

FORAP

Campagne Forap Contention & Isolement

Restitution des résultats régionaux

Jeudi 1^{er} juin 2017

LE CONTEXTE

Campagne inter-régionale e-FORAP

Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisation en santé

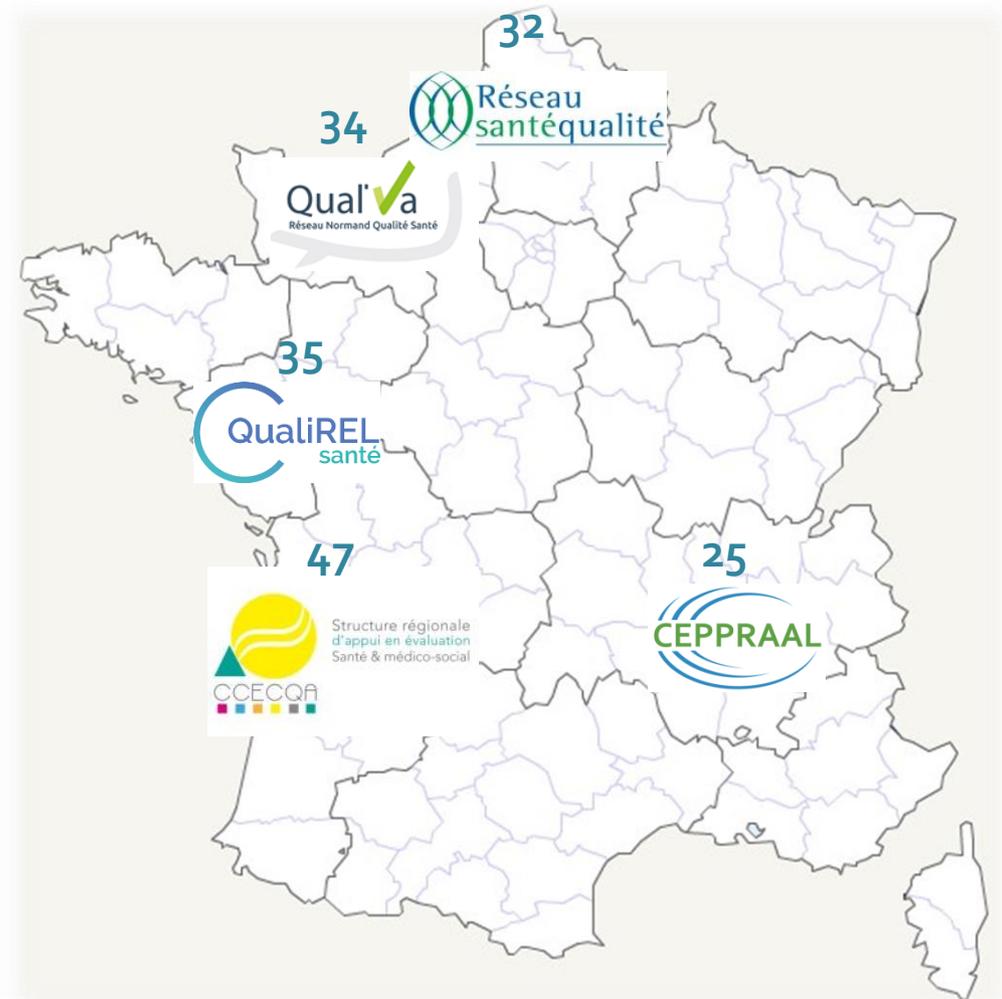
- **Campagne 2017 : Contention et Isolement**

Demande des établissements adhérents au CCECQA

Evolution récente de la réglementation

Droits fondamentaux de l'utilisateur

- 5 SRA ont participé : CCECQA, QualiREL, Qual'va, Réseau santé qualité, CEPBRAAL



Définitions

Contention : mécanique ou passive, c'est l'usage de dispositifs matériels (liens, attaches, camisole, barrières, etc.) pour empêcher ou limiter les mouvements d'une personne (contention posturale).

Isolement : situation dans laquelle une personne est placée dans un espace fermé qu'elle ne peut ouvrir (chambre d'isolement, chambre seule, service, pavillon, moyens détournés d'apaisement, de retrait, etc.).

Objectifs

- **Mobiliser** via l'enquête de pratiques les institutions et les professionnels sur la thématique
- **Mettre à l'épreuve** l'idée d'une « pratique » de dernier recours : évaluation bénéfiques/risques, alternatives à la contention et à l'isolement
- **Accompagner les établissements** dans la mise en place d'une politique de prévention des mesures de contention et d'isolement
- **Initier une réflexion** sur le prendre soin, dimension humaine des pratiques professionnelles soignantes

Retombées attendues pour les établissements

- Retours d'expérience sur les « pratiques » de contention et d'isolement
- Repérage des conduites ou des situations qui amènent à l'augmentation (ou à la diminution) de l'usage
- Mise en place d'une réflexion sur la place de ces « pratiques » par rapport au respect des droits fondamentaux de l'utilisateur
- Mise en place d'un « registre » contentions - isolements : recueil et analyse données, indicateurs

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Outils d'évaluation 1/2

Questionnaire organisationnel

- 4 questions :
 - Politique
 - Utilisation d'indicateurs
 - Formation
 - Organisation de la maintenance préventive des dispositifs

=> Population ciblée

Etablissements sanitaires et médico-sociaux volontaires adhérant aux structures régionales d'appui participantes

Outils d'évaluation 2/2

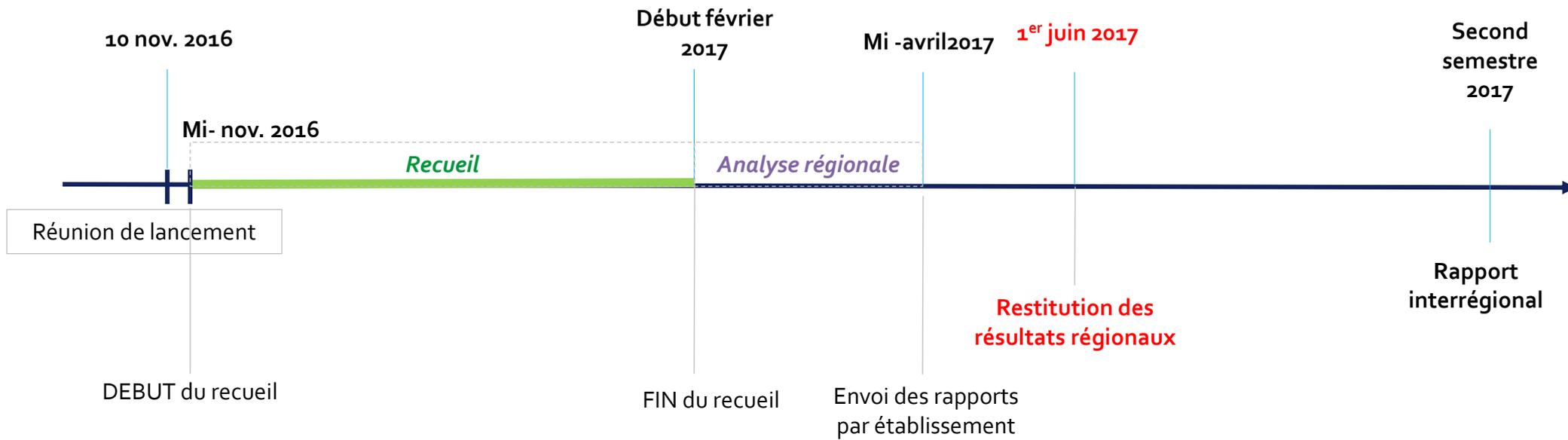
Questionnaire de pratiques

- 24 questions regroupées en 7 thématiques :
 - Principes
 - Décision
 - Information-droit
 - Traçabilité
 - Suivi
 - Matériel
 - Formation-prévention
- 8 questions à propos d'un dernier épisode de contention/isolement
- 1 question sur la fréquence de recours à une mesure de contention/isolement
- 1 question sur le profil du professionnel

=> Population ciblée :

Les professionnels de l'établissement

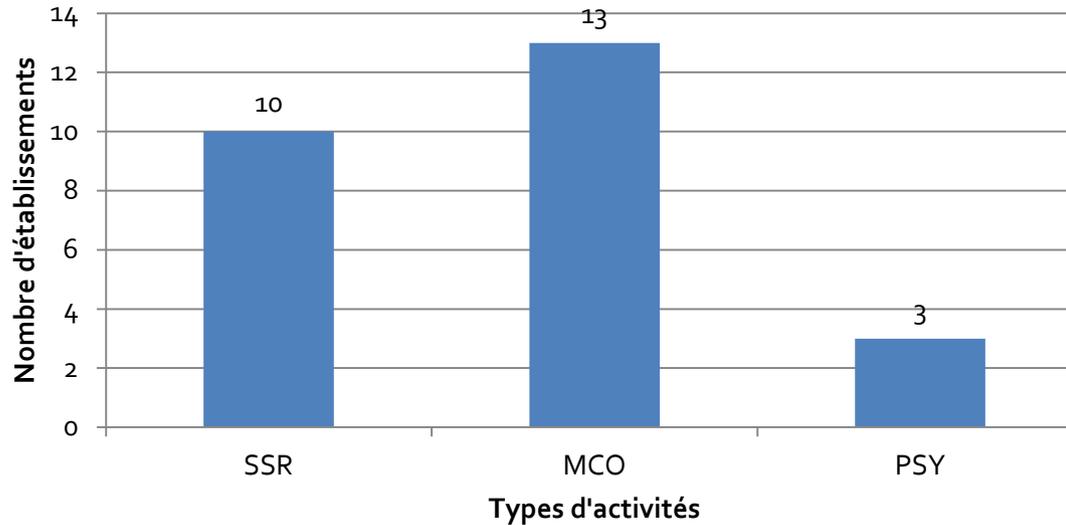
Calendrier



RÉSULTATS RÉGIONAUX

Participation

- **26 établissements inscrits** dont 6 avec une activité mixte sanitaire et médico-sociale



- **25 établissements participants**
 - > 12 à l'échelle de l'établissement
 - > 13 à l'échelle d'un ou plusieurs pôles ou services
- **24 établissements ont pu être pris en compte dans l'analyse**

Résultats du questionnaire organisationnel

22 établissements ont répondu à ce questionnaire

Existe-t-il dans votre établissement	Oui		Non	
Une politique de limitation de recours aux mesures de contraintes physiques	50 %	11	50%	11

Existe-t-il dans votre établissement	Oui par le registre obligatoire		Oui par le système d'information (PMSI – RIM-P)		Oui par un autre moyen *		Non	
Un indicateur permettant de suivre la fréquence des mesures de contrainte physique	9 %	2	9 %	2	22 %	5	60 %	13

*Autres moyens précisés : Audits observationnels, prescription informatique, indicateurs ANESM, EHPAD

Existe-t-il dans votre établissement	Oui		Non	
Des formations (inscrites au plan de formation) permettant de réduire le recours aux mesures de contraintes physiques (violence, droits fondamentaux des patients et résidents, pratiques professionnelles préventives)	68 %	15	32 %	7
Une organisation de la maintenance préventive des dispositifs de contention et d'isolement	32 %	7	68 %	15

Résultats du questionnaire de pratiques

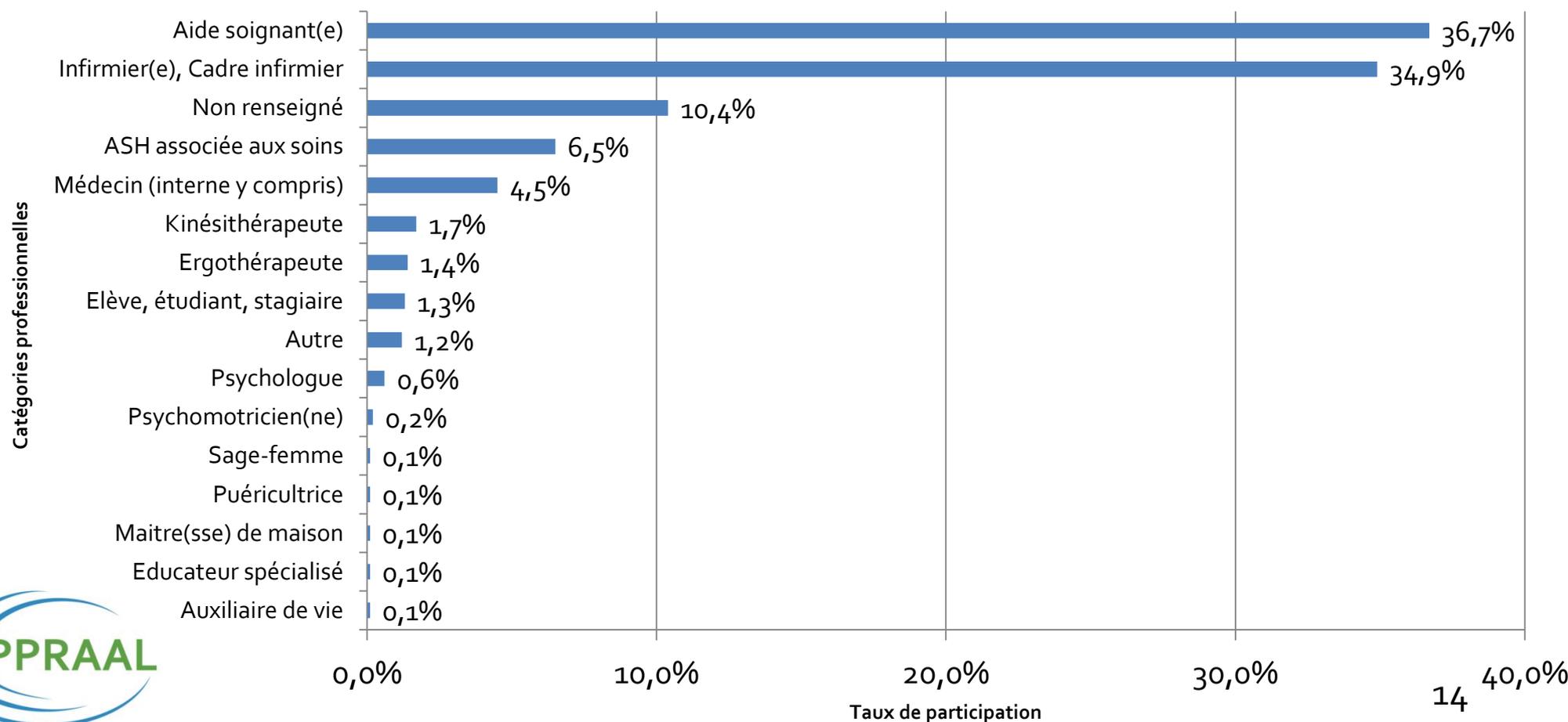
Taux de retour (N=24 établissements)

-> 4016 professionnels sollicités

-> 1619 ont répondu

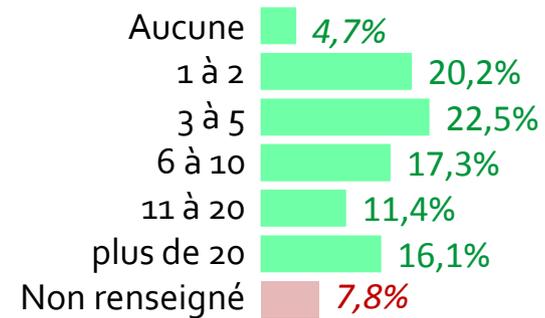
40 % de participation

Professionnels répondants



Usage des mesures de contraintes physiques

Fréquence de recours à une mesure de contention ou d'isolement au cours du dernier trimestre (N=1518)



Motifs de la mesure

	Contention	Isolement	TOTAL
	1313	102	1415
Motifs de la mesure :	n	n	n (%)
Risque de chute	1114	19	1133 (80,1%)
Agitation, désordre	798	68	866 (61,2%)
Troubles du comportement	703	73	776 (54,8%)
Violence	351	49	400 (28,3%)
Déambulation excessive	328	17	345 (24,4%)
Demande du patient ou du résident	103	9	112 (7,9%)
Transport du patient ou du résident	40	-	40 (2,8%)
Autre	53	11	64 (4,5%)
Non renseigné	10	3	13 (0,9%)

Usage des mesures des contraintes physiques

Préalablement à la mesure

	Contention	Isolement	TOTAL
Réflexion bénéfices-risques avec l'équipe soignante	1025	80	1105 (78,1%)
Mise en œuvre d'alternatives	1001	77	1078 (76,2%)
Discussion avec l'utilisateur et son entourage	649	57	706 (49,9%)

Suites de la mesure

	Contention	Isolement	TOTAL
Réflexions d'équipe	658	52	710 (50,2%)
Aucune action	448	28	476 (33,6%)
Retour d'expérience	148	13	161 (11,4%)
Déclaration d'un Événement Indésirable (EI)	112	7	119 (8,4%)
Analyse des pratiques professionnelles	122	17	139 (9,8%)
RMM, staff EPP	70	4	74 (5,2%)
Autre	21	3	24 (1,7%)
Non renseigné	93	10	103 (7,3%)

Usage des mesures des contraintes physiques

Bénéfice pour le patient ou le résident

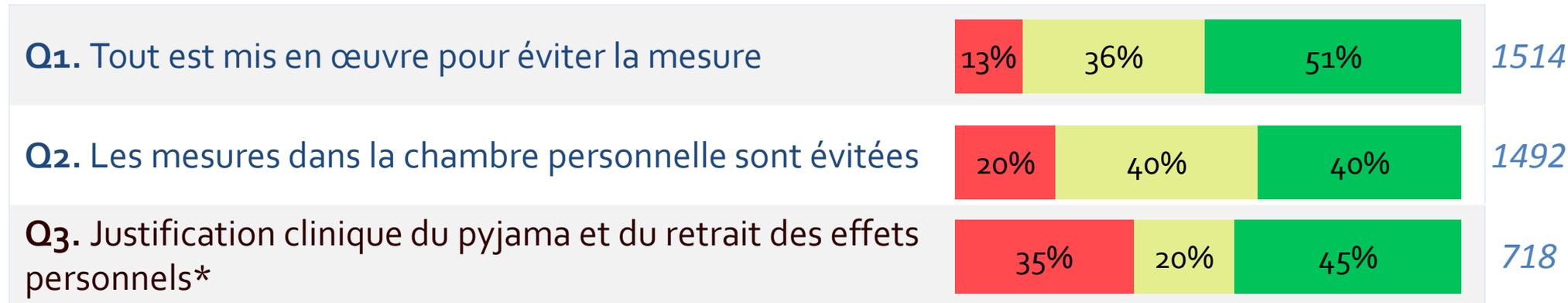
Vécu de la mesure par le professionnel

Moyenne	Médiane	minimum – maximum
6,7/10	7/10	0 - 10
4,7 /10	5/10	0 - 10

Résultats détaillés

1. Principes

■ jamais - rarement ■ souvent ■ très souvent - toujours



* Question relative à l'isolement

Résultats détaillés

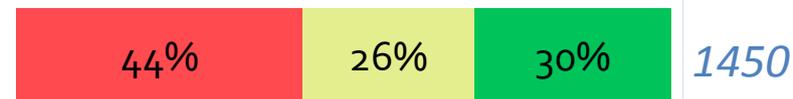
2. Décision

■ jamais - rarement ■ souvent ■ très souvent - toujours

Q4. Une évaluation bénéfices - risques menée avec l'équipe précède la décision



Q5. Les décisions par anticipation ou avec la mention « si besoin » sont exclues



Q6. Les décisions sont prises d'emblée ou validées secondairement par un médecin

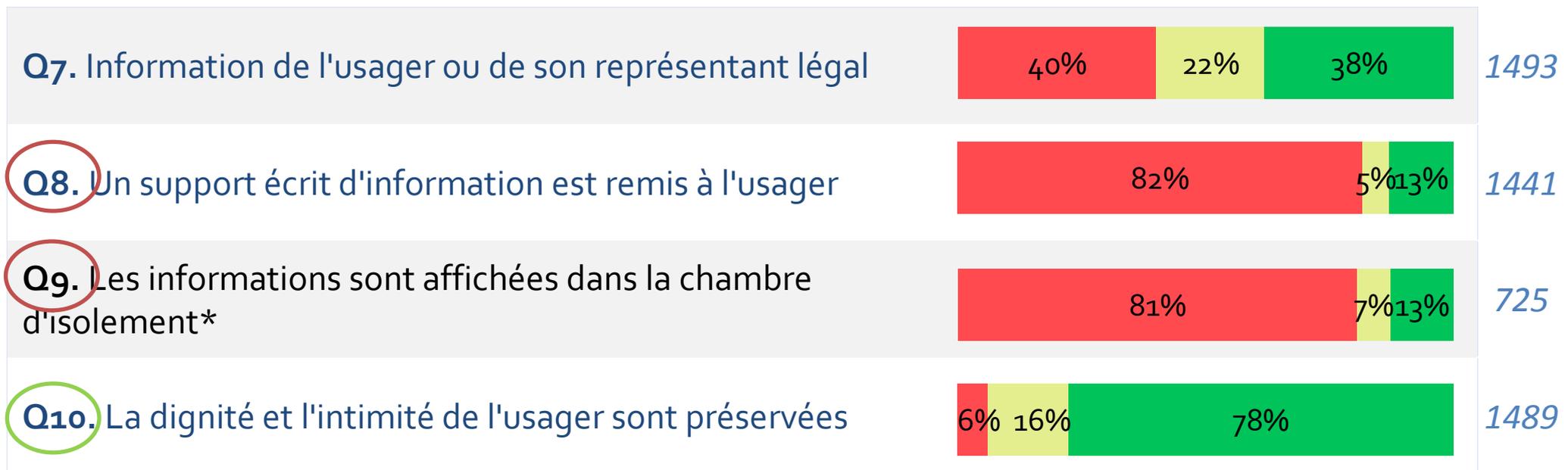


○ Taux ≤ 30%

Résultats détaillés

3. Information, droit

■ jamais - rarement ■ souvent ■ très souvent - toujours



* Question relative à l'isolement



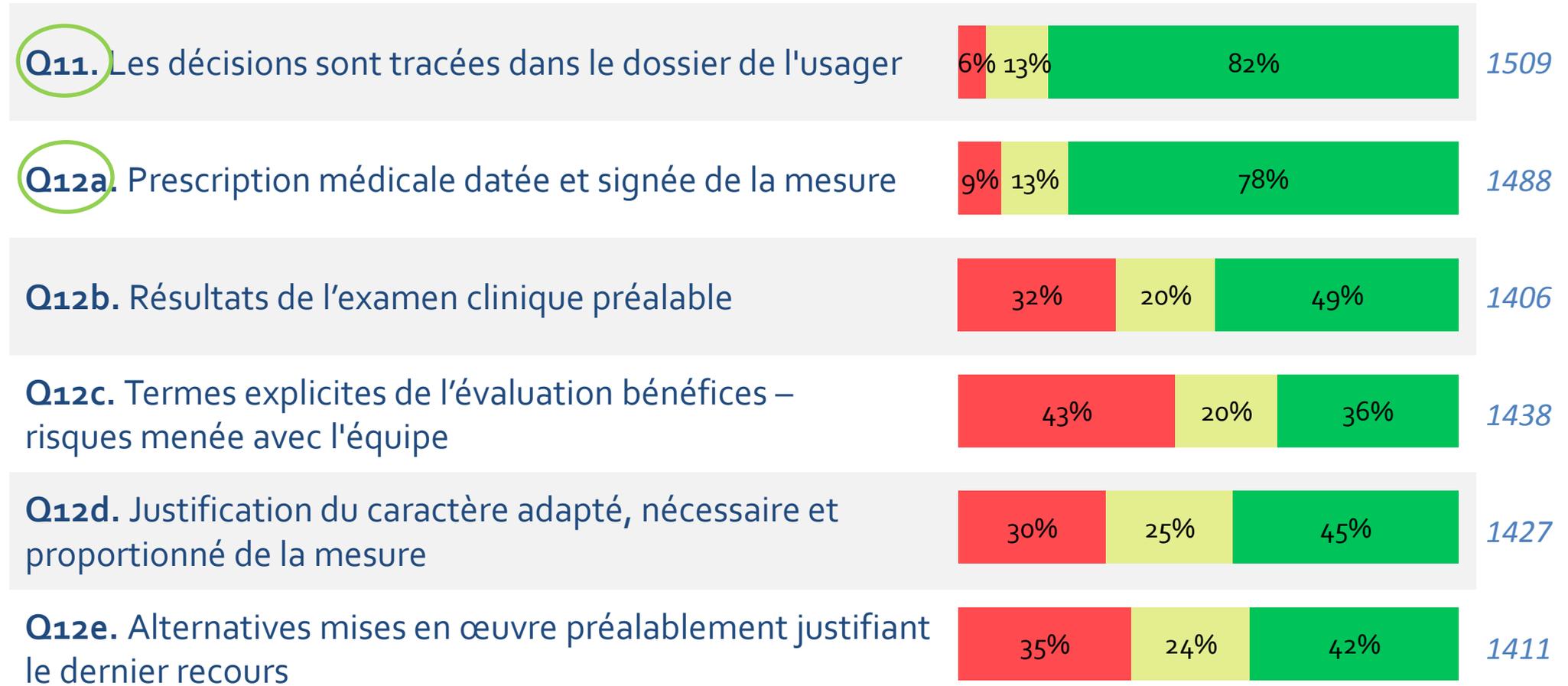
○ Taux ≤ 30%

○ Taux ≥ 60%

Résultats détaillés

4. Traçabilité

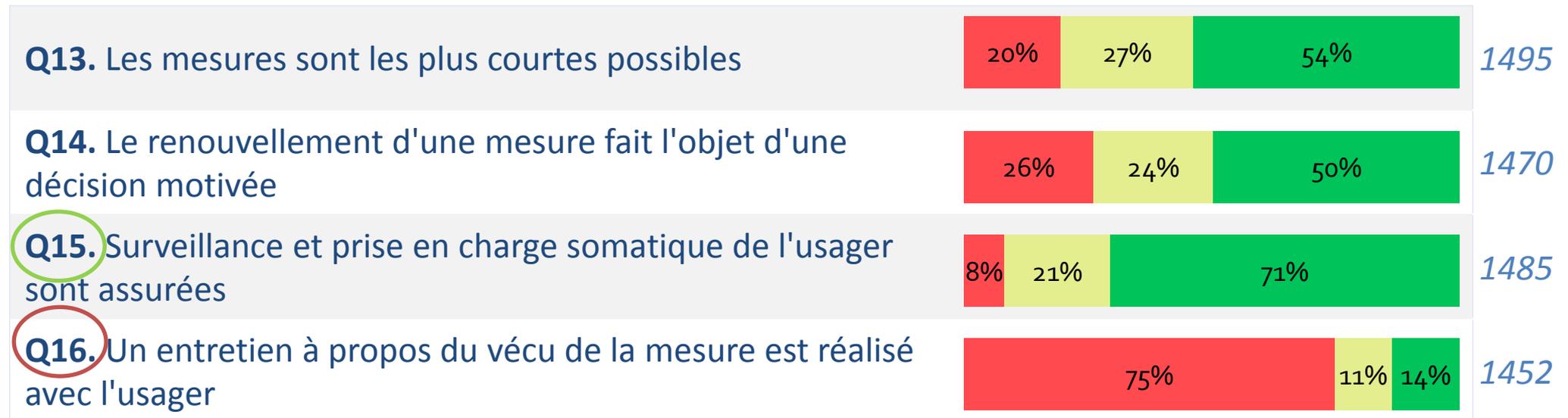
■ jamais - rarement ■ souvent ■ très souvent - toujours



Résultats détaillés

5. Suivi, surveillance

■ jamais - rarement ■ souvent ■ très souvent - toujours

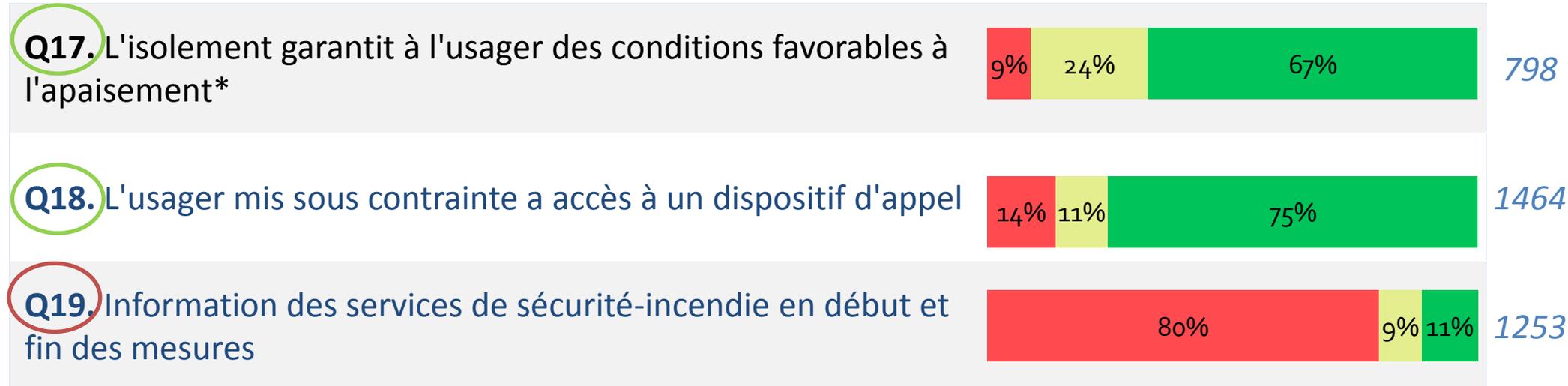


○ Taux \leq 30% ○ Taux \geq 60%

Résultats détaillés

6. Matériel

■ jamais - rarement ■ souvent ■ très souvent - toujours



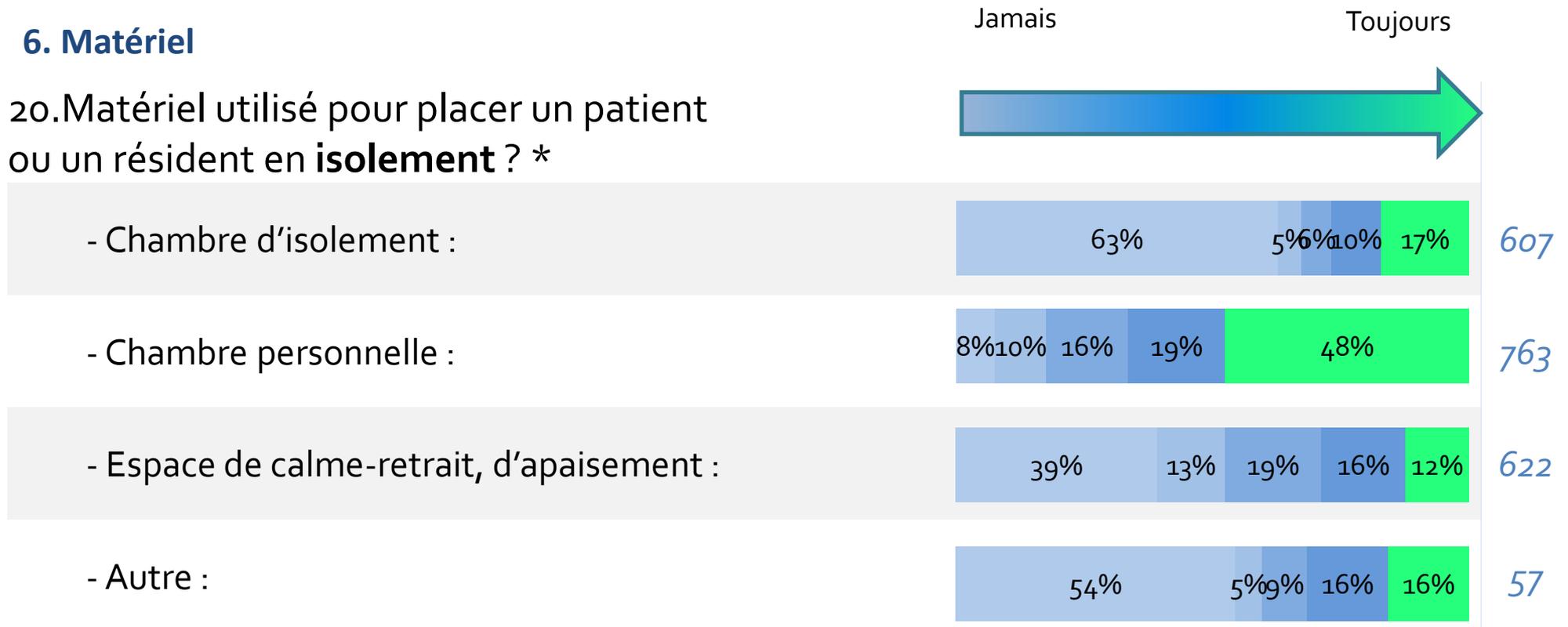
○ Taux \leq 30% ○ Taux \geq 60%

* Question relative à l'isolement

Résultats détaillés

6. Matériel

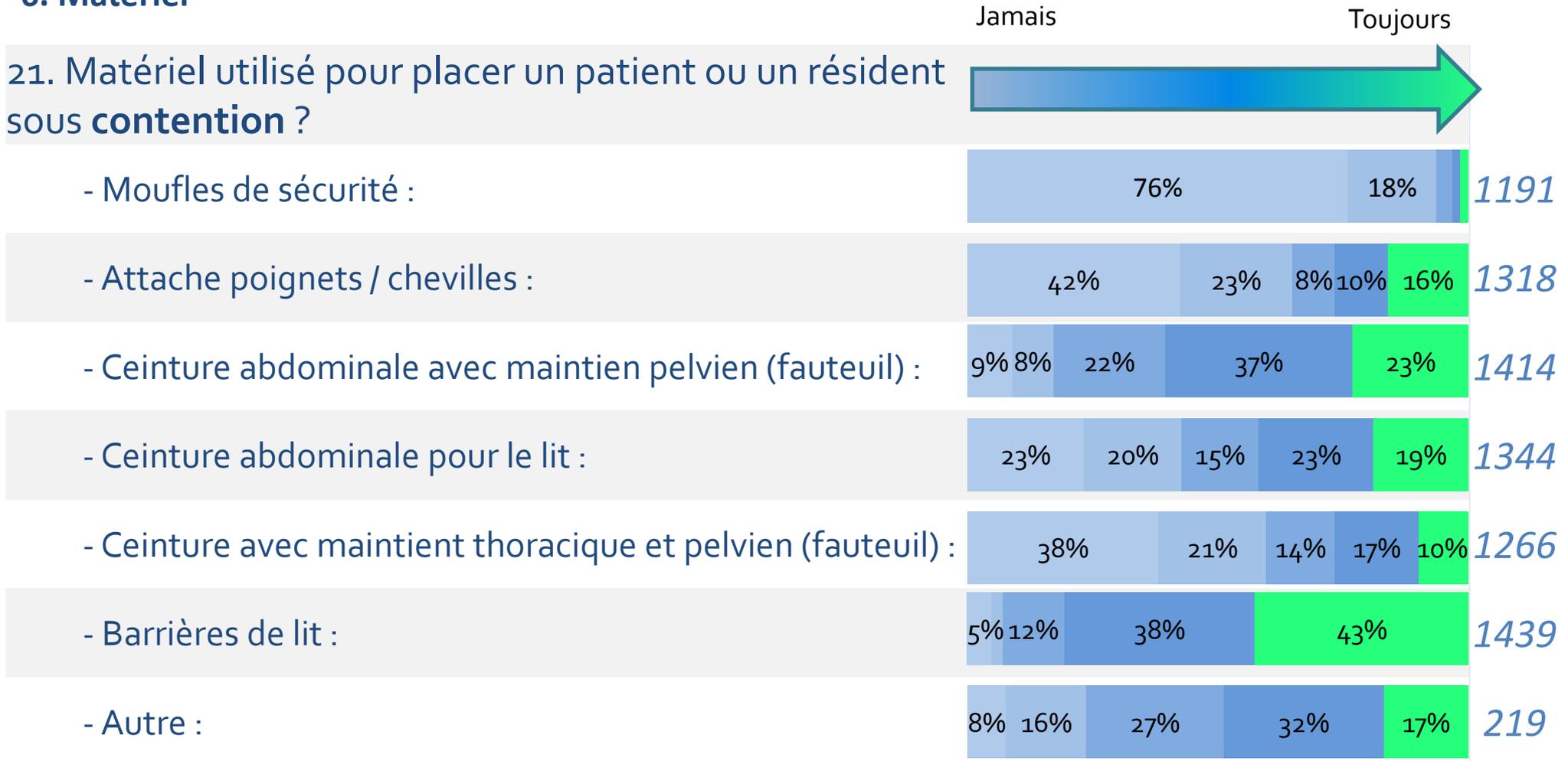
20. Matériel utilisé pour placer un patient ou un résident en **isolement** ? *



* Question relative à l'isolement

Résultats détaillés

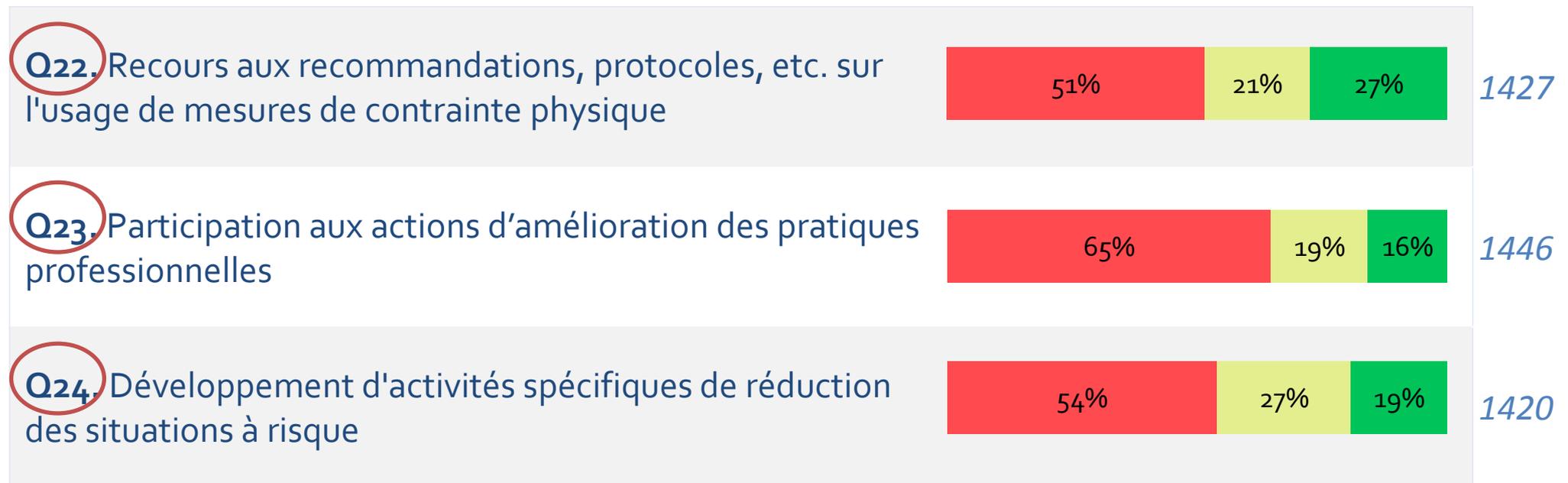
6. Matériel



Résultats détaillés

7. Formation, prévention

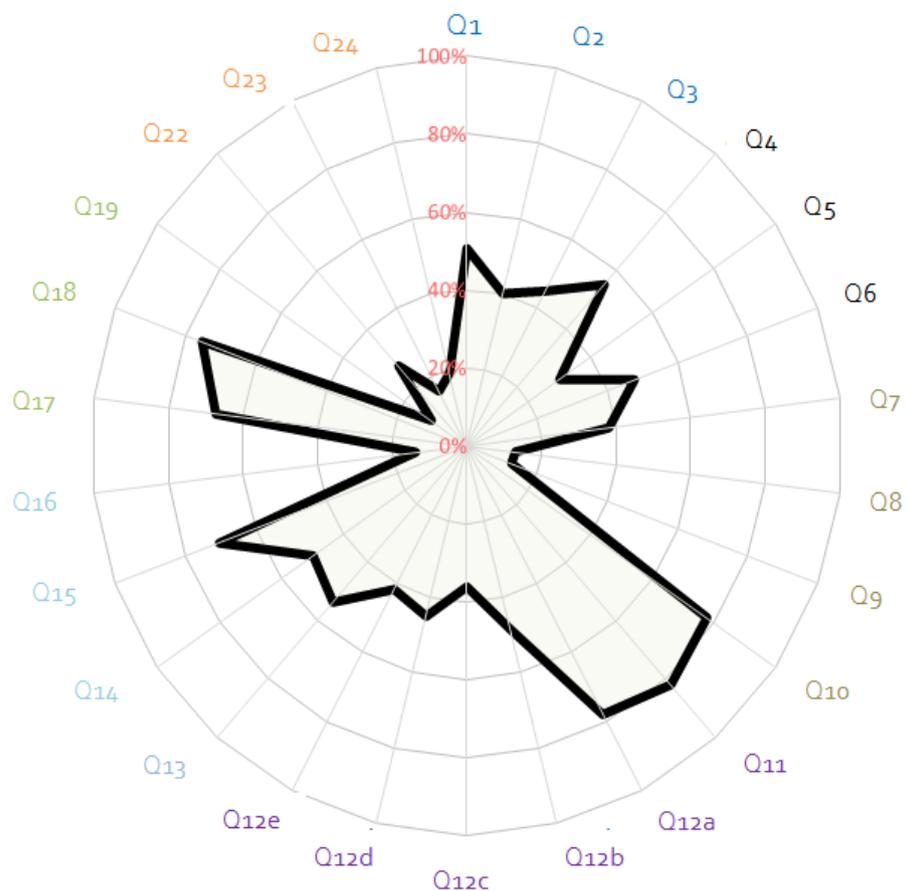
■ jamais - rarement ■ souvent ■ très souvent - toujours



○ Taux \leq 30%

BILAN

Recours aux bonnes pratiques (n=1 518)



— % de réponses très souvent-toujours

1. PRINCIPES	Q1. Tout est mis en œuvre pour éviter la mesure
	Q2. Les mesures dans la chambre personnelle sont évitées
	Q3. Justification clinique du pyjama et du retrait des effets personnels*
2. DECISION	Q4. Une évaluation bénéfices - risques menée avec l'équipe précède la décision
	Q5. Les décisions par anticipation ou avec la mention « si besoin » sont exclues
	Q6. Les décisions sont prises d'emblée ou validées secondairement par un médecin
3. INFORMATION DROIT	Q7. Information de l'utilisateur ou de son représentant légal
	Q8. Un support écrit d'information est remis à l'utilisateur
	Q9. Les informations sont affichées dans la chambre d'isolement*
4. TRACABILITE	Q10. La dignité et l'intimité de l'utilisateur sont préservées
	Q11. Les décisions sont tracées dans le dossier de l'utilisateur
	Q12a. Prescription médicale datée et signée de la mesure
	Q12b. Résultats de l'examen clinique préalable
	Q12c. Termes explicites de l'évaluation bénéfices - risques menée avec l'équipe
	Q12d. Justification du caractère adapté, nécessaire et proportionné de la mesure
5. SUIVI, SURVEILLANCE	Q12e. Alternatives mises en œuvre préalablement justifiant le dernier recours
	Q13. Les mesures sont les plus courtes possibles
	Q14. Le renouvellement d'une mesure fait l'objet d'une décision motivée
6. MATERIEL	Q15. Surveillance et prise en charge somatique de l'utilisateur sont assurées
	Q16. Un entretien à propos du vécu de la mesure est réalisé avec l'utilisateur
	Q17. L'isolement garantit à l'utilisateur des conditions favorables à l'apaisement*
7. FORMATION, PREVENTION	Q18. L'utilisateur mis sous contrainte a accès à un dispositif d'appel
	Q19. Information des services de sécurité-incendie en début et fin des mesures
	Q22. Recours recommandations, etc. sur l'usage de mesures de contrainte physique
	Q23. Participation à des actions d'amélioration des pratiques professionnelles
	Q24. Développement d'activités spécifiques de réduction des situations à risque

○ Taux ≥ 60%

○ Taux ≤ 30%

Synthèse des questions ayant obtenu un score $\geq 60\%$ (très souvent - toujours)

Q10. La dignité et l'intimité de l'utilisateur sont préservées

Q11. Les décisions sont tracées dans le dossier de l'utilisateur

Q12a. Prescription médicale datée et signée de la mesure

Q15. Surveillance et prise en charge somatique de l'utilisateur sont assurées

Q17. L'isolement garantit à l'utilisateur des conditions favorables à l'apaisement*

Q18. L'utilisateur mis sous contrainte a accès à un dispositif d'appel

Synthèse des questions ayant obtenu un score $\leq 30\%$ (très souvent-toujours)

Q5. Les décisions par anticipation ou avec la mention « si besoin » sont exclues

Q8. Un support écrit d'information est remis à l'utilisateur

Q9. Les informations sont affichées dans la chambre d'isolement*

Q16. Un entretien à propos du vécu de la mesure est réalisé avec l'utilisateur

Q19. Information des services de sécurité-incendie en début et fin des mesures

Q22. Recours aux recommandations, protocoles, etc. sur l'usage de mesures de contrainte physique

Q23. Participation à des actions d'amélioration des pratiques professionnelles

Q24. Développement d'activités spécifiques de réduction des situations à risque

Bilan des commentaires libres

Commentaires relatifs à la pratique des professionnels

- « Il me paraît essentiel de distinguer la contention « d'urgence » en cas de danger majeur du patient pour lui et pour les autres, d'une contention ayant une vocation plus de « soins » ».
- « Il me paraît cependant important de pouvoir penser aussi la contention comme pouvant être un soin et non pas que l'aveu d'une impuissance qui mènerait à de la maltraitance ».
- En règle générale la contention fait l'objet de réflexions pluridisciplinaires.
- Réfléchir à la nécessité de la mise sous contention des personnes âgées pour prévenir le risque de chute : « la chute fait partie des risques encourus par toutes personnes en vie et en particulier les personnes âgées ».

Bilan des commentaires libres

Commentaires relatifs à la pratique des professionnels

- Le manque de moyens humains et manque d'activité peut conduire à la mise sous contention : « plus de personnel pour surveiller, parler et désangoisser le patient », « service qui manque d'activités pour les personnes qui déambulent, ennui [...] envisager tableaux pour capter l'attention des personnes âgées qui présentent des troubles cognitifs ».
- Formation/sensibilisation jugée insuffisante.

Bilan des commentaires

Enquête

Points positifs :

- Réflexions sur les pratiques
- Discussion autour de la thématique

Points à améliorer :

- Questionnaire culpabilisant / revoir la considération, l'image de la contention
- Des questions non adaptées à certains services

Actions mises en place par les ES

- Fiche d'information pour l'entourage des patients

Fiche d'information pour l'entourage du patient



Nous vous informons qu'après concertation, l'équipe soignante (Infirmières, Aides-soignantes, Médecins, Kinésithérapeutes, cadre de santé...), pense qu'il est indispensable pour votre proche de mettre en place une contention pour sa propre sécurité.

Cette décision a été motivée en tenant compte du bénéfice/risque et le meilleur moyen à utiliser semble être la contention.

En tout état de cause, la décision sera réévaluée fréquemment afin de lever cette mesure dès que possible.

Nous sommes à votre disposition pour organiser une rencontre avec le Médecin Prescripteur ou les Infirmières.

L'équipe soignante



Affiche validée en mars 2017 Ref. : D05-001874

- Et vous ?

Prévention de la contention ou isolement

Pour limiter les risques de recours à la contention il est nécessaire de prévenir les épisodes de tension selon **3 niveaux** identifiés par la HAS :

- **Prévention primaire** : actions mises en œuvre en amont de l'épisode de tension
- **Prévention secondaire** : actions mises en œuvre au moment de l'épisode de tension
- **Prévention tertiaire** : actions mises en œuvre après l'épisode de tension

Alternatives à la contention ou isolement

Selon une étude conduite au Colorado (1999), les alternatives à la contention se regroupent en 4 grandes approches : approche médicale et infirmière, modification de l'environnement, approche occupationnelle et approche socio psychologique.

- **Les chutes** : adapter l'environnement, montrer à la personne ses limites, évaluer les traitements de l'usager...
- **L'agressivité** : mettre en place une activité physique, environnementale ou spirituelle, proposer des exercices de respiration...
- **Le risque d'errance** : enseigner un itinéraire de marche, proposer une activité occupationnelle, adapter l'environnement...
- **La confusion** : repérer des signes de déshydratation, promouvoir l'activité physique, donner des repères temporels...

Références :

1/ Aide mémoire MESURES DE REMPLACEMENT DE LA CONTENTION ET DE L'ISOLEMENT , direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2008

2/ LIMITER LES RISQUES DE LA CONTENTION PHYSIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE, ANAES, octobre 2000

3/ Guide méthodologique :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

4/ Isolement et contention : repères pratiques pour en limiter le recours, CRMC, Mars 2017

Perspectives

Analyse inter-régionale
Valorisation des résultats

} Automne 2017

Répondre à vos besoins