

ASSEMBLÉE NATIONALE

13 mars 2015

SANTÉ - (N° 2302)

Adopté

AMENDEMENT

N ° AS1467

présenté par

M. Robiliard, M. Sebaoun, Mme Pinville, M. Aviragnet, M. Aylagas, M. Bapt, Mme Biémouret, Mme Bouziane-Laroussi, Mme Bulteau, Mme Carrillon-Couvreur, Mme Carlotti, Mme Clergeau, M. Cordery, Mme Michèle Delaunay, Mme Françoise Dumas, M. Ferrand, rapporteur Mme Hélène Geoffroy, rapporteure M. Gille, Mme Huillier, Mme Hurel, M. Hutin, Mme Iborra, M. Issindou, Mme Khirouni, Mme Lacuey, Mme Le Houerou, Mme Lemorton, M. Liebgott, Mme Louis-Carabin, Mme Orphé, Mme Pane, M. Sirugue, M. Touraine, rapporteur M. Véran, rapporteur M. Vlody, Mme Coutelle, Mme Carrey-Conte, M. Pueyo, M. Bricout, Mme Fabre, M. Allossery, M. Fourage, M. Le Roch, Mme Lignières-Cassou, Mme Dagoma et M. Pellois

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 13, insérer l'article suivant:**

Le placement en chambre d'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. Sa mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement conformément au I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, il mentionne le nom du psychiatre l'ayant décidée, sa date et son heure, sa durée, le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Ce 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 de la pratique de placement en chambre d'isolement et contention, la politique définie pour en limiter le recours et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers et au conseil de surveillance.

Les modalités de mise en œuvre de cet article sont précisées par décret en Conseil d'État.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La mission parlementaire d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie n'a pu, faute de données objectives suffisantes, mesurer l'importance du recours à l'isolement et à la contention dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux et dans les Etablissements publics de santé mentale (EPSM). Les auditions auxquelles elle a procédé font cependant penser que cette pratique est en augmentation. M. Delarue, alors Contrôleur général des lieux de privation de liberté, relevait que les pratiques étaient très différentes d'un établissement à l'autre et même d'un service.

Il soulignait qu'il demandait « depuis cinq ans (...) que les mesure d'isolement et de contention soient retracées dans des registres *ad hoc*, que la plupart des établissements ne tiennent pas, au motif que ces mesures sont déjà inscrites dans les dossiers médicaux ». La recommandation n° 15 du rapport de la mission, adopté le 18 décembre 2013, préconisait qu'isolement et contention soient considérés comme des pratiques de dernier recours et qu'un registre administratif soit constitué dans chaque établissement.

Le jury d'une conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et les obligations de soins et de sécurité, à laquelle participaient la Fédération hospitalière de France et l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, devenue Haute Autorité de Santé (HAS), considérait que la contention devait être exceptionnelle. Le Comité pour la prévention de la torture du Conseil de l'Europe (CPT) considère qu'il ne devrait s'agir que d'une « mesure d'ultime recours » (16^{ème} rapport général n°43).

Le présent amendement considère les principes des Nations Unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale, notamment le principe 11-11 (résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies n°46/119 du 17 décembre 1991). Il met en œuvre, au moins partiellement, les recommandations du CPT (16^{ème} rapport général n°52) et celles du Défenseur des droits (recommandation n°10, rapport 2013, p. 236). Il affirme le caractère de dernier recours que devraient avoir isolement et contention. Il encadre les mesures et prévoit un registre accessible aux tiers par lesquels s'exerce le regard extérieur nécessaire.