

# Isolement et contention en psychiatrie générale

Charles Alezrah

Dijon 26 avril 2018

1



## Une réalité difficile à évaluer

- Peu de données fiables au plan national
- Subjectivement, l'impression d'une utilisation plus fréquente
- Davantage de données et une réalité encadrée dans plusieurs pays étrangers

## Quelques chiffres cependant

- D'après les données du Rim-P, en 2015, **28100 patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie ont été placés en isolement, soit 8,3% des patients hospitalisés**. Ces chiffres seraient en augmentation ces dernières années, **avec 6,6% des patients hospitalisés à plein temps en 2011 concernés par l'isolement et 7,2% en 2013** (Senon, 2016)
- Une étude Française, portant sur la contention réalisée dans le service des urgences de St Anne à Paris retrouvait une prévalence d'usage de la contention mécanique de 1,4% avec un durée moyenne de 120 minutes (Guedj 2004)

## Un encadrement par la loi dans de nombreux pays avant la France

- Etats Unis, Canada, Belgique, Allemagne, Pays-Bas, Russie
- Et un pays qui n'utilise plus le recours à l'isolement ou la contention: l'Islande (Matthias son P ; L'information psychiatrique, 2017, 93,558-62)
- la fréquence d'utilisation de la contention suite à une admission en psychiatrie serait de 7,3% en Angleterre, 8% en Allemagne, 5% en Finlande, 1,2% aux Pays Bas, 3,1% en Suisse. La durée moyenne de contention serait de 10h en Allemagne contre 49h en Suisse , (Martin et al 2007)

# Un contexte évolutif dans notre pays

- La loi du 27 juin 1990 centrée sur le respect de la liberté contrairement à la loi du 30 juin 1838
- Une jurisprudence. La CAA de Douai en 1995 : Le non recours à la contention peut engager la responsabilité d'un établissement si ce traitement est le seul à assurer la protection du patient et des tiers...La même CAA en 2006 réserve la contention aux personnes présentant un risque majeur d'atteinte à leur personne ou à d'autres personnes... »
- Un arrêt de la CAA de Marseille en 2007 en fait une mesure de dernier recours...

# Des recommandations répétées

- **Recommandations du Conseil de l'Europe (2004) relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux: Article 8 : Principe de la restriction minimale: « Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement disponible le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui...»**
- **multiples recommandations du CGLPL et du CEPT**

# Les bases juridiques en France

► *Article L. 3211-3 du code de la santé publique (Modifié par Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 - art. 1)*

*« Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, 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... »*

# La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016

8

Article L. 3222-5-1 du code de la santé publique :

- « **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....
- 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. »



# Les précédentes recommandations

- **ANAES – Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie.** (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 1998)
- **ANAES – Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée** (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 2000)
- **Conférence de consensus de la Société francophone de Médecine d'Urgence : agitation en urgence (2002)**
- **Conférence de consensus : liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité (Fédération hospitalière de France, 2004 )**

# Une recommandation de l'ANESM Pour les ESMS

- Décembre 2016
- <http://www.anesm.sante.gouv.fr>
- 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.

# Une série d'outils sur les techniques de désescalade

- Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie. (HAS novembre 2016) Un travail prenant en compte les préoccupations pratiques des équipes de soins exposées aux violences, centré sur l'équipe soignante et ses besoins en termes de développement des compétences
  - La **prévention** comme axe essentiel
  - Mettre à la disposition des professionnels un guide support à des démarches d'amélioration de la qualité

## Des résultats probants d'une politique de diminution de l'isolement et de la contention à l'étranger

- A partir d'une approche ...économique !!!
- En Grande Bretagne depuis 2012
- Aux USA en Pennsylvanie, depuis la fin des années 90, réduction de 74 % en 5 ans
- En Australie, à partir de formations longues (42 mois) développant des techniques de désescalade, diminution de 94 %

# Une saisine de la HAS sur le thème

- Dans un premier temps pour rédiger des fiches mémo
- Premières réunions du groupe de travail dans ce sens
- Evolution de la demande vers une recommandation de bonne pratique
- En tout 7 réunions à partir de mars 2016
- Publication sur le site le 20 mars 2017

# Un groupe de travail

- Un responsable de projet de la HAS
- Un représentant de la FNAPSY
- Une représentante de l'UNAFAM
- 6 psychiatres ( dont deux chargées du rapport bibliographique)
- Un médecin généraliste exerçant en service psychiatrique
- 3 cadres et infirmier(e)s
- 3 directeurs (Public, PSPH, Privé)
- Une responsable de service Qualité
- Une représentante du CGLPL

# Parallèlement une préparation de circulaire par la DGOS

- ▶ Un lien étroit entre les deux projets
- ▶ 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

## Les grandes lignes de la Recommandation:

Isolement et contention  
en psychiatrie générale



# Les références retenues par le groupe

- La Loi
- Les références éthiques liées aux professions de soins
- La réalité de la clinique quotidienne dans les services
- Les précédents travaux ANAES/HAS

# Définition générale

➤ **Article L. 3222-5-1 du code de la santé publique :**

« 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. »

# Précisions dans la circulaire

- **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 oeuvre 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 oeuvre 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.

# L'isolement

Placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté.

L'isolement est une mesure limitée dans le temps, sur **décision d'un psychiatre**, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, **dans le cadre d'une démarche thérapeutique**, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation de l'isolement représente **un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique**. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance... réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité.

# La contention mécanique

Utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.

La contention mécanique **est une mesure d'exception**, limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation d'une mesure de contention mécanique représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance... réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité.

# Indications

22

Il s'agit de prévenir une violence imminente du patient ou répondre à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui.

L'isolement et la contention peuvent être envisagés uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, **et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.**

L'isolement ne doit être utilisé qu'en dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient. Il doit être pleinement justifié par des arguments cliniques.

La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement. **Elle doit rester exceptionnelle** et ne doit être utilisée qu'en dernier recours, pour une durée limitée et strictement nécessaire, après une évaluation du patient. La mesure doit être pleinement justifiée par des arguments cliniques.

## Le cas particulier des personnes sous main de justice ?

Ces situations sont régies par l'article L. 3214-1 du CSP qui prévoit que ces personnes soient adressées en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA).

Cependant, dans la pratique, certains détenus sont hospitalisés au sein de services de psychiatrie générale.

**Quel que soit le lieu d'hospitalisation, le recours à l'isolement relève d'une nécessité médicale.** Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice publié par le ministère de la Justice et le ministère des Affaires sociales et de la Santé en précise les conditions dans sa dernière version publiée en octobre 2012

# Quels patients concernés ?

- En Soins Sans Consentement
- Ce n'est pas explicite dans la Loi... Mais
- Art. L.3222-5 concerne les SSC
- Art. L. 3222-5-1. L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours.
- 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.



# Une exception en situation d'urgence.

- En référence à la circulaire Veil du 19 juillet 1993: « *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....* »
- De façon exceptionnelle et uniquement dans les situations d'urgence, il peut être possible, à titre dérogatoire, 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 de son régime de soins

# Mise en œuvre

26

- Sur décision d'un psychiatre, préférentiellement le psychiatre traitant du patient dans l'unité de soins.
- En cas de décision prise par un interne ou un médecin non psychiatre, et durant les périodes de garde, cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit.
- Cette confirmation peut se faire par téléphone en fonction des informations échangées. Cette confirmation doit être tracée dans le dossier du patient.
- À l'initiation de la mesure, **il est recommandé que l'indication soit limitée à 12 heures pour l'isolement et 6 heures maximum pour la contention mécanique.** Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 12 heures pour l'isolement et 6 heures pour la contention mécanique. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures en concertation avec l'équipe soignante.
- **Toute mesure programmée d'isolement ou de contention mécanique est à proscrire. La mesure « si besoin » ne peut s'appliquer.**

# Lieu de mise en œuvre

27

- Un lieu dédié et adapté
- L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans l'espace d'isolement ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.
- Il doit respecter l'intimité et la dignité du patient et permettre le repos et l'apaisement.
- **La disponibilité de la chambre du patient est assurée à tout moment**
- La contention mécanique est associée à une mise en isolement. Il est recommandé qu'elle n'ait lieu que dans un espace dédié avec des équipements spécifiques et qu'elle ne se fasse qu'en position allongée.
- **La prise en charge du patient nécessite une surveillance physique et une interaction relationnelle qui ne peuvent être remplacées par un système de vidéosurveillance.**

# Prescriptions

Il est recommandé qu'une fiche particulière de prescription du suivi de la décision soit présente dans le dossier du patient et comporte :

- L'identité du patient ; la date et l'heure de début et de fin de mise en isolement et sous contention mécanique ; le nom de l'unité, les modalités d'hospitalisation ;
- Le motif de la mise en isolement et sous contention mécanique, les risques de violence imminente ou immédiate, non maîtrisable, envers autrui ou envers lui-même, clairement tracés ;
- Des précisions sur ce qui a été vainement mis en œuvre préalablement afin de justifier que la mesure est bien prise en dernier recours ;
- La recherche de contre-indications à l'isolement ou à la mise sous contention mécanique ;
- Les modalités de dispensation du traitement médicamenteux privilégiant une voie *per os* chaque fois que possible, en situation d'urgence, en complétant la fiche de traitement ;
- Les modalités de surveillance adaptées à l'évaluation des risques somatiques et psychiques ;
- Les consignes devant permettre au patient de manger, de boire, d'aller aux toilettes ou de se laver sont clairement tracées.

# Surveillance

29

Le rythme de surveillance de l'état somatique et psychique par l'équipe soignante est précisé par le médecin et adapté en fonction des nécessités thérapeutiques et du (des) risque(s) présenté(s) par le patient. Il relève donc de son jugement clinique. Il est recommandé que :

- la surveillance de l'état psychique par l'équipe soignante se fasse au moins toutes les heures et puisse aller jusqu'à une surveillance continue ;
- la surveillance des paramètres physiologiques soit assurée par l'équipe soignante (tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, palpation des mollets, etc.) en fonction de la prescription médicale ;
- les sevrages soient pris en compte en proposant des traitements substitutifs, notamment pour le tabac.

# Contention et prévention thromboembolique

- La prévention des maladies thromboemboliques doit être envisagée pour chaque patient mis sous contention mécanique en fonction de la balance bénéfices-risques, notamment par la prescription d'un traitement anticoagulant.
- Parmi les facteurs de risque thromboembolique, sont notamment retrouvés les antécédents d'événement thromboembolique veineux, la thrombophilie familiale majeure, le cancer, la chimiothérapie, l'insuffisance cardiaque ou respiratoire, l'hormonothérapie, la contraception orale, les accidents vasculaires cérébraux avec déficit neurologique, le *post-partum*, l'âge, l'obésité, l'alitement prolongé, l'insuffisance rénale sévère.
- Il convient de rappeler que les antipsychotiques de seconde génération et les antidépresseurs sont des facteurs de risque thromboembolique.

# Information du patient

31

- Il est indispensable, au moment de la mise en place de la mesure d'isolement ou de contention mécanique, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de la mesure et les critères permettant sa levée.
- L'explication doit être donnée dans des termes compréhensibles par le patient et répétée, si nécessaire, pour faciliter la compréhension.
- Il est nécessaire d'expliquer au patient ce qui va se passer durant la période d'isolement ou de contention mécanique (surveillance, examens médicaux, traitement, toilettes, repas, boisson).
- Dans la recherche d'une alliance thérapeutique avec le patient, sauf dispositions prévues par la législation (majeurs sous tutelle, mineurs) et dans le respect du code de déontologie, il est demandé au patient s'il souhaite prévenir sa personne de confiance ou un proche. Dans ce cas, les moyens les mieux adaptés à la délivrance de cette information doivent être recherchés.



# Levée de la mesure

- L'isolement ou la contention mécanique doivent être levés, sur décision médicale, dès que leur maintien n'est plus cliniquement justifié.
- L'équipe soignante peut à tout moment solliciter le médecin afin de lever la mesure.
- L'isolement ou la contention ne peuvent être maintenus pour des raisons organisationnelles ou institutionnelles, ni pour répondre à la rareté des professionnels.
- La raison, l'heure et la date de la levée de l'isolement ou de la contention mécanique doivent être tracées dans le dossier du patient.
- En fonction de la clinique, la levée de la mesure de contention mécanique n'est pas systématiquement associée à la levée de la mesure d'isolement.



# Reprise avec le patient

33

Dès que possible lorsque la mesure d'isolement ou de contention est levée et si le patient est accessible, il est important de l'aider à comprendre les événements récents qu'il a vécus pour :

- soutenir et prendre en charge le patient après l'épisode ;
- fournir un soutien émotionnel au patient et valider son ressenti de l'événement : l'aider à mettre des mots sur sa souffrance, son vécu aussi bien avant, pendant et après la crise ;
- renforcer le lien avec le patient ;
- mieux comprendre, avec le patient, l'événement, pour prévenir sa récurrence ; aider le patient à comprendre, si cela lui est possible, les facteurs internes qui ont conduit à cette crise, et ses symptômes ;
- identifier des facteurs contextuels qui ont pu contribuer à la crise ;
- commencer ou poursuivre un travail d'éducation thérapeutique visant la reconnaissance de signes avant-coureurs, l'identification des facteurs d'apaisement et des personnes ressources ;
- identifier ce qui a mal fonctionné, quelle information a été manquée, ce qui aurait pu être fait différemment et ce qu'il faudrait faire à l'avenir pour éviter d'avoir recours à l'isolement ;
- discuter avec le patient des stratégies alternatives possibles afin de prévenir la récurrence de l'événement et utiliser les résultats de cette discussion pour faire évoluer le plan de soins et le plan de prévention partagé

# Temps de reprise en équipe

34

- faire une première analyse avec une diversité de points de vue et cerner la dimension clinique ;
- recontextualiser les comportements des patients ;
- faire une analyse de l'ensemble des facteurs ; faire la part entre ce qui revient à l'équipe, à l'institution et au patient ;
- identifier ce qui aurait pu être évité et/ou ce qui a permis une résolution sans violence ;
- permettre aux soignants d'exprimer leurs difficultés face à cette pratique vécue parfois avec culpabilité ; permettre aussi l'expression de la peur ou de la difficulté de prendre soin d'un patient qui a ou qui a eu un comportement violent ;
- faire un retour sur ce qui a conduit à la mesure d'isolement et de contention ; l'information sur la mesure d'isolement et de contention ainsi que sur la levée doit être délivrée en toute transparence à l'ensemble de l'équipe, notamment les membres présents le jour de l'événement ;
- permettre l'expression des difficultés éprouvées face à un contexte d'exigences contradictoires et de dissonance éthique ;
- réfléchir à des alternatives à l'isolement et à la contention : retravailler en équipe la prévention, améliorer la contenance relationnelle à travers la disponibilité, le renforcement et la qualification de l'équipe soignante

# Définir une politique d'établissement

- Les mesures d'isolement et de contention doivent être consignées dans un registre au sein de 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.
- À partir du recueil de données, les unités de soins, les services, les pôles et la commission médicale d'établissement (CME) développent une réflexion sur l'évolution du nombre de mesures d'isolement ou de contention mécanique. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) est associée à ces travaux.
- L'établissement doit s'appuyer sur cette réflexion pour définir une politique visant à diminuer le recours à l'isolement ou à la contention mécanique. **Cette politique doit s'appuyer sur une présence soignante pluriprofessionnelle dans les unités de soins, adaptée aux besoins d'une prise en charge basée sur la relation.** Elle s'étaye, notamment pour les nouveaux diplômés, sur un programme de formation à la clinique et à la psychopathologie ainsi que sur des formations à la prévention de la violence et à la désescalade.

**Merci pour votre attention...**