



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Isolement et contention en psychiatrie générale

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

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.

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 les synthèses de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie 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	Présomption scientifique 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.
C	Faible niveau de preuve 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).
AE	Accord d'experts 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

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

Abréviations et acronymes.....	4
Messages clés.....	5
Préambule.....	6
1. Définitions	9
2. Indications.....	9
3. Contre-indications	10
4. Les personnes placées sous main de justice	10
5. Modalités de mise en œuvre	10
6. Les exceptions	12
7. Surveillance.....	12
8. Information du patient	14
9. Sécurité du patient et des soignants – Conditions de l’isolement ou de la contention mécanique	14
10. L’espace d’isolement.....	15
11. Réalisation pratique de la contention mécanique	16
12. Levée de la mesure	16
13. Analyse à la levée de la mesure d’isolement ou de contention mécanique avec le patient.....	17
14. Temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle	18
15. Recueil des données et politique d’établissement	18
16. L’espace d’apaisement dans une désescalade	19
Perspectives	20
Annexes.....	21
Annexe 1. Arbre décisionnel.....	22
Annexe 2. Fiche de surveillance isolement	23
Annexe 3. Fiche de surveillance contention et isolement	32
Participants	42
Remerciements	43
Fiche descriptive	44

Abréviations et acronymes

ARS	Agence régionale de santé
CDSP	Commission départementale des soins psychiatriques
CDU	Commission des usagers
CME	Commission médicale d'établissement
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSP	Code de la santé publique
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
ETEV ...	Événement thromboembolique veineux
HAS	Haute Autorité de santé
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
RBP	Recommandation de bonne pratique
RimPsy	Recueil d'information médicalisé pour la psychiatrie
SL	Soins libres
SPDRE	Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État
SPDT	Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UMD	Unité pour malades difficiles
USLD	Unité de soins de longue durée

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 doit être présente 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.
- À 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 de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement 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 ou « 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 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 attirent 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 ».

Le groupe de travail s'est appuyé sur trois références fortes. D'une part la législation dans le Code de la santé publique. D'autre part les principes déontologiques et éthiques correspondant aux fonctions soignantes. Enfin, les caractéristiques cliniques et l'organisation des soins dans les services.

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, et de veiller au respect de leurs droits fondamentaux en encadrant fortement ces pratiques pour qu'elles ne soient utilisées qu'en dernier recours.

L'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique (CSP), créé par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, impose à 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 de tenir un registre spécifique garantissant la traçabilité de ces mesures.

Cette recommandation de bonne pratique concerne les services de psychiatrie générale. Dans ces services peuvent être hospitalisés les adolescents mineurs. Cette recommandation leur est applicable.

Par ailleurs, compte tenu des particularités cliniques et de fonctionnement des unités pour malades difficiles (UMD), la mise en œuvre de cette recommandation de bonne pratique doit s'accompagner d'une réflexion spécifique de l'équipe soignante.

En complément de ce travail, une réflexion doit également être menée dans tous les lieux où existe une pratique d'isolement et de contention (pédopsychiatrie, établissements de santé non autorisés à l'accueil de patients en soins sans consentement, urgences, médecine-chirurgie-obstétrique [MCO], médico-social, unités de soins de longue durée [USLD], etc.).

L'utilisation des mesures d'isolement ou de contention constitue une restriction 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.

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

Gradation des recommandations

Les données de la littérature identifiées dans le cadre de ce travail (absence d'étude ou insuffisance des niveaux de preuve scientifique des études) n'ont pas permis d'établir de grade pour les recommandations. En conséquence, toutes les recommandations reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, après consultation des parties prenantes.

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 CSP encadre de manière générale la prise en charge des personnes hospitalisées en soins psychiatriques. À 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 liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- prendre conseil auprès du médecin ou de l'avocat de son choix ;
- émettre et recevoir des courriers ;
- consulter le règlement intérieur de l'établissement et 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 du 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 décidés que par un psychiatre et « pour une durée limitée ».

Ce même article impose à 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 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 de santé à établir tous les ans un rapport rendant compte des pratiques d'admission en 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 ces établissements de santé.

L'article R. 4311-6 du CSP dispose que, dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-5 du 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 (art. R. 4311-7 du CSP).

1. Définitions

Isolement

Isolement : Placement du patient 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 différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.

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

La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement. Elle doit rester exceptionnelle et ne doit être utilisée qu'en dernier recours, pour une durée limitée et

strictement nécessaire, après une évaluation du patient. La mesure doit être pleinement justifiée par des arguments cliniques.

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

L'isolement ou la contention ne doivent jamais être utilisés 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 des professionnels.

Une attention particulière doit être portée sur l'état clinique, ce dernier pouvant ne pas être compatible avec 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 (affection organique non stabilisée, insuffisance cardiaque, état infectieux, trouble de la thermorégulation, trouble métabolique, atteinte orthopédique, atteinte neurologique, etc.).

4. Les personnes placées sous main de justice

Ces situations sont régies par l'article L. 3214-1 du CSP qui prévoit que ces personnes soient adressées en unité hospitalière spécialement aménagée (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 2012¹.

5. Modalités de mise en œuvre

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

De façon exceptionnelle et uniquement dans les situations d'urgence, il peut être possible, à titre dérogatoire, d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un patient en soins libres. La durée de cet isolement doit être la plus courte possible, adaptée et proportionnée au risque, ne pouvant pas dépasser les 12 heures, soit le temps maximum nécessaire à la résolution de la situation d'urgence ou à l'initiation de la transformation de son régime de soins.

¹ Cf. circulaire interministérielle 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

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 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, si elle doit être maintenue ou si elle doit être levée.

Il est recommandé qu'un entretien et un examen médical soient réalisés au moment de l'isolement ou 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 de 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 ou de la contention mécanique et de l'évolution clinique du patient en isolement ou sous contention mécanique ;
- identifier et mettre en place les soins permettant d'accélérer la levée de l'isolement ou de la contention mécanique.

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 tracée dans le dossier du patient.

Il est recommandé qu'une fiche particulière de prescription du suivi de la décision soit présente 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 tracés ;
- des 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 ou 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 tracées.

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

À 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 soignante. L'équipe soignante réévalue l'état clinique et peut solliciter le psychiatre pour la levée de la mesure à tout moment. La mesure ne doit pas être maintenue plus longtemps que nécessaire. Les 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.

LIEU DE MISE EN ŒUVRE

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 le cadre de troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution avec des conduites autoagressives 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 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 afin de renforcer la réflexion sur l'organisation des soins.

7. Surveillance

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 son état physique (notamment les risques de complication thromboembolique en cas de contention mécanique), ainsi que son état psychique et son comportement ;
- 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 ou 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 par l'équipe soignante 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 ;
- les sevrages soient pris en compte en proposant des traitements substitutifs, notamment pour le tabac.

En cas de contention, 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 tracé 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 bénéfices-risques, notamment par la prescription d'un traitement anticoagulant.

Parmi les facteurs de risque thromboembolique, sont notamment retrouvés les antécédents d'événement thromboembolique veineux (ETE), 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 *post-partum*, l'âge, l'obésité, l'alitement prolongé, l'insuffisance rénale sévère.

Il convient de rappeler que les antipsychotiques de seconde génération et les antidépresseurs sont des facteurs de risque thromboembolique.

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* ;
- les patients victimes de sévices dans le passé.

8. Information du patient

Il est indispensable, au moment de la mise en place de la mesure d'isolement ou 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 ou 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 ou de la contention mécanique

La mise en place d'une mesure d'isolement ou 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.

Dans les situations de grande tension, l'équipe doit pouvoir identifier le moment où le patient est encore accessible et disponible pour l'échange et le moment où il ne l'est plus. C'est le moment où l'équipe doit agir tout en maintenant une communication verbale.

Une partie de l'équipe se consacre à la situation de crise, une autre partie prend en charge et rassure les autres patients. Un professionnel doit prendre le leadership et coordonner la gestion des interventions.

Il faut essayer de circonscrire le plus rapidement possible un espace de prise en charge, séparé des autres patients, et respecter un positionnement des soignants, dans l'espace à proximité d'une sortie.

S'il n'est pas présent, le médecin de l'unité ou le médecin de garde est informé de la situation et sollicité pour intervenir le plus rapidement possible. S'il s'agit du médecin qui connaît le patient, il faut l'informer des facteurs repérés comme pouvant expliquer la situation de crise (frustration, prise de toxiques, exacerbation hallucinatoire, etc.). S'il s'agit du médecin de garde, lui présenter succinctement le patient, l'existence de personnes ressources, les facteurs d'alliance possibles, etc.

Parallèlement, des renforts sont sollicités pour une intervention en soutien. Un professionnel de l'unité concernée accueille et informe l'équipe de renforts. L'intervention des renforts doit faire l'objet d'une procédure écrite qui précise la place des renforts dans une stratégie d'équipe et peut prévoir des réponses graduées.

Il est recommandé que :

- les équipes soient formées et entraînées à la prévention, 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 soient 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, en fonction de la clinique, puisse soit garder ses vêtements et certains objets personnels ayant une signification pour lui, soit être en pyjama pour sa sécurité ;
- 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 en temps réel aux services de sécurité incendie de l'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 ;
- 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.

L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans l'espace d'isolement ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.

Il doit respecter l'intimité et la dignité 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 dispose 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 immobilisé par 4 soignants (un par membre, empaumant chacun le bras ou l'avant-bras et le mollet ou la cuisse) et un 5^e 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 lui permettant 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 chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer les soins psychiatriques sans consentement, qui en dispose, 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, etc.).

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

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

L'isolement ou la contention ne peuvent être maintenus pour des raisons organisationnelles ou institutionnelles, ni pour répondre à la rareté des professionnels.

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

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 ou de contention mécanique avec le patient

Après la sortie d'isolement ou 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 transcrite 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 ou de contention mécanique, et sa relation avec l'équipe soignante ;
- de s'assurer que ses droits et son intégrité physique et mentale ont été pris en compte pendant la durée de la mesure.

Dès que possible lorsque la mesure d'isolement ou 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 ;
- commencer 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 soins et le plan de prévention partagé.

14. Temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle

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

- faire une première analyse avec une diversité de points de vue ;
- cerner la dimension clinique ;
- recontextualiser les comportements des patients ;
- faire 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 cette pratique 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 sur la levée doit être délivrée en toute transparence à l'ensemble de l'équipe, notamment les membres présents le jour de l'événement ;
- 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 à 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

L'article 72 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé précise que toutes les mesures d'isolement et de contention doivent être consignées dans un registre au sein de 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.

Ce registre administratif doit préserver l'anonymat du patient. Pour chaque mesure d'isolement ou 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 commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), au contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

À partir du recueil de données, les unités de soins, les services, les pôles et la commission médicale d'établissement (CME) développent une réflexion sur l'évolution du nombre de mesures d'isolement ou de contention mécanique. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) est associée à ces travaux. L'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 doit s'appuyer sur cette réflexion pour définir une politique visant à diminuer le recours à l'isolement ou à la contention mécanique. Cette politique doit s'appuyer sur une présence soignante pluriprofessionnelle dans les unités de soins, adaptée aux besoins d'une prise en charge basée sur la relation. Elle s'étaye, notamment pour les nouveaux diplômés, sur un programme de formation à la clinique et à la psychopathologie ainsi que sur des formations à la prévention de la violence et à la désescalade. Les critères d'évaluation de cette politique doivent être définis (comprenant notamment : nombre de

soignants formés à la désescalade, nombre d'évaluations des pratiques professionnelles [EPP], protocoles spécifiques, etc.).

L'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 établi, tous les ans, un rapport rendant compte des pratiques de mise en isolement ou 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 événement 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 (cf. décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients).

16. 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 recueil d'information médicalisé pour la psychiatrie (RimPsy) 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 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 mette 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. Ces établissements de santé 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 devraient être pourvus.

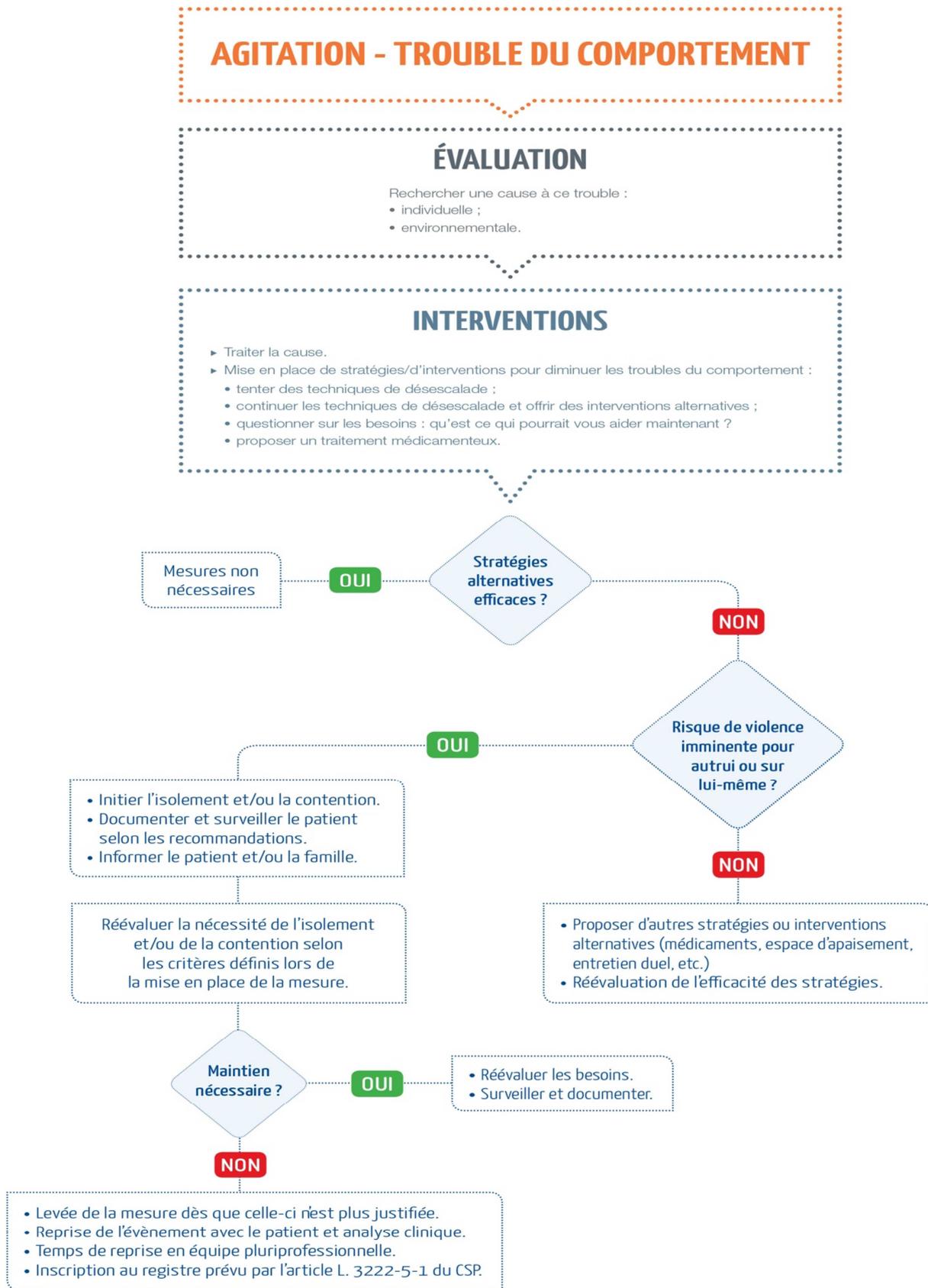
Les autorités sanitaires doivent accompagner la mise en place de cette recommandation de bonne pratique en promouvant les stratégies de formation. Elles doivent poursuivre un travail de réflexion aux plans régional et national sur les pratiques d'isolement et de contention mécanique afin de dégager une politique claire visant à les limiter. Dans cette perspective, il serait souhaitable de mettre en place un observatoire national des soins sans consentement et des mesures d'isolement et de contention mécanique. Cet observatoire devrait participer et stimuler la recherche à partir du recueil des données nationales concernant ce sujet.

En complément de ce travail, des recommandations de bonne pratique doivent également être élaborées pour tous les lieux où existe une pratique d'isolement et de contention (pédopsychiatrie, établissements de santé non désignés pour l'accueil de patients en soins sans consentement, urgences, médecine-chirurgie-obstétrique [MCO], médico-social, unités de soins de longue durée [USLD], etc.).

Annexes

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

Annexe 1. Arbre décisionnel



Annexe 2. Fiche de surveillance isolement

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

IPP :

Date de mise en isolement :

Date de fin de l'isolement :

FICHE DE SURVEILLANCE ISOLEMENT

Service :

Unité :

DÉCISION MÉDICALE 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

CIRCONSTANCES DE SURVENUE

INDICATIONS

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

TROUBLES OU ANTÉCÉDENTS PRÉSENTANT UN RISQUE PARTICULIER

○ Sur le plan somatique :

○ Sur le plan psychiatrique :

INTERVENTIONS ALTERNATIVES TENTÉES

- 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 :

Éléments de surveillance :

- Conscience
- Pouls, tension artérielle
- Température
- Saturation en oxygène
- Fréquence respiratoire
- Alimentation, hydratation
- Élimination intestinale
- Élimination urinaire
- Vérification de la mise en sécurité du patient et de l'espace d'isolement
- Toilette
- Substitut nicotinique ou possibilité de fumer
- Autre : préciser

Temps de sortie hors de l'espace d'isolement avec un soignant

- Non
- Oui : préciser

INFORMATION AU PATIENT ET/OU PROCHES

Date :

Nom du médecin :

Signature :

ARRÊT DE LA MESURE

Date et heure de l'arrêt : __ / __ / __ à __ h __

Motifs de l'arrêt :

Nom du médecin : _____

Signature

SURVEILLANCE

Date :	Heure 1	Heure 2	Heure 3	Heure 4	Heure 5	Heure 6
.....
Conscience						
État psychique						
Traitement médicamenteux						
Pouls/TA						
Température						
Saturation en oxygène						
Fréquence respiratoire						
Alimentation						
Hydratation						
Élimination intestinale						
Élimination urinaire						
Toilette/hygiène corporelle						
Sécurité espace d'isolement						
Sécurité prévenue						
Temps de sortie de l'espace d'isolement						
Autre paramètre :						
Paraphe du soignant						

Date :	Heure 7	Heure 8	Heure 9	Heure 10	Heure 11	Heure 12

Conscience						
État psychique						
Traitement médicamenteux						
Pouls/TA						
Température						
Saturation en oxygène						
Fréquence respiratoire						
Alimentation						
Hydratation						
Élimination intestinale						
Élimination urinaire						
Toilette/hygiène corporelle						
Sécurité espace d'isolement						
Sécurité prévenue						
Temps de sortie de l'espace d'isolement						
Autre paramètre :						
Paraphe du soignant						

Date :	Heure 13	Heure 14	Heure 15	Heure 16	Heure 17	Heure 18
Conscience						
État psychique						
Traitement médicamenteux						
Pouls/TA						
Température						
Saturation en oxygène						
Fréquence respiratoire						
Alimentation						
Hydratation						
Élimination intestinale						
Élimination urinaire						
Toilette/hygiène corporelle						
Sécurité espace d'isolement						
Sécurité prévenue						
Temps de sortie de l'espace d'isolement						
Autre paramètre :						
Paraphe du soignant						

Date :	Heure 19	Heure 20	Heure 21	Heure 22	Heure 23	Heure 24
Conscience						
État psychique						
Traitement médicamenteux						
Pouls/TA						
Température						
Saturation en oxygène						
Fréquence respiratoire						
Alimentation						
Hydratation						
Élimination intestinale						
Élimination urinaire						
Toilette/hygiène corporelle						
Sécurité espace d'isolement						
Sécurité prévenue						
Temps de sortie de l'espace d'isolement						
Autre paramètre :						
Paraphe du soignant						

DÉCISION MÉDICALE – RENOUVELLEMENT ISOLEMENT - J

Date et heure : __ / __ / __ à __ h __

Nom du psychiatre :

Signature :

MOTIF DU MAINTIEN EN ISOLEMENT

PRESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE

Fréquence surveillance état psychique :

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

Éléments de surveillance :

- Conscience
- Pouls, tension artérielle
- Température
- Saturation en oxygène
- Fréquence respiratoire
- Alimentation, hydratation
- Élimination intestinale
- Élimination urinaire
- Vérification de la mise en sécurité du patient et de l'espace d'isolement
- Toilette
- Substitut nicotinique ou possibilité de fumer
- Autre : préciser

Temps de sortie hors de l'espace d'isolement avec un soignant

- Non
- Oui : préciser

ARRÊT

Date et heure de l'arrêt : __ / __ / __ à __ h __

Motif de l'arrêt :

Nom du médecin :

Signature :

Annexe 3. Fiche de surveillance contention et isolement

Nom
Prénom
Date de naissance :
IPP

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 :

DÉCISION MÉDICALE 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

MESURES

ISOLEMENT

CONTENTION

CIRCONSTANCES DE SURVENUE

INDICATIONS

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

TROUBLES OU ANTÉCÉDENTS PRÉSENTANT UN RISQUE PARTICULIER

- o Sur le plan somatique :

- o Sur le plan psychiatrique :

INTERVENTIONS ALTERNATIVES TENTÉES

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

INFORMATION AU PATIENT ET/OU PROCHES

Date :

Nom du médecin :

Signature :

ARRÊT DE LA (DES) MESURE(S)

Isolement

Contention

Date et heure de l'arrêt : __/__/__ à __ h __

Date et heure de l'arrêt : __/__/__ à __ h __

Motifs de l'arrêt :

Nom du médecin : _____

Signature

SURVEILLANCE DES MESURES D'ISOLEMENT ET/OU DE CONTENTION

Date :	Heure 1	Heure 2	Heure 3	Heure 4	Heure 5	Heure 6
Conscience						
État psychique						
Traitement médicamenteux						
Pouls/TA						
Température						
Saturation en oxygène						
Fréquence respiratoire						
Alimentation						
Hydratation						
Élimination intestinale						
Élimination urinaire						
Toilette/hygiène corporelle						
Sécurité espace d'isolement						
Sécurité prévenue						
Temps de sortie de l'espace d'isolement						
Autre paramètre :						
Contention						
Points d'attaches						
État cutané						
Palpation des mollets						
Paraphe du soignant						

Date :	Heure 7	Heure 8	Heure 9	Heure 10	Heure 11	Heure 12
Conscience						
État psychique						
Traitement médicamenteux						
Pouls/TA						
Température						
Saturation en oxygène						
Fréquence respiratoire						
Alimentation						
Hydratation						
Élimination intestinale						
Élimination urinaire						
Toilette/hygiène corporelle						
Sécurité espace d'isolement						
Sécurité prévenue						
Temps de sortie de l'espace d'isolement						
Autre paramètre :						
Contention						
Points d'attaches						
État cutané						
Palpation des mollets						
Paraphe du soignant						

Date :	Heure 13	Heure 14	Heure 15	Heure 16	Heure 17	Heure 18
Conscience						
État psychique						
Traitement médicamenteux						
Pouls/TA						
Température						
Saturation en oxygène						
Fréquence respiratoire						
Alimentation						
Hydratation						
Élimination intestinale						
Élimination urinaire						
Toilette/hygiène corporelle						
Sécurité espace d'isolement						
Sécurité prévenue						
Temps de sortie de l'espace d'isolement						
Autre paramètre :						
Contention						
Points d'attaches						
État cutané						
Palpation des mollets						
Paraphe du soignant						

Date :	Heure 19	Heure 20	Heure 21	Heure 22	Heure 23	Heure 24
Conscience						
État psychique						
Traitement médicamenteux						
Pouls/TA						
Température						
Saturation en oxygène						
Fréquence respiratoire						
Alimentation						
Hydratation						
Élimination intestinale						
Élimination urinaire						
Toilette/hygiène corporelle						
Sécurité espace d'isolement						
Sécurité prévenue						
Temps de sortie de l'espace d'isolement						
Autre paramètre :						
Contention						
Points d'attaches						
État cutané						
Palpation des mollets						
Paraphe du soignant						

DÉCISION MÉDICALE - RENOUELEMENT - J

Isolement

Contention

Date et heure : __ / __ / __ à __ h __

Nom du psychiatre :

Signature :

MOTIF DU MAINTIEN

PRESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE

Fréquence d'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
- Élimination intestinale
- Élimination urinaire
- Vérification de la mise en sécurité du patient et de l'espace d'isolement
- Toilette
- Substitut nicotinique ou possibilité de fumer
- Vérification points d'attaches, état cutané, palpation des mollets
- Prescriptions HBPM
- Bilan biologique : surveillance plaquettes
- Autre : préciser

Contention :

Toilette du patient : au lit en salle de bains

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

- Non Oui : préciser

ARRÊT DE LA (DES) MESURE(S)

Isolement

Contention

Date et heure de l'arrêt : __/__/__ à __ h __ Date et heure de l'arrêt : __/__/__ à __ h __

Motif de l'arrêt :

Nom du médecin : _____

Signature

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 (CNU)*

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 (FFP)

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 de patients et d'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.

(**) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

► 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, Épinay-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 légale, éthique, clinique et organisationnelle, 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 : Dr 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 www.has-sante.fr . 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	Argumentaire scientifique et synthèses de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr