heures. Il s'agit du point de vue institutionnel du temps nécessaire et suffisant pour mettre en œuvre les démarches que les équipes de soins sont amenées à effectuer dans ce contexte, y compris en fin de semaine.</p> <p>6/ En ce qui concerne le paragraphe 6 en page 11 Les exceptions : Ces situations sont bien connues et sont une réalité dans un certain nombre d'établissements. Pour autant, peut-être serait-il opportun d'en souligner la rareté. Le terme « vêtement de contention » pourrait suffire.</p> <p>Vous remerciant encore pour ce travail important et l'esprit constructif qui a prévalu dans les réunions que vous avez organisées.</p> <p>Très cordialement,</p> <p>Christian MULLER Président de la Conférence nationale des présidents de CME/CHS.</p>
<p>DGOS (reçu après la dernière réunion du groupe de travail)</p>	<p>Dans la partie <b>messages clés</b> : le quatrième point pourrait ainsi être complété : « seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés <b>et contenus</b> ».</p> <p>Le dernier point pourrait être ainsi modifié : « Ces mesures sont assujetties à une surveillance régulière et intensive suivant la <del>prescription</del> <b>décision</b> médicale. »</p>

## **10. Validation**

### **10.1 Adoption par le Collège de la HAS**

Lors de la délibération du 22 février 2017, le Collège de la HAS a adopté la recommandation de bonne pratique avec demande de modifications mineures qui ont été intégrées.

## Annexe 1. Recherche documentaire

### ► Méthode de recherche documentaire

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en accord avec le chef de projet et a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

Elle a porté sur la période de janvier 2005 à octobre 2015. Une veille a été réalisée jusqu'en janvier 2017.

### Sources

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : la base de données Medline et la base de données PsycInfo ;
- pour la littérature francophone : la base de données SantéPsy et la Banque de Données en Santé Publique ;
- la Cochrane Library ;
- les sites Internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.

Ci-dessous, la liste des sites consultés :

Bibliothèque médicale Lemanissier  
Bibliothèque interuniversitaire de médecine - BIUM  
Catalogue et index des sites médicaux francophones - CISMef  
Expertise collective INSERM  
Société française de médecine générale - SFMG

American Psychiatric Association - APA  
Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ  
Alberta Heritage Foundation for Medical Research - AHFMR  
Alberta Medical Association  
Allied Health Evidence  
American College of Physicians - ACP  
Assemblée nationale  
Association des établissements participant au service public de santé mentale – ADESM  
Association de psychiatrie française  
BMJ Clinical Evidence  
Centre hospitalier départemental de La Candélie  
Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie - CRPA  
Cochrane Library  
Congrès français de psychiatrie  
Conseil de l'Europe  
Conseil national de l'Ordre des médecins - CNOM  
DRJSCS des Pays de la Loire  
Fédération française de psychiatrie / Psydoc-France  
Guidelines International Network - GIN  
Journal français de psychiatrie  
Legifrance  
Mental Health Commission (Irlande) - MHC  
Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec) - MSSS  
Ministère des Affaires sociales et de la Santé  
National Guideline Clearinghouse - NGC  
National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE  
New Zealand Guidelines Group - NZGG  
Revue "Prescrire"  
Revue "L'information psychiatrique"  
Revue "Santé Mentale"

Revue "Santé Publique"  
 Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN  
 Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques - UNAFAM  
 Union régionale des professionnels de santé / Médecins libéraux de Lorraine  
 Veterans affairs, Dep. Of Defense Clinical practice guidelines

## Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau suivant présente la stratégie de recherche dans la base de données Medline.

**Tableau 1** : Stratégie de recherche dans la base de données Medline :

Type d'étude / sujet Termes utilisés	1 Période	Nombre de références
<b>Psychothérapie</b>		
<b>– Recommandations</b>		
Etape 1 ("Coercion" OR "Restraint, Physical" OR "Patient Isolation")/de OR (coercion OR coerciv* OR physical immobilization OR physical restraint* OR seclusion OR isolation)/ti	01/2005 – 10/2011	
ET		
Etape 2 ("Mental Disorders" OR "Intellectual Disability" OR "Mentally Ill Persons" OR "Psychiatric Nursing" OR "Mental Health Services" OR "Psychiatric Department, Hospital" OR "Hospitals, Psychiatric")/de OR (intellectual disability* OR developmental disability* OR psychiatry)/ti,ab		
ET		
Etape 3 (guidelines as topic OR practice guidelines as topic OR health planning guidelines OR consensus development conferences as topic OR consensus development conferences, NIH as topic)/de OR (practice guideline OR guideline OR consensus development conference OR consensus development conference, NIH)/type de publication OR (recommendation* OR guideline*)/ti		<b>31</b>
<b>– Méta-analyses et revues systématiques</b>		
Etape 1 ET Etape 2	01/2005 – 02/2015	
ET		
Etape 4 meta-analysis as topic/de OR meta-analysis/type de publication OR (meta-analysis OR meta analysis OR metaanalysis OR systematic* review*)/ti		<b>8</b>

de : descriptor ; ti : title ; ab : abstract

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

## Veille

En complément, une veille a été réalisée jusqu'en janvier 2017.

### ► Résultats

Nombre références identifiées : 442

Nombres de références analysées : 168

Nombre de références retenues : 59

## Références

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Paris: ANAES; 1998.  
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>
2. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Paris: Editions Dalloz; 2016.  
[http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/07/CGLPL\\_Rapport-isolement-et-contention\\_Dalloz.pdf](http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/07/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf)
3. Mental Health Commission. Rules governing the use of seclusion and mechanical means of bodily restraint. Issued pursuant to section 69(2) of the Mental Health Act, 2001. Dublin: MHC; 2009.  
[http://www.mhcirl.ie/File/Revised\\_Rules\\_SecMR.pdf](http://www.mhcirl.ie/File/Revised_Rules_SecMR.pdf)
4. Ministry of Health New Zealand. Seclusion under the Mental Health (compulsory assessment and treatment) Act 1992. Wellington: MoH New Zealand; 2010.  
<http://www.mentalhealth.org.nz/assets/ResourceFinder/MOH-seclusion-guidelines-feb10.pdf>
5. American Psychiatric Nurses Association. Seclusion and restraint standards of practice. Falls Church: APNA; 2014.  
[http://www.apna.org/files/public/APNA\\_Seclusion\\_&\\_Restraint\\_Standards\\_of\\_Practice.pdf](http://www.apna.org/files/public/APNA_Seclusion_&_Restraint_Standards_of_Practice.pdf)
6. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Contention, isolement et substances chimiques. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle. Edition révisée. Québec: Gouvernement du Québec; 2015.  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>
7. Société française de médecine d'urgence, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Conférence de consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) ». Recommandations du jury. Texte court. J Eur Urg 2003;16(1):58-64.
8. Ecole nationale de la magistrature. Soins psychiatriques sans consentement. Bordeaux: ENM; 2013.
9. Guedj MJ, Raynaud P, Braitman A, Vanderschooten D. Pratique de la contention dans un service d'urgences psychiatriques. L'Encéphale 2004;30(1):32-9.
10. Carre R. Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients [thèse]. Toulouse: Université Paul Sabatier; 2014.  
<http://thesesante.ups-tlse.fr/632/1/2014TOU31565.pdf>
11. Senon JL, Hazan A, Péchillon E, Martin L, Coldefy M, Raoult PA, *et al.* Isolement et contention « en dernier recours » [dossier]. Santé mentale 2016;(210).
12. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, *et al.* Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010;45(9):889-97.
13. Conflict and Containment Reduction Research Programme, Stewart D, Bowers L, Simpson A, Ryan C, Tziggili M. Mechanical restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. London: City University; 2009.  
<http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/litreview/LitRevMechRestr.pdf>
14. Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (Circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux. Bulletin Officiel 1993;93/35:51-2.
15. Organisation des nations unies. Résolution 46/119. Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale. Dans: Organisation des nations unies, ed. Assemblée générale 46<sup>e</sup> session. New York: ONU; 1991. p. 204-9.  
<http://www.un.org/french/documents/ga/res/46/fres46.shtml>
16. Conseil de l'Europe. Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2004.  
[http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08\\_Psychiatry\\_and\\_human\\_rights\\_en/Rec\(2004\)10%20EM%20F.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10%20EM%20F.pdf)
17. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre au 10 décembre 2010. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2012.  
<http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2012-13-inf-fra.pdf>
18. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Le recours à la contention et à l'isolement dans le traitement des personnes souffrant de troubles mentaux. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2011.  
<http://www.cpt.coe.int/fr/documents-travail/CPT-2011-27-fra.pdf>
19. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Normes du CPT. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2015.  
<http://www.cpt.coe.int/fr/documents/fra-standards.pdf>

20. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2014. Paris: Editions Dalloz; 2015.  
[http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2015/04/CGLPL\\_rapport-2014\\_version-web\\_3.pdf](http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2015/04/CGLPL_rapport-2014_version-web_3.pdf)
21. Conférence nationale des présidents des Commissions médicales d'établissement des Centres hospitaliers spécialisés. Principes généraux concernant les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie. Conférence nationale des Présidents de CME de CHS, 18 mai 2016. Paris: CME; 2016.  
<http://www.cme-psy.fr/?ANPCME=detail&publication=164>
22. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Paris: ANAES; 2000.  
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>
23. Fédération hospitalière de France, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. Conférence de consensus, 24 et 25 novembre 2004, Paris (ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille). Textes des recommandations (version longue). Paris: ANAES; 2004.  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte\\_aller\\_venir\\_long.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_long.pdf)
24. Johnson ME. Violence and restraint reduction efforts on inpatient psychiatric units. *Issues Ment Health Nurs* 2010;31(3):181-97.
25. National Association of State Mental Health Program Directors. Six core strategies for reducing seclusion and restraint use. Alexandria: NASMHPD; 2006.  
<http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf>
26. Murphy T, Bennington-Davis M, Bloom S. Restraint and seclusion. The model for eliminating their use in healthcare. Marblehead: HCPPro Inc; 2005.  
<http://sanctuaryweb.com/Portals/0/Bloom%20Pubs/Related%20Authors/2005%20Murphy%20and%20BenningtonDavis%20Restraint%20and%20Seclusion.pdf>
27. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use. Rockville: SAMHSA; 2011.  
<http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA11-4632/SMA11-4632.pdf>
28. LeBel J, Goldstein R. The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatr Serv* 2005;56(9):1109-14.
29. American Psychiatric Association, American Psychiatric Nurses Association, National Association of Psychiatric Health Systems, American Hospital Association. Learning from each other. Success stories and ideas for reducing restraint/seclusion in behavioral health. Washington: AHA; 2003.  
<http://www.aha.org/content/00-10/learningfromeachother.pdf>
30. National Association of State Mental Health Program Directors, Haimowitz S, Urrf J, Huckshorn KA. Restraint and seclusion: a risk management guide. Alexandria: NASMHPD; 2006.  
<http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/R-S%20RISK%20MGMT%2010-10-06%282%29.pdf>
31. Scanlan JN. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far. A review of the literature. *Int J Soc Psychiatry* 2010;56(4):412-23.
32. Donat DC. Impact of a mandatory behavioral consultation on seclusion/restraint utilization in a psychiatric hospital. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1998;29(1):13-9.
33. Donat DC. An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2003;54(8):1119-23.
34. Mental Health Commission. Seclusion and physical restraint reduction. Knowledge review and draft strategy. Dublin: MHC; 2012.  
[http://www.mhcirl.ie/File/SecandPPR\\_KnowRev.pdf](http://www.mhcirl.ie/File/SecandPPR_KnowRev.pdf)
35. British Columbia Ministry of Health. Secure rooms and seclusion standards and guidelines: a literature and evidence review. Vancouver: BCMOH; 2012.  
<http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/secure-rooms-seclusion-guidelines-lit-review.pdf>
36. Van der Merwe M, Muir-Cochrane E, Jones J, Tziggili M, Bowers L. Improving seclusion practice: implications of a review of staff and patient views. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013;20(3):203-15.
37. Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences. Alternatives to restraints and seclusion. Whitby: OSCMHS; 2012.
38. Te Pou o Te Whakaaro Nui. Debriefing following seclusion and restraint. A summary of relevant literature. Auckland: National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development; 2014.  
<http://www.tepou.co.nz/uploads/files/resource-assets/debriefing-following-seclusion-and-restraint-281014.pdf>
39. Ministry of Health New South Wales. Aggression, seclusion and restraint in mental health facilities in NSW. Sydney: MoH NSW; 2012.  
[http://www0.health.nsw.gov.au/policies/pd/2012/pdf/PD2012\\_035.pdf](http://www0.health.nsw.gov.au/policies/pd/2012/pdf/PD2012_035.pdf)

40. Van Doeselaar M, Slegers P, Hutschemaekers G. Professionals' attitudes toward reducing restraint: the case of seclusion in the Netherlands. *Psychiatr Q* 2008;79(2):97-109.
41. Taxis JC. Ethics and praxis: alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues Ment Health Nurs* 2002;23(2):157-70.
42. Flood C, Bowers L, Parkin D. Estimating the costs of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards. *Nurs Econ* 2008;26(5):325-30.
43. National Research Council, Institute of Medicine. Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people. Progress and possibilities. Washington: The National Academies Press; 2009. <https://www.nap.edu/catalog/12480/preventing-mental-emotional-and-behavioral-disorders-among-young-people-progress>
44. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ, *et al.* Pennsylvania State Hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv* 2005;56(9):1115-22.
45. New York State Office of Mental Health. Comfort rooms. A preventative tool used to reduce the use of restraint and seclusion in facilities that serve individuals with mental illness. Ideas and instructions for implementation. Albany: OMH; 2009. [http://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/publications/comfort\\_room/comfort\\_rooms.pdf](http://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/publications/comfort_room/comfort_rooms.pdf)
46. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *Journal Officiel* 2016;27 janvier.
47. Mental Welfare Commission for Scotland. The use of seclusion. Good practice guide. Edinburgh: MWC; 2014. [http://www.mwscot.org.uk/media/191573/final\\_use\\_of\\_seclusion.pdf](http://www.mwscot.org.uk/media/191573/final_use_of_seclusion.pdf)
48. National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline 10. Manchester: NICE; 2015. <http://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-1837264712389>
49. Mental Health Commission. Rules governing the use of seclusion and mechanical means of bodily restraint. Addendum. Dublin: MHC; 2011. [http://www.mhcirl.ie/File/Addendum\\_to\\_Rules.pdf](http://www.mhcirl.ie/File/Addendum_to_Rules.pdf)
50. Cano N, Boyer L, Garnier C, Michel A, Belzeaux R, Chabannes JM, *et al.* L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. *L'Encéphale* 2011;37(Suppl 1):S4-S10.
51. Meehan T, Vermeer C, Windsor C. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *J Adv Nurs* 2000;31(2):370-7.
52. Mayers P, Keet N, Winkler G, Flisher AJ. Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *Int J Soc Psychiatry* 2010;56(1):60-73.
53. Kontio R, Joffe G, Putkonen H, Kuosmanen L, Hane K, Holi M, *et al.* Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspect Psychiatr Care* 2012;48(1):16-24.
54. Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs* 2010;19(6):416-27.
55. Crisis Prevention Institute. Joint Commission Standards on restraint and seclusion/Nonviolent Crisis Intervention® training program. Milwaukee: CPI; 2009. <http://www.crisisprevention.com/CPI/media/Media/Resources/alignments/Joint-Commission-Restraint-Seclusion-Alignment-2011.pdf>
56. Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztebl Int* 2012;109(3):27-32.
57. Canadian Patient Safety Institute. The Patient Safety Education Program™ Canada. Module 13d. Mental health care. Seclusion and restraint: when all else fails. Ottawa: PSEP-Canada; 2013. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/PatientSafetyEducationProgram/PatientSafetyEducationCurriculum/Documents/Module%2013d%20Seclusion%20and%20Restraint.pdf>
58. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, *et al.* A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid Based Nurs* 2006;3(1):8-18.
59. Sailas EES, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000;Issue 1:CD001163.



## Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail et pour relire les documents lors de la phase de consultation des parties prenantes :

### **Institutionnels et autres agences :**

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)\*

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)\*

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)\*

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)\*

Contrôleur général des lieux de privation de liberté\*

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)\*

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)\*

Direction générale de la santé (DGS)\*

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)\*

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales\*

### **Sociétés savantes et organismes professionnels :**

Association des établissements participant au service public de santé mentale (ADESM)\*

Association nationale des responsables qualité en psychiatrie (ANRQ Psy)\*

Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale (ANP3SM)

Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie (CRMC-Psy)

Collège de la médecine générale (CMG)\*

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)\*

Collège national universitaire de psychiatrie (CNUP)\*

Comité d'étude des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie (CEFI-PSY)\*

Conférences des présidents de commission médicale d'établissement (CH, CHU, CHS, ESPIC, hospitalisation privée)\*

Fédération des organismes régionaux pour l'amélioration des pratiques et des organisations en santé (Forap)

Fédération française de psychiatrie (FFP)\*

Fédération française des psychomotriciens (FPP)

Fédération hospitalière de France (FHF)\* / Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)\* / Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)\*

Institut Marcel Rivière – Institut MGEN de la Verrière

Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique (IDEPP)

Soins études et recherches en psychiatrie (SERPSY)

Syndicat des médecins psychiatres des organismes publics, semi-publics et privés

Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP)

Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH)

Syndicat des psychiatres français (SPF)

Syndicat national des psychiatres privés (SNPP)

Syndicat national des psychologues (SNP)\*

Syndicat universitaire des psychiatres (SUP)

Union syndicale de la psychiatrie (USP)

### **Associations patients et usagers en psychiatrie :**

Advocacy France

Argos 2001

Association française de personnes souffrant de troubles obsessionnels compulsifs (AFTOC)

Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA)

Fédération d'associations françaises de patients ou d'ex-patients « psy » (FNA-psy)\*

France-Dépression

Schizo ?... Oui !

Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)\*

\*Ces institutionnels, agences, sociétés savantes, organismes professionnels et associations de patients et d'usagers sont membres du comité de suivi du programme psychiatrie et santé mentale de la HAS.

### ► Groupe de travail

Dr Charles Alezrah, psychiatre, Thuir - président du groupe de travail

Dr Alexia Delbreil, psychiatre, médecin légiste, Poitiers - chargée de projet

Dr Mélanie Voyer, psychiatre, médecin légiste, Poitiers - chargée de projet

M. Cédric Paindavoine, Saint-Denis - chef de projet HAS

M. Pascal Allain, directeur d'établissement, Epinay-sur-Seine

Dr Catherine Bernard, représentante du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Paris

M. François Bouchon, membre d'une association de patients ou d'usagers, Paris

M. Yves Buzens, directeur d'établissement, Auxerre

Dr Frédérique Gignoux-Froment, psychiatre, Marseille

M. Gilbert Hangard, directeur d'établissement, Albi

Mme Anne-Sophie Kieffer, infirmière, Aix-en-Provence

Dr Catherine Martelli, psychiatre, Villejuif

Dr Dominique Péton-Klein, représentante du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Paris

M. Alain Plouhinec, infirmier, Quimper

Pr Emmanuel Poulet, psychiatre, Lyon

M. Francis Prouteau, infirmier, La Roche-sur-Yon

Mme Marie-Jeanne Richard, membre d'une association de patients ou d'usagers, Grenoble

Dr Jean-Pierre Salvarelli, psychiatre, Bron

Mme Aurore Sergeur, responsable qualité en psychiatrie, Châlons-en-Champagne

### ► Parties prenantes

Cf. liste des participants

## Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

## Fiche descriptive

Titre	« Isolement et contention en psychiatrie générale »
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC).
Objectif(s)	Aider la prise de décision dans le choix des soins, améliorer et harmoniser les pratiques, réduire les recours inutiles aux mesures d'isolement et de contention, tout en répondant aux exigences légales, éthiques, cliniques et organisationnelles pour, au final, améliorer la prise en charge des patients, et donc des soins qui leur sont apportés.
Patients ou usagers concernés	Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.
Professionnel(s) concerné(s)	<p>Tout professionnel intervenant dans les soins psychiatriques, appartenant aux équipes soignantes concernées par ces situations, ainsi que le responsable d'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.</p> <p>Et, pour information, tout professionnel ne participant pas directement à la prise en charge (direction, CME, CDU, etc.).</p>
Demandeur	Direction générale de la santé (DGS) et Direction générale de l'offre de soins (DGOS).
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
Financement	Fonds publics.
Pilotage du projet	<p>Coordination : Cédric Paindavoine, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Docteur Michel Laurence).</p> <p>Secrétariat : Mme Marie-Catherine John.</p>
Recherche documentaire	<p>De janvier 2005 à janvier 2017 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 1 de l'argumentaire scientifique)</p> <p>Réalisée par M. Philippe Canet, avec l'aide de Mme Renée Cardoso et de Mme Sylvie Lascols (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès)</p>
Auteurs de l'argumentaire	<p>Dr Alexia Delbreil, psychiatre, médecin légiste, Poitiers - chargée de projet</p> <p>Dr Mélanie Voyer, psychiatre, médecin légiste, Poitiers - chargée de projet</p>
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail (président : Dr Charles Alezrah, psychiatre, Thuir), parties prenantes consultées : Cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en février 2017.
Actualisation	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Texte des recommandations et synthèses de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)