

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction régulation de l'offre de soins

Bureau prises en charge post-aiguës,
pathologies chroniques et santé mentale

Direction générale de la santé

Sous-direction de la santé des populations
et de la prévention des maladies chroniques

Bureau de la santé mentale (SP4)

Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement

NOR : AFSH1710003J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 17 mars 2017. – Visa CNP 2017-31.

Visée par le SG-MCAS le 28 mars 2017.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application.

Résumé : l'article 72 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé introduit au sein du code de la santé publique l'article L. 3222-5-1 qui dispose que l'isolement et la contention sont des pratiques devant être utilisées en dernier recours et énonce clairement un objectif d'encadrement et de réduction de ces pratiques. La présente instruction vise à préciser les modalités de mise en œuvre du registre prévu par la loi dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné pour assurer des soins psychiatriques sans consentement ainsi que l'utilisation des données au sein de chaque établissement, aux niveaux régional et national pour le suivi de ces pratiques.

Mots clés : contention – isolement – registre – soins sans consentement – soins psychiatriques.

Références : loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Annexes :

Annexe I. – Contenu du registre des établissements autorisés en psychiatrie et désignés pour assurer les soins sans consentement, à remplir pour chaque mesure d'isolement et chaque mesure de contention mécanique.

Annexe II. – Enquête nationale : indicateurs et modalités de recueil.

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.

L'article L. 3222-5-1, introduit au sein du code de la santé publique par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dispose que l'isolement et la contention sont des pratiques devant être utilisées en dernier recours et énonce clairement un objectif d'encadrement et de réduction de ces pratiques.

Cette disposition s'inscrit dans le cadre d'une politique déterminée de prévention, de réduction et de contrôle des pratiques d'isolement et de contention partagée au niveau européen. Les recommandations du comité des ministres du Conseil de l'Europe¹ affirment ainsi la nécessité d'évaluer les risques liés à ces pratiques, de réexaminer régulièrement la pertinence de leur mise en œuvre et d'organiser leur traçabilité.

L'article L. 3222-5-1 prévoit la création d'un registre 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. La présente instruction vise à préciser les modalités de mise en œuvre du registre et l'utilisation des données recueillies au niveau des établissements, des régions et de l'État.

L'article L. 3222-5-1 s'inscrit dans le code de la santé publique au sein du chapitre consacré aux établissements de santé chargés d'assurer les soins sans consentement. La présente instruction ne traite donc pas des pratiques restrictives de liberté qui sont susceptibles d'exister dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie mais non désignés pour assurer des soins psychiatriques sans consentement, dans les établissements de santé exerçant une activité autre que la psychiatrie ou dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette instruction est complétée par les recommandations pour la pratique clinique élaborées par la HAS.

I. – RAPPEL DU CADRE LÉGAL ET DE L'OBJECTIF DE RÉDUCTION DU RECOURS AUX PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

L'article L. 3211-3 du code de la santé publique dispose que lorsqu'une personne présentant des troubles psychiques fait l'objet de soins psychiatriques sans son consentement, « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée ».

En dehors des soins sans consentement, le recours à l'isolement ou à la contention pour des personnes en soins libres doit être limité aux cas prévus par la circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (Circulaire Veil). Cette dernière précise que les personnes dites en soins psychiatriques libres ont le droit, « sous les réserves liées au bon fonctionnement du service, de circuler librement dans l'établissement et ne peuvent en aucun cas être installées dans des services fermés à clef ni *a fortiori* dans des chambres verrouillées. Toutefois, en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation en soins sans consentement ».

Si la mise en isolement et la contention peuvent être considérées comme nécessaires dans certaines situations qui doivent rester exceptionnelles et limitées dans le temps, la contrainte particulière qu'elles représentent pour les personnes concernées justifie qu'elles fassent l'objet d'un suivi spécifique et systématique prévu par la loi. Le comité des ministres du Conseil de l'Europe, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), la contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) émettent depuis plusieurs années des recommandations en ce sens. La CGLPL constate ainsi de façon récurrente, lors de ses visites², des pratiques hétérogènes selon les établissements et, au sein des établissements, entre services et recommande un suivi quantitatif et qualitatif de ces pratiques notamment par la création d'un registre.

L'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique traduit la volonté du législateur de suivre ces recommandations :

– en insistant, d'une part, sur le caractère exceptionnel de ces pratiques :

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

¹ Recommandation 2004-10 du Comité des Ministres aux États membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.

² Isolement et contention dans les établissements de santé mentale, Contrôle général des lieux de privation de liberté, Dalloz, mai 2016, disponible sur http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2016/07/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf<http://www.cgpl.fr>

- en prévoyant, d'autre part, d'assurer leur traçabilité pour permettre à la fois un contrôle et une évolution des pratiques à partir de données objectives :

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

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

Si le recueil de pratiques au sein d'un registre permet aux organismes et personnes habilités à le consulter de remplir leurs missions, il doit aussi servir à alimenter la réflexion de la communauté médico-soignante sur ses pratiques et leurs évolutions.

A. – DES MESURES DE PROTECTION DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE

La contention et l'isolement constituent des mesures de protection du patient et de son entourage dans l'unité de soins mais ne peuvent répondre à des impératifs d'ordre sécuritaire ou disciplinaire. En conséquence, lorsque des personnes détenues sont hospitalisées dans l'attente d'une place en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), le recours à l'isolement et à la contention doit relever d'une nécessité médicale. Les modalités de mise en œuvre de cette recommandation dans les établissements feront l'objet de travaux interministériels des ministères de la santé, de la justice et de l'intérieur.

La mise en œuvre des recommandations de bonne pratique au sein des unités pour malades difficiles (UMD) et des UHSA tient compte des particularités cliniques et de fonctionnement de ces unités.

Le recours à ces pratiques s'inscrit dans un processus complexe justifié par l'état clinique du patient et qui requiert que soient tracées dans le dossier médical *a minima* la décision, la délivrance de soins, la surveillance professionnelle de proximité.

Dans sa partie relative à la sécurité incendie et aux secours, ainsi qu'à la formation du personnel à la sécurité incendie, le règlement intérieur de chaque établissement prend en compte l'existence d'espaces d'isolement et détermine les procédures et dispositifs nécessaires à la sécurité et au secours des personnes placées dans ces espaces.

a) La mesure d'isolement ou de contention sur décision d'un psychiatre

La mesure d'isolement ou de contention sur décision d'un psychiatre ne peut être prise que sur les éléments cliniques d'un examen médical. Elle doit être motivée au sein du dossier médical du patient afin d'en justifier le caractère adapté, nécessaire et proportionné à l'état clinique du patient. Elle comprend des éléments permettant de décrire la prévention d'un dommage imminent ou immédiat. La motivation doit notamment faire apparaître les mesures mises en œuvre au préalable sans succès afin d'établir qu'elle est réellement prise en dernier recours.

Aucune décision ne peut être prise par anticipation ni avec l'indication « si besoin ». Dès la décision prise, les professionnels de santé doivent rechercher les moyens de lever ces mesures dans les plus brefs délais afin de garantir le caractère limité dans le temps de la contrainte.

Les logiciels d'informatisation du dossier médical du patient doivent prévoir la traçabilité de la décision médicale et du suivi de la mesure (soins, surveillance...)

b) L'isolement dans un espace dédié

Tout isolement ne peut se faire que dans un espace fermé, dédié, aménagé pour cet usage, permettant une surveillance par les professionnels soignants, quelle que soit la dénomination adoptée par l'établissement. L'isolement dans une chambre ordinaire est donc proscrit. La sécurité du patient dont l'état clinique justifie un isolement exige en effet un lieu adapté et dédié. La disponibilité de sa chambre est assurée au patient à tout moment dès l'amélioration de son état clinique. Les espaces d'isolement ne doivent pas être comptabilisés dans les capacités de l'établissement pour le calcul des taux d'occupation.

c) La contention mécanique

La contention mécanique consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit dans un espace dédié.

Des recommandations pour la pratique clinique sur l'isolement et la contention ont été publiées par la Haute autorité de santé (HAS³).

Ces textes préciseront les modalités détaillées de mise en œuvre de ces mesures (indications, contre-indications, qualité du médecin auteur de la décision, fréquence de la surveillance infirmière, information du patient, durée maximum, levée de la mesure, analyse de la levée avec le patient, temps de reprise en équipe...)

B. – UNE POLITIQUE POUR LIMITER LE RECOURS À CES PRATIQUES
DÉFINIE AU SEIN DE CHAQUE ÉTABLISSEMENT

La limitation des mesures de restriction de liberté est intégrée au sein du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins proposé par la commission médicale d'établissement (CME), au sein du projet médical de l'établissement et le cas échéant au sein du projet médical partagé.

La CME est informée chaque trimestre de la situation quantitative des mesures et organise le suivi qualitatif en lien avec le département d'information médicale afin d'analyser et d'interpréter les données recueillies entre services et pôles.

L'évaluation du recours à ces pratiques fait partie du programme de développement professionnel continu (DPC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) (audits sur les chambres d'isolement, par exemple).

Les perspectives d'amélioration sont basées sur l'élaboration de protocoles précis (par exemple protocole de désescalade, dispositifs de prévention des moments de violence⁴), le DPC (plans de formation des personnels concernés), l'aménagement d'espaces dédiés dans les établissements non pourvus, des améliorations architecturales et le développement de mesures alternatives.

La commission des usagers est associée à la politique définie pour limiter le recours à la contention et à l'isolement.

La mise en œuvre d'une politique et d'une organisation au sein de l'établissement doit permettre d'atteindre le niveau d'exigence désormais attendu par les recommandations de bonne pratique : à terme les établissements doivent être équipés d'espaces dédiés à l'isolement et disposer de protocoles de recours à la contention et à l'isolement.

La loi prévoit toutefois la mise en œuvre immédiate d'un registre.

II. – CHAMP D'APPLICATION ET CONTENU DU REGISTRE (cf. annexe I)

A. – ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS POUR ASSURER DES SOINS SANS CONSENTEMENT,
PATIENTS FAISANT L'OBJET DE MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT DANS CES ÉTABLISSEMENTS

L'article L. 3222-5-1 s'applique, dès la publication de la loi, aux établissements autorisés en psychiatrie désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer les soins sans consentement. Le registre recense les mesures relatives aux patients qui font l'objet de soins sans consentement. Les ARS veillent à la mise en place effective d'un registre, distinct du registre prévu par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique qui recense les admissions en soins sans consentement et les pièces de procédure afférentes.

B. – ESPACE D'ISOLEMENT

L'intention du législateur porte sur l'isolement entendu comme le placement du patient au sein d'un espace d'isolement⁵ c'est-à-dire un espace fermé, dédié, aménagé pour cette utilisation, permettant une surveillance par les professionnels soignants, et dont l'utilisation a fait l'objet de recommandations, quelle que soit la dénomination adoptée par l'établissement. Dans les établis-

³ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale.

⁴ Outil d'amélioration des pratiques, 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 ».

⁵ Le terme « isolement » correspond à une rédaction de compromis permettant de concilier la rédaction initiale de l'Assemblée nationale (« placement en chambre d'isolement ») et la position exprimée par le Sénat (« admission en chambre d'isolement ») (http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r3215.asp#P2010_480214).

sements autorisés en psychiatrie et désignés pour assurer les soins sans consentement, le registre recense donc les mesures d'isolement dans un espace dédié. Ces éléments doivent permettre de définir des axes d'amélioration pour réduire le recours à ces pratiques.

Le registre recense par ailleurs, de façon distincte, les mesures d'isolement réalisées dans un autre lieu dans le cas d'une indisponibilité temporaire de l'espace dédié. Ces situations d'isolement en dehors de l'espace dédié doivent toutefois rester très exceptionnelles, intervenir à titre dérogatoire et être motivées dans le dossier médical du patient. Leur répétition, le cas échéant, doit faire l'objet d'un plan d'action de mise en conformité des pratiques, au sein de l'établissement, par rapport aux recommandations de la HAS.

C. – CONTENTION MÉCANIQUE

Dans les établissements autorisés en psychiatrie et désignés pour assurer les soins sans consentement, le registre recense les mesures de contention mécanique réalisées dans le cadre d'une mesure d'isolement.

Le registre recense également, de façon distincte, les mesures de contention réalisées à titre dérogatoire en dehors d'une mesure d'isolement, lorsque l'espace dédié n'est pas disponible, et ne relevant pas des cas exceptionnels prévus par les recommandations de bonne pratique cités ci-après. Ces mesures sont motivées au sein du dossier médical du patient. Elles doivent faire l'objet d'un plan d'action de mise en conformité des pratiques, au sein de l'établissement, par rapport aux recommandations de la HAS.

Le registre recense par ailleurs, de façon également distincte, les mesures de contention mécanique par des moyens ambulatoires en dehors d'un espace d'isolement conformément aux exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique (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). Ces éléments doivent permettre de définir des axes d'amélioration pour réduire le recours à ces pratiques.

D. – CONTENU DU REGISTRE

Le registre est un document administratif établi sous la responsabilité du directeur d'établissement.

Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le registre mentionne l'identifiant anonymisé du patient, le service dont il dépend, le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure de début et de fin, sa durée en heure décimale et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillé.

L'article R. 4311-6 (3^o) du code de la santé publique dispose que dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit notamment la surveillance des personnes en chambre d'isolement. La surveillance est donc confiée aux infirmiers du service sans qu'il soit nécessaire de les désigner nominativement préalablement. Le nom sera porté au registre lorsqu'ils réalisent la surveillance.

Le législateur a souhaité affirmer l'initiative médicale de ces mesures de protection du patient et de son entourage, c'est pourquoi l'article L. 3222-5-1 dispose qu'il n'est procédé à la contention ou l'isolement que sur décision médicale.

III. – UTILISATION ET RESTITUTION DES DONNÉES DU REGISTRE

A. – PAR L'ÉTABLISSEMENT

a) Au sein d'un rapport annuel

À partir des données de son système d'information et de la réflexion menée au niveau de ces instances, l'établissement établit annuellement un rapport rendant compte :

- des pratiques d'isolement et de contention au regard des recommandations pour la pratique clinique élaborées par la HAS ;
- de la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques ;
- de l'évaluation de sa mise en œuvre.

Le rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1 ou à l'organe qui en tient lieu, au plus tard le 30 juin de chaque année suivante, ainsi qu'à l'ARS et à la commission départementale des soins psychiatriques.

Ces éléments qualitatifs sont complétés par des éléments quantitatifs recueillis par service parmi lesquels figurent notamment :

- nombre de mesures ;
- nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure ;
- nombre moyen de mesures par patient ;
- durée moyenne des mesures ;
- durée minimale ;
- durée maximale ;
- pourcentage de patients en soins sans consentement ayant fait l'objet d'une mesure.

Le rapport annuel analyse la répartition des placements à l'isolement ou en contention selon les horaires de la journée ainsi que selon les jours de la semaine.

Les événements indésirables (dont le décès au cours de la mesure) sont recueillis et analysés dans le cadre de la politique de gestion des événements indésirables.

b) Au sein d'un système d'information

Le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) permet actuellement le recueil de données relatives à l'utilisation des chambres d'isolement. Ce système d'information a vocation à intégrer à partir de 2018, sur la base des recommandations pour la pratique clinique en cours d'actualisation par la HAS, des données relatives au recours à la contention et à préciser les modalités de recueil des données relatives aux espaces d'isolement (travaux en cours au sein de l'ATIH).

Dans l'attente de l'intégration de ce recueil dans le RIM-P, les établissements transmettent semestriellement les indicateurs cités en annexe II pour chaque service concerné après avoir procédé à leur enregistrement selon la procédure décrite en annexe II.

B. – PAR LES ARS

L'ARS veille à la mise en œuvre effective des registres au sein des établissements visés par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique. L'ARS est destinataire du rapport annuel de chaque établissement rendant compte des pratiques de recours à l'isolement et à la contention. Dans l'attente de l'intégration d'un recueil plus exhaustif dans le RIM-P, la DGOS transmet aux ARS les données saisies semestriellement par les établissements. Les ARS transmettent ces données aux CDSP.

À partir de ces données et des rapports annuels, les ARS mettent en œuvre une politique régionale de suivi, d'analyse et de prévention du recours à la contention et à l'isolement. Les efforts menés en matière de prévention et de réduction de ces pratiques pourront être pris en compte dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

C. – PAR LE MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La DGOS recueille semestriellement les indicateurs cités en annexe II et instaure un suivi global et statistique du recours à la contention et à l'isolement. Les données sont interprétées en tenant notamment compte des informations médicales générales sur l'activité de l'établissement disponibles dans le RIM-P.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette instruction aux établissements de santé autorisés en psychiatrie. Mes services se tiennent à votre disposition en cas de difficulté rencontrée dans l'application de la présente instruction.

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,
A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCÉ

Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,
P. RICORDEAU

Le directeur général de la santé,
B.VALLET

ANNEXE I

CONTENU DU REGISTRE DES ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS EN PSYCHIATRIE ET DÉSIGNÉS POUR ASSURER LES SOINS SANS CONSENTEMENT, À REMPLIR POUR CHAQUE MESURE D'ISOLEMENT ET CHAQUE MESURE DE CONTENTION MÉCANIQUE

A. – ISOLEMENT DANS UN ESPACE DÉDIÉ CONFORMÉMENT AUX RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

	A	B	C	D	E	F	H	I	K
	Identifiant patient	Identifiant service	Date de début de la mesure	Heure de début de la mesure	Date de fin de la mesure	Heure de fin de la mesure	Durée (calcul automatisé à partir des colonnes E et F)	Nom du psychiatre ayant décidé la mesure	Nom des professionnels de santé chargés de la surveillance
N° mesure							En heure (décimale)		

B. – ISOLEMENT EN DEHORS D'UN ESPACE DÉDIÉ

	A	B	C	D	E	F	H	I	K
	Identifiant patient	Identifiant service	Date de début de la mesure	Heure de début de la mesure	Date de fin de la mesure	Heure de fin de la mesure	Durée (calcul automatisé à partir des colonnes E et F)	Nom du psychiatre ayant décidé la mesure	Nom des professionnels de santé chargés de la surveillance
N° mesure							En heure (décimale)		

C. – CONTENTION MÉCANIQUE DANS LE CADRE D'UNE MESURE D'ISOLEMENT CONFORMÉMENT AUX RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

	A	B	C	D	E	F	H	I	K
	Identifiant patient	Identifiant service	Date de début de la mesure	Heure de début de la mesure	Date de fin de la mesure	Heure de fin de la mesure	Durée (calcul automatisé à partir des colonnes E et F)	Nom du psychiatre ayant décidé la mesure	Nom des professionnels de santé chargés de la surveillance
N° mesure							En heure (décimale)		

**D. – CONTENTION MÉCANIQUE EN DEHORS D'UN ESPACE D'ISOLEMENT
ET EN DEHORS DES CAS D'EXCEPTIONS PRÉVUES PAR LES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE**

	A	B	C	D	E	F	H	I	K
	Identifiant patient	Identifiant service	Date de début de la mesure	Heure de début de la mesure	Date de fin de la mesure	Heure de fin de la mesure	Durée (calcul automatisé à partir des colonnes E et F)	Nom du psychiatre ayant décidé la mesure	Nom des professionnels de santé chargés de la surveillance
N° mesure							En heure (décimale)		

**E. – CONTENTION MÉCANIQUE EN DEHORS D'UN ESPACE D'ISOLEMENT CONFORMÉMENT AUX EXCEPTIONS PRÉVUES
PAR LES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE**

	A	B	C	D	E	F	H	I	K
	Identifiant patient	Identifiant service	Date de début de la mesure	Heure de début de la mesure	Date de fin de la mesure	Heure de fin de la mesure	Durée (calcul automatisé à partir des colonnes E et F)	Nom du psychiatre ayant décidé la mesure	Nom des professionnels de santé chargés de la surveillance
N° mesure							En heure (décimale)		

ANNEXE II

ENQUÊTE NATIONALE : INDICATEURS ET MODALITÉS DE RECUEIL

A. – INDICATEURS RECUEILLIS PAR ÉTABLISSEMENT POUR CHAQUE SERVICE CONCERNÉ

- S1 Patients faisant l'objet de soins sans consentement au sein du service (extrait du registre des soins sans consentement)
 - a) Isolement dans un espace dédié conformément aux recommandations de bonne pratique
- A1 Nombre d'espaces d'isolement
- A2 Nombre de mesures d'isolement en espace d'isolement : somme des lignes du tableau A
- A3 Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement : nombre de lignes avec contenu distinct pour la colonne A
- A4 Durée totale de ces mesures d'isolement (heure décimale) : somme des durées des mesures (somme de la colonne H)
 - b) Isolement en dehors d'un espace dédié
- B1 Nombre de mesures d'isolement en dehors d'un espace dédié : somme des lignes du tableau B
- B2 Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement en dehors d'un espace dédié : nombre de lignes du tableau B avec contenu distinct pour la colonne A
- B3 Durée totale de ces mesures d'isolement (heure décimale) : somme des durées des mesures (somme de la colonne H)
 - c) Contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement conformément aux recommandations de bonne pratique
- C1 Nombre de mesures de contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement : somme des lignes du tableau C
- C2 Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention dans le cadre d'une mesure d'isolement : nombre de lignes du tableau C avec contenu distinct pour la colonne A
- C3 Durée totale de ces mesures de contention (heure décimale) : somme des durées des mesures (somme de la colonne H)
 - d) Contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement et en dehors des cas d'exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique
- D1 Nombre de mesures de contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement et en dehors des cas d'exceptions : somme des lignes du tableau D
- D2 Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention en dehors d'un espace d'isolement et en dehors des cas d'exceptions : nombre de lignes du tableau E avec contenu distinct pour la colonne A
- D3 Durée totale de ces mesures de contention (heure décimale) : somme des durées des mesures (somme de la colonne H)
 - e) Contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement conformément aux exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique
- E1 Nombre de mesures de contention mécanique dans le cadre des exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique : somme des lignes du tableau E
- E2 Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention dans le cadre des exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique : nombre de lignes du tableau D avec contenu distinct pour la colonne A
- E3 Durée totale de ces mesures de contention (heure décimale) : somme des durées des mesures (somme de la colonne H)

B. – MODALITÉS DE RECUEIL

L'enquête en ligne est réalisée en deux temps : la phase d'enregistrement puis la phase de renseignement.

Pour toute demande d'assistance, merci de contacter le bureau R4 de la DGOS à l'adresse : DGOS-R4@sante.gouv.fr

1. Phase d'enregistrement : échéance 31 mai 2017

L'enregistrement doit être effectué en ligne *via* le formulaire dont on trouvera l'adresse ci-dessous : https://o6.sante.gouv.fr/audit_enquetes/index.asp?enquete=AFSH1710003J

Un accès est fourni :

- au niveau de l'entité juridique pour les établissements publics de santé hormis l'APHP, l'APHM, les HCL et les HIA pour lesquels un accès est fourni par établissement géographique ;
- au niveau de l'établissement géographique pour les établissements privés.

Pour chaque service concerné, les différents champs à renseigner sont :

- nom et prénom du directeur de l'établissement, référent pour l'enquête ;
- courriel du service de direction destinataire du lien d'accès à l'enquête ;
- statut de l'établissement (public ou privé) ;
- situation géographique de l'établissement (région, département, commune) ;
- n° FINESS et raison sociale de l'établissement ;
- identifiant du service concerné.

Après confirmation de l'enregistrement, un lien d'accès personnalisé à l'enquête sera envoyé pour chaque service au référent.

2. Phase de renseignement : échéance 31 juillet 2017 pour le premier semestre 2017 31 janvier 2018 pour le second semestre 2017

Le lien d'accès à l'enquête sera adressé le 3 juillet 2017.

La réponse à l'enquête peut être enregistrée en une ou plusieurs fois. Dès la reconnexion à l'enquête à partir du lien reçu, la dernière page saisie s'affiche et il est possible de compléter le recueil et de revenir sur le recueil déjà renseigné. Après saisie complète, une validation est obligatoire en dernière page pour confirmer définitivement les réponses.