

Campagne eFORAP 2016

Respect des libertés individuelles des usagers

Contention et isolement dans les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Contexte et problématique

Les mesures de contraintes physiques de contention et d'isolement des usagers posent de véritables questions relatives aux droits fondamentaux. Bien que leur finalité soit de garantir la sécurité des personnes, ces mesures entravent la liberté individuelle et constituent des risques quant au non-respect de la dignité.

La contention (mécanique ou passive) consiste dans l'usage de dispositifs matériels (liens, attaches, camisole, barrières, etc.) pour empêcher ou limiter les mouvements d'une personne. Elle se distingue de la contention posturale ou active qui consiste à maintenir une partie du corps dans une certaine position (attelle, plâtre, verticaliseur, etc.). Quant à l'isolement (ou contention architecturale), il s'agit de situations dans lesquelles une personne est placée, sur décision d'un médecin ou d'un soignant, dans un espace fermé qu'elle ne peut ouvrir (chambre d'isolement, chambre seule, service, pavillon, moyens détournés d'apaisement, de retrait, etc.).

Ces pratiques ne peuvent en principe être admises qu'en tout dernier recours, en tant que mesure de sécurité, si aucun autre procédé ne permet de prévenir tout danger pour l'utilisateur ou pour autrui. A titre de mesure d'urgence, toute alternative doit être recherchée, et leur durée doit être limitée à l'extrême nécessité. Enfin, à défaut de valeur thérapeutique démontrée, le recours à la contention ou à l'isolement doit être absolument proscrit.

Curieusement, il n'y a, à propos de ces traitements, ni réflexion publique concernant leur développement ni instrument d'évaluation permettant d'apprécier l'étendue ou la pertinence « thérapeutique » de leur usage. Les cadres légaux et réglementaires de l'isolement et de la contention sont cependant bien documentés¹.

Dans les établissements de santé mentale, les visites du Contrôleur général des lieux de privation de liberté GLPL² ont mis en évidence une utilisation de l'isolement et de la contention d'une ampleur telle qu'elle semble devenue indispensable aux professionnels. Ces contraintes physiques qui constituent une atteinte maximale à la liberté de circulation, sont mises en œuvre de manière souvent humiliante, indigne, parfois dangereuse. Ces visites ont permis de repérer certains facteurs propices au développement de ces pratiques ou au contraire à leur limitation (mesures réglementaires, sensibilité et formation du personnel, organisation des soins, agencement des locaux, instauration d'une réflexion collective et éthique, etc.).

¹ EPSM Lille. Valériane Dujardin. Juriste. Notes en date du 28 janvier 2016.

² Depuis sa création en 2008, le CGLPL a réalisé 121 visites d'établissements de santé mentale concernant 112 structures, soit près de 40% des 284 établissements recensés.

Dans son rapport *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, les constats du CGLPL sont de deux ordres : la diversité et la généralisation des pratiques de contention et d'isolement, l'existence d'atteintes aux droits fondamentaux des patients. A la fin de son rapport, le CGLPL propose un certain nombre de recommandations pour encadrer l'usage de ces mesures.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est la prise en compte par le législateur des recommandations en 2009 du CGLPL. Elle encadre et limite le placement en chambre d'isolement et la contention en psychiatrie et oblige les établissements à consigner dans un registre spécifique tout recours à l'isolement ou à la contention et de réaliser un suivi quantitatif et qualitatif de ces mesures. Une circulaire ministérielle sur les règles de contention et d'isolement est attendue.

Conjointement au CGLPL, la conférence nationale des Présidents de Commission Médicale d'Établissement des CHS posait en mai 2016, 12 « Principes généraux concernant les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie. » Elle rappelle que les pratiques de restriction de liberté en établissements hospitaliers psychiatriques sont encadrées par des textes législatifs et réglementaires. Que ces pratiques s'inscrivent dans un processus complexe justifié par l'état clinique du patient et comprenant de nombreux aspects : une décision, un accompagnement humain, une délivrance de soins et une surveillance professionnelle de proximité. Qu'elles ne peuvent être considérées comme anodines et relever de la banalité de la pratique quotidienne. Qu'elles ne peuvent en aucun cas constituer une réponse à des questions d'ordre disciplinaire, d'effectifs soignants ou de convenance institutionnelle, et ne doivent être limitées qu'au strict nécessaire. Aucun acteur du soin, quelques soient ses compétences et son expérience, n'étant à l'abri de contre-attitudes négatives et de perte de maîtrise de soi dans sa pratique hospitalière, il s'agit d'un domaine qui exige une vigilance toute particulière d'un point de vue éthique médical et légal ainsi que de prendre la mesure de ce que toute privation ou restriction de liberté implique pour chacun, patient ou soignant.

L'isolement thérapeutique a fait l'objet, en 2008, d'un audit inter-hospitalier organisé par la Fédération régionale Nord Pas-de-Calais de recherche en santé mentale³. Un certain nombre de préconisations ont été faites à l'issue de cet audit qui a concerné 17 établissements et 45 patients.

Touchant au domaine des libertés publiques et des droits fondamentaux, ces pratiques font l'objet de recommandations et de démarches qualité dans le cadre de la certification des établissements de santé menée par la HAS, qui a mis en route en juillet 2015, un projet de recommandations sur le thème : « Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie »⁴. Seule la note de cadrage est disponible à ce jour, les travaux d'élaboration des recommandations et de relecture devraient être publiés courant 2016.

Dans sa procédure de certification V2014 des établissements de santé, la HAS retient systématiquement la thématique « Droits des patients » et examine les critères 10.b *Respect de la dignité et de l'intimité du patient* et 10.e *Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté*. Même si l'analyse s'intéresse davantage à une évaluation des processus mis en œuvre dans l'établissement qu'à la réalité des pratiques, cette thématique est systématiquement explorée au cours de l'audit de processus et des patients traceurs. Dans son guide de certification à destination des

³ Fédération Régionale Nord Pas de Calais de recherche en santé mentale. Synthèse des résultats de l'audit croisé et inter-hospitalier 2008 à propos de l'isolement thérapeutique.

⁴ HAS. Place de la contention et de chambre d'isolement en psychiatrie. Note de cadrage. Juillet 2015.

usagers, des fiches pratiques proposent des questionnements et des points de vigilances aux représentants des usagers.

En 1998, dans la cadre de sa politique visant à favoriser l'EPP, l'Anaes publie un guide pour la réalisation d'audit clinique appliqué à l'utilisation de la chambre d'isolement en psychiatrie⁵. Ce guide précise que, « malgré les progrès des soins en psychiatrie, l'isolement à but thérapeutique est à la fois une pratique fréquente et l'objet d'incertitudes persistantes sur la pertinence et l'adéquation des conduites à tenir dans ce domaine ». Nombreux sont les établissements qui se sont saisis de ce guide pour formaliser dans les années suivantes, un protocole spécifique à la mise en chambre d'isolement, sous des intitulés divers mais qui reprennent pour l'essentiel les éléments du référentiel Anaes. Moins nombreux sont ceux qui ont effectivement réalisé des audits pour apprécier la conformité de leur pratique au protocole arrêté dans l'établissement et le cas échéant s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue.

S'agissant de la contention, il n'existe, pour l'instant, aucune recommandation spécifique pour la psychiatrie. La seule publication de la HAS (Anaes à l'époque), concerne la limitation des risques de la contention physique de la personne âgée, en 2000⁶. La contention physique des personnes âgées représente un exemple des dilemmes qui peuvent survenir dans les situations de soins. Elle est pratiquée le plus souvent pour prévenir les chutes, pour contenir l'agitation et pour limiter la déambulation. Elle porte atteinte à la liberté d'aller et venir et expose à de nombreux risques tout en ayant une efficacité souvent aléatoire. Même s'il reste incontestable qu'elle est, dans certains cas, une nécessité pour protéger le patient, son recours doit rester limité. Cependant, certaines équipes développent des approches de *prise en soin*⁷ centrées sur la relation avec les personnes (contention relationnelle) et intégrées dans des démarches de Qualité de Vie au Travail (QVT).

La contention peut également être utilisée aux urgences⁸, dans la prise en charge du patient agité, dangereux pour lui-même ou son entourage. C'est une mesure d'exception, temporaire, qui ne constitue pas à elle seule une mesure thérapeutique et dont les effets secondaires peuvent être graves. Elle doit toujours être associée à une sédation⁹.

Dans les établissements accueillant des personnes handicapées¹⁰, le recours à des lieux de calme-retrait et d'apaisement, renvoie à des pratiques exceptionnelles visant un retrait temporaire d'une personne par rapport à son environnement, dans un lieu fermé, au sein du même établissement. Vocabulaire du secteur médico-social, préféré à celui de mise en « isolement », propre au secteur sanitaire. Les établissements sociaux et médico-sociaux constituant les lieux de vie des personnes accueillies, le droit à la liberté d'aller et venir y fait l'objet d'une protection renforcée.

C'est concernant cette liberté fondamentale d'aller et venir qu'en 2004, l'Anaes publie ses recommandations suite à sa conférence de consensus : *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité*¹¹. En pratique, la problématique est de réussir à concilier pour chaque personne deux principes apparemment opposés : respecter la liberté et assurer la sécurité. Cette conférence de consensus avait pour but de donner un cadre à l'exercice de la liberté des

⁵ Anaes. Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en secteur psychiatrique. Juin 1998.

⁶ Anaes. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Guide pratique. 2000.

⁷ C'est le cas, par exemple, des approches Carpe Diem ou Humanitude.

⁸ Anaes. Conférence de consensus. L'agitation en urgence (petit enfant excepté). JEUR 2003;16:58-64.

⁹ ARS et ORU PACA. Mineurs en crise. Contention et sédation. Recommandation de bonnes pratiques 2015.

¹⁰ Anesm. Le recours aux espaces de calme-retrait, d'apaisement. Lettre de cadrage. 2015.

¹¹ Anaes-FHF. Conférence de consensus. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. 2004.

personnes en particulier dans les situations de plus en plus fréquentes de multiplication des séjours de longue durée en établissement sanitaire et médico-sociaux.

Les sentiments exprimés par les patients placés en chambre d'isolement ou sous contention ne sont évidemment pas les mêmes selon la durée, la qualité de l'accompagnement par les soignants, les conditions matérielles, les circonstances du placement. Il existe bien entendu un écart entre la perception du patient et le comportement réel des soignants, mais il importe de prendre en compte la manière dont il perçoit l'humiliation, au-delà de la réalité objective de la situation.

Campagne eFORAP

Le thème « Contention et de isolement » a été choisi pour notre campagne 2016 pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il s'agit d'une demande de nos adhérents, tout particulièrement du secteur psychiatrique, secteur pour lequel nous souhaitons justement renforcer nos activités. Il s'agit par ailleurs d'un des sujets de réflexion de notre axe « Changement des Pratiques Professionnelles ». Enfin, par les questions qu'il pose en termes de respect des droits fondamentaux de l'utilisateur, ce thème a donné lieu à des publications récentes (recommandation, rapport, etc.) et figure dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé.

La finalité d'une campagne eFORAP, régionale ou inter-régionale, est d'obtenir la mobilisation des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux sur une problématique de soins que nous proposons d'aborder par la réalisation d'une mesure (évaluation). La campagne est l'occasion de moments d'échanges interdisciplinaires autour des questionnements actuels concernant le changement des pratiques professionnelles.

Prévue en principe durant les mois de septembre-octobre de l'année, la campagne est à destination de tous les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux adhérents* des SRAE de la FORAP qui la mettent en œuvre.

La campagne de 2016, contention et isolement, à l'initiative du Ccecqa, sera vraisemblablement une campagne inter-régionale compte tenu de l'intérêt que son thème a suscité auprès de deux autres SRAE de la FORAP, le RSQ (Réseau Santé Qualité) et le RBNSQ (Réseau Bas-Normand Santé Qualité).

Objectifs de la campagne *(à valider avec le groupe de travail)*

- Promouvoir l'évaluation des pratiques
- Mobiliser les professionnels et l'établissement sur la thématique *via* une évaluation
- Recentrer la réflexion autour des pratiques professionnelles sur le *prendre soin*¹² (dimension humaine)
- Amener les établissements à une nouvelle réflexion concernant les enjeux relatifs au respect des droits fondamentaux de l'utilisateur
- Repérer les conduites ou situations qui amènent à l'augmentation (aggravation) ou la diminution de l'usage de la contention ou de l'isolement
- Mettre à l'épreuve l'idée de mesures de dernier recours (alternatives à la contention et l'isolement)
- ...

¹² Lehmann JP. Ce que « prendre soin » peut signifier. Le Coq-héron 2005;180:50-4.

Outils d'évaluation possibles

Outils existant :

- Audit clinique ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personne âgée, HAS, 2004
- Prise en charge des patients psychiatriques en chambre d'isolement, Ccecqa, 2009
- Modalités de la contention physique, Ccecqa, 2014
- Contention physique passive en établissement de santé, ReQua, 2011
- Réduction des risques liés à la contention physique passive, ReQua, 2016

Idées autres outils :

- Analyse des pratiques à partir des 10 points clés d'usage de la contention ou de l'isolement (soignants)
- Audit des connaissances de la réglementation et des bonnes pratiques (soignants)
- Audit organisationnel (équipe, encadrement)
- Mesure du vécu de la contention (soignant, usager)

Groupe de travail

Avant la mise en place de cette campagne, nous avons souhaité réunir un **groupe de travail régional** afin de réfléchir à l'élaboration de l'outil d'évaluation qui sera utilisé. Vous trouverez à la fin de ce document l'ensemble des personnes que nous avons contactées et à qui nous avons proposé de participer à ce groupe de travail.

La 1ère réunion du groupe de travail aura lieu : **mardi 28 juin 2016, de 10 h à 13h, au Ccecqa**. Cette réunion aura pour ordre du jour :

- Partage sur l'organisation et la planification du travail (groupe de travail, campagne, suites)
- Définition de la contention et de l'isolement
- Partage des informations disponibles (contexte, problématique, outils)
- Validation du périmètre d'intervention (secteurs, établissements, etc.)
- Validation des objectifs de la campagne
- Définition de l'approche méthodologique de l'outil d'évaluation
- Identification des critères d'évaluation (réglementaires, pratiques, organisation, connaissance)
- Décision sur les principaux paramètres de l'outil d'évaluation
- Date de prochaine réunion en septembre

Prénom Nom	Etablissement	Fonction	Email
Ginette Poupard	CISS Aquitaine	Présidente	ginette.poupard@wanadoo.fr
Annette Viroulaud Karine Martin	CH de Montpon	Responsable Qualité et Expert Visiteur Médecin et Expert Visiteur	annette.viroulaud@ch-montpon.fr karine.martin@ch-montpon.fr
Marie-Pierre Herrera Gaëlle Lelievre Chantal Petit	CHU de Bordeaux	Cadre de santé Ingénieur Qualité Ingénieur Qualité	marie-pierre.herrera@chu-bordeaux.fr gaelle.lelievre@chu-bordeaux.fr chantal.petit@chu-bordeaux.fr
Catherine Rea Loudiyi Chafik	Fondation John Bost	Directeur médical Président CME	catherine.rea@johnbost.fr loudiyi.chafik@johnbost.fr
Maud Clément Christophe Barbé	CH des Pyrénées	Directrice adjointe Ingénieur Qualité	maud.clement@chpyr.fr christophe.barbe@chpyr.fr
Valérie Dayral Thierry Lebrun	Ehpad "la mémoire des ailes"	Directrice Médecin coordonnateur	v.dayral-direhpad@aeis.fr thierry.lebrun@orange.fr
Malika Traissac Véronique Belesta	HAD Béarn et Soule	Directrice Cadre de santé, coordonnateur de risque	directionhad@orange.fr cadredesante.oloronhad@orange.fr
Pierre Azanza Christine Lacazette Anne Coustets	HAD Santé Service Bayonne	Médecin coordonnateur Psychologue Médecin	p.azanza@santeservicebayonne.com c.lacazette@santeservicebayonne.com a.coustets@santeservicebayonne.com
Frédéric Payan Julie De Peretti Marie-Laure Lacouture Colette Hontang	EHPAD, SSIAD d'Hagetmau	Directeur Médecin coordonnateur Cadre de santé Cadre de santé	dirccashag@orange.fr medecincoehpadhagetmau@orange.fr cadreide.ehpadhag@orange.fr
Lynda Bourgeoisat Patrick Bernard	MAS de Biganos ADAPEI 33	Directrice Médecin	mas.biganos@adapei33.com
Stéphanie Cohort Samira Ait-Yakhlef	CH d'Excideuil	Directrice Responsable qualité	accueil@hopital-excideuil.fr qualite@hopital-excideuil.fr
Maud Masclat Cyrille Rumeau Stéphanie Jonas	CH de Périgueux	Ingénieur Qualité Ingénieur Qualité Directeur Qualité	maud.masclat@ch-perigueux.fr cyrille.rumeau@ch-perigueux.fr stephanie.jonas@ch-perigueux.fr
Aline Gilet-Caubere Julie Rongère Cyril Astrugue Catherine Pourin Ahmed Djihoud	CH de Dax Ccecqa	Directrice Adjointe Qualité Médecin Interne de SP Médecin Epidémiologiste	gilet-cauberea@ch-dax.fr julie.rongere@ccecqa.asso.fr cyril.astrugue@chu-bordeaux.fr catherine.pourin@ccecqa.asso.fr ahmed.djihoud@ccecqa.asso.fr