

Contention et Isolement

Contexte réglementaire

CEPPRAAL

3 AVRIL 2018

Laurent BEAUMONT

Ingénieur Qualité et Gestion des Risques

CH Le Vinatier, Département Qualité Sécurité Hygiène

laurent.beaumont@ch-le-vinatier.fr

Expert visiteur, coordonnateur de visite à la Haute Autorité de Santé



Expert et administrateur à la Coordination pour l'Évaluation des Pratiques Professionnelles en Auvergne-Rhône-Alpes



Président de l'Association Nationale des Responsables Qualité en PSYchiatrie



Co président de la Fédération française des Associations en Qualité et Sécurité des Soins



Membre du comité des vigilances de l'agence de biomédecine



:

Si les appareils carcéraux subsistent dans les H.P. au-delà de ce qu'il serait raisonnable de tolérer, c'est qu'on ne sait pas par quoi les remplacer.

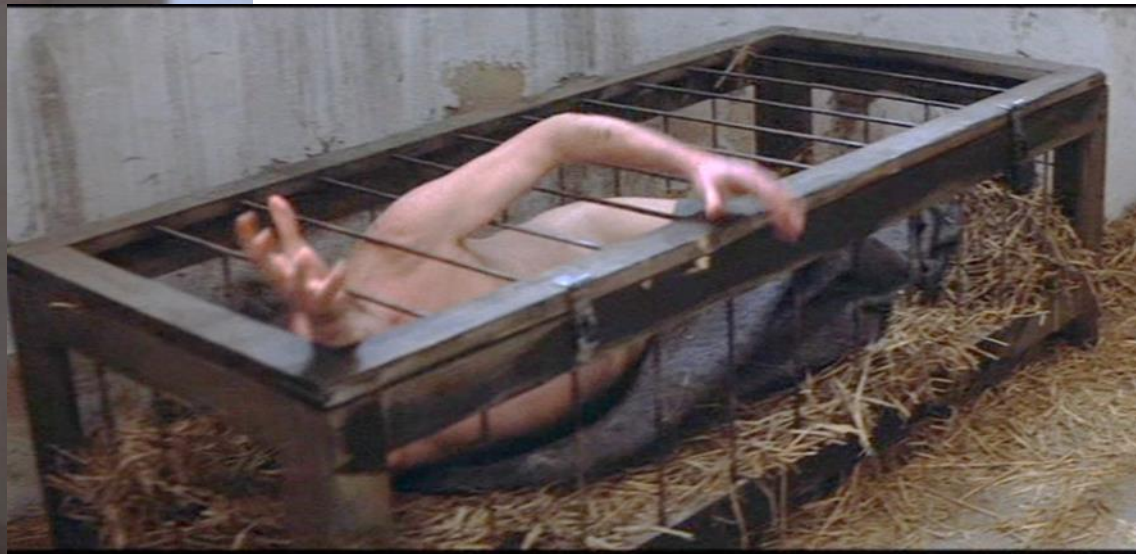
LUCIEN BONNAFÉ (1912 – 2003)

LE PROBLÈME DES "CELLULES" ET DES CHAMBRES À L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE)

(L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE - VI 1949 - P. 172)

Contexte historique

Isolement et contention sont indissociables de l'histoire de la psychiatrie.

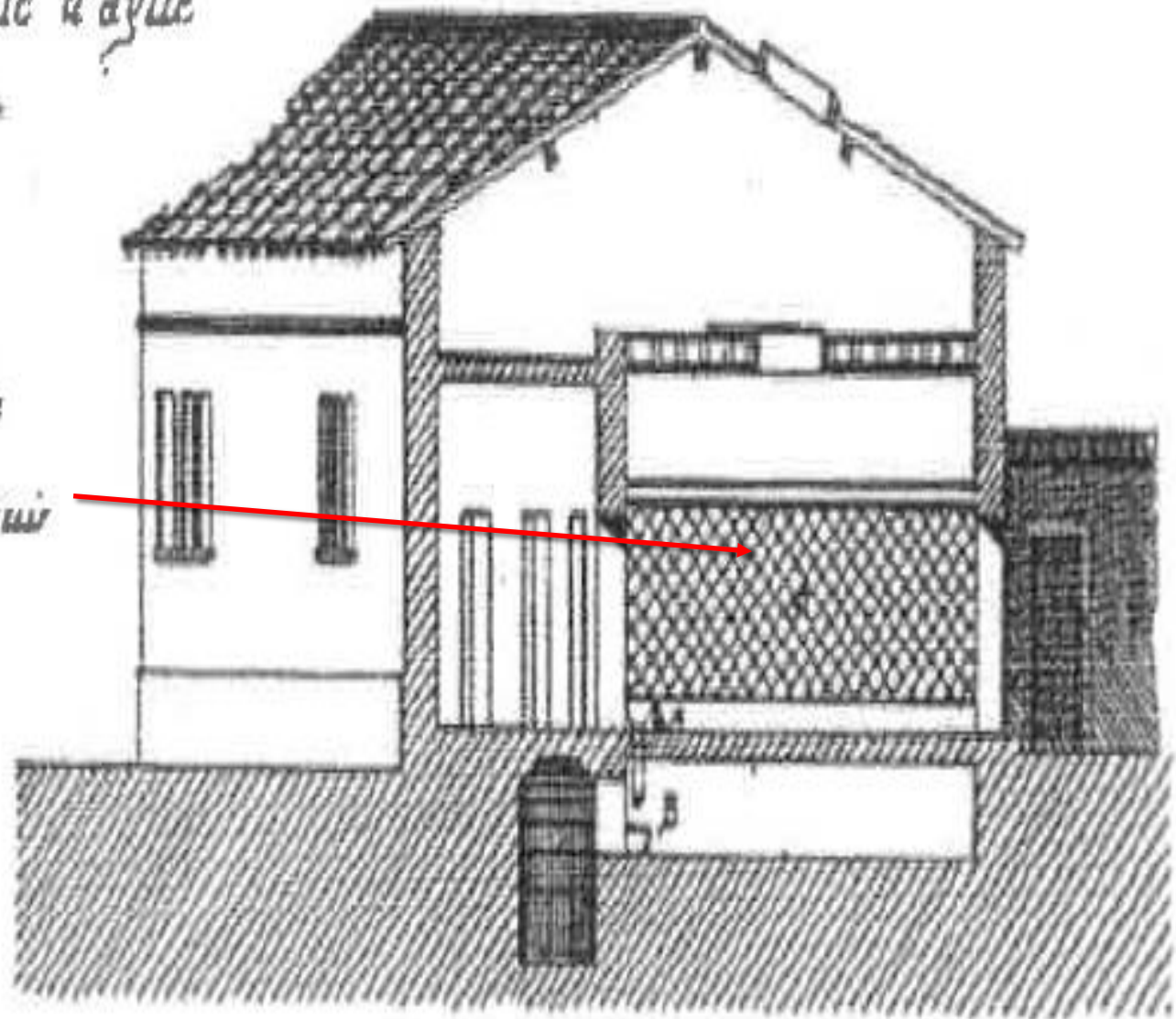


Coupe sur une cellule d'agile

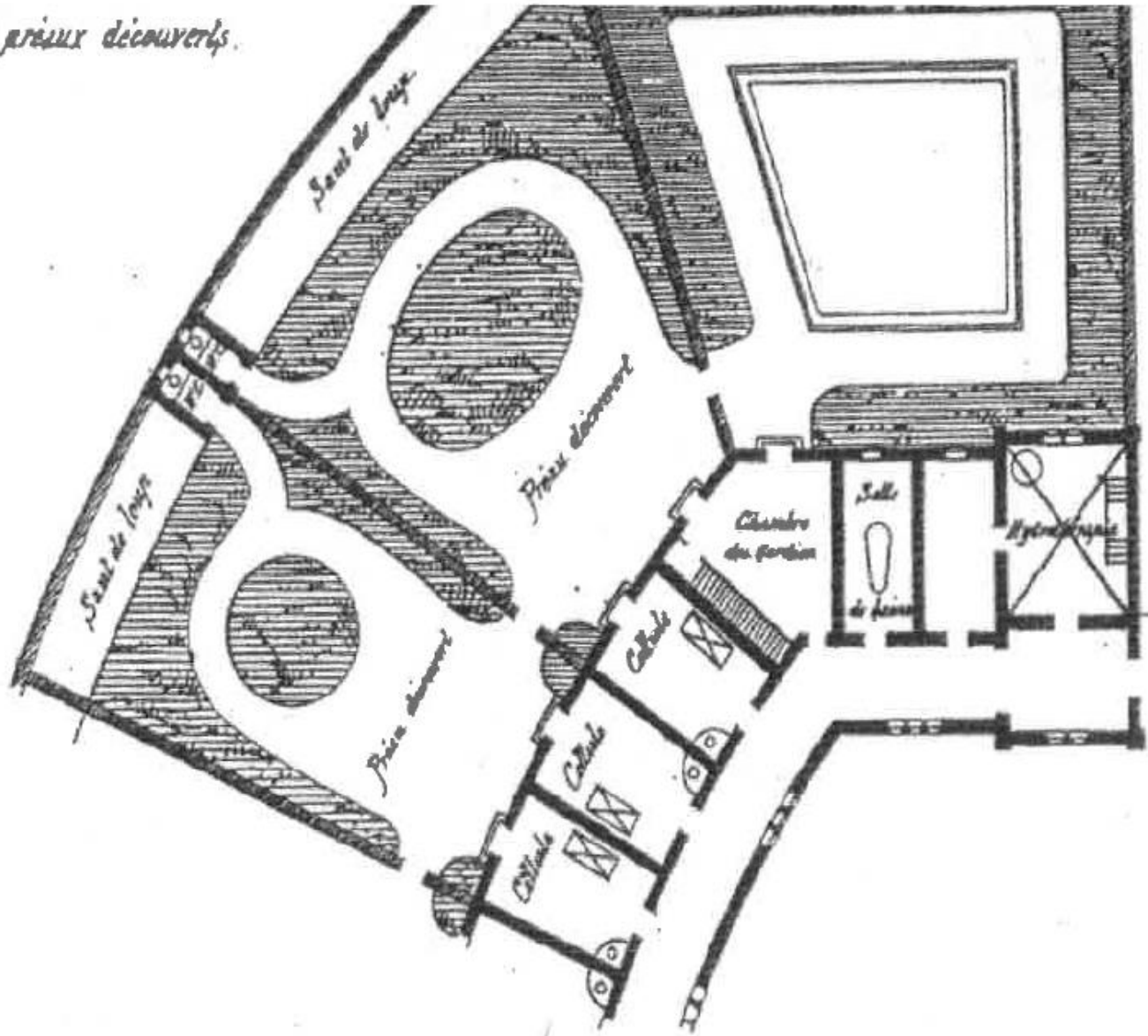
A - Siège d'essence

B - Vase incandescence mobile

C - Mur matelassé en cuir



et puits découverts.





HEIP/MANUEL P. P.



Contexte historique

NORMES DE 1956 - [Annexe XXIII](#) Code de la Sécurité sociale

Chaque maison de santé doit comporter un service d'isolement avec chambres individuelles. Dans ces locaux, la construction doit comporter des matières insonores, les portes doivent être pourvues d'un système de fermeture ne permettant pas aux malades de s'enfermer, les fenêtres ne doivent pas permettre la défenestration, les postes d'eaux ne doivent pas être à la disposition des malades. Une signalisation par sonnerie ou lampes colorées doit permettre un appel d'alarme immédiat en cas de nécessité.

Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques

Il n'est pas nécessaire de prévoir l'aménagement de services spéciaux pour malades agités, tranquilles, etc., Les pavillons sont, sous les réserves indiquées ci-dessous, à moderniser suivant le même schéma, établi d'une façon suffisamment souple pour permettre l'application de toutes les méthodes thérapeutiques

Les années 80



Les années 90

Contexte de la « circulaire Veil »

Des décès en chambre fermée (Hôpital militaire puis maison de retraite) = 21 morts thermes de barbotant en 1992...

Circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 posant le principe de la liberté d'aller et venir et quelques flous:

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 sous contrainte.

Les années 90

Contexte de la « circulaire Veil »

L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie juin 1998 ou comment un audit devient une RBP puis quasiment un texte réglementaire

d'isolement à 13h30 aux fins de surveiller le risque d'auto- et d'hétéro agressivité ; qu'il n'est pas contesté que les équipes soignantes n'ont pas vérifié, à son entrée en chambre d'isolement, que ses effets vestimentaires ne présentaient aucun danger, comme en l'espèce la cordelette de son short, alors qu'un tel contrôle est au nombre de ceux qui doivent impérativement être effectués, au vu des risques d'étranglement bien connus des soignants, comme l'établit notamment le référentiel rédigé en 1998 par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé portant sur l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie ; que du reste, il n'est pas davantage contesté que

Les années 2000 (1)

Augmentation des contrôles et certification

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1)

R4311-6 du CSP Article R. 4311-6 Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004

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

- 1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- 2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
- 3° **Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;**

Les années 2000

Augmentation des contrôles et certification

Conférence de consensus sur la Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et **médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité** 24 et 25 novembre 2004

Création du Contrôleur général des lieux de **privation de liberté (CGLPL)**

est une autorité administrative indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007 à la suite de l'adoption par la France du protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Le CGLPL a concrètement débuté son activité le 13 juin 2008.

Versus certification

Augmentation des contrôles et certification

V1 ANAES

DIP - Référence 6 Le respect de l'intimité et de la dignité du patient **ainsi que sa liberté** sont préservés tout au long de son séjour ou de sa consultation

V2010 PEP

10e - Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté - **Idem V2014**

Référentiel ANGELIQUE 2008 – Référence 121 droits et libertés



Matériel de contention



Dans ce contexte arrive la loi de 2016 (1)

L'article 72 intégré dans le CSP comme L. 3222-5-1:

« 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**.

Dans ce contexte arriva la loi de 2016 (2)

Pratiques de dernier recours. → Quelles pratiques de premier recours ? Quels pratiques quand les patients arrivent contenus ?

L'isolement et la contention sont des **décisions médicales** prise pour une durée limitée et non plus des prescriptions → Un changement d'appellation très commenté. Prescription médecin et Décision pas forcément médicale (Juge, directeur???). Faut-il l'entendre au sens de décision (médicale partagée) toute l'équipe a débattu sur le sujet et le médecin décide

Surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin → Autres qu'infirmier dont c'est le rôle propre qui pourrait se faire sans prescription ?

Dans ce contexte arrive la loi de 2016 (3)

L'article 72 intégré dans le CSP comme L. 3222-5-1:

« **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

Dans ce contexte arriva la loi de 2016 (4)

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé **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.**

Quelles contentions ? Toutes ? Celles pour éviter les chutes aussi ?

Durée ? Totale ? Si Alternance des périodes que mesures-t-on ?

Dans ce contexte arrive la loi de 2016 (5)

L'article 72 intégré dans le CSP comme L. 3222-5-1:

« **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. »

Dans ce contexte arriva la loi de 2016 (6)

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

Il faudra attendre la circulaire ministérielle pour y voir un peu plus clair

A 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

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.

Parallèlement à l'ANESM (1)

Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie (HAS septembre 2016)

//

Parution du guide les « Comportements problèmes, Prévention et réponses » (ANESM décembre 2016)

Définition d'Emerson¹⁸, ces recommandations déterminent les « comportements-problèmes » comme des « comportements d'une **intensité, fréquence ou durée** telle que la sécurité physique de la personne ou d'autrui est probablement mise sérieusement en danger, ou comme des comportements susceptibles de limiter ou d'empêcher l'accès et l'utilisation des services ordinaires de la cité »

Volet 1 : Organisation à privilégier et stratégies de prévention

Volet 2: Stratégies d'intervention

Parallèlement à l'ANESM (2)

Volet 1 : Organisation à privilégier et stratégies de prévention

- Mettre en place des outils de repérage, d'évaluation
- Mettre en place et diffuser des procédures pour prévenir et accompagner les « comportements-problèmes ».
- Mettre en place des formations ciblées et du soutien aux professionnels.
- Mettre en place une démarche éthique.

Volet 2: Stratégies d'intervention

- Réinterroger l'accompagnement de la personne (bilans somatiques ; rythme des activités ; aménagements ; moyens de communication ; activités sportives, etc.).
- Transmettre les informations et partager les observations réalisées.
- Planifier, mettre en place et évaluer les interventions identifiées.
- Réagir face à l'aggravation de la situation (protocole, relais, postures et attitudes langagières) : outil savoir-être et savoir-faire
- Mettre en sécurité la personne et son entourage
- Soutenir la personne et les personnes confrontées à la situation

Parallèlement à l'ANESM (3)

Volet 3 : Les espaces de calme retrait et apaisement

- À partir d'une réflexion commune, concevoir/réaménager les espaces en tenant compte de la singularité et des particularités des personnes.

- Construire et inscrire dans le projet d'établissement les possibilités de retrait (évaluation des espaces disponibles, définition des modalités d'accès et d'accompagnement, inscription de ces modalités dans les procédures et protocoles, information).
- Concevoir pour chaque personne et chaque situation un type de retrait (évaluation du besoin, mise en place d'apprentissage, accompagnement et respect du retrait : expression du besoin, distance de sécurité, matériel, etc.)
- Mettre en place des **méthodes alternatives pour prévenir une crise** (évaluation des besoins au préalable, identification des stratégies mises en place par la personne, apprentissage et mise en oeuvre des facteurs de protection préalablement identifiés).
- Repérer les signes avant-coureurs de la crise et prévenir l'évolution de la situation (réduction des dangers potentiels, diminution des stimuli environnementaux, etc.).
- **De façon exceptionnelle et pour protéger l'intégrité physique de la personne et/ou d'autrui installer la personne à l'écart temporairement.** Prévoir un accompagnement dans un espace sécurisé et non menaçant pour favoriser le retour au calme.
- Mettre en oeuvre le processus de décision établi et **tracer les éléments relatifs à la mesure.**
- Mettre en place une analyse multimodale (réévaluation de l'adéquation entre les besoins de la personne et les interventions mises en place).
- Au niveau institutionnel, identifier les principaux risques liés aux interventions ; objectiver et **analyser les effets des pratiques sur les risques**, faire évoluer si nécessaire les pratiques

L'instruction du 29 mars 2017 (1)



Elle vise à préciser les modalités de mise en œuvre du registre et l'utilisation des données recueillies

Institue un processus HAS supplémentaire:

- **(P)** : Politique de moindre recours inscrite dans le PE et dans le PAQSS, Procédures
- **(Do)** : « Cette instruction est complétée par les recommandations pour la pratique clinique élaborées par la HAS »
- **(Check)**: Obligation d'EPP, Registre, Information de la CME chaque trimestre
- **(Act)** : Prévention, protocoles de désescalades, Indicateur ? IPAQSS 2020 ?
Rappelle que le registre doit aussi servir à alimenter la réflexion de la communauté médico-soignante sur ses pratiques et leurs évolutions.

L'instruction du 29 mars 2017 (2)



Précise le champ d'application

- **Espace fermé, dédié aménagé** pour cette usage
- **Isolement** : Chambres d'isolement et de façon distincte CA fermée, Isolement/Contention en chambre simple
- **Contention**: dans le cadre des mesures d'isolement et de façon 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 bonnes pratiques

Précise le contenu du registre et les indicateurs qui vont être mis en place

- A. Isolement dans un espace dédié conformément aux recommandations de bonne pratique**
- B. Isolement en dehors d'un espace dédié**
- C. Contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement conformément aux recommandations de bonne pratique**
- D. Contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement et en dehors des cas d'exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique**
- E. Contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement conformément aux exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique**

Recommandation Isolement (1)

À l'initiation de la mesure, l'indication est limitée à 12 heures. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être **renouvelées dans les 12 heures**. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures.

Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.

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

La mesure d'isolement est faite dans **un espace prévu et dédié à cet effet**

Pas d'isolement systématique pour les patients détenus

Si la décision est prise par un interne ou un somaticien confirmation par un psychiatre dans l'heure qui suit **avec possibilité de confirmation téléphonique**

Toute mesure programmée d'isolement est à proscrire. **La mesure « si besoin » ne peut s'appliquer.**

Recommandation Isolement (2)

La contention est indiquée uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement.

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

Information du patient et s'il le souhaite de sa personne de confiance

Recommandation Contention

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.

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.

À l'issue d'une mesure de contention mécanique, un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle doit avoir lieu.

En Conclusion

Une nécessaire clarification dans les textes mais encore des zones d'ombre (architecture notamment)

Des cultures d'établissement, de services voire d'unités très différentes

Prévention de la violence, techniques de désescalade,,,,
Avec quels moyens ?

Quid de l'isolement et la contention ailleurs (urgences, EPHAD, medico-social...)

Formation en amont (IFAS, IFSI, Fac) et formation à quoi et pour qui ?

Quels indicateurs ? Ceux du registre ? Prochains IPAQSS ?