



## Saisine N°12

**La contention en service de soins psychiatrique :  
Comment le soin est-il amené à intégrer un acte pouvant  
être vécu comme violent ?**

# SOMMAIRE

Introduction	3
I - La Loi et les recommandations réglementaires	4
II – Définitions	6
III – Contention, soin, contenance	9
Contention	9
Contention et soin	9
Contention et contenance	11
L'accompagnement du vécu et la mise en sens	14
Essai pour conclure	15
Bibliographie	16

## **Introduction :**

La question de la privation de la liberté, au nom du soin, est un champ de réflexion récurrent en psychiatrie, comme en témoignent les nombreuses sollicitations de notre comité sur ce point.

La question de la contention est à nouveau d'actualité à l'échelle nationale, comme le souligne l'H.A.S. selon laquelle les actes de contention en soin psychiatrique auraient triplé en 2017. Pourtant, les recommandations insistent sur la nécessité de ne recourir à des actes de contention qu'en dernier recours, et avec tout l'arsenal des précautions, réflexions, accompagnements et traçabilité nécessaires. Cela renvoie à la responsabilité d'un acte potentiellement vécu, pour la personne contenue et par le soignant posant cet acte, comme porteur d'une forme de violence.

Parallèlement, la diminution d'une partie des capacités d'hospitalisation pour mettre davantage l'accent sur le soin en ambulatoire, soit une politique globale d'intégration, ouvre la question des capacités contenantes des services ambulatoires pour les patients. Les équipes mobiles, alternatives développées pour diversifier et renforcer la prise en charge ambulatoire potentialisent la question de pouvoir « contenir hors des murs de l'hôpital ». **En conséquence, serait-ce les situations les plus critiques qui arriveraient aujourd'hui à l'hôpital ?**

Comment le soin est-il amené à intégrer la contention, dans les services de soins psychiatriques, soit un acte pouvant être vécu comme violent ? La contention est-elle un soin ? Ou peut-elle être intégrée comme un acte pour permettre de soigner ? **La contention, soin ou acte ?** Quels moyens existent pour « contenir » un patient dans les différents services de psychiatrie (hospitalisation à temps complet ou service de soins ambulatoires) ? Quelles sont les alternatives à la contention ? Quelles sont les conditions qui peuvent rendre cet acte signifiant et structurant, pour le soigné et pour le soignant ? Qu'est-ce qui aujourd'hui peut nous permettre de légitimer un acte de contention, et ainsi nous permettre, en tant que soignant, de se sentir en accord avec soi-même ?

Nous commencerons par faire le point et préciser l'état actuel de la législation et des recommandations, avant d'ouvrir notre réflexion sur la question de l'acte dans le soin, du soin intégrant l'acte, de la place du citoyen en chacun, et de la notion de contenance.

## **I. La loi et les recommandations réglementaires :**

Avant la loi de 2016, le terme « contention » existait au niveau juridique, mais il n'était pas précisément défini.

En 2007, un arrêt de la Cour Administrative d'Appel de Marseille précisait que « la contention physique des malades qui consiste à les maintenir alités, membres supérieurs et inférieurs attachés par des sangles, n'est utilisée, du fait de l'atteinte à la dignité du patient, qu'en dernier recours, après que le personnel soignant ait d'abord usé des pouvoirs de parole, de la pharmacopée à doses suffisantes et des chambres d'isolement. »

La loi du 27/01/2016 a permis d'encadrer juridiquement la pratique de la pose de contentions, avec l'article L3222-5-1 du Code de 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 désignés à cette fin. »

La Haute Autorité de Santé a établi un guide de recommandations de bonnes pratiques de la contention mécanique en février 2017. Lorsque la pose de contentions est décidée, un registre recense le nom du psychiatre décideur de cette mesure, la date, l'heure, la durée de sa mise en place, ainsi que les noms des professionnels qui en ont assuré la surveillance. Ce registre doit être présenté à la Commission Départementale des Soins Psychiatriques, au Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

**La loi est compétente pour veiller sur la conformité des mesures prises (isolement, contention), pas pour la décision médicale concernant ces mesures.**

L'établissement sanitaire est tenu d'établir un rapport annuel dans lequel il rend compte de ses pratiques d'admission en chambre d'isolement, de contentions, des moyens qu'il met en œuvre pour limiter ces pratiques et de l'auto-évaluation de ses pratiques dans ces domaines.

**Le patient doit toujours bénéficier d'une information claire, loyale et appropriée concernant la mise en place et la levée de telles mesures, qui ne doivent jamais être utilisées pour punir, humilier, dominer ou pallier un manque d'effectif soignant.**

Un mauvais usage de la contention peut constituer un délit de violences volontaires, sur le plan pénal (Chambre criminelle de la Cour de Cassation du 06/08/1997). **Par ailleurs, de telles mesures doivent toujours interroger sur le plan éthique, dans la mesure où la liberté d'aller et venir est une grave atteinte à la liberté (article 66 de la Constitution).**

Concernant les patients mineurs (cf bibliographie), l'isolement et la contention ne peuvent s'appliquer qu'aux patients en hospitalisation complète sans consentement, sauf urgence et le temps strictement nécessaire pour gérer la crise.

Pourtant, aucune règle n'encadre la situation du patient mineur, soumis au même régime que le patient majeur.

Néanmoins, le Conseil de l'Europe recommande que les mineurs âgés de moins de 16 ans ne soient jamais soumis à ces pratiques, sauf dans les cas extrêmes où il est nécessaire d'intervenir physiquement pour éviter tout préjudice au mineur concerné ou à un tiers.

Nous remarquons que selon la Loi de janvier 2016-41 : la contention est une « mesure de prévention d'un dommage immédiat ou imminent »

Il semble que la nouvelle loi soit une contrainte supplémentaire pour les professionnels de santé. La modification de la terminologie en passant de « contention physique » à « contention mécanique » ne permet plus de considérer la contenance comme un mode de contention. Il apparaît donc nécessaire de « penser la contention ». Il faut d'ailleurs bien différencier la notion de contenance et l'esprit de la loi.

Il y aurait donc un changement de vision de l'utilisation de la contention depuis la loi Kouchner -4 mars 2002, qui en pointait les abus. La loi actuelle, complémentaire, permet un « recontrôle » des conditions de la contention et une remise en question des pratiques professionnelles pour ne pas utiliser celle-ci. Elle permettrait donc d'envisager d'autres « manières de contenir ».

**À noter que les familles des patients ont pris une part active à ce changement de vision de la contention, avec également un poids important des associations d'usagers, qui ont permis une prise de conscience sociétale.**

La loi nous est essentielle pour encadrer les pratiques professionnelles. Elle va actuellement dans le sens d'une utilisation *a minima* de la contention.

Dans la pratique, l'application de ces recommandations est influencée par le contexte environnemental. En cas de litige, contestation et/ou dépôt de plaintes, le juge ne prend pas forcément en considération les difficultés de la pratique du soin.

## **II. Définitions :**

Un premier éclairage pourrait venir du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), où la contention et la contenance sont définies ainsi :

**Contention :** *Forte tension (nerveuse, musculaire), effort (pour se retenir).*

*Chaleur, véhémence dans la dispute.*

*Tension, effort, application en vue de comprendre, de faire quelque chose, contention d'esprit, de l'attention, contention intellectuelle.*

*En psychologie : contention de la pensée, capacité de la pensée à contrôler ses automatismes.*

*En psychiatrie : immobilisation d'un individu considéré comme dangereux (camisole de force, liens, attaches, brassières, ceinture). La contention est de plus en plus remplacée par les neuroleptiques et les tranquillisants.*

*Immobilisation d'un animal (pour le soigner, le ferrer, etc).*

**Contenir :** *Tenir dans certaines limites... Les limites (de fait ou simplement possibles) sont d'ordre spatial ou naturel...*

*Être capable de renfermer une quantité précise dans son espace ou dans son volume... avoir, tenir telle chose dans sa nature, être composé de... Enfermer dans son espace et sa capacité.*

*Les limites sont d'ordre social, moral ou affectif : renfermer dans certaines limites pour empêcher de s'étendre, faire face à quelqu'un ou à quelque chose pour s'en rendre maître.*

*Domaine affectif, moral : réprimer ses sentiments et leurs manifestations extérieures... contenir dans les bornes de...*

*Calmer l'indignation de quelqu'un, maintenir dans le devoir et l'obéissance...*

*Emploi pronom : dominer ses instincts ou ses passions... avoir un maintien réservé, garder une certaine retenue dans son attitude...*

*Se contenir à, dans, se cantonner, se borner à...*

*Emploi pronom réciproque : se maintenir l'un l'autre...*

Certaines définitions « agitent » nos émotions. Elles interrogent indéniablement de manière « violente » nos conceptions personnelles, notre « être à l'autre » et ce que « l'autre » renvoie à notre façon d'être. **Entre le soignant et le soigné, finalement « qui isole l'autre ? »**. Le CNRTL définit d'ailleurs l'isolement comme « *mettre à part, mettre à l'écart, matériellement ou moralement.* »

En pratique, quel que soit le service d'hospitalisation, la contention est théoriquement appliquée auprès de patients présentant un risque d'auto-/ ou d'hétéro-agressivité selon des modalités très réglementées et sur prescription médicale, en tant que « mesure de prévention d'un dommage immédiat ou imminent » (loi de janv. 2016-41), elle constitue implicitement un acte violent.

Et si la loi prévoit l'utilisation à minima des contentions, entraves physiques à la liberté, il existe parfois un décalage entre la loi... et la réalité du soin, en raison de la complexité et de la singularité de chaque situation.

La contention est l'entrave et une forme d'isolement dans un espace restreint. Mais la contention peut être aussi permise par la pause d'un cadre rassurant pour « rester dans les clous ». Il en existe d'autres formes comme le contrat passé avec le patient, ou encore la prise dans les bras, de l'enfant, par le soignant en pédopsychiatrie. Nous chercherons ici à différencier et relier les notions de contention et de contenance.

Nous distinguons la contention de la violence (par contention mécanique, en tant que force mécanique), et la contention du vécu émotionnel du patient (par contention humaine, physique et /ou psychique).

La contention, qu'elle soit mécanique ou corporelle, est le maintien ou l'immobilisation du patient en ayant recours à la force physique (Haute Autorité de Santé, synthèse de recommandation de bonne pratique en psychiatrie générale, 2017).

La contention mécanique regroupe l'ensemble de tous les 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 pour celle d'autrui (H.A.S., synthèse de recommandation de bonne pratique en psychiatrie générale, 2017).

Elle intègre également, dans une plus large mesure, l'isolement du patient (du service de soins en chambre de « protection et soins intensifs » ou « chambre d'apaisement »), ainsi que la prescription de traitements sédatifs (créés par le chirurgien et neurobiologiste Henri Laborit et utilisés dès 1951), populairement nommés « camisole chimique » et substituts progressifs de la tristement nommée « camisole de force ».

Par ailleurs « *...la santé consiste dans une activité moyenne. Elle implique en effet un développement harmonique de toutes les fonctions, et les fonctions ne peuvent se développer harmoniquement qu'à condition de se modérer les unes les autres, c'est-à-dire de se contenir mutuellement en deçà de certaines limites, au-delà desquelles la maladie commence et le plaisir cesse.* » Durkheim, De la division au travail.



### III. Contention, soin, contenance :

**Le soin peut-il alors intégrer un acte potentiellement porteur d'une forme de violence ? Doit-on lutter contre cette forme de violence ? Cette violence potentielle existe à court, moyen et long terme dans la contention. Pourquoi la rencontre avec l'autre est-elle violente ?**

#### Contention :

La contention doit être distinguée de la contenance, bien que les deux soient liées.

La contention apparaît comme un acte recherchant la contenance du patient, il répond à une forme de débordement porteur d'une forme de danger ; ce qui est recherché *in fine*, c'est la contenance de la personne. La contenance s'inscrit à différents niveaux pour la personne : corps, émotions, psyché, angoisse, sentiment de soi, sécurité en soi et avec l'environnement... La contention pourrait être perçue comme un soin quand elle permet l'instauration ou la restauration de la contenance de la personne. Si la contention actée peut apparaître dans certaines situations comme un incontournable nécessaire pour des raisons de sécurité, il apparaît que les effets produits pour la personne entravée peuvent, dans les suites, permettre de restaurer de la contenance, ou au contraire accroître les difficultés de contenance de la personne, en accentuant son insécurité, son sentiment de danger dans le lien à l'autre, en jouant une effraction corporelle, en jouant une forme d'objectivation... L'enjeu pour les soignants est donc de rechercher par tous les moyens, les outils, les savoir-faire, les savoir-être, la compréhension des processus qui permettent d'inscrire leurs gestes dans un acte de soin, c'est-à-dire un travail de reconstruction ou de construction de la capacité de contenance de la personne.

#### Contention et soin :

La contention ne peut être une prescription, car seul le soin peut être prescrit, or la contention n'est en soi pas un soin mais un acte. Pourtant, cet acte de contention est utilisé dans les protocoles de contention et d'isolement (par exemple, dans le cadre des transferts des patients en Soins sans consentement sur Décision d'un Représentant de l'État, ou encore pour les personnes âgées). Sur le plan juridique, c'est l'établissement, et le médecin ayant décidé, qui

seraient responsables. Cependant, l'équipe peut être en difficulté à « rallier » cette décision. Il serait à différencier la décision médicale de la prescription médicale. Une prescription consiste à « ordonner » un acte (comme dans le terme ordonnance, il s'agit par exemple de prendre le traitement). La décision médicale consiste à autoriser un acte potentiel, qui peut être ou non réalisé selon les besoins évalués en équipes.

Quelles sont les indications de la contention ? Le geste n'a pas la même orientation si le patient souffre de schizophrénie, s'il est délirant, s'il se mutilé ou s'il présente des troubles de la personnalité. Selon les cas, la contention protège et/ou permet le soin.

Par exemple, pour les patients aux traits paranoïdes et/ou dans le déni de leurs troubles, toute intervention physique ou verbale peut être vécue comme violente, intrusive, persécutante. De même, d'autres patients ne sont pas en capacité de remettre en cause, leurs gestes même dangereux. Ainsi même si l'acte de soin peut alors revêtir une forme de violence, il s'agirait d'une violence « salutaire » si elle permet une protection et un prendre soin de ce qui « déborde » et s'avérerait potentiellement destructeur pour le patient.

Cependant, certaines situations nous montrent que le choix d'une absence de contention physique permet de restaurer une forme de confiance dans la relation, même chez des personnes difficilement accessibles (exemple d'un patient qui rapporte : « j'ai vu que ce [l'équipe soignante] ne sont pas des sauvages... »).

L'isolement, autre moyen de contenance, est un acte thérapeutique du fait de son potentiel apaisant. En hospitalisation, la présence de pièces d'isolement peut permettre à des patients de se mettre en retrait, de leur propre initiative, quand ils en ressentent le besoin. Le vécu peut être différent, quand l'isolement est agi par la personne elle-même, avec le sentiment d'être accompagnée et respectée dans ses besoins, plutôt que décidé et acté par l'autre (le soignant).

La contention n'est pas forcément un "sanglage", elle peut être un enveloppement physique, d'un enfant par exemple, ce qui en fait un acte thérapeutique prenant son sens en termes de soin. La contenance physique visant à l'apaisement et à la contenance psychique.

**Gardons néanmoins à l'esprit que la décision de la contention peut être influencée par la pression d'une société plus ou moins sécuritaire, selon l'époque et les choix politique et sociétaux.**

### Contention et contenance :

L'hôpital est en lui-même un espace de contenance sociétal, il reçoit pour contenir. Ainsi certaines personnes suicidaires n'arrivent pas au service d'urgence, quand la famille, les amis sont présents et peuvent accompagner et contenir. En ambulatoire comme en intra-hospitalier, l'aide aux aidants, le soutien aux proches, est une forme de soin, indirecte, de la personne comme du collectif. L'accompagnement des équipes scolaires, ou des équipes d'accueil des enfants est également une forme de soin de contenance, pour l'enfant et pour le collectif.

Le patient est, comme tout être vivant, très interdépendant de son environnement qui peut générer ou pas de l'angoisse. La possibilité d'intervenir en premier lieu sur l'environnement reste potentiellement complémentaire du travail avec le patient lui-même. **Cette forme de « culture de la contenance » est, sans doute, une forme de prévention de l'acte de contention**, devenu nécessaire quand le patient déborde de ses propres capacités de contenance.

Ainsi la contenance relève d'un champ bien plus vaste que l'acte de contention, à l'image de la capacité de rêverie contenante décrite par Bion. La contenance s'exprime dans tous les registres de la réalité humaine : contenance de la personne par sa famille, contenance des émotions, angoisses et comportements de la personne par les soignants, contenance des enseignants et des camarades de classe pour l'enfant scolarisé... Derrière la notion de contention se théorise la notion de contenance.

La contenance dans certains services se fait par la présence humaine, cela relève alors d'un choix, d'une politique de service. A ce choix s'oppose la question budgétaire : le coût de la présence humaine, dans un contexte de restriction budgétaire globale. Faut-il faire un choix entre le bilan financier et le bilan humain ? Si tel était le cas, il nous reviendrait de chercher le coût humain d'une contention actée par rapport à une contenance par la présence et le lien humain, ainsi que ses conséquences y compris financières, et donc assumées collectivement.

La contenance de l'équipe ainsi que les choix de service, soit le processus du vivant d'une vie d'équipe, amène des différences importantes d'un service à l'autre : certains entravent beaucoup, d'autres non... Il est intéressant de chercher à repérer les modalités particulières de ceux qui ont peu recours aux contentions, et d'ouvrir à l'échange : d'autres modalités d'apaisement seraient-elles applicables dans les autres services ?

Une piste est la présence de soignants plus anciens, donc plus expérimentés dans tous les services. Outre leurs possibilités de transmettre aux plus jeunes leurs réflexions, savoirs-être, leur gestion de la relation en situation de crise ou de débordement, leur présence peut être apaisante par leur assise intérieure. De même, de jeunes soignants au regard neuf peuvent apporter créativité et dynamisme au sein de l'équipe. L'objectif étant de mettre en pratique l'intelligence émotionnelle de chacun.

C'est ainsi la stabilité d'une équipe qui permettra l'approfondissement des liens, le développement d'un langage commun, et la sécurité qu'apporte une bonne connaissance de ses partenaires de travail. Les espaces d'échanges, qu'ils soient formels (Comité d'Éthique, synthèse, supervision..) ou informels (repas, café, événements de service, possibilités de « se croiser » et donc de se parler..) sont ressources pour les liens dans l'équipe et la régulation des situations et des vécus. Toute équipe en souffrance ayant besoin d'être entendue.

Enfin des outils tels que la formation institutionnelle (OMEGA®, relation d'aide, éthnopsychiatrie...) sont précieux pour développer de la cohérence et des savoirs-faire, savoirs-être. Nous notons également la pertinence d'un nombre de soignants suffisant autour du patient dans les moments où il est en difficulté.

### **Ainsi, la pratique de la contention risquerait-elle de se généraliser lorsque l'humain disparaît ?**

En effet, un enchaînement de conséquences négatives pourrait découler d'une application plus ou moins systématique de la contention : des actes de contention non accompagnés, une recherche de sécurisation et parfois de sécurité, le risque d'une mise en contention rapide par manque de temps,...Les conséquences en seraient alors : le risque d'une violence ressentie par le patient (humiliation, frustration, impuissance...), la perte de lien et d'alliance avec ce dernier, des tensions interpersonnelles, une majoration de la souffrance des soignants,...

Ainsi une contention, à l'image de ce que Françoise Dolto nomme la castration symboligène ou non, peut produire un cercle processuel aggravant, ou au contraire un cercle processuel vertueux : plus de confiance, plus de détente, plus d'autonomie de la personne, un sentiment de réussite et de réalisation pour le soignant, une meilleure « ambiance » d'équipe... Les facteurs et conditions de

ces processus restent très précieux à repérer, à étudier, afin d'opérer des choix qui restent, quoi qu'il advienne, des choix thérapeutiques, dont les conséquences touchent tout le monde, patient, soignant et collectif sociétal.

**La contenance et les capacités de contenir de l'équipe à l'heure actuelle ne s'évaluent pas mais se constatent.** Cette capacité de l'équipe va être liée à ses conditions de vie d'équipe. Ainsi les choix s'opèrent au niveau du service et bien sûr au niveau institutionnel. Les capacités d'installer ou de permettre l'installation d'une forme de contenance et de sécurité dans la vie de l'équipe, dans la vie du service, concernent l'ensemble de l'institution, et relèvent d'une forme de choix collectif multi-étagé. Ainsi, la réflexion que nous partageons nous concerne tous dans nos places professionnelles, dans cette recherche constante d'une cohérence de valeurs, dont l'appropriation passe par le dialogue, et la co-construction du sens de nos actes de soin.

Pourrait-on imaginer des recherches au sein de notre institution ? Par exemple la corrélation entre taux d'isolement et prescription de neuroleptiques au sein des services, corrélation de certaines pratiques d'apaisement avec le taux d'isolement ? L'existence précieuse au Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) d'un nouveau service dédié à la recherche constitue un outil potentiel.

Un thème de recherche pourrait être : comment mettre en place d'autres dispositifs (et lesquels) dans la rencontre avec l'autre, avant de poser une contention, pensée alors « en dernier recours si nécessité » ? Le nombre de soignants modifie-t-il les pratiques ? De quelles façons ? Avec quelles conséquences-résultats ?

**La parole reste notre outil fondamental de soin, même dans les moments les plus critiques, même face à la violence.** La contention psychique reste notre première intention, la contention mécanique restant un dernier recours. Et si contention mécanique il y a, l'importance du verbal et du non-verbal dans l'accompagnement par le soignant garde toute sa place ; il est question de savoir-être, et non seulement de langage et de contenu du message. Certains soignants sont en capacité de contenir le patient uniquement psychiquement, en étant eux-mêmes, de par leur présence habitée et assise, ce qui est plus compliqué pour d'autres qui auront recours plus systématiquement ou plus facilement à la contention mécanique. La cohésion d'équipe est essentielle dans ces moments de contenance, cette cohésion pouvant elle-même être vécue comme enveloppante et contenante pour le patient.

## **L'accompagnement du vécu et de la « mise en sens » :**

### Du côté de la personne « entravée » :

La parole accompagnant la contention est précieuse et nécessaire, même si le patient semble ne plus être en capacité de la recevoir, c'est-à-dire de l'entendre et la comprendre ; lui parler le resitue dans sa place de sujet, en posant sa reconnaissance. Le patient a alors la perception d'un autre être humain qui communique avec lui.

Il serait intéressant **d'évoquer en amont avec le patient** sa possible contention lorsque le risque est pressenti de la survenue d'une mise en danger.

La parole, l'échange, l'explication et la mise en sens apparaissent tout aussi nécessaires avec les proches du patient, afin que soit conservée l'alliance, mais aussi leur collaboration dans le soin au patient. La contention peut leur faire violence comme à leurs proches, d'autant qu'ils sont souvent aux prises avec leur demande. Nommer ce que l'on agit, et agir ce que l'on nomme, reste une base fondamentale du lien de confiance, avec le patient comme avec ses proches.

### Du côté de la personne qui « entrave » :

La contention est également violente pour les soignants qui l'appliquent, et nécessite un débriefing. Cela correspond à la remise en mots, à la remise en sens, un temps nécessaire pour les soignants, au bénéfice du patient. Cela permet également une reprise sur la qualité ou les difficultés de la contention vécue de part et d'autre.

Le soignant peut avoir un sentiment de culpabilité d'avoir participé à l'acte, à un moment donné, de priver la personne de sa liberté de mouvement. Chacun peut éprouver le besoin d'être en accord envers lui-même et avec son service pour exercer son art sereinement.

L'espace d'échange pluri-professionnel reste l'outil de développement et d'enrichissement de nos pratiques. La théorisation, dont nous sommes tous responsables, nécessite une temporalité qui doit être assurée et reconnue.

Dans toute équipe, l'échange et la recherche d'une forme de consensus peuvent permettre une cohésion plus fluide et mieux habitée pour le soin.

#### IV. Essai pour conclure :

Peut-être est-il question d'accepter en premier lieu qu'il n'y ait pas de « bonne méthode » de contention, et que, **quelque soit le protocole que l'on applique, nous serons au risque d'être violent**. La contention est à considérer comme une protection pour le patient et pour autrui. Le risque de son utilisation serait sa systématisation du fait que cela est autorisé.

Des alternatives comme la **non-contention** existent, que des équipes françaises et étrangères ont théorisées, expérimentées et évaluées. Elles ont été pensées dans le respect du patient et du soignant et font l'objet d'**une mise en mot régulière en équipe, en lien avec une démarche institutionnelle forte et contenante**, pour que chacun puisse rester en accord avec lui-même et avec le soin.

**Gardons à l'esprit que tout acte de soin engage aussi le soignant en tant que citoyen, tout patient étant avant tout un citoyen.**

Ainsi continuerons-nous à rechercher la place du respect de la personne que nous accompagnons par des postures pensées dans le respect de nos valeurs, autant que possible, puisque vers nos valeurs nous tendons telle l'asymptote\*, sans qu'aucune perfection ne puisse humainement être atteinte.

\*En mathématique, droite telle que la distance d'un point d'une courbe à cette droite tend vers 0, lorsque le point s'éloigne à l'infini sur la courbe. L'asymptote s'approche de la courbe sans jamais la rencontrer. Au sens figuré, (littérature), « *la science est l'asymptote de la vérité, elle approche sans cesse et ne touche jamais.* » V.

## Bibliographie :



### ◆ *L'isolement et la contention des mineurs*

Les textes évoquent essentiellement la contention et la mise en isolement pour les personnes majeures.

Mais, qu'en est-il pour nos mineurs ?

Ces pratiques ne peuvent s'effectuer que sur des patients en hospitalisation complète sans consentement, sauf urgence et le temps strictement nécessaire pour pouvoir gérer la crise.

Pour autant, aucune règle ne vient encadrer la situation du mineur qui sera soumise au même régime que le majeur.

Ainsi, les mesures d'isolement ou de contention doivent faire l'objet d'une décision médicale :

- de « *dernier recours* » : c'est-à-dire, utiliser cette solution lorsque toute autre alternative a échoué. Décision médicale, qui doit être adaptée, nécessaire et proportionnée à son état mental.

- limitée dans le temps et soumise à une surveillance stricte.

- « *pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui* ». C'est donc pour le mineur une mesure de protection pour lui et son entourage. Ces mesures ne peuvent répondre à des impératifs d'ordre disciplinaire.

Quelques recommandations ont été prises concernant les délais de la contention et de l'isolement ainsi que pour l'âge des mineurs

Les recommandations du Conseil de l'Europe sur l'âge des mineurs	Les recommandations de la HAS sur les délais
Le Conseil de l'Europe recommande que les mineurs âgés de moins de 16 ans ne soient jamais soumis à ces pratiques. Sauf dans les cas extrêmes où il est nécessaire d'intervenir physiquement pour éviter tout préjudice au mineur concerné ou à un tiers.	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Période de 6 heures maximum pour la contention</li><li>➤ Période de 12 heures maximum pour l'isolement</li></ul>

## Recommandations de la Haute Autorité de Santé

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale)



## SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

# Contention mécanique en psychiatrie générale

## Février 2017

**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.**

### MESSAGES CLÉS

- La contention est indiquée exceptionnellement en dernier recours, pour une durée limitée et strictement nécessaire, après une évaluation du patient, et uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement.
- La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement. Ne peuvent être isolés que les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.
- La mise sous contention mécanique est réalisée sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement.
- Un entretien et un examen médical sont réalisés au moment de la mise sous contention mécanique.
- Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient.
- À l'initiation de la mesure, l'indication est limitée à 6 heures. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 6 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures. Les contentions mécaniques de plus de 24 heures doivent être exceptionnelles.

## MESSAGES CLÉS (SUITE)

- Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.
- Il est indispensable, au moment de la mise en place de la contention mécanique, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de la mise sous contention et les critères permettant sa levée.
- La mise en place d'une mesure de contention mécanique doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
- La 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.
- La contention mécanique doit être levée, sur décision médicale, dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié.
- Après la levée de la contention mécanique, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe. Cela donne lieu à une analyse clinique tracée dans le dossier du patient.
- À l'issue d'une mesure de contention mécanique, un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle doit avoir lieu.
- Chaque mesure de contention mécanique doit être enregistrée dans un registre en préservant l'anonymat du patient. 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.

## INDICATIONS

- Prévention d'une violence imminente du patient ou réponse 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.
- 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.
- Exceptionnellement, en dernier recours, pour une durée limitée et strictement nécessaire, après une évaluation du patient, et uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement.
- Mesure pleinement justifiée par des arguments cliniques.

## CONTRE-INDICATIONS

- Jamais pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination.
- En aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels.
- État clinique ne nécessitant pas une contention.
- Réflexion bénéfices-risques à mener lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave.

## MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement. Ne peuvent être isolés que les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.
- La mise sous contention mécanique est réalisée 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 contention mécanique est justifiée, si elle doit être maintenue ou si elle doit être levée.
- Un entretien et un examen médical sont réalisés au moment 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 la contention mécanique et de l'évolution clinique du patient sous contention mécanique ;
  - identifier et mettre en place les soins permettant d'accélérer la levée de la contention mécanique.
- Le médecin est 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.
- Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient et comporte :
  - l'identité du patient ;
  - la date et l'heure de début et de fin de mise sous contention mécanique ;
  - le nom de l'unité, les modalités d'hospitalisation ;
  - le motif de la mise 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 la 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, l'indication doit être limitée à 6 heures maximum. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 6 heures. 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 contentions mécaniques de plus de 24 heures doivent être exceptionnelles.
- Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.
- En aucun cas, le recours à une mesure 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 de contention mécanique est à proscrire. La mesure « si besoin » ne peut s'appliquer.

## LIEU DE MISE EN ŒUVRE

La contention mécanique est associée à une mise en isolement. Elle ne peut avoir lieu que dans un espace dédié avec des équipements spécifiques. La contention mécanique ne peut se faire qu'en position allongée.

## LES EXCEPTIONS

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 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.

## 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.
- Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par 24 heures afin :
  - d'évaluer son état physique, notamment les risques de complication thromboembolique, 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 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.
- La surveillance de l'état psychique par l'équipe soignante se fait au moins toutes les heures et peut aller jusqu'à une surveillance continue.
- La surveillance des paramètres physiologiques est assurée par l'équipe soignante (tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, palpation des mollets, etc.) en fonction de la prescription médicale.
- Les sevrages sont pris en compte en proposant des traitements substitutifs, notamment pour le tabac.
- La vérification des points d'attaches, de l'état cutané et des besoins physiologiques du patient relève du rôle propre infirmier.
- Cette surveillance régulière du patient doit permettre de rétablir un contact, de travailler l'alliance, de prévenir les risques de complications somatiques. Elle est 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 en fonction de la balance bénéfices-risques, notamment par la prescription d'un traitement anticoagulant.

## SURVEILLANCE (SUITE)

- Une attention particulière est portée 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.

## INFORMATION DU PATIENT

- Il est indispensable, au moment de la mise en place de la contention mécanique, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de la mise sous contention 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 de contention mécanique (surveillances, 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.

## SÉCURITE DU PATIENT ET DES SOIGNANTS – CONDITIONS DE LA CONTENTION MÉCANIQUE

- La mise en place d'une mesure 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...). 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.

## SÉCURITÉ DU PATIENT ET DES SOIGNANTS – CONDITIONS DE LA CONTENTION MÉCANIQUE (SUITE)

- Les équipes doivent être formées et entraînées à la prévention, à la gestion de la violence et aux techniques de désamorçage.
- Les risques somatiques étant majorés en cas de contention mécanique, les équipements de réanimation, incluant un défibrillateur, de l'oxygène, du matériel de perfusion, d'aspiration et des médicaments de réanimation doivent être à proximité et rapidement disponibles.
- L'équipe soignante doit être formée aux premiers secours, et les médecins, à l'utilisation du matériel de réanimation.
- La mesure de contention mécanique doit respecter les droits des patients à la dignité et au respect de leur intégrité corporelle.
- Le début et la fin de toute mesure de contention mécanique sont portés à la connaissance du praticien hospitalier d'astreinte, de l'interne et du cadre de garde.

## 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.
- Le médecin présent participe à la mise sous contention mécanique.
- Le patient est immobilisé par 4 soignants (un par membre, empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse) et un 5<sup>e</sup> 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 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.
- 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.
- Ne jamais placer de serviette, sac, coussin sur le visage du patient, pendant ou après la mise sous contention.
- 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.

## LEVÉE DE LA MESURE DE CONTENTION MÉCANIQUE

- La contention mécanique doit être levée, sur décision médicale, dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié.
- L'équipe soignante peut à tout moment solliciter le médecin afin de lever la mesure.
- La contention mécanique ne peut être maintenue 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 la mesure de 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.

## ANALYSE À LA LEVÉE DE LA MESURE DE CONTENTION MÉCANIQUE AVEC LE PATIENT

- Après la levée de la contention mécanique, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe. Cela donne lieu à une analyse clinique tracée 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 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 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.

## TEMPS DE REPRISE EN ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE

- À l'issue d'une mesure de contention mécanique, un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle a lieu et consiste 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 aurait permis une résolution sans violence ;

## TEMPS DE REPRISE EN ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE (SUITE)

- 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 de contention ; l'information sur la mesure de contention ainsi que sur la levée doit être faite 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 la contention : retravailler en équipe la prévention, améliorer la contenance relationnelle à travers la disponibilité, le renforcement et la qualification de l'équipe soignante.

## RECUEIL DES DONNÉES ET POLITIQUE D'ÉTABLISSEMENT

Un registre administratif doit être 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, conformément à l'article 72 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

- Pour chaque mesure de contention mécanique, ce registre préservant l'anonymat du patient 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 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 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 établit, tous les ans, un rapport rendant compte des pratiques de 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 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).

