



HAL
open science

Contention physique en psychiatrie : évaluation et amélioration des pratiques (EPP/APP) dans deux Établissements publics de santé mentale en Bretagne

Laura Ruesche

► To cite this version:

Laura Ruesche. Contention physique en psychiatrie : évaluation et amélioration des pratiques (EPP/APP) dans deux Établissements publics de santé mentale en Bretagne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02147027

HAL Id: dumas-02147027

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02147027v1>

Submitted on 4 Jun 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée par

Laura RUESCHE

**Contention Physique
en Psychiatrie
Évaluation et
Amélioration des
Pratiques (EPP/APP)
dans deux
Établissements
Publics de Santé
Mentale en Bretagne**

**Thèse soutenue à Rennes
le 15 février 2018**

devant le jury composé de :

Mme le Pr. Gwénola BURGOT

Pharmacien PU-PH, Centre Hospitalier Guillaume
Régnier, Rennes

M. le Pr. Olivier DUVAL

Pharmacien PU-PH, UFR Sciences
Pharmaceutiques, Angers

M. le Dr. Laurent LESTREZ

Psychiatre PH, Établissement Public de Santé
Mentale Jean-Martin Charcot, Caudan

M. le Dr. Nicolas MARIE

Pharmacien PH, Centre Hospitalier Guillaume
Régnier, Rennes

ANNEE 2017-2018

Listes des enseignants-chercheurs de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

PROFESSEURS		Pharmacien	HDR	Hospita-U
1	BOUSTIE Joël	X	HDR	
2	BURGOT Gwenola	X	HDR	X
3	DONNIZO Pierre Yves	X	HDR	X
4	FAILLI Ahmad		HDR	
5	FARDEL Olivier	X	HDR	X
6	FELDEN Brice	X	HDR	
7	GAMBAROTA Giulia		HDR	
8	GOUGEON Anne	X	HDR	
9	LAGENTE Vincent	X	HDR	
10	LE CORRE Pascal	X	HDR	X
11	LORANT (BOICHOT) Elisabeth		HDR	
12	MOREL Isabelle	X	HDR	X
13	SERSENT Odile	X	HDR	
14	SPARFEL-BERLIVET Lydie	X	HDR	
15	TOMASI Sophie	X	HDR	
16	URIAO Philippe	X	HDR	
17	VAN DE WEGHE Pierre		HDR	
18	VERNIHET Laurent	X	HDR	

PROFESSEURS ASSOCIES		Pharmacien	HDR	Hospita-U
1	BUREAU Loïc	X		
2	DAVOUST Noëlle	X		

PROFESSEURS EMERITES		Pharmacien	HDR	Hospita-U
1	CILLARD Josiane	X	HDR	
2	GUILLOUZO André		HDR	

MAITRES DE CONFERENCES				
------------------------	--	--	--	--

		Pharmacien	HDR	Hospitalo-U
1	ABASQ-PAOFAI	Marie-Laurence		
2	ANINAT	Caroline	X	HDR
3	AUGAGNEUR	Yoann		
4	BEGRICHE	Karima		
5	BOUSARGHIN	Latifa		HDR
6	BRANDHONNEUR	Nolwenn		
7	BRUYERE	Arnaud	X	
8	BUNETEL	Laurence	X	
9	CHOLLET-KRUGLER	Marylène	X	
10	COLLIN	Xavier	X	
11	CORBEL	Jean-Charles	X	HDR
12	DAVID	Michèle	X	HDR
13	DELALANDE	Olivier		
14	DEMAIL	David		
15	DION	Sarah		
16	DOLLO	Gilles	X	HDR
17	GIOQUEL	Thomas	X	
18	GILOT	David		HDR
19	GOUAULT	Nicolas		HDR
20	HITTI	Eric		
21	JEAN	Mickaël		
22	JOANNES	Audrey		
23	LEUREUR	Valérie		HDR
24	LE FERREC	Eric	X	
25	LE GALL-DAVID	Sandrine		
26	LE FABIC	Hélène		
27	LEGOVIN-SARSADENNEC	Béatrice		
28	LOHEZIC-LE DEVEHAT	Françoise	X	
29	MARTIN-CHOULY	Corinne		HDR
30	MINET	Jacques	X	HDR
31	NOURY	Fanny		
32	FINEL-MARIE	Marie-Laure		
33	FODECHARD	Normand		
34	FOTIN	Sophie	X	
35	RENAULT	Jacques	X	HDR
36	ROUILLON	Astrid		

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE (AHU)				
---	--	--	--	--

		Pharmacien	HDR	Hospitalo-U
1	BACLE	Astrid	X	
2	BOUVRY	Christelle	X	

ATER				
------	--	--	--	--

1	FALAZZO	Claudio		
2	VICTONI	Tatiana	X	

Serment de Galien

En présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples, je jure :

-D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

-D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

-De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



Source : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens

Remerciements

Au Dr Nicolas Marie, pour vos conseils avisés et votre encadrement précieux,

Au Pr. Gwénola Burgot, merci de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse,

Au Pr. Olivier Duval, pour avoir accepté de juger ce travail et pour vos enseignements lorsque j'étais étudiante à Angers,

Au Dr Laurent Lestrez, pour votre soutien et votre considération envers ce travail, pour nos échanges riches d'interdisciplinarité,

Au Dr Jacques Trévidic, pour m'avoir accompagnée et guidée dans mes premiers pas d'interne, pour la confiance que vous m'avez accordée.

Au Dr Elisabeth Paliarne, pour ta bonne humeur, ta gentillesse et ta patience,

Au Dr Marion Buisson, pour ton aide et ta disponibilité,

Au Dr Jean Lobréaux et à M. Emmanuel Thomas, pour m'avoir initiée à la Qualité et à la Gestion des Risques lors de mon semestre au CH de Ploërmel, c'est à vos côtés que j'ai eu le déclic « QGDR »,

Au Dr Laurent Hamon, pour ces deux semestres (façon puzzle mais quand même !), j'ai beaucoup appris à vos côtés et au contact de toute l'équipe de la « Sté », merci pour votre soutien et vos encouragements sincères,

Au Dr Patrick Zamparutti, pour tes qualités de pédagogue, ta bonne humeur quotidienne et cet ultime semestre hautement formateur à l'ARS Bretagne,

A tous les pharmaciens que j'ai eu la chance de côtoyer et de rencontrer pendant ces quatre années (et demi), chacun de vous a contribué à faire de moi le pharmacien que je deviens aujourd'hui,

A Mme Béatrice Le Goff, Cadre Supérieure de Santé au CHGR, pour votre aide précieuse et votre disponibilité,

A Mme Céline Sauvage, Ingénieure Qualité à l'EPSM Charcot, pour vos conseils et votre aide,

A Yann, quelques lignes sont bien insignifiantes pour te remercier de tout ce que tu fais pour moi chaque jour, pour m'avoir soutenue toutes ces années, à chaque instant depuis le début, je suis si heureuse d'être à tes côtés,

A Nolwenn, tes sourires et tes grands yeux bleus suffisent à illuminer ma vie,

A mes parents, pour votre amour inconditionnel, pour l'éducation que vous m'avez donnée, les valeurs que vous m'avez transmises, pardon de vous avoir un peu délaissés ces derniers mois !

A Marie, ma sœur de cœur, je serai toujours là pour toi, merci ma belle pour tes encouragements et tes mots qui réchauffent le cœur et remontent le moral,

A Romain, pour ta bienveillance, ton soutien sans faille et notre amitié, qu'elle dure toujours,

A Cécile (ma Cibou rayonnante), Laëtitia (heureusement qu'on est deux dans ce binôme !), Clémence, Marine, Rudy, Maud, Amélie, sans oublier Mathieu, Cédric et Régis. Merci pour tous ces moments de joie partagés, merci d'être vous,

A Bertrand, pour ton oreille attentive dans les moments de doute, mais aussi bien sûr (évidemment) pour la fantastique aventure que fut Remede.org et pour notre amitié qui en est née,

A Alexandre, mon co-interne à l'ARS Bretagne, pour ta relecture pas du tout naïve, tes conseils pas piqués des hannetons et nos échanges parfois capillotractés mais toujours savoureux,

A mes co-internes de Rennes et d'ailleurs, pour nos échanges et notre amitié : Anne-Claire, Pauline et Paulette, Romain, François, Fabien, Maxime, Irina, Adeline, Elise V, Elise G, Hélène, Gabrielle, Carmen, Alexia, Amandine, Charles-Patrick, Julien, Claude, Valérie, Mathieu... et tous les autres trop nombreux pour être cités ici, mais que je n'oublierai pas,

A Nora et Alison, les internes qui m'ont succédées à Charcot, pour votre aide sans laquelle ce travail n'aurait pu aboutir,

À tous les membres du groupe de travail « Contention », pour votre implication dans ce projet,

À toute l'équipe de la Pharmacie de « Charcot » : Janick, Petit Nico, Irène, Grand Nico, Géraldine, Patricia, Anne et Patrick, pour m'avoir accueillie parmi vous et pour tous ces bons moments passés ensemble,

Aux équipes soignantes de l'EPSM rencontrées à l'occasion de ce travail, en particulier au 23A et à l'UHEA, pour votre accueil et votre gentillesse lors de nos échanges.

Table des matières

REMERCIEMENTS	5
TABLE DES MATIÈRES	7
TABLE DES ANNEXES	9
LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES	10
TABLE DES FIGURES.....	11
LISTE DES TABLEAUX	13
INTRODUCTION.....	14
PARTIE 1 : LA CONTENTION PHYSIQUE : DÉFINITIONS, CONTEXTE.....	16
A. DÉFINITION DE LA CONTENTION	17
1. <i>Définitions de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'ANAES</i>	17
2. <i>Définition du Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT).....</i>	18
3. <i>Définition retenue dans ce travail</i>	18
B. PRÉVALENCE ET INDICATIONS DE LA CONTENTION.....	18
1. <i>Prévalence.....</i>	18
2. <i>Indications.....</i>	19
C. RISQUES ET ALTERNATIVES	20
1. <i>Risques liés à la contention physique</i>	20
2. <i>Méthodes alternatives</i>	20
D. LÉGISLATION ET RECOMMANDATIONS	21
1. <i>Cadre législatif et réglementaire spécifique.....</i>	21
2. <i>Droits des patients</i>	22
3. <i>Devoirs des professionnels de santé.....</i>	24
4. <i>Recommandations et autres textes de référence.....</i>	25
E. ASPECTS ÉTHIQUES AUTOUR DE LA CONTENTION EN PSYCHIATRIE.....	27
F. DISPOSITIFS DESTINÉS À LA CONTENTION MÉCANIQUE	29
1. <i>Aspects législatifs et réglementaires.....</i>	29
2. <i>Différents types de dispositifs et critères de choix</i>	30
3. <i>Données de matériovigilance.....</i>	35
PARTIE 2 : MISE EN PLACE D'UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES PRATIQUES DE CONTENTION PHYSIQUE	36
A. GÉNÉRALITÉS SUR LA QUALITÉ ET LA GESTION DES RISQUES ASSOCIÉS AUX SOINS.....	37
1. <i>Concepts généraux.....</i>	37

2.	<i>Contexte au niveau national</i>	38
3.	<i>Principaux outils de l'évaluation et de gestion des risques en santé</i>	40
B.	DÉMARCHE DE L'EPSM J.M CHARCOT DE CAUDAN	41
1.	<i>Contexte institutionnel</i>	41
2.	<i>Évaluation des pratiques selon la méthode de l'audit clinique</i>	42
C.	APPROCHE COMPARATIVE AVEC LA DÉMARCHE DU CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME RÉGNIER (CHGR) DE RENNES.....	58
1.	<i>Pourquoi comparer</i>	58
2.	<i>Historique de la démarche au CHGR</i>	58
3.	<i>Résultats des EPP et actions d'amélioration conduites au CHGR</i>	59
4.	<i>Comparaison des démarches</i>	60
D.	DISCUSSION	61
	CONCLUSION	63
	BIBLIOGRAPHIE	65
	ANNEXES	70

Table des annexes

Annexe 1 : Référentiel de bonnes pratiques de contention chez la personne âgée ANAES 2000	71
Annexe 2 : Manuel de certification v2014, critère relatif aux restrictions de libertés.....	72
Annexe 3 : Grille d'audit (5 pages).....	73
Annexe 4 : Capture d'écran du masque de saisie des données recueillies lors de l'audit	78
Annexe 5 : Tableau de bord de suivi des actions d'amélioration.....	79
Annexe 6 : Répartition des principales indications de mise sous contention relevées lors des deux tours d'audit	80
Annexe 7 : Grille de correspondance entre intitulés courts et libellés complets des critères d'évaluation	81
Annexe 8 : Questionnaire de prescription de contention dans le logiciel Cortexte (ancienne version)	82
Annexe 9 : Questionnaire de prescription de contention dans le logiciel Cortexte (nouvelle version)	83
Annexe 10 : Fiche de surveillance infirmière	84
Annexe 11 : Résultats obtenus par catégories d'unités de soins, grille Information	85
Annexe 12 : Résultats de l'enquête auprès des soignants menée en février 2017 (4 pages)	86
Annexe 13 : Procédure Contention en Urgence - EPSM Charcot (3 pages)	90
Annexe 14 : Procédure Contention personne âgée - EPSM Charcot (3 pages)	93
Annexe 15 : Procédure Contention en Psychiatrie générale - EPSM Charcot (4 pages).....	95
Annexe 16 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Surveillance - UHEA	100
Annexe 17 : Grille d'évaluation de la pertinence des soins - MCI au CHGR (3 pages)	101
Annexe 18 : Résultats comparés des 3 itérations de la revue de pertinence MCI au CHGR	104
Annexe 19 : Grille d'audit Contention et résultats obtenus (tour 1) au CHGR (2 pages)	105

Liste des abréviations utilisées

AFSSAPS	: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMDEC	: Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité
ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANSM	: Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARS	: Agence Régionale de Santé
CGLPL	: Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
CHGR	: Centre Hospitalier Guillaume Régnier
CPT	: Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
CREX	: Comité de Retour d'Expérience
CSP	: Code de la Santé Publique
DIM	: Département de l'Information Médicale
DM	: Dispositif Médical
DPC	: Développement Professionnel Continu
DPI	: Dossier Patient Informatisé
DREES	: Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques
EIG	: Événement Indésirable Grave
ENEIS	: Enquête Nationale sur les Évènements Indésirables liés aux Soins
EPP	: Évaluation des Pratiques Professionnelles
EPP/APP	: Évaluation et Amélioration des Pratiques Professionnelles
EPSM	: Établissement Public de Santé Mentale
FNAPSY	: Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie
HAS	: Haute Autorité de Santé
MCI	: Mise en Chambre d'Isolement
PEP	: Pratique Exigible Prioritaire
PSY AD	: Psychiatrie adulte (unités intra-hospitalières)
RIM-P	: Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie
RMM	: Revue de Morbi-Mortalité
SFMU	: Société Francophone de Médecine d'Urgence
UHEA	: Unité d'Hospitalisation pour Enfants et Adolescents
USLD	: Unité de Soins de Longue Durée

Table des figures

Figure 1 : Ceinture ventrale pour contention au lit, sans maintien pelvien, sans sangles latérales, verrouillage magnétique. Source : Renol ®. (51).....	31
Figure 2 : Ceinture ventrale pour contention au lit, avec maintien pelvien, sans sangles latérales, verrouillage magnétique. Source : Renol ®. (51).....	31
Figure 3 : Ceinture ventrale pour contention au lit, avec maintien pelvien et sangles latérales, verrouillage magnétique. Source : DifraMed® (52).....	31
Figure 4 : Ceinture ventrale avec maintien pelvien pour contention au fauteuil, verrouillage magnétique. Source : RénoI ® (51)	31
Figure 5 : Ceinture de maintien postural au fauteuil, sans maintien pelvien, fermeture à clips. Source : Nausicaa Médical ® (53).....	32
Figure 6 : Attache-poignet standard à verrouillage magnétique. Source : Renol ®(51).....	33
Figure 7 : Attache-poignet à fermeture rapide. Source : DifraMed® (52)	33
Figure 8 : Attaches-chevilles avec sangle transversale, verrouillage magnétique. Source : Renol® (51).....	33
Figure 9 : Sangles attache-cuisses fixées sur sangle transversale, verrouillage magnétique. Source : Renol ® (51).....	33
Figure 10 : Harnais de maintien thoracique, verrouillage magnétique. Source : RénoI® (51)	34
Figure 11 : Ceinture de maintien du thorax, verrouillage magnétique. Source : DifraMed® (52)	34
Figure 12 : Harnais de maintien postural au fauteuil sans maintien pelvien, fermeture à clips. Source : Nausicaa Medical ® (53)	34
Figure 13 : Attaches-épaules pour contention au fauteuil conçues pour être couplées à l'attache-taille avec maintien pelvien, verrouillage magnétique. Source : Diframed® (52).....	35
Figure 14 : Étouffement avec une ceinture abdominale de contention au lit. Source : ANSM (19).....	35
Figure 15 : Étouffement avec une ceinture de contention au fauteuil. Source : ANSM (19) ..	35
Figure 16 : Représentation schématique de la roue de Deming (roue PDCA). Source : HAS (54).....	37
Figure 17 : Modèle de Reason de la gestion des risques. D'après J. Reason (56)	38

Figure 18 : Cycle d'amélioration continue de la qualité appliqué à la sécurité des soins. Source : HAS (54)	39
Figure 19 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Prescription, toutes unités confondues.	47
Figure 20 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Prescription, UHEA	48
Figure 21 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Prescription, USLD.....	48
Figure 22 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Prescription, PSY AD	49
Figure 23 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Information, toutes unités confondues	51
Figure 24 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Installation au lit, toutes unités confondues.....	52
Figure 25 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Installation au lit, UHEA.....	53
Figure 26 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Installation au lit, PSY AD	53
Figure 27 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Installation au lit, USLD	54
Figure 28 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Installation au fauteuil, toutes unités confondues.....	55
Figure 29 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Surveillance, toutes unités confondues	56
Figure 30 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Surveillance, USLD	57
Figure 31 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Surveillance, PSY AD	57

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition par typologie d'unité des données recueillies lors des deux itérations (audit 1 : 2014, audit 2 : 2017).....	46
--	----

Introduction

La pratique de la contention physique, dont l'histoire est intimement liée à celle de la psychiatrie, a toujours suscité des controverses au sein du monde médical et soignant.

Par contention physique (aussi dénommée contention physique passive ou contention mécanique), on entend toute pratique consistant à limiter la liberté de mouvement d'une personne, en utilisant des objets conçus spécifiquement pour cet usage ou des objets détournés de leur usage initial.

Depuis le début des années 2000, les mesures de contraintes (isolement et contention) en psychiatrie font l'objet d'une préoccupation renouvelée au sein de la communauté médicale et soignante, dans un contexte général de volonté d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins. Suite à la parution du référentiel de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) (1), les premières Évaluations et Amélioration des Pratiques Professionnelles (EPP/APP) sur la contention physique ont pu être conduites, initialement dans le champ de la gériatrie.

Évaluer les pratiques professionnelles n'a de sens que si l'on cherche ensuite à les améliorer. C'est pourquoi sous le vocable d'EPP/APP sont regroupées toutes les démarches qui tendent à améliorer les pratiques professionnelles. Si les méthodologies pouvant être utilisées dans cette optique sont multiples (audit clinique, revue de pertinence, staff-EPP, etc.), la démarche reste la même : comparer les pratiques à un référentiel établi, analyser les écarts, mettre en œuvre des actions d'amélioration et suivre leurs impacts sur les pratiques.

En février 2014, la survenue dans l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) Jean-Martin Charcot d'un événement indésirable grave (EIG) lié à la contention physique, a été l'élément déclencheur d'une démarche d'EPP/APP au sein de l'établissement, dont la présentation est l'objet de ce travail.

Dans une première partie, nous définirons la contention physique, ses indications, les risques inhérents à son utilisation, les alternatives possibles, le cadre juridique et les recommandations qui encadrent sa pratique et les aspects éthiques qui en sont indissociables, puis nous présenterons les différents dispositifs médicaux pouvant être utilisés pour la contention physique en psychiatrie.

Dans une deuxième partie, après avoir introduit les concepts généraux de qualité et gestion des risques en santé, la démarche d'EPP/APP entreprise à l'EPSM Charcot sera présentée en détails, puis comparée, à titre indicatif, avec celle conduite au Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) de Rennes.

Enfin, dans une dernière partie, les méthodes employées et les résultats obtenus dans les deux établissements seront discutés, puis nous conclurons ce travail en proposant des perspectives de réflexion et de poursuite des travaux engagés.

Partie 1 : La contention physique : Définitions, Contexte.

A. Définition de la contention

La contention mécanique ou physique passive fait l'objet de définitions variables selon les sources. Nous allons ici nous attarder sur les définitions données par les autorités nationales et européennes.

1. Définitions de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'ANAES

En 2000, dans sa recommandation « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée », l'ANAES donnait la définition suivante (1) :

« La contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté. »

On note que cette définition se limite à la personne âgée et concerne donc surtout l'utilisation des contentions en prévention des chutes et/ou de la déambulation (2).

Selon l'ANAES, la contention physique passive est à distinguer de la contention active (pratiquée par le kinésithérapeute avant une verticalisation) et de la contention posturale, qui vise à maintenir une posture corrigée, en particulier chez les personnes à faible tonus.

Par ailleurs, une distinction est faite entre les moyens de contention spécifiques et non spécifiques :

Les moyens spécifiques utilisés en contention physique passive sont (1,3) :

- Les gilets et sangles thoraciques, les ceintures abdominales et pelviennes
- Les attaches-poignets et attaches-chevilles.
- Les sièges gériatriques « coquille », les sièges avec adaptable fixé.
- Les barrières de lit.

Les moyens non spécifiques regroupent tous les objets détournés de leur usage (drap, vêtements).

La HAS (qui remplace l'ANAES depuis 2004) a apporté dans ses recommandations de 2017, spécifiques à la psychiatrie, une distinction supplémentaire, entre contention physique et contention mécanique (4) :

- « **Contention physique (manuelle)** : maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique.
- **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. »

2. Définition du Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT)

Le CPT, offre une autre définition, qui fait également la distinction entre contention physique et contention mécanique (5) :

« **Contention physique** : elle consiste à immobiliser un patient pendant plus de quelques minutes pour entraver sa liberté de mouvement. Cette action est généralement combinée à des moyens psychologiques pour calmer le patient. Il existe des techniques spéciales pour maîtriser un patient et agir en équipe lors du contrôle manuel d'une personne. [...] »

Contention mécanique : elle consiste à utiliser un mécanisme pour restreindre les mouvements d'un patient. »

3. Définition retenue dans ce travail

De ces différentes approches, nous pouvons retenir, que la contention physique passive, ou contention mécanique peut être définie comme une pratique consistant à limiter la liberté de mouvement d'une personne, en utilisant des objets conçus spécifiquement pour cet usage ou des objets détournés de leur usage initial.

Afin de faciliter la lecture, nous utiliserons dans la suite de ce travail uniquement le vocable « contention physique » pour désigner la contention mécanique. La contention physique manuelle et la contention posturale ne seront pas abordées.

B. Prévalence et Indications de la contention

1. Prévalence

Peu d'études se révèlent informatives sur la fréquence de recours à la contention, la littérature montre des données très variables d'un centre à l'autre. La principale difficulté à

obtenir des chiffres pertinents réside dans la disparité des indicateurs utilisés et dans l'absence des données facilement accessibles (6). Une revue systématique publiée en 2013 portant sur les études réalisées entre 1990 et 2010 dans les services de psychiatrie en Europe fait état d'une prévalence allant de 3.8 à 20% (7).

Ces résultats sont concordants avec les données précédentes de la littérature internationale (8,9).

En France, très peu d'études épidémiologiques ont été menées sur le sujet des mesures restrictives, l'isolement et *a fortiori* la contention (10).

On peut citer l'étude rétrospective de Palazzolo en 1999, qui rapporte une prévalence de recours à l'isolement de 3,8% dans un hôpital psychiatrique français (11). 14% des patients isolés ont nécessité un recours à la contention, principalement dans un objectif de maîtrise de l'agitation. L'étude rétrospective sur six mois dans un service d'urgences psychiatriques réalisée par Guedj, rapporte quant à elle une prévalence de 1.4% (12).

2. Indications

Dans la littérature (13–16), les situations suivantes sont citées comme principaux motifs de recours à la contention en psychiatrie :

- État d'agitation sévère avec auto ou hétéro-agressivité ;
- Prévention d'un risque de violence imminente du patient envers lui-même ou autrui ;
- Prévention d'une rupture thérapeutique alors que l'état du patient nécessite des soins ;
- Situations nécessitant une réduction des stimuli sensoriels reçus par le patient (en association avec la mise en chambre d'isolement).

Il n'existe pas d'association démontrée entre l'affection diagnostiquée et la fréquence de recours à la contention. Les patients contenus peuvent relever de diagnostics variés (17,18) : troubles psychotiques, troubles bipolaires et autres troubles de l'humeur, toxicomanies, etc.

La contention physique est par ailleurs une pratique dont l'utilisation dépasse le cadre de la psychiatrie. Notamment en gériatrie, où les contentions sont majoritairement utilisées pour prévenir un risque de chute, mais aussi pour limiter la déambulation, ou encore contenir un épisode d'agitation (1). Toutefois, la littérature n'apporte pas de preuves significatives de l'intérêt de la contention dans ces indications.

On pourra également retrouver des indications à la contention dans les unités de soins d'urgences, principalement dans les états d'agitation aiguë. Ces états peuvent être liés à diverses étiologies, psychiatriques, organiques ou encore toxiques (par exemple : bouffée délirante aiguë, syndrome confusionnel, intoxication éthylique ou abus de stupéfiants) (16).

C. Risques et Alternatives

1. Risques liés à la contention physique

L'utilisation de contentions physiques, que ce soit pour contenir un état d'agitation, pour prévenir une violence imminente ou pour limiter une déambulation excessive, est une pratique qui comporte de nombreux risques. Ceux-ci peuvent être regroupés en quatre catégories principales (19) :

- Risque d'étouffement, d'asphyxie, pouvant être à l'origine de décès (20).
- Risques liés aux conséquences de l'immobilisation prolongée : thrombophlébite, risques d'escarre, constipation, déshydratation, raideurs articulaires, etc.
- Risque de blessures au moment de la pose des contentions ou en cas de lutte du patient contre les contentions.
- Vulnérabilité par rapport aux tiers et en cas d'incendie : d'où la nécessité de prévenir le service de sécurité de l'établissement de toute mise sous contention.

Les risques psychologiques ne sont également pas à négliger (21) : syndrome confusionnel, re-traumatisme (réémergence de souvenirs d'épisodes traumatiques antérieurs), sentiment d'humiliation, perte de confiance dans l'équipe soignante avec risque de rupture de l'alliance thérapeutique.

2. Méthodes alternatives

Compte tenu des nombreux risques pour le patient ainsi que des conséquences sur l'exercice des libertés individuelles que comporte l'utilisation des contentions, la contention doit rester une pratique « de dernier recours ».

Comme le rappellent les recommandations de de la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) (16), il est indispensable que les personnels soignants soient formés à la gestion des situations de violence, en particulier dans les services d'urgences psychiatriques.

Les initiatives pour développer des alternatives aux mesures de contrainte de manière générale (isolement, contention mécanique et chimique) sont nombreuses à l'échelle internationale (22).

Nous pouvons en citer quelques-unes :

- Approche RFS (Removal From Stimuli) (23) : Méthode de gestion de l'hétéro-agressivité, qui consiste en l'éviction du patient du milieu dans lequel est survenu l'agressivité.
- Programme 6 Core-Strategies (6CS) (24) (25) : Modèle basé sur six axes d'amélioration, identifiés à partir de retours d'expérience positifs sur la réduction des mesures d'isolement et contention.
- Programme Safewards Model (26) : Modèle issu de la comparaison des méthodes de gestion des conflits dans plusieurs services ayant des taux de recours aux mesures de contrainte (*containment*) différents.
- Aménagements architecturaux, adaptation de l'environnement : notamment en gériatrie, dans la prévention des chutes et la gestion de la déambulation (27), mais aussi création d'espaces d'apaisement en prévention des accès de violence (28).

D. Législation et Recommandations

1. Cadre législatif et réglementaire spécifique

La législation spécifique à la contention ne s'est construite que très récemment, notamment grâce à la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (29), qui a créé l'article L3222-5-1 du Code de la Santé Publique (CSP).

Cet article, qui concerne uniquement les établissements de santé autorisés en psychiatrie et chargés d'assurer des soins sans consentement, introduit plusieurs notions fondamentales :

- La notion de « *pratique de dernier recours* » ne devant être mise en œuvre que pour « *prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre* » et « *pour une durée limitée* ».
- L'obligation de tenir un registre des mesures de contrainte (contention et chambre d'isolement). Chaque mesure doit être horodatée et le registre doit mentionner le

nom du psychiatre ayant décidé de la mise en œuvre, ainsi que les noms des personnes ayant participé à la surveillance du patient.

- L'élaboration d'un rapport annuel sur les mesures de contrainte, sur les bases des données fournies par le registre et transmis pour avis à la Commission des usagers et au conseil de surveillance de l'établissement.

Ces dispositions font écho aux recommandations émises par le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) (30), par le CPT (31), ainsi que par le député Denis Robiliard dans son rapport d'information remis en mai 2013 à l'Assemblée Nationale (32).

L'instruction ministérielle du 29 mars 2017 vient apporter des précisions, notamment sur le registre (33). Celui-ci doit en effet recenser distinctement les mesures de contention appliquées dans le cadre d'une mise en isolement de celles appliquées « par des moyens ambulatoires », c'est-à-dire en dehors du cadre de la chambre d'isolement. Cette instruction demande à chaque établissement la définition d'une politique de réduction du recours aux mesures de contrainte

Par ailleurs, l'instruction précise que les données du registre seront utilisées par l'établissement pour l'élaboration du rapport annuel sur les mesures de contraintes. Les établissements doivent également transmettre tous les six mois au Ministère de la Santé un relevé des indicateurs définis en annexe de l'instruction. A partir de 2018, le recueil de ces indicateurs se fera directement sur la base du Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie (RIM-P), à la fois pour la contention et l'isolement.

2. Droits des patients

En effet, l'application aux patients de mesures de contrainte touche aux libertés fondamentales de l'individu, telles qu'elles sont édictées dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 (34) :

« Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne. » (Article 3)

« Toute personne a le droit de circuler librement (...) » (Article 13)

Ces droits sont réaffirmés dans la Constitution de la V^{ème} République de 1948 (35), ainsi que dans la Convention Européenne des Droits de l'Homme de 1950 (36).

La loi du 27 juin 1990 (37), puis la loi du 4 mars 2002 (38) ont codifié les droits des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux. Plus récemment, la loi du 5 juillet 2011 (39), puis la loi du 27 septembre 2013 (40) ont réformé certaines des dispositions de la loi de 1990.

Nous pouvons en retenir plusieurs notions majeures :

- Les patients hospitalisés avec leur consentement peuvent exercer leurs libertés individuelles au même titre que les patients hospitalisés pour d'autres troubles (Article L326-2 devenu Article L3211-2 du CSP).

« Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause. »

La Circulaire « Veil » du 19 juillet 1993 (41) avait apporté à cet article (dans sa version initiale) des précisions concernant la liberté d'aller et venir des patients hospitalisés pour troubles mentaux. En effet, cette liberté ne saurait être remise en question pour des patients ayant eux-mêmes consenti à recevoir des soins psychiatriques, exception faite des situations d'urgence.

« 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. »

Néanmoins, nous pouvons remarquer que la Circulaire ne fait à aucun moment allusion à la contention physique, mais uniquement aux mesures d'isolement et aux services fermés.

- Pour les patients hospitalisés sans leur consentement, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles sont limitées à ce qui est rendu nécessaire par l'état de santé du patient et la mise en œuvre du traitement (Article L326-3 devenu Article L3211-3 du CSP).

« Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux l'objet de soins psychiatriques [sans son consentement] ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent adaptées, nécessaires et proportionnées à son état de santé et à la mise en œuvre du traitement requis ».

- Les patients en soins sans consentement qui sont pris en charge en hôpital de jour (soins ambulatoires, séjour à temps partiel), à domicile ou à temps complet pour une courte durée, ne peuvent être soumis à aucune mesure de contrainte. (Article

3211-2-1-III du CSP). Toutefois, il n'est ni précisé de définition claire de la notion de « mesures de contrainte », ni de celle de « courte durée ».

3. Devoirs des professionnels de santé

Le Code de la Déontologie Médicale (Articles R4127-1 à 112 du CSP) peut quant à lui constituer une première base de réflexion quant aux aspects éthiques s'appliquant à la contention physique, à travers plusieurs principes fondamentaux.

- Le respect de la dignité de la personne humaine :

« Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. »

- Le devoir d'information du médecin envers son patient et de recherche de son consentement aux soins :

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. [...] » (Article R4127-35 du CSP)

« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. [...] » (Article R4127-36 du CSP).

- Le devoir d'évaluer pour chacune de ses prescriptions, le rapport bénéfices/risques, dans le but de fournir au patient des soins sûrs et de qualité :

« Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. » (Article R4127-8 du CSP).

Concernant le personnel infirmier, il est tenu au devoir de protection des personnes (Article R4311-2 du CSP) et son rôle propre comporte la surveillance des patients sous contention, avec recherche des signes de complication (Article R4311-5 du CSP).

4. Recommandations et autres textes de référence

a) Recommandations de pratique de l'ANAES 2000

Ces recommandations ont été les premiers textes de référence en France, spécifiquement axés sur la contention (1). L'ANAES a choisi de les exprimer sous la forme de dix critères de bonne pratique, devant permettre la réalisation d'audits cliniques (Annexe 1).

Toutefois, ces recommandations ne sont pas tout à fait adaptées à la psychiatrie, car elles concernent principalement les situations de contention en gériatrie, pour des motifs liés au risque de chute et à la déambulation excessive.

b) Conférence de consensus de la SFMU 2002

Ce document, élaboré dans la continuité des recommandations de l'ANAES, précise la conduite à tenir devant un patient agité, agressif ou violent, pris en charge dans un service d'urgences (16).

La SFMU préconise l'intervention de cinq soignants pour mettre en place les contentions et recommande d'associer systématiquement une sédation médicamenteuse à la contention physique.

Notons que dans certains cas d'agitation grave et incontrôlable, il est recommandé que la mise en place de mesures de contrainte intervienne en amont du recueil des données cliniques et paracliniques qui permettront de poser un diagnostic étiologique.

c) Recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) 2011

L'AFSSAPS (devenue Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé - ANSM) a publié en 2011 un document intitulé « *Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique* » (6). Ce document comporte des recommandations à destination à la fois des fabricants et des soignants. Ces recommandations sont basées sur l'étude des facteurs de survenue des accidents sous contention, provenant des signalements de matériovigilance à l'échelon national.

- L'utilisation de dispositifs non pourvus d'un maintien pelvien doit être proscrite. La sangle de maintien pelvien permet d'éviter le glissement du patient vers le bas et la remontée de la ceinture de contention vers le thorax et le cou.

- La taille du dispositif et le serrage lors de la mise en place doivent être adaptés à la corpulence du patient.
- L'utilisation de barrières de lit entières (pas de demi-barrières) en position haute est indispensable.
- Privilégier l'utilisation de dispositifs avec sangles latérales, permettant d'éviter la latéralisation du patient.
- Le buste du patient doit être surélevé.
- Les dispositifs de contention doivent être fixés aux parties fixes du lit (châssis, sommier) et les fonctions d'articulation du lit doivent être verrouillées.

Par ailleurs, l'AFSSAPS recommande de contrôler régulièrement les dispositifs de contention (propreté, bon état, kits complets), réaliser un inventaire et s'assurer que tous les utilisateurs potentiels soient formés à leur fonctionnement.

d) Recommandations de la HAS 2017

Après la publication d'une note de cadrage en 2015 (42), la HAS a diffusé en mars 2017 ses premières recommandations concernant l'isolement et la contention en psychiatrie (24).

Nous pouvons en retenir plusieurs lignes directrices qui complètent les éléments apportés par le socle juridique et les recommandations antérieures :

- La contention est une mesure de dernier recours.
- Toute prescription anticipée, programmée ou en « si besoin » est à proscrire.
- Les indications retenues sont « *la prévention d'une violence imminente du patient ou réponse 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* ».
- La contention ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement, laquelle ne peut concerner que les patients en soins sans consentement.
- Dans certains cas de « *troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution avec des conduites autoagressives ou de mutilations répétées* », la contention peut être pratiquée avec des « *vêtements de contention* » et hors de la chambre d'isolement. Toutefois, cette mesure devra s'intégrer dans le plan de soins établi par le psychiatre référent et faire l'objet d'une réévaluation clinique régulière.
- Exceptionnellement, dans une situation d'urgence, un patient en soins libres peut être isolé (et donc contenu), uniquement pour des raisons tenant à sa sécurité. Cet

isolement d'urgence doit déboucher dans les douze heures soit sur une résolution de la situation de crise, sur une transformation du régime d'hospitalisation si l'état du patient nécessite une prolongation de la mesure.

- La mesure de contention doit être prescrite par un psychiatre, d'emblée ou à défaut, dans l'heure qui suit sa mise en place.
- La prescription initiale a une validité de six heures. En cas de prolongation, la durée d'application ne doit pas excéder vingt-quatre heures.
- La contention doit être appliquée dans un espace d'isolement dédié, pourvu d'équipements spécifiques, en position allongée.
- Le patient doit bénéficier d'une information claire et précise sur les raisons de la mise sous contention, ainsi que sur les critères permettant sa levée. Une fois la mesure levée, un temps de reprise avec les membres de l'équipe doit être proposé au patient et tracé dans son dossier clinique.
- La surveillance doit être consignée dans le dossier du patient et celui-ci doit bénéficier d'au moins deux visites médicales par vingt-quatre heures.
- Toute mesure de contention doit être tracée dans un registre anonymisé. Les noms du psychiatre ayant prescrit la contention et des personnels ayant effectué la surveillance du patient doivent figurer dans ce registre.

E. Aspects éthiques autour de la contention en psychiatrie

Nous allons dans ce chapitre, tenter d'apporter quelques éléments de réflexion éthique au sujet de la pratique de la contention en psychiatrie, et plus largement en établissement de soins.

La pratique de la contention, dont l'histoire est intimement liée à celle de la psychiatrie, a toujours suscité des controverses au sein du monde médical (13).

Avec la découverte des neuroleptiques et leur utilisation en psychiatrie par Delay et Deniker dans les années 1950, est apparu l'espoir de pouvoir remplacer la contention physique par la contention chimique (43), considérée comme plus acceptable humainement. Au cours des décennies suivantes, le mouvement de l'anti-psychiatrie et le mouvement désaliéniste porté par Bonnafé, se développent parallèlement et vont participer à un abandon progressif des contentions et de l'isolement.

A l'heure actuelle, la contention semble être en réémergence dans les établissements de santé (32,44). Cette pratique, constituant une entrave aux libertés fondamentales et n'étant pas sans risques, pose d'emblée un véritable dilemme aux soignants, entre respect des libertés de l'individu et devoir de protection des patients. Cette dualité génère un vécu négatif où culpabilité et frustration dominent (45).

Ces quinze dernières années, avec le développement des dispositifs d'accréditation puis de certification des établissements de santé, le travail des soignants est appelé à être de plus en plus formalisé et évalué. La loi du 27 janvier 2016 renforce cet aspect, avec la création d'un registre de traçabilité des mesures de contrainte, et l'établissement d'un rapport thématique annuel (29).

Certains psychiatres, comme le Collectif des 39 (46), dénoncent cette tendance à la formalisation et à l'évaluation, considérant que cela dépossède les soignants de leur rôle et entraîne une certaine déshumanisation du soin.

Adeline Hazan, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté depuis 2014, apporte une nuance à ce sujet (47) :

« Quand on restreint des libertés individuelles, quand on restreint des droits, cela nécessite du formalisme. S'il n'y a pas de formalisme, c'est l'arbitraire. »

Pour Claude Finkelstein, Présidente de la Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie (FNAPSY), la formalisation, l'évaluation et la traçabilité, sont autant de jalons vers la limitation et *in fine* la disparition des actes de contention (47) :

« A partir du moment où il y a un registre et un tracé, ça veut dire qu'on entérine que cette pratique est acceptée par la société et donc par nous aussi, les patients. Mais d'un autre côté, il fallait passer par là, il n'y avait pas le choix, ne serait-ce que pour permettre aux personnes qui font ces gestes [de réfléchir] à leurs pratiques, et de penser à d'autres moyens. »

L'Observatoire National de la Contention, dont la création avait été évoquée par le député Denys Robiliard dans son rapport (32) et soutenue par la FNAPSY, pourrait permettre de comparer les établissements entre eux, et ainsi comprendre les facteurs qui diminuent le recours à la contention. La HAS, dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles de février 2017 (4), appelle de ses vœux la création d'un « *observatoire national des soins sans consentement et des mesures d'isolement et de contention mécanique* » dont l'objectif serait de stimuler la recherche sur ces thématiques, notamment en facilitant la collecte de données. Par son instruction du 29 mars 2017 (33), le Ministère

de la Santé a ainsi posé les bases d'un recueil de données formalisé et instaure un suivi statistique du recours aux mesures de contrainte.

F. Dispositifs destinés à la contention mécanique

1. Aspects législatifs et réglementaires

Il convient de préciser dès maintenant que les dispositifs de contention ne répondent pas exactement à la définition de « dispositif médical » du CSP (48,49) :

« On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. »

« Ces dispositifs sont destinés à être utilisés à des fins :

1° De diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie ;

2° De diagnostic, de contrôle, de traitement, d'atténuation ou de compensation d'une blessure ou d'un handicap ;

3° D'étude, de remplacement ou de modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique ;

4° De maîtrise de la conception. »

Cependant, de nombreux fabricants de dispositifs de contention (19) ont certifié leur matériel comme dispositif médical (DM) de classe I (50), ce qui a conduit l'ANSM à considérer les dispositifs de contention comme des dispositifs médicaux. Ils entrent de ce fait dans le champ de compétences du pharmacien hospitalier et de la matériovigilance, dont le pharmacien est souvent le responsable à l'échelon local. Il faut toutefois souligner que la gestion des dispositifs de contention (approvisionnement, stockage, délivrance) n'est pas toujours placée sous la responsabilité du pharmacien, ces dispositifs pouvant également, dans certains centres, être gérés par les magasins généraux ou un service équivalent.

2. Différents types de dispositifs et critères de choix

La HAS (4) recommande l'utilisation de la contention au lit en 4 points (membres uniquement) voire en 5 points (membres + ceinture ventrale). Il existe toutefois une très grande variété de dispositifs sur le marché, tant au niveau de la conception que des matériaux utilisés (coton/polyester, polyester seul -Trevira CS® -, térylène).

Les systèmes de fermeture sont également variables : modèles « sécurisés » à verrouillage magnétique, ou fermeture rapide par simple pression, mais dont l'ouverture nécessite une clé.

Il convient d'être très vigilant lors du choix des dispositifs car tous ne sont pas conformes aux recommandations (19). Les matériaux rendus difficilement inflammables et faciles à nettoyer seront privilégiés.

a) Ceintures ventrales

Il existe des modèles spécifiques pour une utilisation au lit ou au fauteuil.

Également dénommées attaches-tailles, ces ceintures sont présentées avec ou sans maintien pelvien, avec ou sans sangles latérales de sécurité (Figure 1, Figure 2 page 31). La sangle de maintien pelvien permet d'éviter que le patient ne glisse et se retrouve alors comprimé au niveau du thorax. Les sangles latérales limitent la mobilité latérale du patient, en particulier s'il est agité. L'ANSM recommande d'utiliser uniquement des dispositifs munis de maintien pelvien et de sangles latérales (19) (Figure 3, Figure 4 page 31).



Figure 1 : Ceinture ventrale pour contention au lit, sans maintien pelvien, sans sangles latérales, verrouillage magnétique. Source : Renol ®. (51)



Figure 2 : Ceinture ventrale pour contention au lit, avec maintien pelvien, sans sangles latérales, verrouillage magnétique. Source : Renol ®. (51)



Figure 3 : Ceinture ventrale pour contention au lit, avec maintien pelvien et sangles latérales, verrouillage magnétique. Source : DifraMed® (52)



Figure 4 : Ceinture ventrale avec maintien pelvien pour contention au fauteuil, verrouillage magnétique. Source : Rénoil ® (51)

Une attention particulière sur les indications prévues par le fabricant doit être portée. En effet, il existe des dispositifs de maintien postural qui ne doivent pas être utilisés dans les indications de contention chez un patient agité (19) et sont à réserver aux patients à faible tonus (qui glissent en avant sur leur fauteuil par exemple). Les dispositifs de maintien postural sont généralement équipés de fermetures à clips (Figure 5), contrairement aux dispositifs de contention qui comportent le plus souvent un verrouillage magnétique.



Figure 5 : Ceinture de maintien postural au fauteuil, sans maintien pelvien, fermeture à clips. Source : Nausicaa Médical ® (53)

b) Attaches-chevilles et attaches-poignets

Ces dispositifs sont utilisés chez le patient agité, en complément d'une ceinture ventrale (contention 5 points).

Chez le patient âgé agité, il peut arriver que seule la ceinture ventrale et un attache-poignet (Figure 6 page 33) soit utilisés (16).

Les modèles à fermeture rapide (Figure 7 page 33) dont l'ouverture nécessite une clé, sont particulièrement adaptés.

Certains modèles d'attaches-chevilles et d'attaches-poignets sont conçus pour être fixés sur une sangle transversale elle-même fixée au lit, ce qui limite considérablement la mobilité du patient (Figure 8 page 33).

On trouve également sur le marché des dispositifs complémentaires destinés à maintenir les cuisses (Figure 9 page 33).



Figure 6 : Attache-poignet standard à verrouillage magnétique. Source : Renol ®(51)



Figure 7 : Attache-poignet à fermeture rapide. Source : DifraMed® (52)



Figure 8 : Attaches-chevilles avec sangle transversale, verrouillage magnétique. Source : Renol® (51)



Figure 9 : Sangles attache-cuisses fixées sur sangle transversale, verrouillage magnétique. Source : Renol ® (51)

c) Gilets et harnais thoraciques

Bien que n'étant pas mentionnée dans les recommandations, l'utilisation de dispositifs de maintien thoracique (Figure 10, Figure 11 page 34) peut s'envisager pour les patients très agités. Toutefois, la mise en place de ces dispositifs allonge le temps de mise sous contention et peut s'avérer difficile d'utilisation en pratique.

S'il existe une demande des cliniciens pour disposer de ce type de matériel, il conviendra de s'assurer que le modèle choisi est conçu pour éviter le risque de glissement vers le bas. Ces dispositifs ne devraient être utilisés qu'en complément d'une contention 5 points.



Figure 10 : Harnais de maintien thoracique, verrouillage magnétique. Source : Réno!® (51)



Figure 11 : Ceinture de maintien du thorax, verrouillage magnétique. Source : DifraMed® (52)

En contention au fauteuil, comme pour les ceintures ventrales, il faudra veiller au respect des indications prévues par le fabricant, en particulier chez les patients agités, pour qui les dispositifs de maintien postural (Figure 12) sont à éviter. L'ANSM note qu'il s'agit d'un facteur de survenue d'accidents de type étouffement, tout comme l'utilisation de dispositifs sans maintien pelvien (19). Pour les patients agités, on privilégiera donc les dispositifs conçus pour la contention (Figure 13 page 35).



Figure 12 : Harnais de maintien postural au fauteuil sans maintien pelvien, fermeture à clips. Source : Nausicaa Medical® (53)



Figure 13 : Attaches-épaules pour contention au fauteuil conçues pour être couplées à l'attache-taille avec maintien pelvien, verrouillage magnétique. Source : Diframed® (52)

3. Données de matériovigilance

L'ANSM relève entre 1999 et 2010, vingt cas avérés d'étouffements de patients avec des dispositifs destinés à la contention (19). Dans quatorze cas, le patient est décédé. Le nombre de cas signalés est identique en contention au lit et en contention au fauteuil.

L'étude des facteurs de survenue montre que dans la quasi-totalité des cas survenus sous contention au lit, il s'agissait de patients agités, contenus sans dispositif de maintien pelvien. L'absence de sangles latérales, l'absence de barrières de lit ou l'utilisation de demi-barrières sont également identifiées comme des facteurs de survenue d'accidents (Figure 14).

Les accidents en contention au fauteuil sont liés à des dispositifs non munis de sangle de maintien pelvien. Tout comme dans les accidents survenus au lit, le patient a glissé et s'est retrouvé comprimé au niveau du thorax ou du cou (Figure 15).

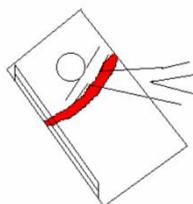


Figure 14 : Étouffement avec une ceinture abdominale de contention au lit. Source : ANSM (19)

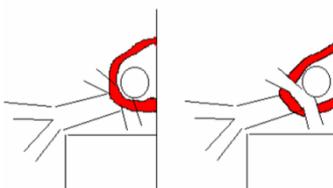


Figure 15 : Étouffement avec une ceinture de contention au fauteuil. Source : ANSM (19)

**Partie 2 : Mise en place d'une Démarche d'amélioration
de la qualité et de la sécurité des pratiques de
Contention Physique**

A. Généralités sur la Qualité et la Gestion des Risques associés aux soins

1. Concepts généraux

a) Amélioration continue de la qualité

Une démarche d'amélioration de la qualité est un processus dynamique et continu, formé de quatre étapes successives : *Plan, Do, Check, Act*, que l'on peut traduire en français par « planifier » (décider, concevoir, prévoir, organiser), « développer » (mettre en œuvre, faire, réaliser), « contrôler » (vérifier, évaluer), « ajuster » (réagir, corriger, améliorer). Ces concepts sont représentés classiquement par la roue de Deming (Figure 16).



Figure 16 : Représentation schématique de la roue de Deming (roue PDCA). Source : HAS (54)

L'évaluation d'un système ou d'un processus est le levier indispensable à son amélioration, pour lui permettre d'atteindre ses objectifs, en perpétuelle évolution vers des standards toujours plus élevés.

b) Gestion des risques en santé

De manière générale, un risque se caractérise par sa criticité, autrement dit la gravité des conséquences potentielles couplée à la fréquence de survenue d'un évènement non souhaité. Pour maîtriser les risques au cours de la réalisation d'un processus, plusieurs types de barrières peuvent être envisagés : barrières préventives (pour diminuer la fréquence de survenue), barrières de récupération (pour corriger une défaillance détectée avant qu'elle ne produise des conséquences) et barrières d'atténuation (pour réduire la gravité des conséquences de l'évènement non souhaité) (55).

Les concepts de la gestion des risques en santé peuvent être introduits de manière simple et intuitive grâce au *Swiss Cheese Model* (modèle du gruyère) mis au point par James Reason au début des années 2000 (Figure 17) (56).

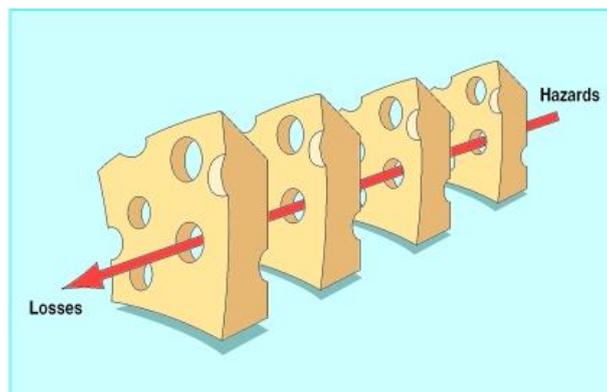


Figure 17 : Modèle de Reason de la gestion des risques. D'après J. Reason (56)

Reason a introduit l'approche systémique de l'erreur : la survenue d'un événement indésirable (EI) ne peut être imputée uniquement à une défaillance personnelle et individuelle, mais au contraire est associée à une série de défaillances du système, qui se sont produites à cause de l'insuffisance ou de l'absence de barrières de sécurité et/ou n'ont pas été détectées ou récupérées.

Cette approche nous permet de faire un lien direct avec la culture sécurité, dont le développement constitue un tremplin vers un système plus sûr : approche non punitive, apprentissage par l'erreur, organisation de dispositifs de retour d'expérience, mise en œuvre d'outils de fiabilisation des pratiques (check-lists, pré-job briefing, Go/No-Go, vérifications croisées, communication sécurisée, etc.).

2. Contexte au niveau national

L'amélioration continue de la qualité des soins et la gestion des risques sont deux notions intimement liées. L'analyse de risques *a priori* permet d'établir un plan d'action avec des axes d'amélioration prioritaires, l'évaluation par les méthodes d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) permet d'en vérifier la mise en œuvre. L'analyse de risques *a posteriori* et le retour d'expérience permettent ensuite d'entretenir cette dynamique d'amélioration (Figure 18 page 39).

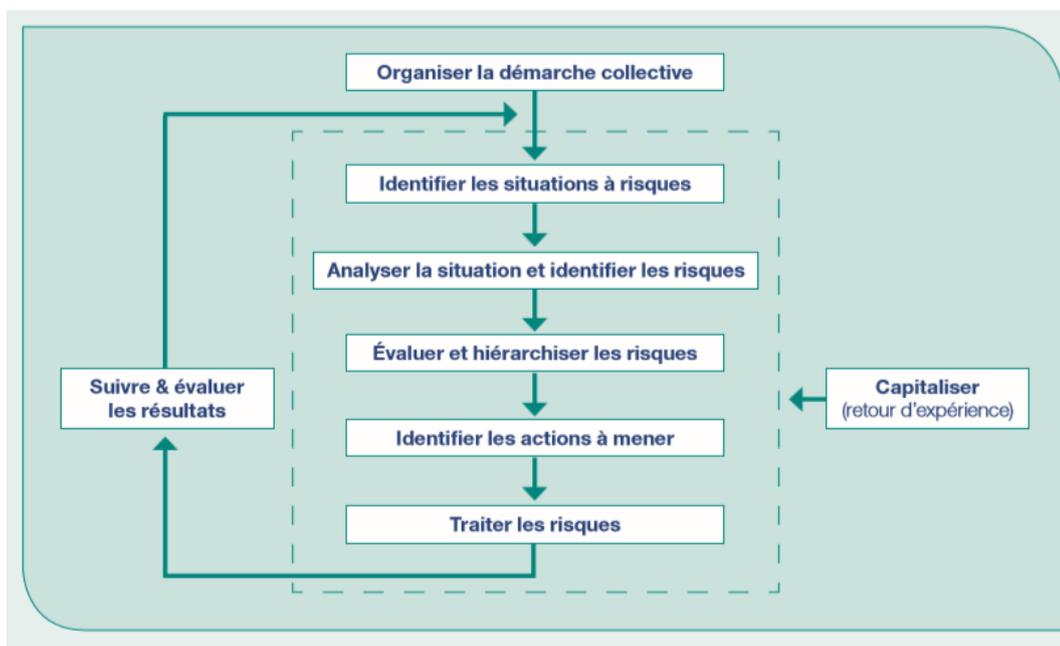


Figure 18 : Cycle d'amélioration continue de la qualité appliqué à la sécurité des soins. Source : HAS (54)

Comme l'a montré la deuxième itération de l'Enquête Nationale sur les Événements Indésirables liés aux Soins (ENEIS), menée par la Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (DREES) du Ministère de la Santé en 2009, la fréquence de survenue d'EIG en établissement de santé correspond en moyenne à un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits. Parmi ces EIG, environ la moitié (47%) seraient évitables (57).

Mener une politique efficace de lutte contre les événements indésirables associés aux soins (EIAS), est donc un enjeu crucial, dont la HAS a fait l'une de ses priorités depuis une vingtaine d'années.

En 1999, avec la première procédure d'accréditation (aujourd'hui appelée certification), la HAS a impulsé le développement de démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé français.

La certification V2014, dernière version en vigueur, demande aux établissements de s'inscrire dans un processus d'évaluation continue, via la transmission du compte qualité à échéance régulière (variable selon le niveau de certification obtenu). L'objectif de la HAS est d'évaluer la maturité de la démarche qualité-gestion des risques et l'appropriation de la culture sécurité par les équipes hospitalières, à travers des audits de processus menés selon la méthode du patient-traceur (voir paragraphe 3 page 38) (58).

Les mesures de restriction de liberté (isolement et contention) et le respect des libertés individuelles sont l'objet du critère n°10.e du manuel de certification et constituent par ailleurs une Pratique Exigible Prioritaire (PEP) pour les établissements autorisés en

psychiatrie (Annexe 2) (59). Les PEP sont des thématiques d'évaluation pour lesquelles le niveau d'exigence est renforcé.

3. Principaux outils de l'évaluation et de gestion des risques en santé

Il existe de nombreuses méthodes d'analyses de risques *a priori*, utilisées notamment dans le secteur industriel. Dans le domaine de la santé, nous retenons principalement la méthode de l'Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité (AMDEC) (54). L'AMDEC est une méthode basée sur l'approche processus, qui consiste à détailler toutes les étapes d'un processus (qui peut être un processus de soins, un processus de pilotage ou encore un processus support), puis d'identifier les risques de défaillance à chaque stade, d'en coter la fréquence et la gravité (ce qui définit la criticité du risque). Le niveau de maîtrise (efficacité estimée des barrières mises en place) est ensuite évalué, pour obtenir la criticité résiduelle. Cette méthode permet de faire émerger les points critiques d'un processus et de prioriser les actions d'amélioration à mener pour ramener la criticité résiduelle à un niveau jugé acceptable. L'AMDEC et les autres méthodes d'analyse de risque *a priori* peuvent être utilisées pour établir la cartographie des risques, à l'échelle de l'établissement, afin de faciliter la priorisation des actions à mener.

Les méthodes d'EPP sont toutes basées sur la comparaison à un référentiel validé dans le but d'identifier des axes d'amélioration. Plusieurs méthodologies peuvent être utilisées :

- **L'audit clinique** : l'évaluation de la conformité au référentiel est basée sur des critères définis (grille d'audit). Le recueil de données peut être réalisé de manière prospective ou rétrospective, en ayant soin d'analyser un minimum de dix dossiers. Après une première évaluation et une période de déploiement du plan d'actions d'amélioration, l'impact de ces dernières est mesuré par un deuxième audit (60,61).
- **La revue de pertinence** : il s'agit d'une évaluation des indications, au regard d'un référentiel, basée sur la mesure de l'adéquation des soins aux besoins du patient, avec un objectif d'efficience. Les données sont recueillies de manière rétrospective sur un échantillon de dossiers tirés au sort. Le but est d'identifier les actes non pertinents afin de cibler des axes d'amélioration (62).
- **Le patient-traceur** : il s'agit d'un audit de processus rétrospectif, sur le parcours d'un patient proche de la sortie au moment de l'évaluation. L'originalité de cette méthode repose sur l'intégration de l'expérience patient et une évaluation focalisée sur les interfaces et collaborations entre services (63).

Les analyses de risques *a posteriori*, basées sur le retour d'expérience, peuvent mettre en œuvre plusieurs types de méthodologies, dont voici des exemples :

- **Le Comité de Retour d'Expérience (CREX)** : méthode à l'origine développée pour le secteur aéronautique, elle consiste en la revue périodique, mensuelle le plus souvent, d'évènements porteurs de risque (appelés aussi « échappées belles » ou encore « évènements précurseurs »), choisis collégialement et analysés par un rapporteur en amont de la réunion. Les évènements choisis sont passés au crible en utilisant des outils d'analyse des causes (méthode ALARM ou arbre des causes par exemple) (54).
- **La Revue de Morbi-Mortalité (RMM)** : il s'agit d'une analyse collégiale d'EIG ou de presque-accidents. Contrairement au CREX, l'analyse se fait pendant la réunion et non en amont (54).

B. Démarche de l'EPSM J.M Charcot de Caudan

1. Contexte institutionnel

Historiquement, l'EPSM Charcot prônait, lors de son ouverture en 1971, la non-utilisation des contentions. Cependant, certains services en utilisaient de manière marginale et la pratique de la contention s'est installée dans l'établissement de manière insidieuse, en l'absence de politique formalisée au niveau institutionnel. Comme l'ont notifié les rapports de certification de l'établissement (v2007 et v2010), la contention ne faisait pas l'objet d'une procédure spécifique (64).

La dispensation des dispositifs de contention est gérée par la pharmacie et s'effectue en mode global, à l'instar des autres dispositifs médicaux.

En février 2014, la survenue d'un événement indésirable grave (EIG) lié à la contention physique (décès d'une patiente) a été à l'origine d'une prise de conscience générale au sein de l'établissement et d'une remise en question des pratiques. Sous l'impulsion de la Direction des Soins, de la Qualité et de la Gestion des Risques, il a été décidé d'engager un travail de fond sur le thème des mesures de restriction de la liberté d'aller et venir (isolement et contention).

Dans un premier temps, une analyse des causes de l'EIG a été conduite, afin de d'identifier les défaillances ayant abouti à cet évènement. Cette analyse a été réalisée par un groupe pluriprofessionnel en s'appuyant sur la méthode des 5M.

Dans un second temps, deux groupes de travail pluridisciplinaires ont été constitués, en avril 2014, l'un étant axé sur la contention, l'autre sur l'isolement.

Le groupe « Contention » réunit, au moment de sa création :

- Des personnels paramédicaux : cinq infirmiers provenant des différents pôles, un préparateur en pharmacie et un ergothérapeute, quatre cadres de santé et un cadre supérieur de santé.
- Des personnels médicaux : trois médecins psychiatres, un médecin gériatre, un médecin du DIM (Département de l'Information Médicale).
- Des personnels médicaux pharmaceutiques : un pharmacien et un interne en pharmacie.

Le co-pilotage du groupe est assuré par un médecin psychiatre, coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins, un médecin gériatre et un pharmacien (interne en pharmacie puis pharmacien assistant à partir de Novembre 2014).

À partir de novembre 2016, les deux groupes, Contention et Isolement, ont été réunis en un seul groupe de travail, ayant pour vocation de proposer aux professionnels un espace de réflexion autour des mesures de contrainte et de travailler à la mise en place du registre exigé par la loi du 26 janvier 2016 (29).

2. Évaluation des pratiques selon la méthode de l'audit clinique

a) Objectifs

Grâce à l'analyse des causes menée après l'événement de février 2014, plusieurs défaillances (causes patentes) ont d'ores-et-déjà pu être mises en lumière :

- Absence d'utilisation des barrières de lit,
- Manque de connaissance des bonnes pratiques,
- Manque de matériel adapté (barrières de lit non compatibles avec le lit de la patiente),
- Matériel de contention non conforme aux recommandations (pas de maintien pelvien).

Dans la continuité de cette analyse, le groupe « Contention » a décidé de conduire un audit sur les pratiques de contention au sein de l'établissement.

Cette évaluation a pour objectifs :

- D'objectiver ces constats à l'échelle de l'établissement : les écarts impliqués dans la survenue de l'EIG ne sont probablement pas spécifiques à l'unité de soins dans laquelle l'EIG est survenu.
- D'identifier les éventuels autres écarts.
- D'analyser les causes des écarts observés.
- De prioriser et cibler les actions d'amélioration à déployer.

b) Méthodes

(1) Méthodologie Audit clinique selon l'HAS

L'Audit Clinique est une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles qui mesure les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée. Il s'agit d'une comparaison des pratiques à un référentiel validé, sur la base de critères d'évaluation définis (60).

Le thème choisi doit être un sujet d'intérêt en lien avec des activités de soins, le référentiel doit être basé sur des recommandations professionnelles validées et/ou sur des éléments réglementaires. Les critères d'évaluation doivent être clairement définis (grille d'audit). Les auditeurs doivent pouvoir accéder aux données des dossiers patients (impliquant un mandat institutionnel) et ces données doivent être anonymisées pour l'analyse (54).

La démarche d'audit clinique peut se décomposer en cinq étapes principales :

1. Diagnostic de l'existant (1^{er} tour d'audit)
2. Analyse des écarts
3. Élaboration du plan d'actions d'amélioration
4. Mise en œuvre du plan d'actions
5. Réévaluer (2nd tour d'audit)

A l'EPSM Charcot, le premier tour a été effectué en 2014, le second en 2017. Ce délai a permis aux équipes de s'approprier les changements impulsés par les instances et conduits par le groupe de travail.

(2) Grille d'audit et référentiel utilisé

Il convient de préciser dès maintenant que nous avons choisi, entre les deux tours d'audit, de ne pas modifier la grille d'audit au regard des recommandations formulées par la HAS en février 2017 (4), afin de garantir la comparabilité des résultats. Toutefois, les résultats obtenus seront discutés en tenant compte des recommandations les plus récentes.

La grille d'audit (Annexe 3) comprend 42 critères. Pour la construire, nous avons utilisé comme base la grille de l'Audit Clinique Ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personne âgée, organisé par la HAS entre 2000 et 2005, et dont les résultats sont parus en 2006 (3).

Cette grille est basée sur les 10 critères du référentiel « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » (1). Des adaptations au domaine de la psychiatrie ont été nécessaires.

Nous avons également pris en compte dans nos critères d'évaluation les recommandations émises par l'ANSM en 2011 (19).

La grille d'audit a été validée par la Commission Médicale d'Établissement (CME).

L'audit s'est centré sur 4 thématiques d'évaluation, à savoir :

- La prescription médicale de la contention, avec l'évaluation du rapport bénéfices/risques et sa réévaluation.
- L'information et la communication auprès du patient et de sa famille.
- La mise en place des contentions, le respect du confort et de l'intimité du patient, avec une version adaptée à la contention au fauteuil et une pour la contention au lit.
- La surveillance des risques, aussi bien psychiques que somatiques.

A noter que les barrières de lit utilisées seules n'ont pas été évaluées dans cet audit.

(3) Modalités de recueil et d'analyse

Pour répondre aux différents items, trois sources de données ont pu être utilisées :

- OD : l'observation directe
- ES : une enquête auprès de soignants
- DP : la consultation du dossier patient informatisé (DPI)

Les modalités de recueil ont été différentes entre les services de psychiatrie (adulte et infanto-juvénile) et l'unité de soins de longue durée (USLD) de géro-psycho-geriatrie.

L'évaluateur était un interne en pharmacie, accompagné du cadre de santé du service pour la partie OD et ES.

Dans les services de l'EPSM, le recueil a été prospectif sur deux mois (en période estivale pour les deux tours), une grille par situation de contention. A l'USLD, l'audit a été fait un jour donné, les patients étant contenus au long cours, avec un turn-over faible.

Les données ont ensuite été saisies dans Excel®, grâce au masque de saisie fourni par la HAS pour la réalisation des Audits Cliniques Ciblés (Annexe 4).

(4) *Gestion de projet*

Le pilotage opérationnel du déploiement des actions d'amélioration a été réalisé par le groupe Contention, avec l'appui de la direction et des instances.

Des sous-groupes de travail thématiques ont été constitués :

- Thématique « Prescription » : la mission de ce sous-groupe a été de concevoir un nouveau questionnaire de prescription informatisée, ainsi qu'une fiche de traçabilité de la surveillance infirmière ;
- Thématique « Procédure » : ce sous-groupe était chargé d'élaborer les procédures de mise sous contention ;
- Thématique « Matériel » : ce sous-groupe a travaillé sur l'inventaire du matériel de contention, le renouvellement du parc, la liste du matériel autorisé (en lien avec le groupe prescription).

La thématique « Formation » a été abordée par le groupe Contention, en lien avec la commission EPP et Développement Professionnel Continu (DPC) de l'Établissement.

Le suivi des plans d'actions est réalisé au moyen d'un tableau de bord (Annexe 5).

c) Résultats

Nous avons choisi de distinguer les résultats obtenus en trois catégories : l'USLD (représentant la géronto-psychiatrie), la psychiatrie adulte (notée PSY AD) représentée par les unités de psychiatrie adulte intra-hospitalières, et la psychiatrie infanto-juvénile représentée par l'unité d'hospitalisation pour enfants et adolescents (UHEA).

Cette distinction est faite en raison de la grande disparité de situations cliniques qui existe entre ces trois typologies d'unités.

La répartition des données recueillies par catégorie d'unité est donnée dans le Tableau 1, page 46.

A titre indicatif, un panorama des indications de mise sous contention est donné en Annexe 6.

Catégorie	Nombre de patients		Nombre de situations de contention	
	Audit 1	Audit 2	Audit 1	Audit 2
USLD	14	16	21	21
PSY-AD	9	8	10	57
UHEA	4	2	20	2
Total	22	26	51	80

Tableau 1 : Répartition par typologie d'unité des données recueillies lors des deux itérations (audit 1 : 2014, audit 2 : 2017)

On observe d'emblée que le nombre de patients concernés est relativement stable entre les deux évaluations.

En revanche, on note un nombre de situations de contention nettement plus élevé pour la deuxième itération dans la catégorie psychiatrie adulte. Il faut en effet préciser qu'un patient a fait l'objet de 36 prescriptions de contention durant la période de recueil (2^{ème} tour de l'audit). Les autres patients ayant fait l'objet d'un nombre de prescriptions plus limité (allant d'un à sept).

On peut également remarquer que le nombre de situations de contentions à l'UHEA a nettement diminué entre les deux périodes d'évaluation. En effet, cette unité s'est engagée dans une démarche de réduction du recours à la contention, basée sur la prévention de la violence et une meilleure gestion des situations de crise.

Les résultats obtenus lors des deux tours sur l'ensemble des unités, sont présentés ci-après, par thématique. Ces résultats excluent les réponses « Non applicable » (NA) à certains items. Afin de faciliter la lecture des graphiques, les libellés complets des critères d'évaluation ont été remplacés par des intitulés courts. La grille de correspondance est disponible en Annexe 7.

(1) *Thématique Prescription*

(a) Résultats des audits

Les résultats obtenus sur cette thématique dans l'ensemble des unités, lors des deux tours d'audit, sont présentés dans la Figure 19.

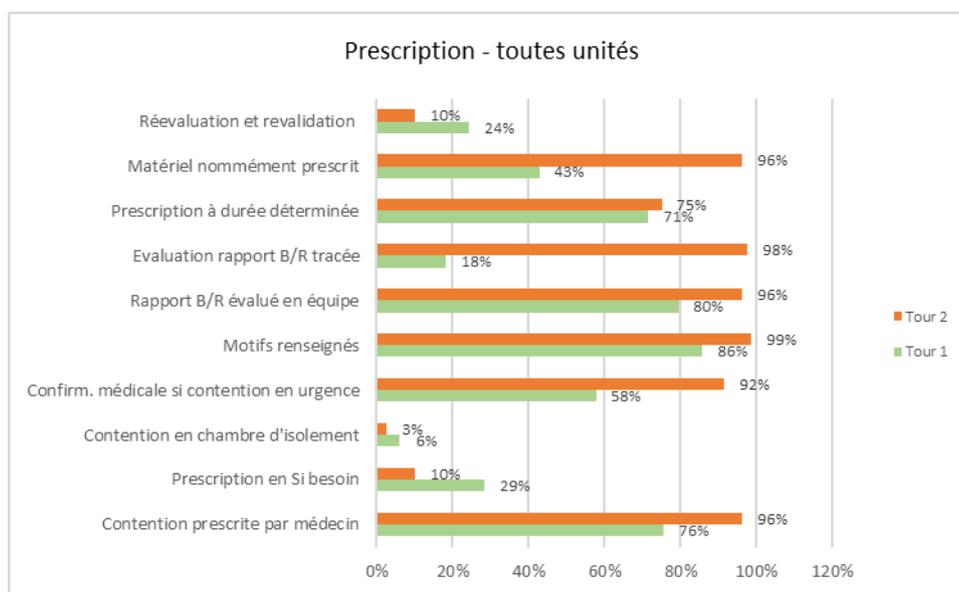


Figure 19 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Prescription, toutes unités confondues.

Lors du premier audit, dans 76% des cas, la contention avait fait bien l'objet d'une prescription médicale (toutes unités confondues). Presque la moitié des mises sous contention à l'UHEA évaluées en 2014 n'étaient pas prescrites (Figure 20, page 48). Dans la majorité des cas, il s'agissait de situations où la prescription n'a pas été renouvelée à temps, la contention continuant d'être appliquée.

On note qu'un changement de pratiques s'est opéré à l'UHEA, puisqu'au second tour, les deux cas de mises sous contentions évalués ont fait l'objet d'une prescription valide.

Par ailleurs, les prescriptions anticipées (en « si besoin ») ont nettement diminué, ce qui montre que les recommandations (4) tendent à être intégrées dans les pratiques des prescripteurs.

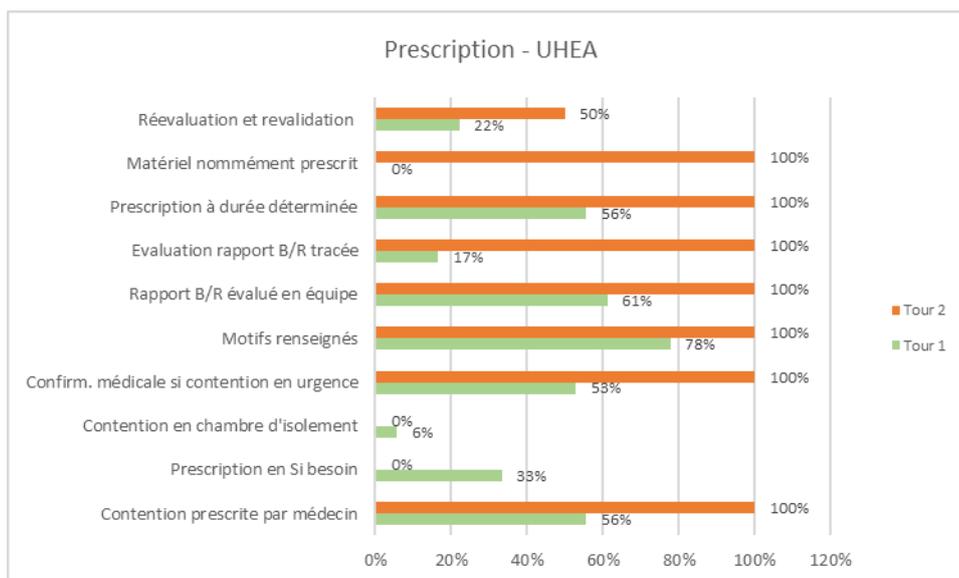


Figure 20 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Prescription, UHEA

Le premier audit a montré que les motifs de la contention étaient tracés dans plus de 85% des cas (toutes unités confondues). En revanche, si l'évaluation du rapport bénéfice/risques était bien effective aux dires des équipes, la traçabilité en était rarement réalisée dans le dossier patient informatisé, en particulier à l'USLD (Figure 21). Une amélioration du taux de conformité sur ces deux critères a été constatée lors du deuxième tour, particulièrement sur le critère « Évaluation du rapport bénéfices/risques tracée ».

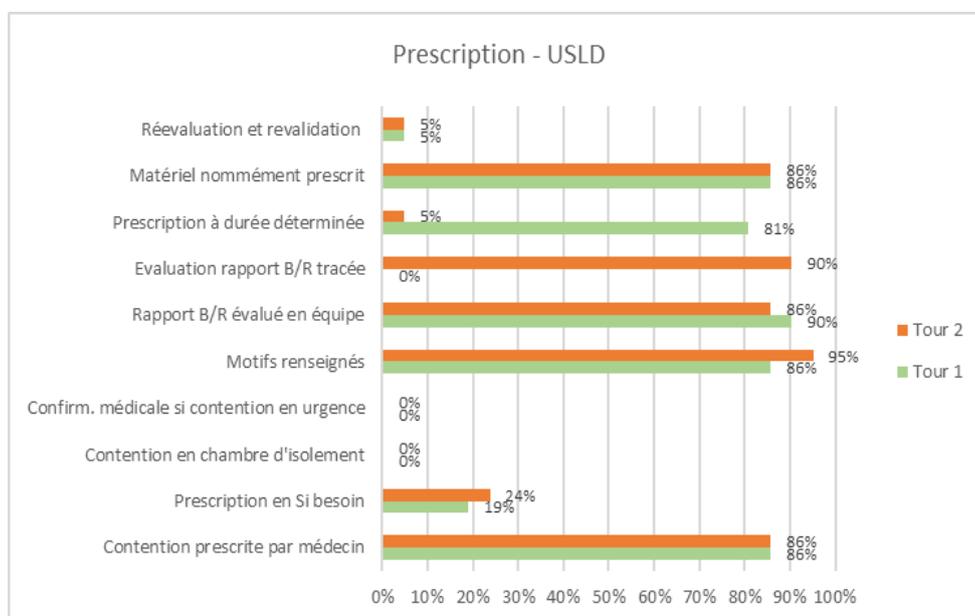


Figure 21 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Prescription, USLD

Lors du tour n°1, la plupart des prescriptions à l'UHEA ne mentionnait pas de durée d'application de la contention, ni de durée de validité de la prescription. Les pratiques se sont améliorées au second tour, puisque toutes les prescriptions évaluées mentionnaient une durée. A l'USLD, lors de l'évaluation de 2014, les prescriptions étaient réalisées pour

90 jours dans la quasi-totalité des cas, alors qu'en 2017, elles comportaient le plus souvent la mention « durée indéterminée ». Le taux de conformité toutes unités confondues sur ce critère s'est donc faiblement amélioré

A l'USLD, la très grande majorité des prescriptions (86%) évaluées au premier audit mentionnait précisément le matériel à utiliser, alors que dans les unités de psychiatrie adulte (Figure 22), des mentions comme « contention 4 points » ou « contention ventrale », étaient très souvent utilisées.

A l'UHEA, le matériel n'était nommé dans aucune prescription. Au deuxième tour d'audit, le taux de conformité sur ce critère est passé à 100% à l'UHEA et en psychiatrie adulte, ce qui suggère que les actions déployées ont eu un effet positif. En revanche, aucune évolution n'a été constatée à l'USLD.

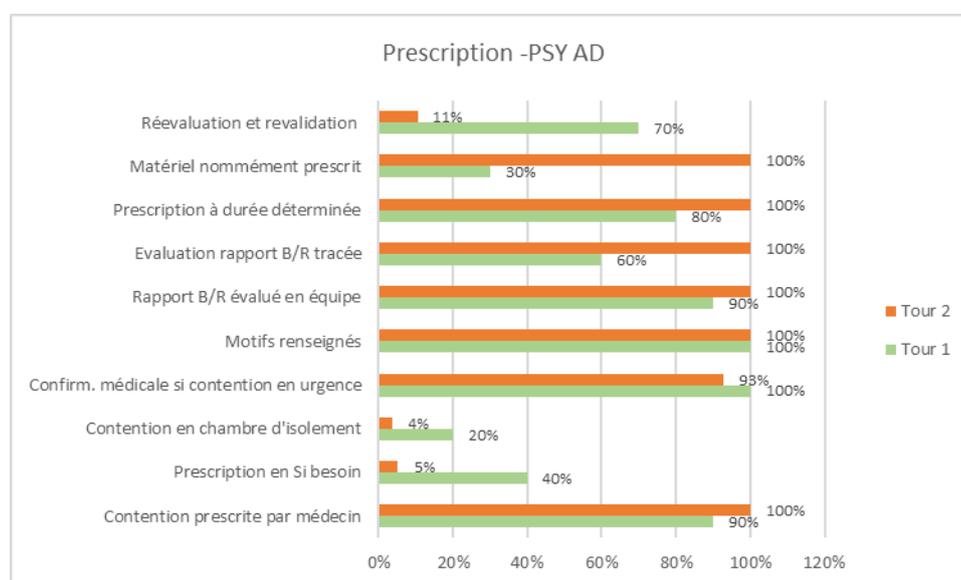


Figure 22 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Prescription, PSY AD

La réévaluation de la prescription était un point critique identifié lors du premier audit, cependant les pratiques n'ont évolué que de manière modeste entre les deux tours (50% vs 22% à l'UHEA, pas d'évolution en USLD), voire même ont régressé pour la psychiatrie adulte (11% vs 70%), ce qui suggère un faible impact de l'action mise en place à ce sujet (voir paragraphe suivant). Signalons toutefois qu'à l'UHEA, les soignants font état d'un débriefing systématique en équipe, après chaque situation de contention, mais cette pratique ne fait pas nécessairement l'objet d'une traçabilité.

(b) Actions mises en œuvre

Le support de prescription de la contention est un questionnaire dans le logiciel de DPI Contexte®.

Cette fiche présentait initialement plusieurs lacunes : le matériel n'est pas nommément prescrit, la durée de la prescription est souvent confondue avec la durée de la contention, il n'y a aucune mention de l'évaluation du rapport bénéfices/risques et pas de possibilité de prescrire les paramètres à vérifier lors de la surveillance (Annexe 8).

Un nouveau questionnaire de prescription informatisée a donc été construit (Annexe 9).

Il permet notamment de prescrire précisément la surveillance infirmière (paramètres à surveiller, fréquence) et de renseigner distinctement la durée de la contention et de validité de la prescription. Cependant, ces deux items sont saisis en texte libre. Cette possibilité est sans doute à mettre en lien avec les résultats obtenus à l'USLD (Figure 21, page 48).

Concernant la réévaluation des prescriptions, les possibilités offertes par le logiciel de DPI permettaient seulement d'indiquer un message de rappel, au moment de la saisie de la prescription par le médecin.

En lien avec le travail effectué par le sous-groupe « Matériel », une liste de dispositifs de contention validés a été établie et insérée dans le questionnaire de prescription sous forme de cases à cocher, afin de standardiser le matériel utilisé et d'éviter les prescriptions de matériel inadapté.

Un programme de formation des personnels soignants a été mis en place, afin de favoriser les alternatives aux mesures de contrainte et améliorer la gestion des situations de violence et d'agressivité. Ainsi, depuis 2015, 15 personnels ont pu bénéficier chaque année de la formation « Oméga de base » dispensée par l'Association Hospitalière de Bretagne (AHB) sur 4 jours. Les objectifs de cette formation sont d'apprendre à identifier les situations à risque d'agressivité et/ou de violence, savoir réagir à une situation de crise (savoir-être et savoir-faire) ainsi que communiquer efficacement en équipe pour désamorcer de telles situations.

(2) *Thématique Information et Communication*

Les résultats détaillés par catégories d'unités sont disponibles en Annexe 11.

Les résultats (Figure 23) montrent que les équipes sont globalement bien sensibilisées à l'importance de la communication auprès du patient et de sa famille, mais ne communiquent pas toujours de manière formalisée.

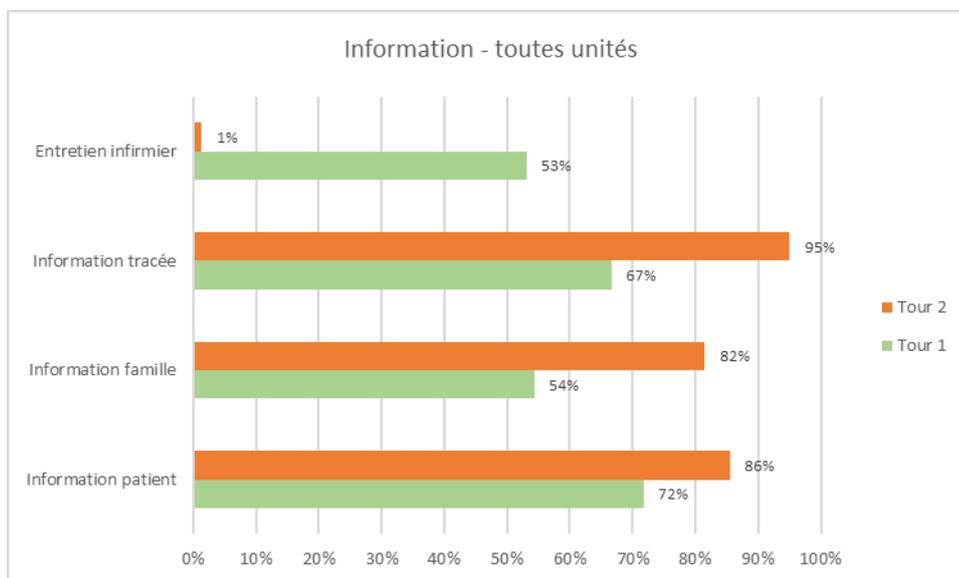


Figure 23 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Information, toutes unités confondues

La dynamique impulsée par le groupe de travail semble avoir eu un impact favorable sur les pratiques, bien que cette thématique d'évaluation n'ait pas fait l'objet d'un plan d'actions spécifique.

La différence observée sur le critère « Entretien infirmier » (critère n°14) pose la question de la formation des professionnels à cette pratique. Une enquête réalisée en février 2017 (Annexe 12) auprès des professionnels soignants de l'établissement confirme que la réalisation d'un entretien « post-contention » n'est pas une pratique habituelle pour les soignants ayant répondu.

(3) Thématique Mise en place de la contention

Cette thématique a fait l'objet de deux évaluations distinctes : contention au lit d'une part, contention au fauteuil d'autre part. A l'USLD, lors du premier audit, 7 patients sur 14 concernés par la contention étaient contenus à la fois au fauteuil la journée et au lit la nuit (5 patients sur 16 au second tour). Il s'agit de patients âgés atteints de pathologies psychiatriques chroniques très peu évolutives.

(a) Contention au lit

Les résultats toutes unités confondues sont présentés dans la Figure 24 page 52.

On remarque que l'utilisation de dispositifs avec maintien pelvien était minoritaire lors du premier audit, en effet le matériel disponible sur l'établissement n'était pas équipé d'une sangle de maintien pelvien.

Les barrières de lit, en complément de la contention ventrale, étaient majoritairement absentes, particulièrement dans les services de psychiatrie infanto-juvénile (Figure 25 page 53) et de psychiatrie adulte (Figure 26 page 53).

Dans toutes les catégories d'unité, aucun système d'appel n'était accessible au patient contenu. Ce point, bien que déficitaire, n'a pas fait l'objet d'une action d'amélioration prioritaire entre les deux évaluations.

A l'UHEA, la contention était exclusivement pratiquée en 5 points (ceinture ventrale + attaches-chevilles et attaches-poignets) de manière brève, les soignants ne ressentaient pas l'utilité des barrières et les lits n'étaient pas compatibles avec l'utilisation des barrières (lits standard, non médicalisés).

Bien que le nouveau matériel mis à disposition soit pourvu d'une sangle de maintien pelvien, les pratiques de l'UHEA n'ont pas évolué sur ce critère. Les lits n'ont pas fait l'objet d'une action particulière et il n'est pas prévu d'équiper cette unité de lits médicalisés.

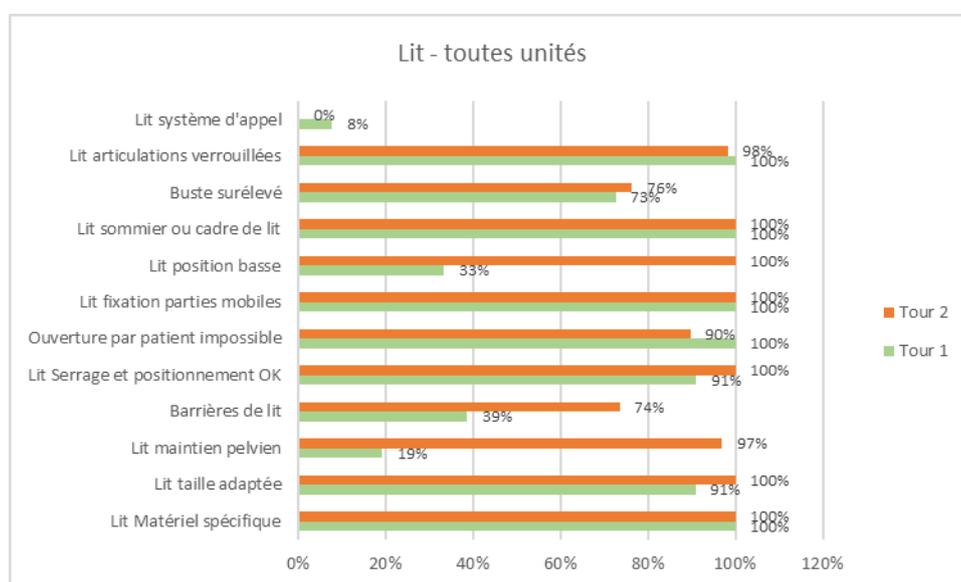


Figure 24 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Installation au lit, toutes unités confondues

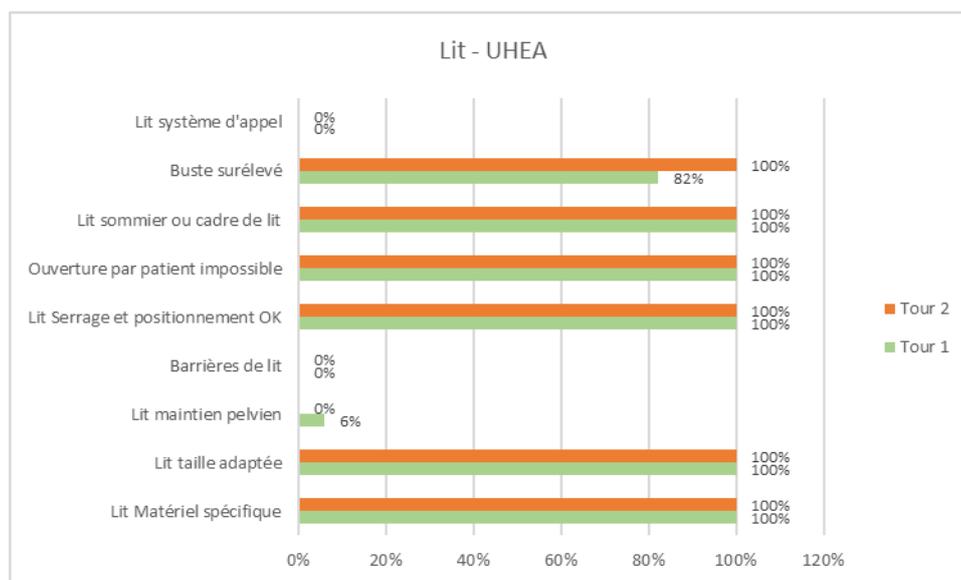


Figure 25 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Installation au lit, UHEA

En psychiatrie adulte, sur les 7 cas évalués lors du premier audit, 4 concernaient des patients contenus au lit en 4 points (attaches-chevilles et attaches-poignets sans ceinture), ce qui constituait un écart aux bonnes pratiques qui recommandent la contention en 5 points (16). Cette pratique n'a pas été de nouveau mise en évidence lors du second tour. De plus, l'utilisation des barrières (71% vs 14%) et du maintien pelvien (100% vs 29%) semblent s'être intégrées dans les pratiques soignantes (Figure 26).

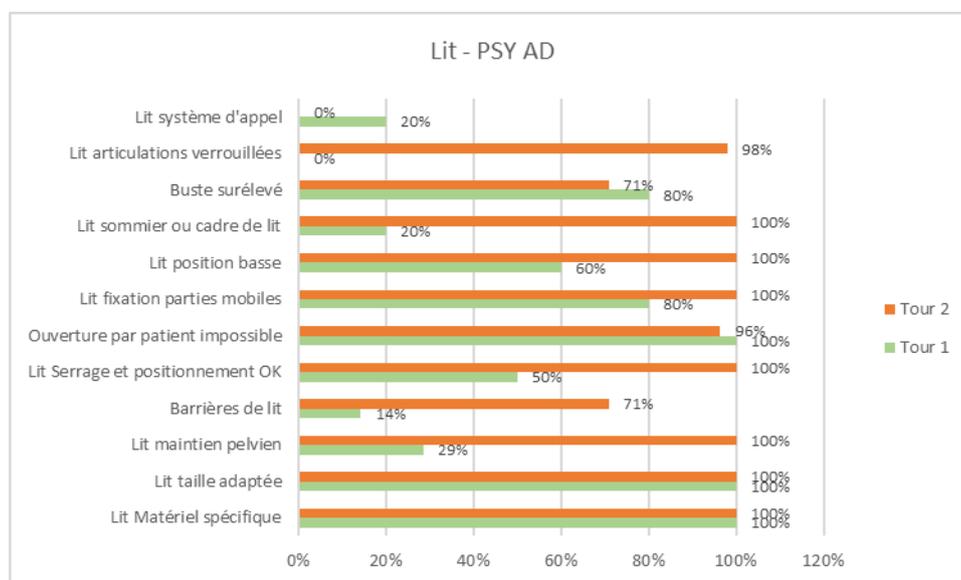


Figure 26 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Installation au lit, PSY AD

A l'USLD (Figure 27 page 54), le premier audit a montré que l'utilisation des barrières, couplée à la contention abdominale, était bien ancrée dans les pratiques du service. En revanche, les soignants ne jugeaient pas utiles de mettre la sangle pelvienne en plus.

Au deuxième tour, les pratiques avaient positivement évolué avec un taux de conformité à 100% sur le critère « Maintien pelvien ».

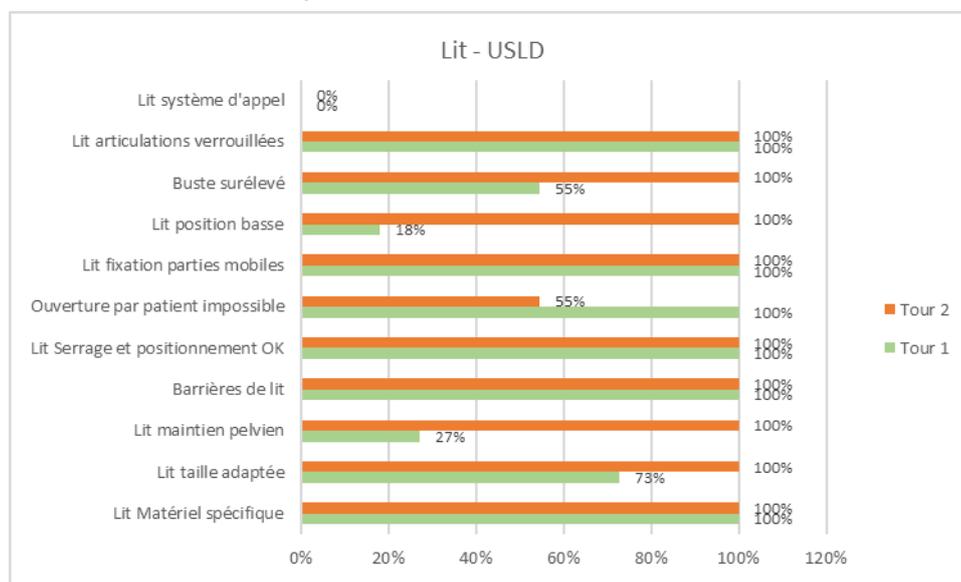


Figure 27 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Installation au lit, USLD

(b) Contention au fauteuil

Les cas de contention au fauteuil sont essentiellement représentés par les patients de l'USLD (10 cas au 1^{er} tour, 12 cas au 2nd tour) et plus minoritairement, de psychiatrie adulte (3 cas au 1^{er} tour, 2 cas au 2nd tour).

Toutefois, à l'USLD, la contention est plutôt utilisée à visée posturale (maintien des patients dans une position correcte) et non pour limiter la liberté de mouvement en première intention. Les dispositifs utilisés ne sont d'ailleurs, pour la plupart, pas pourvus de fermetures sécurisées (fermetures à clips et non à serrure ou à verrouillage magnétique).

On note de bons résultats sur tous les critères (Figure 28 page 55), sauf le système d'appel, comme pour la contention au lit. Ce point est cependant à nuancer, car en USLD, les patients contenus au fauteuil se trouvent dans la salle commune et sont donc en mesure de communiquer directement avec les soignants.

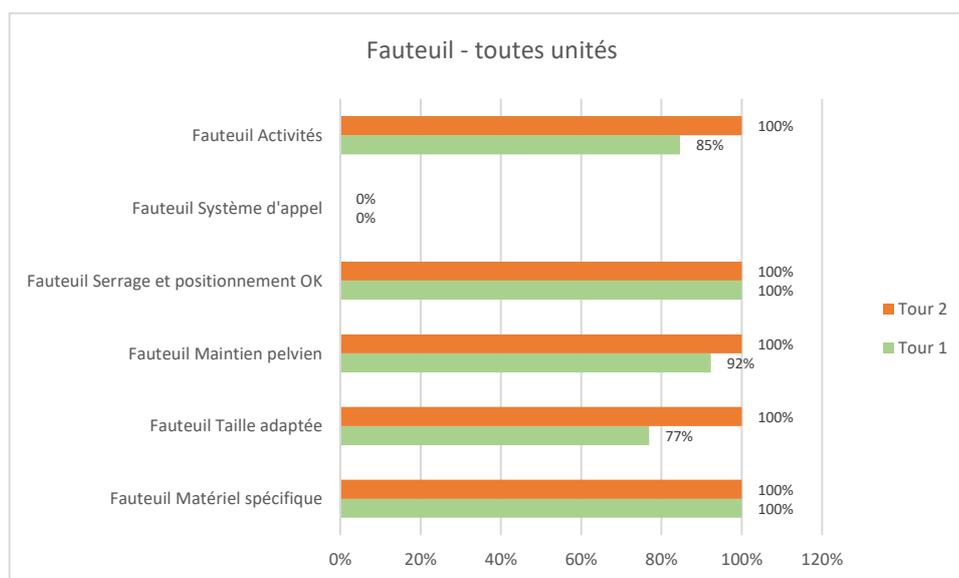


Figure 28 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Installation au fauteuil, toutes unités confondues

(c) Actions mises en œuvre

Sur la thématique de la mise en place des contentions, les actions mises en œuvre ont été :

- **Formalisation de procédures** adaptées à la diversité des situations cliniques :
 - o Situation d'urgence chez l'adulte (Annexe 13)
 - o Personne âgée (Annexe 14)
 - o Psychiatrie générale (Annexe 15)
 - o Pédiopsychiatrie (en cours),
- **Renouvellement du matériel de contention** : opéré en deux vagues, en commençant par les services les plus utilisateurs de contentions. Deux fournisseurs ont été auditionnés, des essais de matériels ont été conduits dans 2 unités de soins (UHEA et une unité adultes) de façon satisfaisante avec le fournisseur RENOL, qui travaillait par ailleurs déjà avec l'USLD.
- **Réalisation d'un inventaire du matériel de contention** : réalisé en 2014, puis renouvelé en 2016, il a permis de montrer qu'initialement une grande variété de références étaient présentes dans les unités de soins. De nombreux dispositifs vétustes ou inadaptés ont été réformés à la suite de l'inventaire de 2014.
- **Établir un listing du matériel pouvant être utilisé comme contention** (en lien avec le groupe Prescription).

(4) Thématique Surveillance

(a) Résultats des audits

Les résultats obtenus pour l'ensemble des unités sont présentés dans la Figure 29 p.56.

On observe que les pratiques en matière de surveillance étaient majoritairement non conformes au référentiel lors du premier audit.

A l'USLD (Figure 30 page 57), la surveillance exercée par les soignants était pluriquotidienne, au moment des soins, cependant elle n'était pas spécifiquement axée sur les risques de la contention. On note une nette amélioration des pratiques lors du deuxième audit.

En psychiatrie adulte (Figure 31 page 57), les pratiques se sont également améliorées, toutefois l'alimentation, l'hygiène et l'hydratation du patient contenus n'ont fait pas l'objet d'une traçabilité particulière.

Globalement, les efforts sont à poursuivre sur cette thématique, en particulier pour uniformiser les pratiques et favoriser l'appropriation de l'outil de traçabilité informatisé par les équipes.

Les résultats de l'UHEA sont présentés à titre indicatif en Annexe 16. Dans cette unité, la contention était appliquée de manière très brève (moins d'une heure), ce qui rend les critères d'évaluation peu pertinents dans ce cas précis.

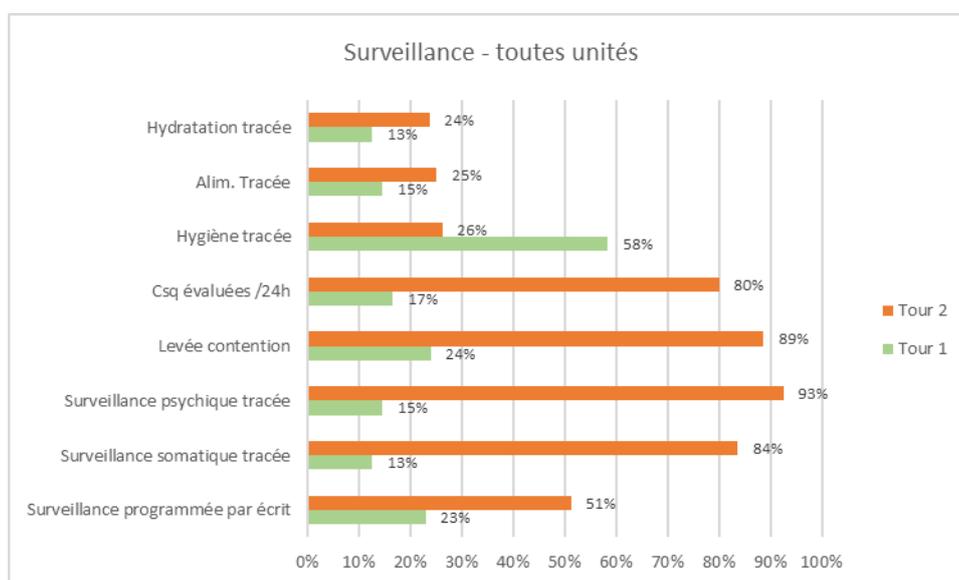


Figure 29 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Surveillance, toutes unités confondues

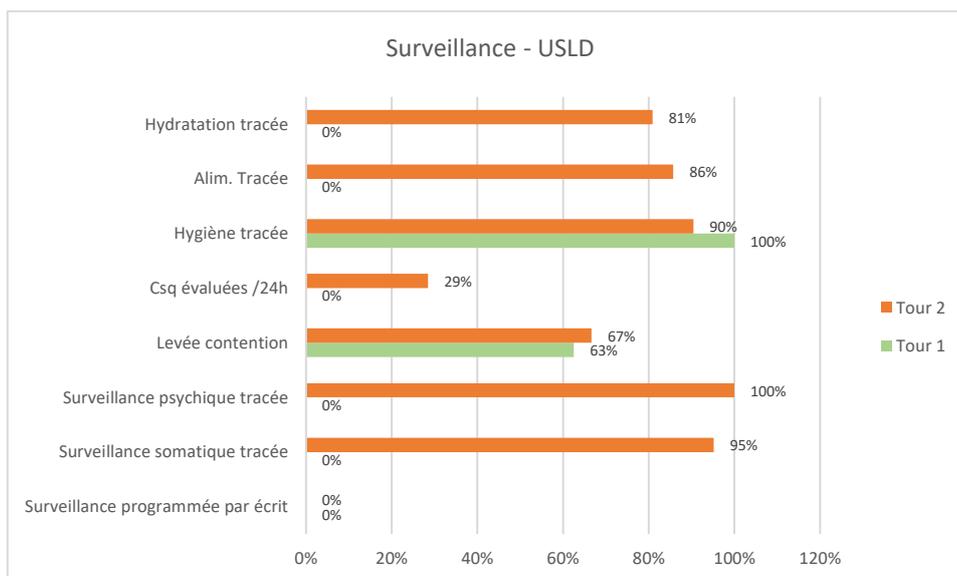


Figure 30 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Surveillance, USLD

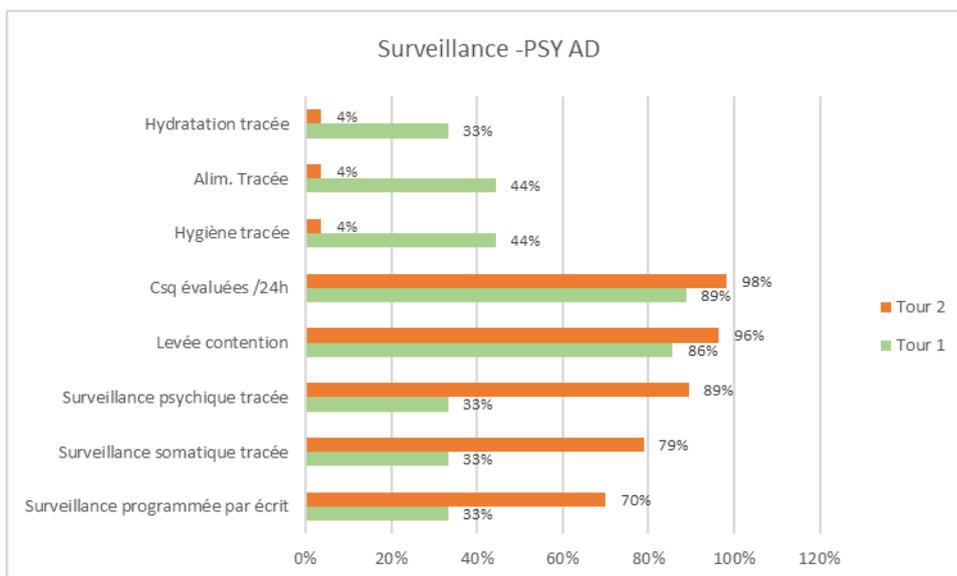


Figure 31 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Surveillance, PSY AD

(b) Actions mises en œuvre

En lien avec le nouveau questionnaire de prescription (Annexe 9), le sous-groupe « Prescription » a travaillé sur l'élaboration d'une fiche de traçabilité de la surveillance infirmière (Annexe 10). Cette dernière s'est présentée dans un premier temps sous format papier, puis a été implémentée dans le DPI, afin de permettre l'extraction des données pour alimenter le registre institutionnel des mesures de contraintes, conformément aux recommandations (4).

C. Approche comparative avec la démarche du Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) de Rennes

1. Pourquoi comparer

Le CHGR est l'établissement autorisé en psychiatrie le plus important de Bretagne, avec plus de 1700 lits et places sur l'ensemble de ses structures intra et extrahospitalières. Il est intéressant de comparer la démarche suivie par l'EPSM Charcot, établissement de taille plus modeste (500 lits et places sur l'ensemble des structures) avec celle du CHGR.

Dans un contexte national, qui amène les établissements à remettre en question et formaliser leurs pratiques de contention, il est instructif d'identifier les éléments initiateurs de la démarche dans chacun des deux établissements, comparer les problématiques rencontrées et les réponses apportées.

2. Historique de la démarche au CHGR

Au CHGR, la porte d'entrée dans la démarche d'amélioration des pratiques sur les mesures de contrainte a été la thématique de l'isolement.

Dès 2002, un travail de formalisation d'un protocole relatif à la pratique d'isolement a été mené et a également permis la production d'une pancarte papier destinée au suivi de la surveillance.

En 2008, après validation par les instances, une première EPP a été conduite, sous la forme d'une revue de pertinence des soins sur la mise en chambre d'isolement (MCI). L'évaluation de la pertinence a été réalisée sur 30 dossiers patients par un binôme soignant/médecin. La grille d'évaluation comporte notamment 3 critères concernant la pertinence de la prescription de contention mécanique en chambre d'isolement (Annexe 17).

Deux itérations de cette EPP ont eu lieu depuis, en 2010 (sur les données des dossiers 2009) et en 2012 (sur les données des dossiers 2011), les résultats sont présentés en Annexe 18.

Un groupe cadre « Droits des patients » composé de 11 cadres de santé représentant chaque secteur et domaine d'exercice, travaille depuis fin 2010 sur les thématiques touchant aux restrictions de liberté, notamment la liberté d'aller et venir. Ce groupe conduit les EPP sur les thématiques « isolement » et « contention ».

A la suite de l'évaluation de 2008, un document institutionnel unique a été élaboré, à partir des protocoles isolement (avec ou sans contention) préexistants dans les différents pôles de l'établissement.

Concernant plus spécifiquement la contention, une procédure a été formalisée en 2011, puis une première EPP a été réalisée en 2013, selon la méthode de l'audit clinique ciblé, la seconde itération ayant eu lieu en décembre 2017. La grille d'audit est inspirée de celle la HAS (3) et disponible en Annexe 19. L'évaluation a été réalisée par un binôme de cadres membres du groupe « Droits des patients » et était ciblée, lors du premier tour, sur deux typologies de situations particulières : les contentions en chambre d'isolement et les contentions chez les personnes âgées prises en charge en USLD notamment.

Fin 2017, un comité « Soins intensifs » a été créé, afin de définir une politique visant la réduction du recours aux mesures de restriction des libertés que sont l'isolement et la contention, conformément à l'instruction du 29 mars 2017 (33). Il s'agit d'un groupe pluriprofessionnel, où sont représentés :

- La communauté médicale, via le président de la CME et cinq représentants médicaux.
- La communauté paramédicale, avec des infirmiers, des aides-soignants et des cadres de santé.
- La direction des Soins.
- Les usagers.
- La direction des Travaux.
- La direction Qualité.
- La direction des Services Économiques.

Ce comité travaille en lien étroit avec le groupe cadres « Droits des patients ».

3. Résultats des EPP et actions d'amélioration conduites au CHGR

Concernant la pertinence des prescriptions de contention, les trois évaluations montrent des taux de pertinence élevés (90 à 100%).

Les résultats du premier audit « contention », obtenus après recueil pendant 4 semaines dans 17 unités, sont donnés sous forme synthétique dans l'Annexe 19. Les critères identifiés comme les plus déficitaires ont été :

- La reconduction de la contention motivée et prescrite.
- L'évaluation de la douleur.
- La programmation et la traçabilité de la surveillance infirmière.

- L'information du patient et de ses proches et la traçabilité dans le dossier.
- L'accès à un système d'appel (lit et fauteuil).
- La tenue d'un registre des mesures de contrainte¹.

Les observations faites dans les unités à l'occasion de cet audit ont par ailleurs permis d'objectiver la nécessité de renouveler le matériel de contention.

À la suite de cette évaluation, un plan d'actions a été élaboré :

- Sensibilisation et communication sur l'information du patient et de ses proches ainsi que la traçabilité dans le DPI.
- Mise en place du registre contention informatisé.
- Actualisation de la procédure « Contention en psychiatrie ».
- Révision de la page dédiée à la contention dans le logiciel de DPI Cimaise.
- Renouvellement du parc du matériel de contention.
- Réflexion sur les possibilités d'installation d'un système d'appel.

Toutes les procédures « isolement » et « contention » ont été revues afin de correspondre aux nouvelles recommandations HAS (4).

4. Comparaison des démarches

Pour les deux établissements, les éléments initiateurs de la démarche diffèrent – un EIG pour l'EPSM Charcot, une réflexion plus générale sur les mesures de contrainte pour le CHGR – ainsi que l'évolution des modalités de pilotage – un groupe de travail pluriprofessionnel d'abord centré sur la contention, puis élargi aux mesures d'isolement dans le cas de l'EPSM Charcot, un groupe EPP « Isolement » puis un groupe cadres « Droits des patients » travaillant en lien étroit avec un comité « Soins intensifs » depuis 2017 pour le CHGR.

Nous pouvons cependant remarquer de nombreux points de convergence.

La méthode d'évaluation utilisée (l'audit clinique ciblé) a en effet été globalement la même, se basant sur la grille de l'HAS, plutôt adaptée à la pratique de la contention en gériatrie. Les deux établissements ont choisi d'y apporter des adaptations propres, par exemple : l'évaluation de la douleur, la connaissance de la procédure de contention (CHGR), ou encore le caractère anticipé de la prescription, la réalisation d'un entretien infirmier après la levée des contentions (EPSM Charcot). Toutefois, l'évaluation s'est concentrée sur les contentions en chambre d'isolement et les contentions chez les personnes âgées au

¹ Ce critère n'est devenu opposable qu'en 2017, mais auparavant il faisait l'objet de recommandations (5,30,32).

CHGR, alors qu'à l'EPSM Charcot, toutes les situations de contention survenues durant la période de l'audit ont pu être évaluées.

En dépit de ces différences de méthodologie, les EPP menées dans les deux centres ont montré des points critiques similaires dans les pratiques : la reconduction de la prescription médicale, la traçabilité de la surveillance infirmière, l'information du patient. Le matériel a également été un enjeu fort, aussi bien pour le CHGR, où la nécessité de renouvellement du matériel, mise en évidence lors de l'audit de 2013 et déjà soulevée par le rapport du CGLPL en 2012, est finalement intervenue en 2016 ; que pour l'EPSM Charcot, où la campagne de renouvellement a été initiée à la suite de l'EIG survenu en 2014 et de l'inventaire conduit en parallèle de l'audit.

D'autres actions d'amélioration mises en œuvre ont été similaires : formalisation de procédures et protocoles, adaptations du logiciel de DPI sur les fonctionnalités concernant la prescription et la surveillance (en lien avec la mise en place du registre).

Par ailleurs, à l'EPSM Charcot, l'accent a également été mis sur la réduction du recours à la contention, notamment via la formation des équipes à la gestion des situations d'agressivité et de violence (formation Oméga par l'AHB).

Au CHGR, le comité « Soins intensifs » nouvellement constitué aura notamment pour mission de définir un plan de formation relatif aux mesures de contrainte.

D. Discussion

Grâce à la deuxième évaluation, réalisée trois ans après la première à l'EPSM Charcot, nous avons pu constater un impact positif des mesures d'amélioration mises en place sur les pratiques professionnelles. Ces résultats sont toutefois à nuancer, en raison de variations dans la méthodologie d'évaluation (évaluateur différent) et dans la typologie des dossiers évalués – plus de trente prescriptions pour un même patient lors du deuxième tour avec des réponses identiques, alors qu'au premier tour le nombre maximal de prescriptions pour un même patient a été de dix ; 2 situations de contentions à l'UHEA au deuxième tour sur 80 auditées, alors qu'au premier 20 situations sur 51 provenaient de cette unité.

Les résultats de la deuxième itération de l'audit « contention » réalisée fin 2017 au CHGR sont en cours d'analyse.

La comparaison des résultats obtenus dans les deux établissements s'avère difficile, en effet, bien que la méthode de base soit la même (audit clinique ciblé selon la grille HAS), chaque centre a réalisé des adaptations qui lui sont propres et a orienté le champ de l'évaluation en fonction de ses spécificités.

Toutefois, nous avons pu remarquer que les démarches d'EPP/APP entreprises présentaient de nombreux points de similitudes : formalisation des pratiques au travers de procédures, renouvellement du matériel, adaptation du support de prescription, etc. Cela suggère qu'il serait profitable de mutualiser les réflexions, à l'échelle régionale.

Dans la continuité des travaux d'évaluation et de réflexion déjà réalisés, les deux établissements devront définir une politique institutionnelle visant à limiter le recours à la contention et à l'isolement et poursuivre leurs efforts de formation du personnel, notamment en regard des nouvelles recommandations.

Conclusion

La survenue dans l'EPSM Charcot d'un EIG lié à la contention physique a été l'élément déclencheur d'une réflexion sur cette thématique dans sa globalité.

C'est pourquoi dans une première partie, après avoir défini la contention physique, nous en avons exposé les principales indications cliniques, que sont les états d'agitation sévères avec risque d'acte auto-agressif ou hétéro-agressif, les situations de crise à risque imminent de violence du patient envers lui-même ou autrui, les situations nécessitant une réduction des stimuli sensoriels dans un but d'apaisement et les situations présentant un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé du patient nécessite impérativement des soins.

La contention est une pratique à risques (risque d'étouffement, risque thrombotique, risques psychologiques, etc.), qui soulève également de nombreuses questions d'ordre éthique, notamment sur le difficile équilibre entre respect des libertés individuelles et devoir de protection des soignants envers les patients. En raison de ces risques, la contention doit être considérée comme soit une mesure de derniers recours et sa pratique est encadrée par un corpus de textes législatifs et réglementaires, ainsi que par des recommandations de pratiques professionnelles.

Ces aspects conduisent les cliniciens à envisager des alternatives (chambres d'apaisement, techniques de gestion des situations de crise, etc.) lorsque l'état clinique du patient le permet.

Bien que les dispositifs médicaux destinés à la contention soient de classe I, cela ne doit pas occulter les risques inhérents à leur utilisation et le pharmacien, dans son rôle de matériovigilant, doit veiller à ce que les DM de contention soient conformes aux recommandations et utilisés de manière adéquate par du personnel formé.

Dans une seconde partie, nous avons présenté la démarche qualité et les principaux outils d'évaluation et d'amélioration des pratiques en santé. Puis nous avons exposé la méthodologie d'EPP/APP mise en œuvre à l'EPSM Charcot – un audit clinique ciblé, mené en 2014 et en 2017. La deuxième itération a permis de montrer un impact positif du plan d'action déployé à l'issue du premier tour, particulièrement sur les thématiques « prescription » et « mise en place des contentions ». Des efforts restent à faire sur les thématiques « surveillance » et « information ».

Au CHGR, la méthode d'évaluation utilisée a été sensiblement la même et les résultats du premier tour (effectué en 2013) ont également mis en lumière la prescription (et particulièrement sa reconduction) et la surveillance comme axes d'amélioration des pratiques.

Dans les deux établissements, la démarche d'EPP/APP a été un levier important pour appuyer la demande de renouvellement du parc des DM de contention au niveau institutionnel.

La mise en place du registre, institué par l'article L.3222-5-1 du CSP, a par ailleurs constitué un enjeu fort pour les deux centres, en raison des exigences réglementaires et nécessaires adaptations du système d'information pour permettre à la fois la réalisation de requêtes par le DIM et le recueil des indicateurs semestriels transmis au Ministère de la Santé.

La contrainte juridique de la tenue du registre pourrait cependant être utilisée à l'avenir comme levier d'amélioration des pratiques, en permettant aux établissements et aux tutelles de disposer d'indicateurs communs, facilitant le benchmarking.

Toutefois, le recueil de données via le registre des mesures de contraintes reste épidémiologique et ne fournit pas de données sur la pertinence du recours à la contention, ni sur les pratiques cliniques. C'est pourquoi les EPP gardent toute leur place dans les démarches d'amélioration des pratiques et gagneront à bénéficier de référentiels communs entre établissements.

Pour autant, si la contention en établissement psychiatrique autorisé à pratiquer des soins sans consentement fait désormais l'objet d'une législation et de recommandations spécifiques, il n'en est pas de même pour les établissements de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), les services d'urgences psychiatriques au sein de ces établissements MCO et les établissements du secteur médico-social. Or la pratique de la contention dépasse le champ de la psychiatrie et devra à l'avenir faire l'objet d'une réflexion plus globale, incluant tous les secteurs de notre système de santé.

Bibliographie

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. 2000.
2. Vedel I, Lechowski L, Simon I, Lazarovici C, Stampa M de, Pedrono V, et al. La contention physique passive en gériatrie : une pratique courante, en particulier la nuit, non modifiée par une meilleure application des recommandations de l'ANAES. *Gérontologie Société*. 2006;29 / n° 116(1):153-60.
3. Haute Autorité de Santé. Rapport de l'expérimentation nationale : Audit clinique ciblé : Diminution de la contention physique de la personne âgée. 2006.
4. Haute Autorité de Santé. Recommandations de Bonne Pratique « Isolement et Contention en psychiatrie générale ». 2017.
5. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes : Extrait du 16 e rapport général du CPT [Internet]. Conseil de l'Europe; 2006 [cité 6 déc 2017]. Disponible sur: <https://rm.coe.int/16806cceb7>
6. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. sept 2010;45(9):889-97.
7. Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Riv Psichiatr*. févr 2013;48(1):10-22.
8. Mion LC, Minnick A, Palmer R. Physical restraint use in the hospital setting: unresolved issues and directions for research. *Milbank Q*. 1996;74(3):411-33.
9. Joanna Briggs Institute. Physical Restraint Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities. *Best Prat*. 2002;6(3):1-6.
10. Mader P. Isolement et contention, mesures de dernier recours en psychiatrie : quelles sont les bonnes pratiques ? [Thèse de médecine]. Bordeaux; 2016.
11. Palazzolo J, Chignon JM, Chabannes JP. The use of therapeutic isolation and confinement in psychiatry. A prospective study. *L'Encephale*. oct 1999;25(5):477-84.
12. Guedj MJ, Raynaud P, Braitman A, Vanderschooten D. The practice of restraint in a psychiatric emergency unit. *L'Encephale*. 2004;30(1):32-9.
13. Palazzolo J, Darcourt G. Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie [Internet]. Paris: Masson; 2002. 1 vol. (XIII-226 p.). (Collection Médecine et psychothérapie). Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/061090298>
14. Busch AB, Shore MF. Seclusion and restraint: a review of recent literature. *Harv Rev Psychiatry*. nov 2000;8(5):261-70.

15. Knutzen M, Bjørkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Mjøsund NH, Opjordsmoen S, et al. Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint—A register study in three Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatry Res.* janv 2014;215(1):127-33.
16. Société Francophone de médecine d'urgence. 9ème conférence de consensus Agitation en urgence. 2002.
17. Knutzen M, Bjørkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Helen Mjøsund N, Opjordsmoen S, et al. Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards—Why and how are they used? *Psychiatry Res.* août 2013;209(1):91-7.
18. Reitan SK, Helvik A-S, Iversen V. Use of mechanical and pharmacological restraint over an eight-year period and its relation to clinical factors. *Nord J Psychiatry.* 2 janv 2018;72(1):24-30.
19. Agence Nationale de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique. 2011.
20. Karger B, Fracasso T, Pfeiffer H. Fatalities related to medical restraint devices—Asphyxia is a common finding. *Forensic Sci Int.* juill 2008;178(2-3):178-84.
21. Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and Mortality Associated with the Utilization of Restraints: A Review of Literature. *Psychiatr Q.* déc 2013;84(4):499-512.
22. Goulet M-H, Larue C. Etat des connaissances : programmes de réduction des mesures de contrôle [Internet]. *Formation croisée*; 2015 [cité 6 déc 2017]; Centre d'études sur les mesures de contrôle en santé mentale. Disponible sur: http://visev.ca/wp-content/uploads/2016/02/Goulet_Larue_formation-crois%C3%A9e_programmes_9-novembre-2015_final.pdf
23. Canatsey K, Roper JM. Removal from stimuli for crisis intervention: using least restrictive methods to improve the quality of patient care. *Issues Ment Health Nurs.* févr 1997;18(1):35-44.
24. Huckshorn KA. Reducing seclusion and restraint use in inpatient settings: a phenomenological study of state psychiatric hospital leader and staff experiences. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* nov 2014;52(11):40-7.
25. LeBel JL, Duxbury JA, Putkonen A, Sprague T, Rae C, Sharpe J. Multinational experiences in reducing and preventing the use of restraint and seclusion. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* nov 2014;52(11):22-9.
26. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 1 août 2014;21(6):499-508.
27. Fain-Ghironi N. Contention physique en gériatrie dispositifs médicaux et vigilance [Thèse d'exercice Pharmacie]. Paris 11; 2002.
28. Haute Autorité de Santé. Outil pour l'amélioration des pratiques : mise en place d'espaces d'apaisement [Internet]. 2016 [cité 26 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_06_espace_apaisement.pdf

29. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
30. France, Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté: rapport d'activité 2015. Paris: Dalloz; 2016.
31. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Normes du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adulte. Conseil de l'Europe; 2013.
32. Robiliard D. Rapport d'information de M. Denys Robiliard déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie [Internet]. Assemblée Nationale; 2013 [cité 13 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>
33. Ministère des affaires sociales et de la santé. 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 [Internet]. 2017 [cité 22 janv 2018]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/03/cir_41997.pdf
34. Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 13 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948-11038.html>
35. Formery S-L. La Constitution commentée article par article. Hachette Éducation; 2014.
36. Cour Européenne des Droits de l'Homme D. Convention Européenne des Droits de l'Homme. Conseil de l'Europe; 2002.
37. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
38. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
39. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803 juill 5, 2011.
40. LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2013-869 sept 27, 2013.
41. Veil S. Circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993. 1993.
42. Haute Autorité de Santé. Note de cadrage : Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie [Internet]. 2015 [cité 14 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015->

09/place_de_la_contention_et_de_la_chambre_disolement_en_psychiatrie_-_note_de_cadrage.pdf

43. Cohen S. Evaluation de l'isolement et de la contention en psychiatrie. 2006.
44. Guivarch J, Cano N. Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques. L'Encéphale. sept 2013;39(4):237-43.
45. Mohr WK. Restraints and the code of ethics: An uneasy fit. Arch Psychiatr Nurs. févr 2010;24(1):3-14.
46. NON A LA CONTENTION [Internet]. Les Appels du Collectif des 39. [cité 14 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.hospitalite-collectif39.org/.?NON-A-LA-CONTENTION>
47. Espace Éthique Île-de-France. Approches éthiques de la contention en psychiatrie [Internet]. 2016 [cité 6 déc 2017]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?list=PLi-yyU8cpcgWvfkcL2o28XmAQnqoQwnEi&v=rAPt5KrFF_A
48. Code de la santé publique - Article L5211-1. Code de la santé publique.
49. Code de la santé publique - Article R5211-1. Code de la santé publique.
50. Conseil des Communautés Européennes. Directive 93/42/CEE du Conseil, du 14 juin 1993, relative aux dispositifs médicaux [Internet]. 1993. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:31993L0042&from=FR>
51. Renol SA. Catalogue Produits Renol [Internet]. [cité 14 déc 2017]. Disponible sur: http://www.renolcare.com/system_dntb/upload/201322853856231.pdf
52. Diframed. Catalogue Contention Psychiatrie [Internet]. [cité 14 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.diframed.com/PBCatalog.asp?ActionID=67174912&PBCATID=526972&PBCATName=Fixations%20magn%E9tiques>
53. Nausicaa Médical. NAUSICAA Médical - Positionnement du Patient [Internet]. Nausicaa Médical. [cité 14 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.nausicaa-medical.com/categorie-produit/positionnement-du-patient/>
54. Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé : Des concepts à la pratique. 2012.
55. Haute Autorité de Santé - Qu'est-ce qu'une démarche de gestion des risques ? [Internet]. [cité 30 déc 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661166/fr/qu-est-ce-qu-une-demarche-de-gestion-des-risques
56. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 18 mars 2000;320(7237):768-70.
57. Michel P, Minodier C, Moty-Monnereau C, Lathelize M, Domecq S, Chaleix M, et al. Fréquence et part d'évitabilité des événements indésirables graves dans les établissements de santé: les résultats des enquêtes ENEIS. DREES; 2009.

58. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique à destination des établissements de santé – Certification V2014 [Internet]. 2017 [cité 30 déc 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/guide_methodologique_v2014.pdf
59. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. 2014.
60. Haute Autorité de Santé. Fiche technique DPC : Audit Clinique. 2017.
61. Haute Autorité de Santé - Audit clinique : bases méthodologiques de l'EPP [Internet]. [cité 1 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271904/fr/audit-clinique-bases-methodologiques-de-l-epp
62. Haute Autorité de Santé - Revue de pertinence des soins (RPS) [Internet]. [cité 1 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434809/fr/revue-de-pertinence-des-soins-rps
63. Haute Autorité de Santé. Le patient-traceur en établissement de santé - Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Guide méthodologique. Méthode D'amélioration Qual Sécurité Soins Guide Méthodologique. 2014;
64. Haute Autorité de Santé. Rapport de certification v2010 - Etablissement Public de Santé Mentale J.M. Charcot. 2012.

Annexes

Limiter les risques de contention physique de la personne âgée

RÉFÉRENTIEL DE PRATIQUE POUR LA CONTENTION

- Critère 1 :** la contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.
- Critère 2 :** la prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.
- Critère 3 :** une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.
- Critère 4 :** la personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.
- Critère 5 :** le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient. Il présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée.
Dans le cas de contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières.
Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient.
En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.
- Critère 6 :** l'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.
- Critère 7 :** selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible.
- Critère 8 :** des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.
- Critère 9 :** une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 24 heures et retranscrite dans le dossier du patient.
- Critère 10 :** la contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

Annexe 2 : Manuel de certification v2014, critère relatif aux restrictions de libertés.

CHAPITRE 2**PRISE EN CHARGE DU PATIENT**

Partie 1
Droits et place des patients

Référence 10
La bientraitance et les droits

**R Critère 10.e****Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté**

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réaffirme l'obligation de respect des libertés individuelles.

La recommandation de bonne pratique portant sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et l'obligation de soins et de sécurité (2004) fait de la liberté d'aller et venir une composante de la liberté individuelle, inhérente à la personne humaine. Cette position est également affirmée dans la circulaire dite « Simone Veil » (n° 48 DGSS/SP3 du 19 juillet 1993), qui précise que « les patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans les services fermés à clefs, ni à fortiori dans des chambres verrouillées », et que « l'attente à la liberté d'aller et venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indications médicales ». Il doit en être de même pour toute décision appelant une privation de liberté de quelque nature qu'elle soit (c'est-à-dire non seulement le confinement, l'isolement, la contention, la sédation, mais aussi la limitation des contacts, le retrait des effets personnels, etc.).

Certaines situations cliniques peuvent nécessiter, dans une visée de sécurité et/ou pour des motifs thérapeutiques, la mise en œuvre de mesures momentanées de limitation de liberté. Toute décision de ce type doit faire l'objet d'un protocole précis, être motivée, décidée en concertation, expliquée à la personne concernée dans une perspective de recherche de consentement, réévaluée et portée au dossier.

La gestion des mesures de restriction de liberté, intégrant la conciliation des principes de liberté et de sécurité, mais aussi de bientraitance et de respect de la dignité du patient, repose sur une réflexion menée au plan institutionnel et déclinée au niveau des pratiques médicales et soignantes. À ce titre, elle implique différentes structures de l'établissement (CME, CRU, comité d'éthique ou équiva-

lent) : elle a vocation à donner lieu à la sensibilisation, voire à la formation, des professionnels concernés et à être régulièrement évaluée (audits d'ÉPP sur les chartres d'isolement thérapeutique, enquêtes auprès des patients, enquête auprès de l'entourage, etc.) dans une perspective de mise en œuvre d'actions d'amélioration.

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté a rendu publiques le 18 juin 2009 les recommandations suivantes :

- ▄ les personnes hospitalisées sans leur consentement doivent bénéficier de façon rapide et homogène pour l'ensemble de l'établissement d'informations relatives à leurs droits et voies de recours prévues par la loi sous une forme adaptée et accessible ;
- ▄ la liberté de correspondance des malades hospitalisés sans consentement ne peut être remise en cause, y compris pour répondre à des objectifs de soins et de protection des personnes ;
- ▄ l'accompagnement des malades hospitalisés sans consentement doit être intégré dans l'organisation des services, afin qu'ils soient en mesure de prendre part aux activités thérapeutiques aussi régulièrement que leur état de santé le permet ;
- ▄ les précautions de sécurité s'appliquant aux personnes détenues ne doivent pas donner lieu à la dispensation de soins distincts et apparus au sein de l'hôpital et à la suspension des droits mis en œuvre dans l'établissement pénitentiaire. Les droits reconnus aux personnes placées en détention, tels que la promenade, les visites par les personnes autorisées et la possibilité de téléphoner pour les condamnés, doivent être respectés pendant l'hospitalisation ;
- ▄ le recours à la contention doit faire l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif au moyen d'un document renseigné de manière complète par chaque unité recevant des patients hospitalisés sans consentement.

E1 | Prévoir

La promotion du respect des libertés individuelles est intégrée dans les projets de l'établissement.

Les projets de prise en charge identifient les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect.

Les projets médicaux, et/ou de secteurs d'activité identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation de contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.).

E2 | Mettre en œuvre

Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles.

La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée.

La réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient et/ou de son entourage concernant les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante intégrée dans le projet de soins personnalisés.

Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie.

E3 | Évaluer et améliorer

Le respect des bonnes pratiques en matière de préservation des libertés individuelles et en matière de restriction de liberté est évalué à périodicité définie, en lien avec les instances et structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIFMT, etc.).

Des actions d'amélioration portant sur la préservation des libertés individuelles et sur la gestion des mesures de restriction de liberté sont mises en place.

Annexe 3 : Grille d'audit (5 pages)

Grille d'audit n°1 : prescription médicale de la contention						
Date : _____		Evaluateur : _____		Audit contention		
UF : _____		Initiales patient _____		Age : _____ Régime d'hospitalisation : ___ HL ___ SDT ___ SDRE		
Item	Critère	OUI	NON	NA	Source	Commentaires
1	La contention programmée est prescrite par le médecin.				DP	
1bis	La contention au fauteuil est pratiquée avec du matériel spécifique.				DP	
1ter	La contention est prescrite en chambre d'isolement				DP + ES	Si OUI : ___ Lit scellé au sol OU ___ Lit amovible
2	La contention appliquée en urgence par l'équipe de soins est confirmée par le médecin dès que possible				DP + ES	
3	Les raisons de la contention sont notées dans le dossier patient				DP	Préciser l'indication : ___ Agitation psychomotrice ___ Urgence (hétéro ou autoagressivité, violence...) ___ Prévention d'un risque de chute ___ Déambulation avec risque de mise en danger (entourer : la journée / la nuit) ___ Prévention d'une rupture thérapeutique (flaque) ___ A la demande du patient ___ Autre : _____
4	La prescription est faite après appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet par l'équipe pluridisciplinaire.				DP + ES	
5	L'appréciation bénéfice/risque est notée dans le dossier.				DP	
6	La durée de la contention est prescrite.				DP	Si OUI : renseigner la durée prescrite _____
7	Le matériel utilisé pour la contention est nommément prescrit.				DP	
8	La contention est réévaluée et revalidée par le médecin au terme de la prescription, après entretien avec le patient en présence de l'équipe.				DP + ES	

DP : consultation du dossier patient informatisé
 ES : enquête auprès des soignants

Grille d'audit n°2 : information et communication						
Item	Critere	OUI	NON	NA	source	Commentaires
1	Le patient est informé dans le but de recueillir son consentement.				ES	
2	Les proches sont informés de la raison de la contention.				ES	
3	L'information du patient et de ses proches le cas échéant est consignée dans le dossier patient.				DP	
4	Une fois la contention levée, un entretien infirmier centré sur son vécu est proposé au patient.				DP + ES	

DP : consultation du dossier patient informatisé

ES : enquête auprès des soignants

Grille d'audit n°3 : installation et confort						
Contention au fauteuil						
Item	Critere	OUI	NON	NA	source	Commentaires
1	La contention au fauteuil est pratiquée avec du matériel spécifique.*				OD + ES	Préciser le type de matériel ___ Gillet ___ ceinture abdominale ___ attaches chevilles ___ attaches poignets ___ adaptable fixé ___ autre :
2	La contention au fauteuil est pratiquée avec du matériel adaptée à la taille de la personne				OD + ES	
3	Un dispositif de maintien pelvien est utilisé pour compléter la contention ventrale si le patient a tendance à glisser vers le bas ou s'il est agité.				OD + ES	
4	Les contentions sont correctement appliquées.				OD + ES	
5	La personne a accès à un système d'appel qu'elle sait utiliser.*				OD + ES	
6	L'installation de la personne préserve son intimité et sa dignité.*				OD + ES	
7	Des activités sont proposées pour le confort psychologique de la personne.*				OD + ES	

OD : Observation directe

ES : enquête auprès des soignants

Grille d'audit n°3 bis : installation et confort

Contention au lit						
Item	Critere	OUI	NON	NA	source	Commentaires
1	La contention au lit est pratiquée avec du matériel spécifique.*				OD + ES	Préciser le type de matériel : ___ barrières de lit ___ ceinture abdominale ___ attaches chevilles ___ attaches poignets ___ sangles épaules ___ autres :
2	La contention au lit est pratiquée avec du matériel adaptée à la taille de la personne				OD + ES	
3	En cas d'utilisation d'une contention ventrale, un dispositif de maintien pelvien est utilisé si le patient a tendance à glisser vers le bas ou s'il est agité.				OD + ES	
4	En cas de contention ventrale, des barrières de lit adaptées sont utilisées de façon appropriée.				OD + ES	Si non, pourquoi : ___ : pas de matériel adapté ___ : ne sait pas pourquoi/comment les utiliser ___ : autre :
5	Les contentions sont correctement appliquées.				OD + ES	
6	Le patient n'a pas la possibilité d'ouvrir lui-même le dispositif de contention ni d'en modifier le serrage.				OD	
7	La contention au lit à hauteur variable est fixée sur les parties mobiles qui bougent avec le malade.				OD + ES	
8	Si lit à hauteur variable, celui-ci est réglé en position la plus basse en dehors des moments de soin.				OD + ES	
9	La contention au lit standard est fixée au sommier ou au cadre du lit.				OD + ES	
10	Le buste du patient est surélevé (utilisation d'un dossier ou élévation de la tête de lit).				OD + ES	
11	Les fonctions d'articulations du lit sont verrouillées.*				OD	
12	L'installation de la personne préserve son intimité et sa dignité.*				OD + ES	
13	La personne a accès à un système d'appel qu'elle sait utiliser.*				OD + ES	

OD : Observation directe

ES : enquête auprès des soignants

Grille d'audit n°4 : surveillance des risques liés à la contention

Item	Critère	OUI	NON	NA	source	Commentaires
1	La surveillance de la contention est programmée et retranscrite dans le dossier patient.				DP	
2	Les paramètres physiques sont surveillés (état cutané, continence, mobilisations, fonction respiratoire, douleur).				DP + OD	
3	Les paramètres psychologiques sont surveillés (repérer les sentiments de peur, d'humiliation, d'angoisse, état de la relation thérapeutique...)				DP + OD	
4	La contention est levée le plus souvent possible pour permettre au patient d'effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel.				DP	
5	L'état de santé du patient et les conséquences de l'immobilisation sont évalués au moins toutes les 24h.				DP	
6	Les soins d'hygiène sont assurés et notés dans le dossier.				DP + OD	
7	Les soins liés à l'alimentation sont assurés et notés dans le dossier.				DP + OD	
8	Les soins liés à l'hydratation sont assurés et notés dans le dossier.				DP + OD	

DP : consultation du dossier patient informatisé

OD : observation directe

Annexe 4 : Capture d'écran du masque de saisie des données recueillies lors de l'audit

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA
1	ETABLISSEMENT :					Date de saisie																					
2	Responsable d'audit																										
3																											
4																											
5	Nbre d'observations																										
6																											
7		Etablissement	Num	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	C21	C22	C23	C24
8	Patient1	0	1																								
9	Patient2	0	2																								
10	Patient3	0	3																								
11	Patient4	0	4																								
12	Patient5	0	5																								
13	Patient6	0	6																								
14	Patient7	0	7																								
15	Patient8	0	8																								
16	Patient9	0	9																								
17	Patient10	0	10																								
18	Patient11	0	11																								
19	Patient12	0	12																								
20	Patient13	0	13																								
21	Patient14	0	14																								
22	Patient15	0	15																								
23	Patient16	0	16																								
24	Patient17	0	17																								
25	Patient18	0	18																								
26	Patient19	0	19																								
27	Patient20	0	20																								
28	Patient21	0	21																								
29	Patient22	0	22																								
30	Patient23	0	23																								
31	Patient24	0	24																								
32	Patient25	0	25																								
33	Patient26	0	26																								
34	Patient27	0	27																								
35	Patient28	0	28																								
36	Patient29	0	29																								
37	Patient30	0	30																								
38																											

1=OUI
2=NON
8=NA

EPsm Charcot

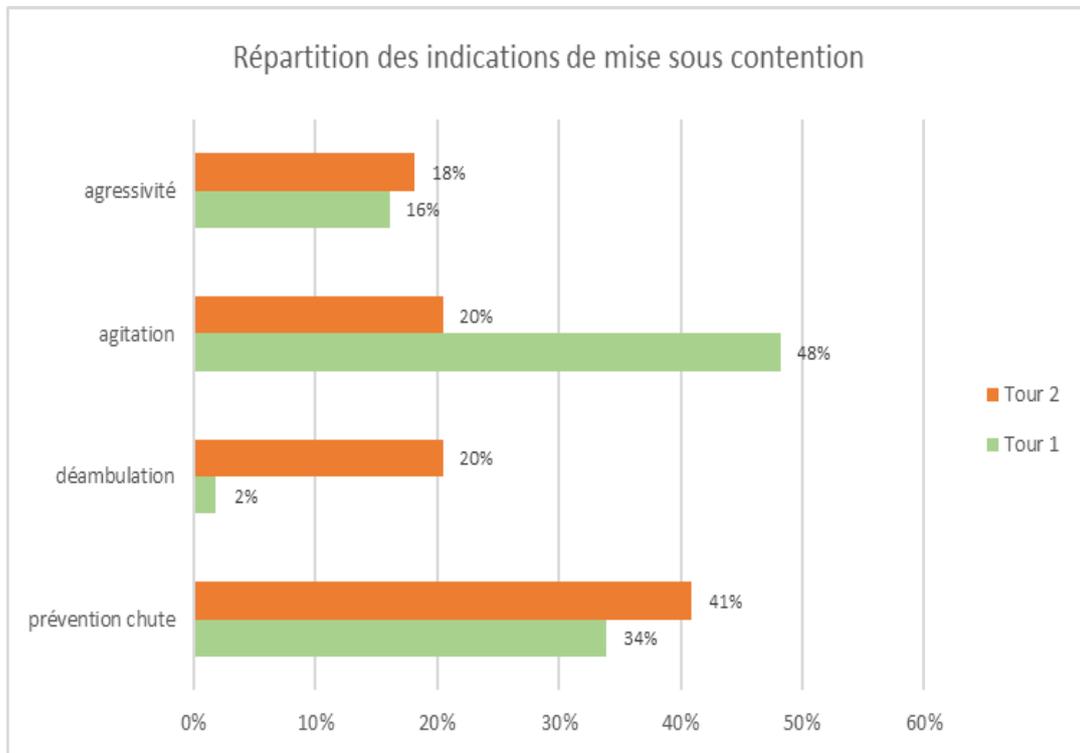
SOINS CONTENTION ET ISOLEMENT THERAPEUTIQUE

MA/Je -
12/10/2016

Axes	Déclinaison en actions	Pilote	Origine	P	État	2016	2017 - T1	2017 - T2	2017 - T3	2017 - T4	2018 - S1	2018 - S2	Date de fin effective	Date de fin prévue	Commentaires	Évaluation, indic de suivi	
1. Contention																	
1.1 Guide de bonnes pratiques																	
	Elaboration du guide	Dr Lestraz			A planifier									avr-17		guide réalisé	
	Déploiement du guide dans les Ufs	Dr Lestraz			A planifier									mar-17		guide connu	
1.2 Registre obligatoire																	
	Elaboration de la fiche de suivi	Dr Parolin			A planifier												
	Test de la fiche de suivi	Dr Parolin			A planifier												
	Évaluation puis mise en place du registre sur l'epsm	Mme Le Touzic Mlleur-Dr Parolin?			A planifier									janv-17		évaluation du registre et utilisation la plus simplifiée par tous les professionnels	
2. Isolement thérapeutique																	
2.1 Registre obligatoire																	
	Elaboration de la fiche de suivi	Dr Parolin			A planifier												
	Test de la fiche de suivi	Dr Parolin			A planifier												
	Déploiement du registre dans l'ensemble des Ufs	?			A planifier									janv-17			
3. materovigilance																	
	inventaire réalisé par unité de soins pluriannu elle	Mme Hubert			A planifier												
	équipement harmonisé de toutes les uf	Dr Buisson			A planifier												
	équipement du pais Kit petite taille	Dr Buisson			A planifier												
4. Développement des compétences																	
	action renforcer la formation OMEGA de base elle	R Le Mong			A planifier												
	action pluriannu elle Formation de 3 H	R Le Mong			A planifier												

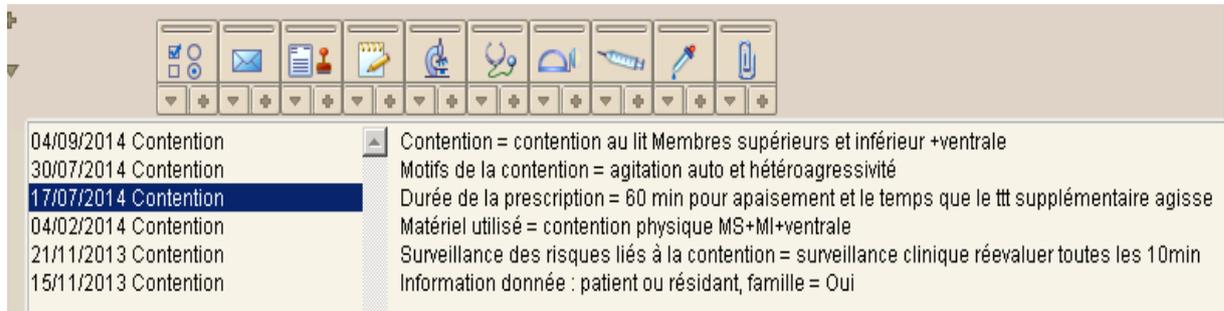
document de travail

Annexe 5 : Tableau de bord de suivi des actions d'amélioration

Annexe 6 : Répartition des principales indications de mise sous contention relevées lors des deux tours d'audit

Annexe 7 : Grille de correspondance entre intitulés courts et libellés complets des critères d'évaluation

N° du critère	Intitulés des critères	Intitulés courts
C1	La contention programmée est prescrite par le médecin.	Contention prescrite par médecin
C2	La contention est prescrite en « si besoin ».	Prescription en Si besoin
C3	La contention est prescrite en chambre d'isolement	Contention en chambre d'isolement
C4	La contention appliquée en urgence par l'équipe de soins est confirmée par le médecin dès que possible	Confirm. médicale si contention en urgence
C5	Les raisons de la contention sont renseignées dans le dossier patient	Motifs renseignés
C6	La prescription est faite après appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet par l'équipe pluridisciplinaire.	Rapport B/R évalué en équipe
C7	L'appréciation bénéfice/risque est notée dans le dossier.	Evaluation rapport B/R tracée
C8	La durée de la contention est prescrite.	Prescription à durée déterminée
C9	Le matériel utilisé pour la contention est nommément prescrit.	Matériel nommément prescrit
C10	La contention est réévaluée et revalidée par le médecin au terme de la prescription, après entretien avec le patient en présence de l'équipe.	Réévaluation et revalidation
C11	Le patient est informé dans le but de recueillir son consentement.	Information patient
C12	Les proches sont informés de la raison de la contention.	Information famille
C13	L'information du patient et de ses proches le cas échéant est consignée dans le dossier patient.	Information tracée
C14	Une fois la contention levée, un entretien infirmier centré sur son vécu est proposé au patient.	Entretien infirmier
C15	La contention au fauteuil est pratiquée avec du matériel spécifique.	Fauteuil Matériel spécifique
C16	La contention au fauteuil est pratiquée avec du matériel adaptée à la taille de la personne	Fauteuil Taille adaptée
C17	Un dispositif de maintien pelvien est utilisé pour compléter la contention ventrale si le patient a tendance à glisser vers le bas ou s'il est agité (fauteuil)	Fauteuil Maintien pelvien
C18	Les contentions sont correctement appliquées. (fauteuil)	Fauteuil Serrage et positionnement OK
C19	La personne a accès à un système d'appel qu'elle sait utiliser. (fauteuil)	Fauteuil Système d'appel
C21	Des activités sont proposées pour le confort psychologique de la personne. (fauteuil)	Fauteuil Activités
C22	La contention au lit est pratiquée avec du matériel spécifique.	Lit Matériel spécifique
C23	La contention au lit est pratiquée avec du matériel adaptée à la taille de la personne	Lit taille adaptée
C24	En cas d'utilisation d'une contention ventrale, un dispositif de maintien pelvien est utilisé si le patient a tendance à glisser vers le bas ou s'il est agité. (lit)	Lit maintien pelvien
C25	En cas de contention ventrale, des barrières de lit adaptées sont utilisées de façon appropriée.	Barrières de lit
C26	Les contentions sont correctement appliquées. (lit)	Lit Serrage et positionnement OK
C27	Le patient n'a pas la possibilité d'ouvrir lui-même le dispositif de contention ni d'en modifier le serrage. (lit)	Ouverture par patient impossible
C28	La contention au lit à hauteur variable est fixée sur les parties mobiles qui bougent avec le malade. (lit)	Lit fixation parties mobiles
C29	Si lit à hauteur variable, celui-ci est réglé en position la plus basse en dehors des moments de soin. (lit)	Lit position basse
C30	La contention au lit standard est fixée au sommier ou au cadre du lit.	Lit sommier ou cadre de lit
C31	Le buste du patient est surélevé (utilisation d'un dossier ou élévation de la tête de lit).	Buste surélevé
C32	Les fonctions d'articulations du lit sont verrouillées. (lit)	Lit articulations verrouillées
C33	L'installation de la personne préserve son intimité et sa dignité. (lit)	Lit Intimité et dignité respectées
C34	La personne a accès à un système d'appel qu'elle sait utiliser. (lit)	Lit système d'appel
C35	La surveillance de la contention est programmée et retranscrite dans le dossier patient.	Surveillance programmée par écrit
C36	Les paramètres physiques sont surveillés (état cutané, continence, mobilisations, fonction respiratoire, douleur)	Surveillance somatique tracée
C37	Les paramètres psychologiques sont surveillés (repérer les sentiments de peur, d'humiliation, d'angoisse, état de la relation thérapeutique...)	Surveillance psychique tracée
C38	La contention est levée le plus souvent possible pour permettre au patient d'effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel.	Levée contention
C39	L'état de santé du patient et les conséquences de l'immobilisation sont évalués au moins toutes les 24h.	Csq évaluées /24h
C40	Les soins d'hygiène sont assurés et notés dans le dossier.	Hygiène tracée
C41	Les soins liés à l'alimentation sont assurés et notés dans le dossier.	Alim. Tracée
C42	Les soins liés à l'hydratation sont assurés et notés dans le dossier.	Hydratation tracée

Annexe 8 : Questionnaire de prescription de contention dans le logiciel Cortexte (ancienne version)

The screenshot displays the Cortexte software interface. At the top, there is a toolbar with various icons for navigation and editing. Below the toolbar is a list of prescriptions, with the entry for 17/07/2014 highlighted. To the right of the list, the details for the selected prescription are displayed.

Date	Type	Description
04/09/2014	Contention	
30/07/2014	Contention	
17/07/2014	Contention	Contention = contention au lit Membres supérieurs et inférieur +ventrale Motifs de la contention = agitation auto et hétéroagressivité Durée de la prescription = 60 min pour apaisement et le temps que le ttt supplémentaire agisse Matériel utilisé = contention physique MS+MI+ventrale Surveillance des risques liés à la contention = surveillance clinique réévaluer toutes les 10min Information donnée : patient ou résidant, famille = Oui
04/02/2014	Contention	
21/11/2013	Contention	
15/11/2013	Contention	

Annexe 9 : Questionnaire de prescription de contention dans le logiciel Cortexte (nouvelle version)

Base Recette

PATIENT Test - Prescription Contention

PATIENT Test

Soins sans consentement en cours : SDTU
 PAT
 I.P.P. : 4901429
 rue des
 56100 LORIENT FRANCE
 Tel personnel : 06 15 10 15 15
 Sexe : F
 Date de naissance : 01/01/1898
 Num sécu : 1680656121000--
 Situation familiale : ?

07/02/2011 C

Admissions

17/01/2018 CMP TAV
 11/01/2018 CMP PIVOT PLOI
 11/01/2018 CMP PIVOT HENI
 05/01/2018 AMB DRO
 05/01/2018 AMB DRO
 03/01/2018 AMB USCPP
 03/01/2018 CMP RACINE
 03/01/2018 CMP PIVOT LORI
 08/12/2017 AMB USLD
 17/11/2017 EM GERONTO
 27/09/2017 CMP BLANQUI G
 04/01/2017 AMB UMP MORV
 03/01/2017 AMB PAIS
 03/01/2017 CATTP ROUSSE
 25/11/2016 AMB USCPP
 01/02/2016 CMP THALBOT

17/12/2018 RDV
 18/01/2018 Groupe de

PATIENT Test - Prescription Contention

Date: 22/01/2018

Récupérer

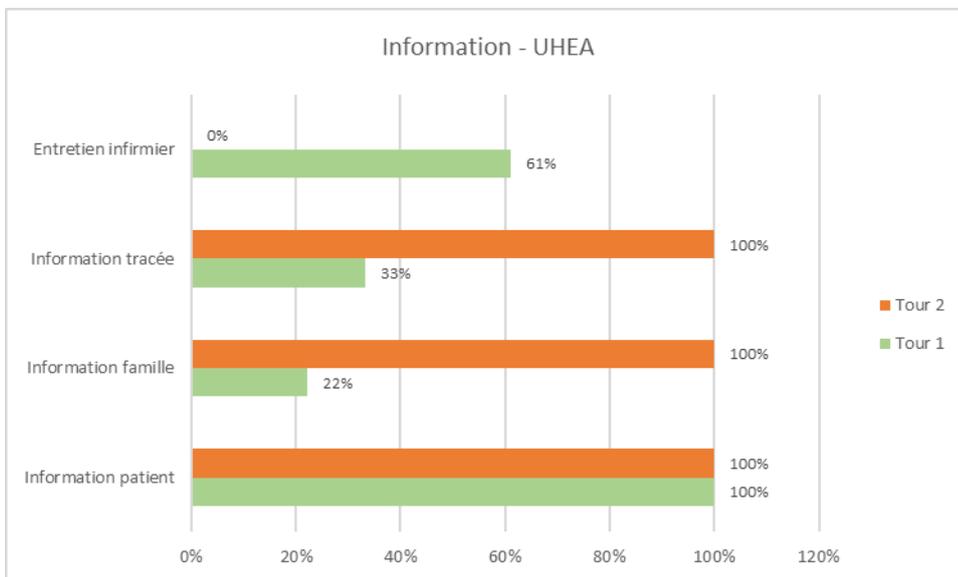
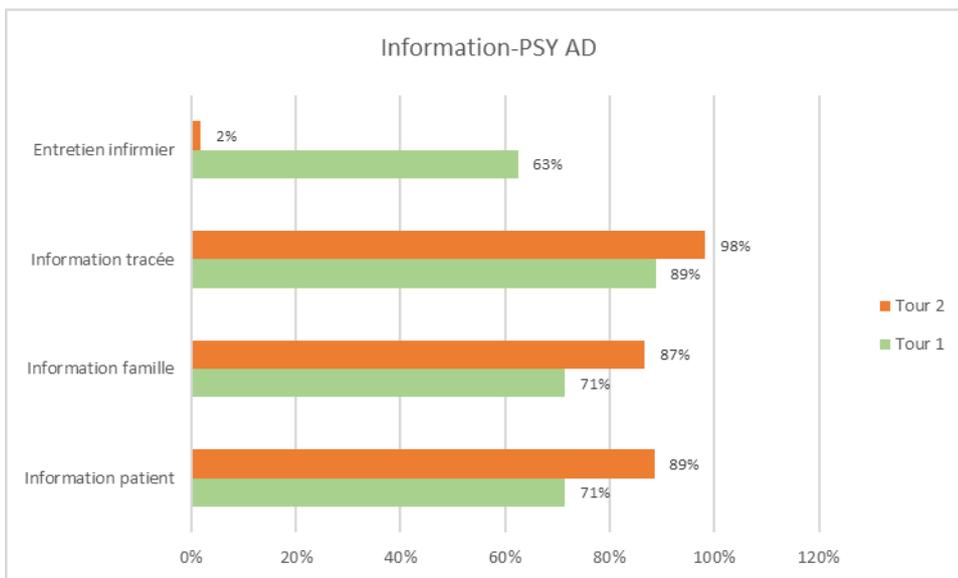
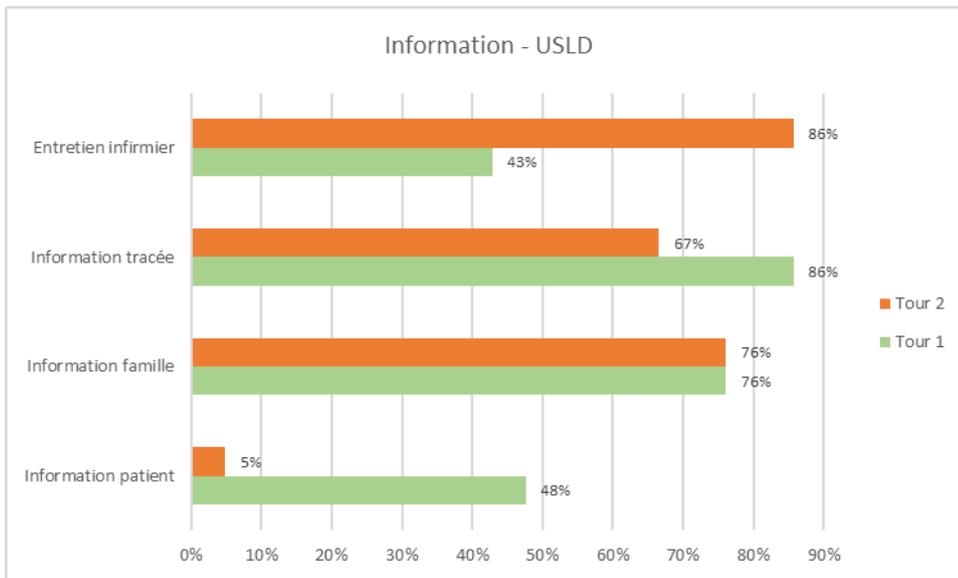
Prescription contention
 Motif
 Psychiatre décisionnaire
 Précisions sur le motif
 Durée de la validité de la prescription
 Rapport Bénéfice/Risque évalué
 Info+recherche consentement Pat.ou son rep
 Conditions de la contention
 Matériel de contention
 Durée d'application de la contention
 Surveillance TA, pouls
 Surveillance fréquence respi
 Surveillance température
 Surveillance saturation en O2
 Surveillance état cutané pts d'attache et d'aq
 Surveillance continence
 Surveillance paramètres psychologiques
 Surveillance autres
 Fréquence de la surveillance
 Conditions particulières

Imprimer

Supprimer
 Annuler
 OK

?

Annexe 11 : Résultats obtenus par catégories d'unités de soins, grille Information



Annexe 12 : Résultats de l'enquête auprès des soignants menée en février 2017 (4 pages)



Etablissement Public de Santé Mentale J.M. CHARCOT

Le Trescoët - BP n°47 - 56854 Caudan Cédex

Synthèse – Enquête Contention Mécanique - mars 2017

La synthèse a pour objectif la diffusion, auprès de l'ensemble des professionnels de l'institution, des résultats issus de l'enquête par questionnaire relative à la contention mécanique réalisée auprès des professionnels soignants, au cours du premier semestre 2017.

Le taux de retour des questionnaires est de 33,83%. L'essentiel des réponses concerne le corps infirmier, conformément au dimensionnement des métiers sur les unités professionnelles.

L'analyse des données fait apparaître des biais dont il conviendra de tenir compte tant dans l'interprétation des résultats que pour la réalisation de prochaines enquêtes sur le sujet à l'avenir :

- questionnaire long, complexe et faisant appel à un champ de réponse trop vaste parfois concernant certains items

- questionnaire mêlant les pratiques d'isolement et de contention mécanique (Cf. Enquête par questionnaire relative à l'isolement thérapeutique réalisé auprès des professionnels soignants, au cours du premier semestre 2017) : confusion potentielle générée

- résultats isolés, sans possibilité de croiser certaines données susceptibles d'affiner certains types de réponse au regard, par exemple, du métier, de l'expérience professionnelle, etc.

Au regard des résultats dans leur ensemble, l'enquête a permis de sensibiliser les professionnels et de dégager des pistes d'amélioration relatives aux pratiques professionnelles liées à la contention mécanique, à la notion de formation et l'utilisation du matériel.

Les résultats sont présentés selon les objectifs de l'enquête :

- *Bilan des pratiques soignantes actuelles*
- *Identification des besoins des professionnels en matière de formation, de matériel, d'effectif, de travail en équipe pluri-professionnelle*
- *Pistes d'amélioration de nos pratiques en faveur d'alternatives soignantes*

Un croisement des données avec l'activité réelle issue des données du DIM, permettront de comparer les pratiques effectives (sous réserve d'une saisie complète des données sur le support dédié Contexte) ainsi que les représentations des professionnels.

1. Bilan des pratiques soignantes (médicales et paramédicales) actuelles dans ce domaine

- 96.72% des répondants, dont la moitié exerce leur profession en psychiatrie depuis plus de 10 ans ont eu et/ou ont recours aux contentions mécanique.



- 66.15 des personnes ayant répondu exerce actuellement en service d'admission.
- Les contentions utilisées correspondent majoritairement aux recommandations de bonnes pratiques avec l'utilisation des contentions mécaniques 5 points.

En parallèle, d'autres types de contentions sont citées (ou considéré comme telle) :

« Chambre Isolement Thérapeutique - contention au lit (barrières...) - chambre fermée à clé - fermeture des unités - harnais épau - ceinture fauteuil - camisole - draps - sangle de contention - traitement per os - traitement injectable »

- En dehors l'indication de derniers recours notamment la violence immédiate avec risque grave à l'intégrité du patient ou celle d'autrui, citée très majoritairement par les professionnels, sont mis en avant d'autres motifs pour part quasi égale :

« Refus de traitement médicamenteux - état cognitif du patient - automutilation - risque suicidaire - apaisement - déambulation - sur prescription médicale - risque de passage à l'acte - état clinique - délirium tremens »

- La première des alternatives à la contention mécanique évoquée concerne la parole. La réponse médicamenteuse est la seconde avant toute médiation thérapeutique. De multiples autres propositions ont été faites :

« Ecoute - réassurance - pacification - observation du signe clinique - chambre d'isolement thérapeutique - isolement dans la chambre du patient - proposition d'un tour dans le parc - apaisement par la respiration/relaxation - au cas par cas - utilisation d'un tiers/ sac de frappe - mise en retrait du groupe / temps calme - négociation - chambre de surveillance - recours au médecin - service fermé - aucune »

- 2/3 des professionnels avancent une organisation définie pour la mise en place d'une contention mécanique
- La mesure de contention mécanique relève, pour 85% des personnes interrogées, d'une décision médicale, n'excluant pas la notion de collégialité rapportée par un répondant sur 2
- Les situations de mise en contention mécanique sont discutées en équipe lors des temps organisationnels existants (transmissions, synthèses, réunions cliniques). D'autres temps sont évoqués :

« Sur le moment - temps d'échange informel - quotidiennement - selon les cas - entre IDE - à tout moment ace à une prescription en si besoin - pour les renforts soignants jamais »

- Aucune distinction organisationnelle n'est faite entre les horaires de travail de jour et celles de nuit selon la majorité des réponses.
Cependant, la nuit est citée à plusieurs reprises comme une période problématique (effectif à 2, difficulté partiel pour l'accès médical).
Une réponse interroge le sens de la mesure de contention mécanique: *« les équipes sécurisent les PEC la nuit avec un recours plus important aux contentions mécaniques »*

- L'installation de patient sous contention mécanique est de manière très significative jugée très difficiles par les professionnels, pour des raisons diverses :

« Agitation du patient - opposition - morphologie du patient - méconnaissance du matériel - disposition architectural - matériel insuffisant (aimants et clés) - peu de personnel - patient en soins libre - manque de pratique - légitimité de la mesure - arme blanche »



Une bonne coordination est mise en avant pour la faciliter le soin associé à une décision claire.

- La mise en place de la mesure de contention physique est à l'origine de nombreux questionnements et entraîne, pour une très large majorité des professionnels interrogés, différents ressentis:

« Sentiment d'utilité et de jugement positif en faveur d'un soin nécessaire et de dernier recours – sentiment de mal-être, d'échec lié à la priorisation de ce soin en regard des effectifs soignants non suffisants et afin de répondre aux aspects sécuritaires – manque de respect vis-à-vis du patient (situation dégradante et inconfortable pour le patient) – gestion individuelle difficile liée au stress, à la culpabilité générée et à la violence de la mesure – interrogation quant à notre pratique soignante liée à la notion de contenance – Impression d'être un fil ou maçon »

- Les contre-indications à la contention mécanique sont majoritairement connues des professionnels
- Les évaluations à posteriori d'une mesure de contention mécanique avec le patient ne sont pas systématiques réalisées, bien qu'existantes pour 62% des répondants. Celles-ci prennent plusieurs formes et tiennent compte de plusieurs paramètres :

« Entretien médicale et/ou entretien IDE - de manière informelle - au cours du soin - débriefing - à la demande du patient - selon la compréhension et la pathologie du patient - non réalisée pour les patients qui ne comprennent pas la nécessité - à distance de la contention – selon la durée de la contention (contention au long) - pas dans les mœurs »

- Les alternatives à la contention mécanique sont considérées mises en œuvre pour la majeure partie des professionnels. Elles se rapportent principalement au traitement médicamenteux (52%), à l'entretien (25%) et à la médiation (11%). D'autres alternatives sont également avancées ou à privilégier :

« Chambre d'apaisement avec musique - meilleure présence médicale - isolement comme alternative - chambre semi-protégée - prévention par repérage signe précurseur - ratio soignant/soigné adapté - disponibilité soignante »

2. Identification des besoins des professionnels en matière de formation, de matériel, d'effectif, de travail en équipe pluri-professionnelle

- 40 % des professionnels ayant répondu exprime un manque de connaissance réglementaire relative à la pratique de la contention mécanique.
- Près de 70% des agents s'estiment formés (dans le cadre de la Formation Continue) 47 % expriment cependant des besoins en formation, notamment en faveur :
 - ✓ d'une meilleure maîtrise technique et de gain en rapidité
 - ✓ d'apports théoriques (bénéfice risque - réglementation en vigueur)
 - ✓ d'une identification des alternatives possibles
 - ✓ de gestes préparatoires à la manipulation du patient et préventifs
 - ✓ d'une formation dédiée à l'ensemble les agents incluant celle liée à l'utilisation du VTA
 - ✓ d'un recyclage régulier pour une pratique optimisée



- Le matériel utilisé est adapté pour une grande majorité des professionnels répondants n'excluant pas quelques freins :

« Ceinture ventrale non adaptée pour personne sur fauteuil (roulant) – Utilisation du matériel (5 points) compliquée pour une mise en place longue – existence de différents systèmes (clé/aimant) - absence de coussin triangulaire pour installation correcte du patient »

3. Pistes d'amélioration de nos pratiques en faveur d'alternatives soignantes définies et dédiées aux équipes de l'EPSM

Il semble pertinent, au regard de l'analyse des questionnaires, d'identifier quelques pistes d'évolution à privilégier :

- Adaptation de la procédure existante au regard des aspects réglementaires en vigueur
- Diffusion active de la procédure à des fins de connaissance, pour chaque professionnel, des dispositions légales et des méthodes organisationnelles attendues
- Prise en compte de la spécificité du contexte de la nuit afin de rendre la pratique de la contention mécanique en accord avec la procédure existante
- Identification par chacun des pôles de soin, des alternatives à une mesure de contention mécanique appropriée et réalisable (en regard du contexte, de l'organisation des unités de soin et des aspects procéduraux)
- Réflexion pluri-professionnelle sur la prise en charge psychiatrique des personnes dans la globalité et à confronter aux sensibilités nouvelles
- Identification d'un espace/temps dédié aux professionnels désireux d'aborder les difficultés ressenties dans le cadre de la mise en place de contention mécanique
- Maintien d'un matériel de contention mécanique sur l'ensemble de l'établissement, incluant tout type de taille
- Poursuite et renforcement des actions de formation institutionnelles liées à la pratique de la contention mécanique et de l'utilisation du VTA

Annexe 13 : Procédure Contention en Urgence - EPSM Charcot (3 pages)

 EPSM JM CHARCOT CAUDAN	PROTOCOLE		
	CONTENTION EN URGENCE		
Ref QUAL : PROT-SOIN-2016-005-0	Date : Avril 2016	Version : 0	Pages : 3
Réf interne : P:\DSSI_communiQualité\Q3_Systeme_d_inform\Q3N1_Gestion_Documentaire\Protocoles\Prot_contention_urgence_V0.doc			
REDACTION : Groupe de travail contention Date : Avril 2016	VERIFICATION : PIO Directeur des soins Président de la CME Date : signée Avril 2016	APPROBATION : Directeur Date : signée Avril 2016	DIFFUSION : Services de soins DOMAINE D'APPLICATION : Services de soins et tout lieu de prise en charge

1. OBJET

Protocole qui a pour but de définir les modalités de la prise en charge d'un patient en santé mentale nécessitant, en urgence et pour des raisons thérapeutiques, une immobilisation totale ou partielle par contention physique, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui.

2. DÉFINITIONS**Contention physique :**

On appelle contention physique l'utilisation de toute méthode manuelle, tout dispositif physique ou mécanique qu'un individu ne peut ôter facilement et qui restreint sa liberté de mouvement ainsi que l'accès à son propre corps.

Il s'agit d'une pratique de dernier recours qui ne peut être utilisée qu'après la recherche d'alternatives et l'évaluation du rapport bénéfices/risques.

La contention doit être associée à une sédation médicamenteuse sur prescription médicale sauf en cas de contre-indication.

La contention utilisée en urgence est la contention cinq points, sauf en cas de prescription médicale spécifique.

3. RÉFÉRENCES (Documents et enregistrements associés)

- Amendement AS1467 du 13 mai 2015
- « Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique », Afsaps 2011.
- Rapport de l'expérimentation nationale : « Audit clinique ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez les personnes âgées », HAS 2006.
- Circulaire n°90 du 2 mars 2006 : charte du patient hospitalisé.
- Conférence de consensus « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicaux sociaux », ANAES 2004.
- Loi du 4 Mars 2002
- Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée », ANAES octobre 2000.
- Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.
- Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmier.
- Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 Juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux.
- Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des patients hospitalisés en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

4. DOMAINE D'APPLICATION ET RESPONSABILITES**Domaine d'application**

Ce protocole s'applique à toutes les équipes soignantes de l'EPSM Charcot concernées par la prise en charge d'une personne agitée dont l'état clinique nécessite une mise en contention physique.

Responsabilités

La décision d'immobiliser par contention une personne est une prescription médicale, éclairée par l'avis de l'équipe soignante.

Elle ne peut être retenue qu'après recherche d'alternatives et évaluation du rapport bénéfices/risques (dernier recours).

Pour que cette procédure soit opérationnelle, une surveillance infirmière doit être assurée 24h/24 dans l'unité, sans interruption.

Toute décision d'immobilisation en urgence par des personnels infirmiers devra être confirmée dans les plus brefs délais par un médecin.

La prescription médicale est à réévaluer dans un délai maximal de 24 heures. Avant si le patient est cliniquement apaisé lors de la surveillance infirmière, l'équipe peut réinterpeller le médecin.

Dans l'attente de la prescription médicale établissant la fréquence de la surveillance, l'équipe infirmière évaluera cette fréquence.

5. CONTENU**5-1. Indications et contre-indications à la mise sous contention****Indications :**

Après échec de toutes les solutions alternatives, et après réflexion d'équipe pluridisciplinaire :

- **Dans des situations d'urgence :** agressivité physique, agitation avec violence ou risque de violence imminente, automutilation ou toutes situations présentant un danger pour le patient et son entourage.

Contre indications :**Contre indications générales :**

- Utilisation à titre de punition
- Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe de soin, ou liée au manque de personnel

Contre indications somatiques :

Toute affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être aggravé par la contention.

- ⇒ La prescription est réalisée sur Cortexte
- ⇒ La surveillance est organisée et tracée dans le dossier patient

NB : un patient sous contention en chambre d'isolement thérapeutique doit bénéficier d'une surveillance rapprochée, un contact direct entre soignant et soigné est impératif.

5-2. Matériel utilisé

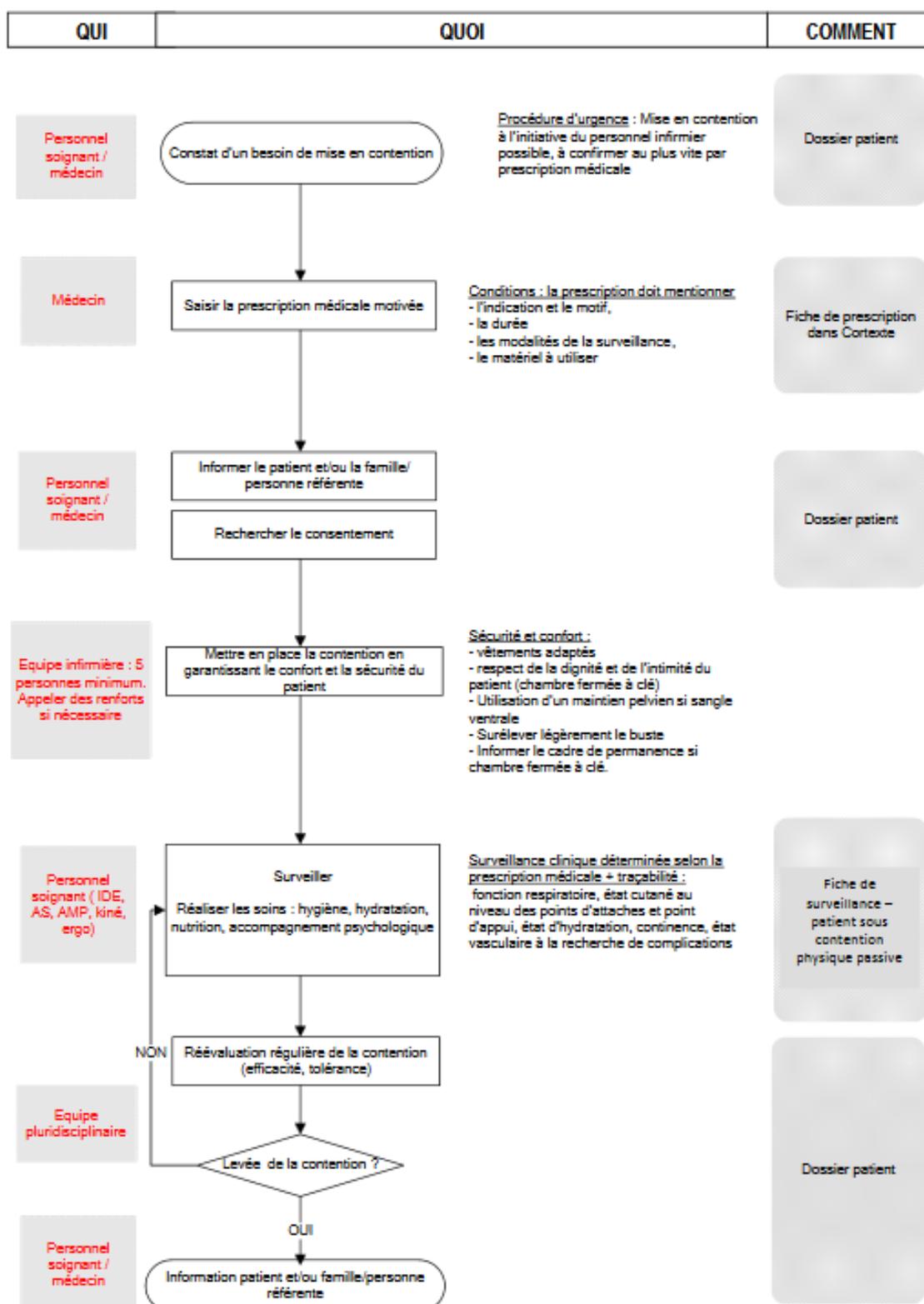
Le choix du matériel est à faire au cas par cas. Son utilisation doit respecter les consignes du fabricant. Le matériel doit être aux normes, en bon état, propre, adapté à la taille du sujet, garantir son confort et sa sécurité.

Le matériel retenu est le suivant :

- Attaches poignets
- Attaches chevilles
- Ceinture ventrale avec un maintien pelvien obligatoire sauf avis médical contraire
- Lit adapté aux contentions

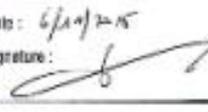
Des dispositifs médicaux adaptés à la morphologie de certains patients seront utilisés uniquement sur prescription spécifique.

6. DESCRIPTION DU PROCESSUS



Annexe 14 : Procédure Contention personne âgée - EPSM Charcot (3 pages)

 EPSM JM CHARCOT CAUDAN		PROTOCOLE CONTENTION – PERSONNE ÂGÉE	
RM QUAL : PROT-SDIN-2015-032-0	Date : 06/11/2015	Version : 0	Pages : 5
Réf interne : F:\0381_cocent\Qualif\Q3_Systeme_d_informatic\Q3\1_Gestion_Documentaire\Protocoles\Prot_conten_tion_personne_age_V0.doc			

RÉDACTION : Groupe de travail contention Date : Avril à octobre 2014 	VÉRIFICATION : Directeur des soins Date, Signature :  Président de la CME Date, Signature : 	APPROBATION : Directeur Date : 6/11/15 Signature : 	DIFFUSION : Services de soins DOMAINE D'APPLICATION : Services de soins et lieux de prise en charge hors structures Charcot
--	---	---	--

1. OBJET

Protocole qui a pour but de définir les modalités de la prise en charge d'un patient âgé nécessitant pour des raisons thérapeutiques une immobilisation totale ou partielle par contention physique, toujours dans un souci de maintien ou d'amélioration de l'état fonctionnel du patient.

2. DÉFINITIONS

- **Personne âgée** : personne de plus de 65 ans
- **Contention physique** : Définition de l'ANAES dans « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » (2000) :
 « La contention physique dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté ».

Parmi les moyens utilisés pour la contention mécanique, il faut distinguer les moyens spécifiques comme :

- les gilets et sangles thoraciques, les ceintures abdominales et pelviennes
- les attaches-poignets et attaches-chevilles
- les sièges gériatriques, les sièges avec adaptable fixé
- les barrières de lit

des moyens non spécifiques, c'est-à-dire tout matériel détourné de son usage, le plus souvent un drap ou un vêtement qui limitent les mouvements du corps.

3. DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- « Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique », Afsaps 2011
- Rapport de l'expérimentation nationale : « Audit clinique ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez les personnes âgées », HAS 2006
- Circulaire n°90 du 2 mars 2006 : Charte du patient hospitalisé
- Conférence de consensus « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicaux sociaux », ANAES 2004
- Loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée », ANAES octobre 2000
- Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières
- Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmier
- Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 Juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux
- Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des patients hospitalisés en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation

4. DOMAINE D'APPLICATION ET RESPONSABILITÉS

Domaine d'application

Cette procédure s'applique à toutes les équipes soignantes de l'EPSM Charcot et de l'USLD Lanester, concernées par la prise en charge d'une personne âgée dont l'état clinique nécessite une mise en contention physique.

Responsabilités

La décision d'immobiliser au lit ou au fauteuil un sujet âgé est une prescription médicale, éclairée par l'avis de l'équipe soignante. Elle ne peut être retenue qu'après recherche d'alternatives et évaluation du rapport bénéfices/risques.

Pour que cette procédure soit opérationnelle, une présence infirmière doit être assurée 24h/24 dans l'unité, sans interruption.

Toute décision d'immobilisation en urgence par des personnels infirmiers devra être confirmée dans les plus brefs délais par un médecin.

5. CONTENU

5-1. Indications et contre-indications à la mise sous contention mécanique

Indications :

Après échec de toutes les solutions alternatives (annexe 1), et après réflexion d'équipe :

- **Dans des situations d'urgence** : agressivité physique, agitation, automutilation ou toutes situations présentant un danger pour le patient et son entourage.
- **Dans un but préventif** : risque de chute, risque de rupture thérapeutique, déambulation excessive avec mise en danger, à la demande du patient pour se sécuriser (barrière de lit surtout).

Contre indications :

Contre-indications générales :

- Utilisation à titre de punition
- Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe de soin, ou liée au manque de personnel

Contre indications somatiques :

Une affection organique **non stabilisée** :

- Une insuffisance cardiaque ou respiratoire
- Un état infectieux
- Un trouble de la thermorégulation
- Une atteinte orthopédique
- Une atteinte neurologique

⇒ La contention est réalisée sur prescription médicale à l'aide de Cortexte

⇒ La surveillance est organisée et tracée sur la fiche de surveillance - patient sous contention physique passive.
(à intégrer dans le dossier patient)

5-2. Matériel utilisé

Le choix du matériel est à faire au cas par cas. Son utilisation doit respecter les consignes du fabricant. Le matériel doit être en bon état, propre, adapté à la taille du sujet, garantir son confort et sa sécurité.

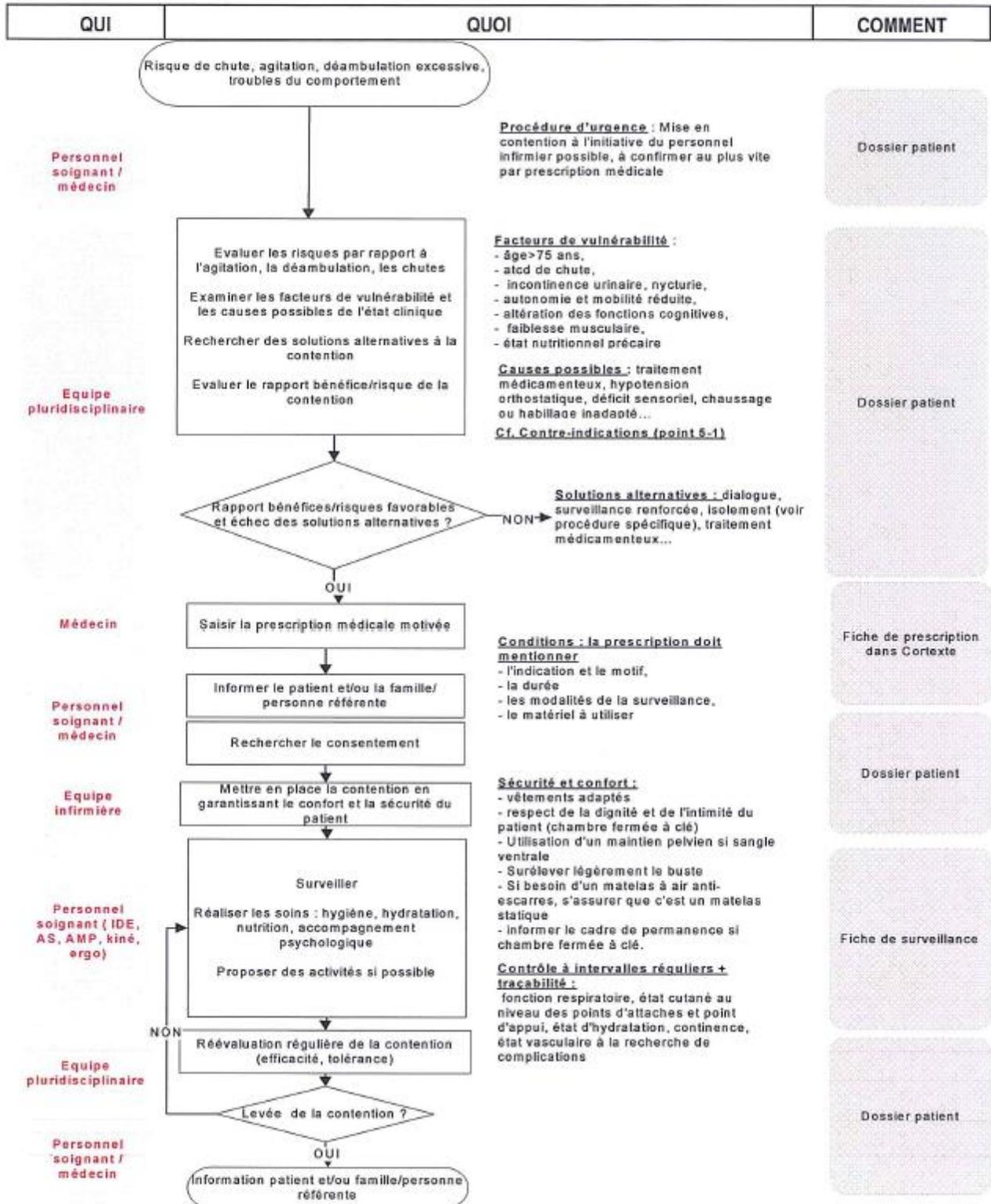
La contention 4 points doit être utilisée systématiquement avec la ceinture abdominale accompagnée d'un maintien pelvien.

Le recours aux moyens de contention non spécifiques (voir §2.) est interdit compte tenu des risques qu'ils présentent.

Les dispositifs de maintien postural ne doivent pas être utilisés à des fins de contention passive.

Le matériel de contention doit être installé par des professionnels formés à leur utilisation et sensibilisés aux risques liés à la contention.

6. DESCRIPTION DU PROCESSUS



Annexe 15 : Procédure Contention en Psychiatrie générale - EPSM Charcot (4 pages)

 EPSM JM CHARCOT CAUDAN	PROTOCOLE		
	CONTENTION MÉCANIQUE EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE		
Réf QUAL : PROT-SCIN-2016-005-1	Date :	Version : 1	Pages : 5
Réf interne : P:\D88_\commun\Qualité\Q3_Systeme_d'information\Q3N1_Gestion_Documentaire\Protocoles\Prot_Contention_Mecanique_V1.doc			
REDACTION : Groupe de travail soins contentions et isolement thérapeutique Date :	VERIFICATION : Président de la CME Directrice des soins Date : Signatures :	APPROBATION : Directeur Date : Signature :	DIFFUSION : Services de soins DOMAINE D'APPLICATION : Services de soins et tout lieu de prise en charge

1. OBJET

Protocole qui a pour but de définir les modalités de la prise en charge d'un patient en santé mentale nécessitant, en dernier recours pour des raisons thérapeutiques, une immobilisation totale ou partielle par contention mécanique, « pour prévenir un dommage pour le patient ou autrui »¹ et/ou « en réponse à une violence immédiate non maîtrisable sous-tendue par des troubles mentaux »².

2. DÉFINITIONS**Contention mécanique :**

On appelle contention mécanique l'« utilisation de tout moyen, méthode, matériel ou vêtement 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 comprend un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui »².

Il s'agit d'un « processus complexe de derniers recours justifié par une situation clinique »². Elle n'est utilisée qu'après la recherche d'alternatives et l'évaluation du rapport bénéfices/risques.

Dès la décision prise, les professionnels de santé doivent rechercher les moyens de lever cette mesure dans les plus brefs délais afin de garantir le caractère limité dans le temps de la contrainte.

La contention mécanique ne peut être pratiquée qu'en position allongée, « dans un espace fermé, dédié, aménagé pour cet usage permettant une surveillance par les professionnels soignants quelle que soit la dénomination adoptée par l'établissement » affirmant que « l'isolement dans une chambre ordinaire est donc proscrit »¹ et relève d'une gestion en chambre d'isolement thérapeutique (Cf. Protocole Isolement Thérapeutique). La contention mécanique est mise en place pour une durée limitée à 6 heures et peut être renouvelée. Toute contention mécanique de plus de 24 heures doit être exceptionnelle.

« La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement » (Cf. Protocole Isolement Thérapeutique), à savoir « les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement »².

La contention mécanique repose sur une « décision d'un psychiatre prise que sur les éléments cliniques d'un examen médical »¹ en excluant tout impératif d'ordre administratif, sécuritaire ou disciplinaire.

Chaque mesure de contention mécanique est recensée dans un « registre qui mentionne l'identifiant anonymisé du patient, le service dont il dépend, le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure de début et de fin, sa durée en heure décimale et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillé »¹.

La contention n'est pas, de manière systématique, associée à l'isolement dans le cadre de troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution impliquant des conduites auto-agressives répétées et face à la nécessité de protéger l'intégrité physique de la personne. Cette disposition, relevant d'une évaluation clinique régulière doit faire l'objet d'une réflexion d'équipe renforcée, portant sur la recherche d'une réponse alternative.

¹ Direction Générale de l'Offre de Soins. Instruction 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

² Haute Autorité de Santé. Synthèse de la recommandation de bonne pratique « Contention mécanique en psychiatrie générale » - Février 2017

3. RÉFÉRENCES (Documents et enregistrements associés)

- Instruction 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 – 17 mars 2017
- Recommandations « Contention mécanique en psychiatrie générale » - Haute Autorité de Santé – Février 2017
- Recommandations « Isolement en psychiatrie générale » - Haute Autorité de Santé – Février 2017
- Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 72
- Loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code
- Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers
- Article R4127-32 du CSP, déontologie médicale
- Circulaire n°90 du 2 mars 2006 : charte du patient hospitalisé
- Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 Juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux
- Conférence de consensus « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicaux sociaux », ANAES 2004.
- Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée », ANAES octobre 2000
- « Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique », Afssaps 2011
- Conférence Nationale des Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers Spécialisés – 18 mai 2016

4. DOMAINE D'APPLICATION ET RESPONSABILITÉS

Domaine d'application

Ce protocole s'adresse à toutes les équipes soignantes de l'EPSM Charcot concernées par la prise en charge de personnes dont les troubles mentaux entraînent un risque grave pour leur intégrité ou celle d'autrui.

Un protocole relatif à la contention mécanique dédiée aux personnes âgées, hors prise en charge psychiatrique existe par ailleurs.

Responsabilités

La décision d'immobiliser une personne par contention mécanique relève d'une prescription médicale informatisée, à l'issue d'un examen médical clinique, éclairé par l'avis de l'équipe soignante.

« La mise sous contention est réalisée sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la décision qui pourrait avoir été prise par l'équipe soignante doit être confirmée dans l'heure qui suit le début de la mesure, après examen médical permettant de déterminer si la contention mécanique est justifiée, si elle doit être maintenue ou si elle est levée »².

Toute confirmation de la mesure par un médecin psychiatre peut avoir lieu par téléphone, sous la responsabilité du médecin réalisant l'examen médical et doit être tracée dans le dossier du patient.

Toute prescription de mesure de contention requiert la motivation du dernier recours (mesures de soins mise en place au préalable sans succès et tout autre élément décrivant la prévention d'un dommage imminent).

Aucune décision de mesure de contention « ne peut être prise par anticipation ni avec l'indication « si besoin »¹.

Toute prescription médicale de contention exige une surveillance, en précisant son rythme et sa nature (paramètres vitaux, état psychique, vérification des points d'attache et de l'état cutané, besoins physiologiques).

Toute mise en place d'une mesure de contention mécanique requiert l'information à transmettre au patient, au travers d'explications claires concernant les raisons de la mesure, ainsi que les critères permettant sa levée.

Conformément aux recommandations HAS, toute mesure de contention requiert par ailleurs, une surveillance paramédicale horaire, relevant du jugement clinique du professionnel, au regard des nécessités thérapeutiques propres à la prise en charge conformément aux recommandations HAS.

5. CONTENU

5-1. Indications, contre-indications, modalités de mise en œuvre et points de vigilance liés à la surveillance

Indications :

Après échec de toutes les solutions alternatives, et après réflexion de l'équipe pluridisciplinaire :

- Prévention ou réponse à une violence imminente non maîtrisable chez une personne
- Prévention d'un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui

Contre-indications :

Contre-indications générales :

- Utilisation à titre de punition
- Utilisation pour résoudre des problèmes administratifs, institutionnels et/ou organisationnels

Contre-indications somatiques :

La réflexion bénéfice/risque est à mener lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique de la personne, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave.

Toute affection organique susceptible d'être aggravée par la contention mécanique.

Modalités :

Toute indication de contention mécanique est limitée à 6h. Si l'état de santé le nécessite, la décision est accompagnée d'une nouvelle prescription, renouvelée toutes les 24 heures.

Toute mesure de contention mécanique de plus de 24 heures est considérée comme exceptionnelle.

Toute mesure de contention mécanique est systématiquement associée à un isolement adapté et une surveillance rapprochée via un contact direct entre soignant et soigné. Le lit du patient est conservé le temps de la mesure de contention mécanique.

La contention mécanique est associée à une sédation médicamenteuse sur prescription médicale, à administrer autant que possible par voie orale.

Le patient installé sous contention mécanique bénéficie au minimum de 2 visites médicales par 24 heures.

Toute levée de mesure de contention mécanique requiert une décision médicale tracée dans le dossier du patient qui explicite le motif de l'arrêt de la mesure de soin.

La surveillance réalisée est tracée dans le dossier du patient. Celle-ci prend la forme papier via la « Fiche de surveillance Patient Isolement thérapeutique / Contention mécanique » et informatique via les questionnaires « *Surv_Iso_Contention* » sur Cortex®.

Le nom des soignants en charge de la surveillance doit apparaître systématiquement sur les deux supports de traçabilité.

Points de vigilance liés à la surveillance :

Surveillance de l'état psychique du patient réalisée au moins toutes les heures.

Surveillance des paramètres biologiques réalisée selon la prescription médicale établie, puis selon la nécessité appréciée par le jugement clinique du professionnel réalisant la surveillance.

Surveillance des points d'attache selon le rôle propre infirmier.

Traçabilité de chaque surveillance (identifiant patient, date, heure, nom des professionnels réalisant la surveillance).

Prévention des troubles thromboemboliques.

Prévention particulière relevant du tableau clinique présenté par la personne installée sous contention mécanique (ex : femme enceinte, alcoolisation massive, personne âgée, etc.).

5-2. Matériel utilisé

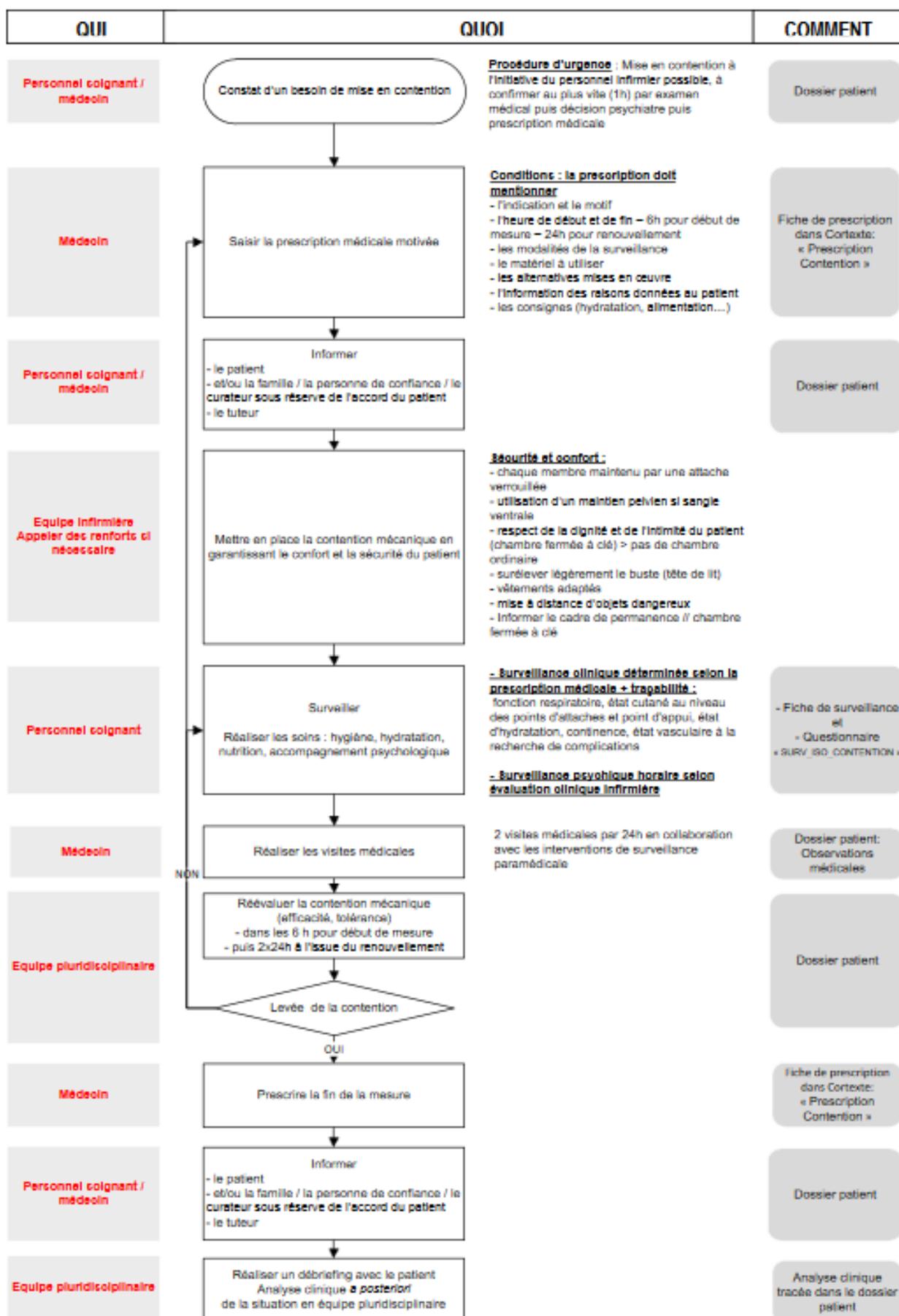
Le matériel utilisé est le système de contention mécanique 5 points. Son utilisation doit respecter les consignes du fabricant. Le matériel doit être aux normes, en bon état, propre, adapté à la taille du sujet, garantir son confort et sa sécurité.

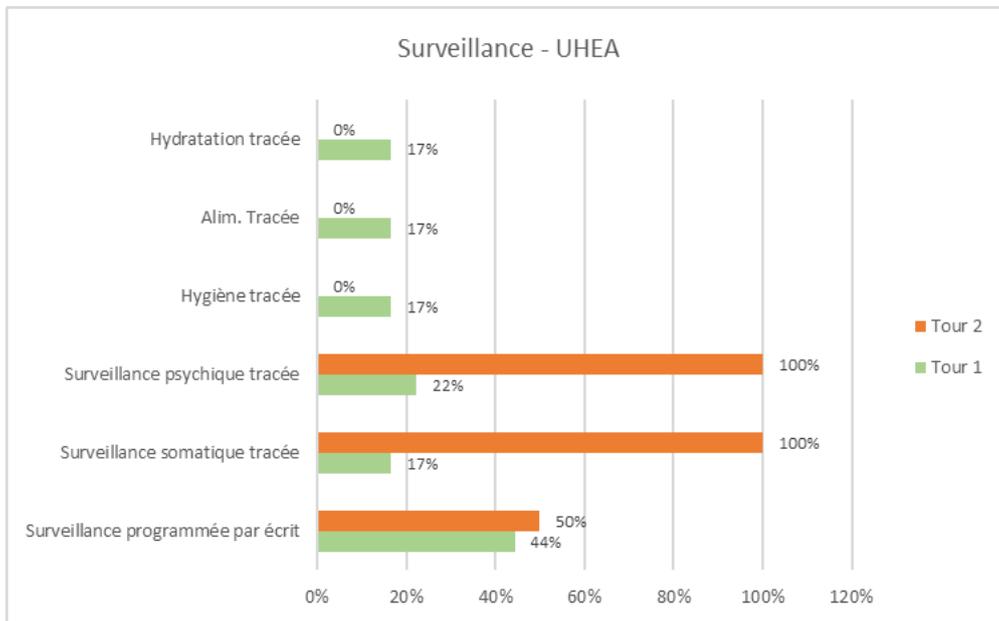
Le matériel retenu est le suivant :

- Attaches poignets
- Attaches chevilles
- Ceinture ventrale avec un maintien pelvien obligatoire sauf avis médical contraire
- Lit adapté aux contentions
- Espace d'isolement prévu et adapté
- Dispositif d'appel installé et accessible au patient

Des dispositifs médicaux adaptés à la morphologie de certains patients seront utilisés uniquement sur prescription spécifique.

6. DESCRIPTION DU PROCESSUS



Annexe 16 : Pourcentage de OUI aux critères de la grille Surveillance - UHEA

Annexe 17 : Grille d'évaluation de la pertinence des soins - MCI au CHGR (3 pages)

Grille de pertinence Mise en chambre d'Isolément

Grille n° :
 Service :
 Dossier n° :
 Nom du prescripteur :
 Date de l'évaluation :
 Nom et fonction évaluateur 1 :
 Nom et fonction évaluateur 1 :

Eléments synthétiques relatifs au contexte de la mise en chambre d'Isolément

--

A – Critères de pertinence par rapport à la prescription médicale	
1	MCI programmée prescrite par médecin ou interne <input type="checkbox"/>
2	MCI prescrite en urgence par médecin ou interne <input type="checkbox"/>
3	MCI décidée par l'équipe de soins et secondairement confirmée par médecin ou interne dans l'heure <input type="checkbox"/>

B – Critères de pertinence par rapport à la durée	
4	L'isolement initial a été prescrit pour une période maximale de 24 heures <input type="checkbox"/>
5	Si des renouvellements ont été prescrits, ceux-ci l'ont été pour une période maximale de 24 heures <input type="checkbox"/>

C – Critères de pertinence par rapport à l'indication	
1	Prévention d'une violence imminente <input type="checkbox"/>
2	Prévention d'un risque de rupture thérapeutique <input type="checkbox"/>
3	Isolément intégré dans un programme thérapeutique <input type="checkbox"/>
4	Isolément en vue d'une diminution des stimulations reçues <input type="checkbox"/>
5	Isolément à la demande du patient <input type="checkbox"/>

D – Critères de pertinence : « absence d'utilisation à but non thérapeutique »	
1	Absence d'utilisation à titre punitif <input type="checkbox"/>
2	Absence d'état clinique ne nécessitant pas un isolement <input type="checkbox"/>
3	Absence d'utilisation pour réduire l'anxiété de l'équipe, ou pour son confort <input type="checkbox"/>
4	Absence d'utilisation uniquement par manque de personnel <input type="checkbox"/>
5	Absence d'utilisation à titre sécuritaire (HOC) <input type="checkbox"/>

Si la prescription n'est pas pertinente sur critères explicites (réponse W = 2)

X – Avis d'expert	
(l'expert est le médecin qui a prescrit la prescription faisant l'objet de l'évaluation)	
Malgré l'absence de critères explicites, l'expert juge que le patient devrait bénéficier de cette mise en chambre d'isolement.	
La mise en chambre d'isolement a été réalisée en raison de circonstances spécifiques justifiant cette pratique.	
La mise en chambre d'isolement est alors techniquement pertinente (avis d'expert).	
1	OUI = 1
2	NON = 2

→ Si OUI, indiquez en clair pour quelle(s) raison(s) et ne remplissez pas la suite du questionnaire.

--

W - PERTINENCE SUR CRITÈRES EXPLICITES

Précisez ci-dessous la règle retenue pour définir que la prescription est pertinente sur critères explicites :
(ex : un critère doit être trouvé dans chacune des rubriques A, B, C, D)

Règle :

Les critères A, B, F, G sont considérés comme pertinents si au moins 1 des items est coté 1.
Les critères C, D, E, H sont considérés comme pertinents si l'ensemble des items est coté 1.
Dans le cas où 1 ou plusieurs items d'un critère sont considérés comme non pertinents, ils ne sont pas cotés (ne rien inscrire).

En ce qui concerne B, F et G, à savoir le renouvellement de la MCI, les modalités de placement ainsi que la contention, en cas de non applicabilité saisir 0 (ex : B4 peut être considéré comme pertinent : il est saisi 1, ou non pertinent rien n'est alors saisi. Pour B5, soit il est saisi 1 si pertinent, ou rien si non pertinent ; en cas de non applicabilité car le patient n'est resté isolé que 24 heures, on saisi 0).

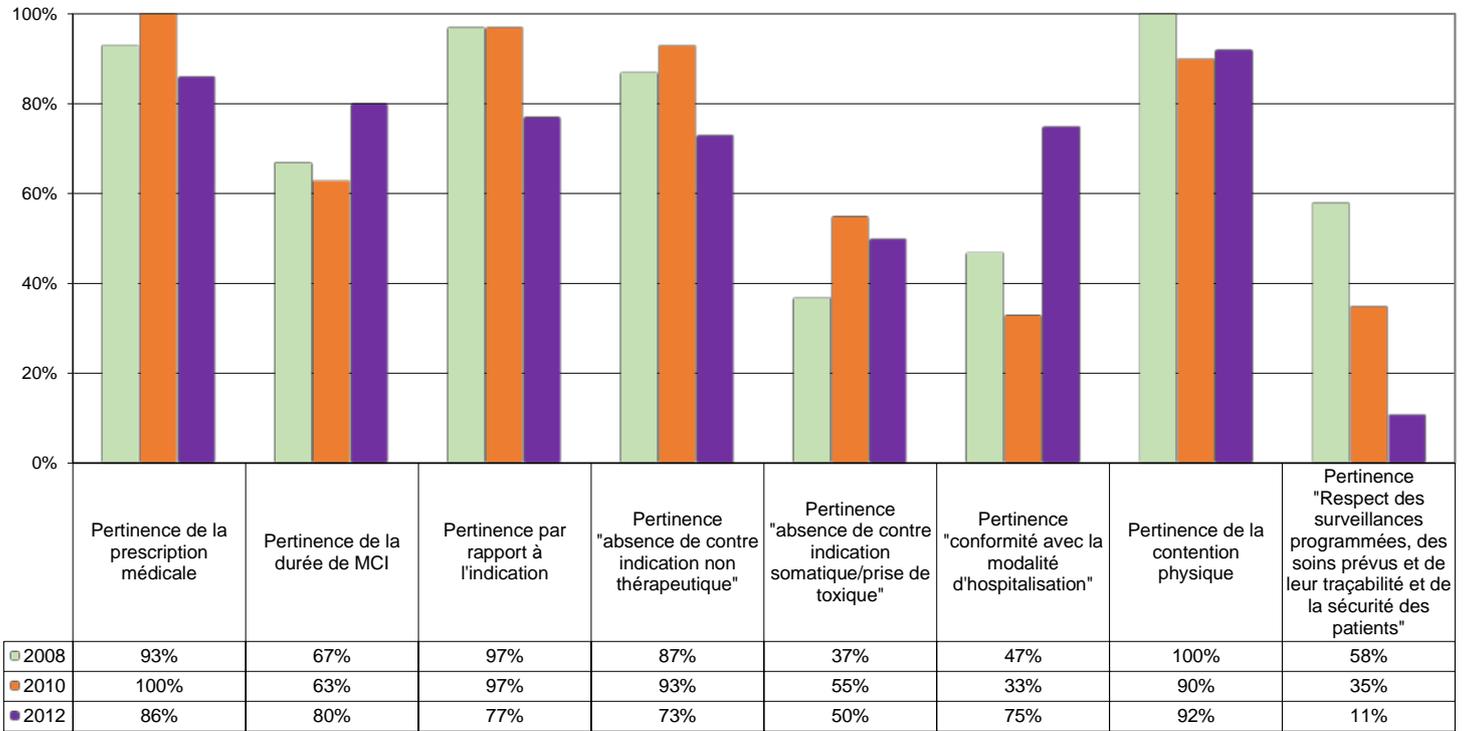
Enfin, si au terme de l'évaluation certains critères ne peuvent être renseignés et nécessite l'avis de l'expert, il faut préciser l'avis de celui-ci et l'indiquer.

1	Prescription pertinente sur critères explicites (résultat de la revue de pertinence avec les critères ci-dessus) => PERTINENTE = 1	
2	Prescription non pertinente (résultat de la revue de pertinence avec les critères ci-dessus) => NON PERTINENTE = NE RIEN INSCRIRE	
3	SI NON APPLICABLE => INSCRIRE 8	

Si la MCI n'est pas pertinente après avis d'expert. (réponse X = 2)

Y – Quelles sont les causes de non-pertinence parmi celles-ci (liste type à formuler avant l'évaluation, à enrichir si besoin pendant l'évaluation)	
1	HO carcéral - Utilisation à titre sécuritaire <input type="checkbox"/>
2	Utilisation à titre punitif <input type="checkbox"/>
3	Etat clinique ne nécessitant pas un isolement <input type="checkbox"/>
4	Utilisation pour réduire anxiété équipe ou son confort <input type="checkbox"/>
5	Utilisation par manque de personnel <input type="checkbox"/>
6	Absence de prescription initiale <input type="checkbox"/>
7	Absence de renouvellement de prescription <input type="checkbox"/>
8	Prescription initiale pour durée supérieure 24h <input type="checkbox"/>
9	Renouvellement pour durée supérieure à 24h <input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>
Z – Quelle est la cause principale de non-pertinence	
1	Indiquer le numéro parmi l'une de celles ci-dessus <input type="checkbox"/>

Annexe 18 : Résultats comparés des 3 itérations de la revue de pertinence MCI au CHGR



Annexe 19 : Grille d'audit Contention et résultats obtenus (tour 1) au CHGR (2 pages)

Questions		Taux oui sur (oui + non)	Nbre Oui	Nbre Non	Nbre n/a	Total
Objectif d'audit n°1 - Améliorer la qualité de la prescription médicale de la contention		52,1%	138	127	139	404
1	La procédure de contention physique est connue	78,6%	22	6	0	28
2	La contention programmée est prescrite par le médecin.	71,4%	15	6	7	28
3	La contention appliquée en urgence par l'équipe de soins est confirmée par le médecin.	68,8%	11	5	12	28
4	Les indications cliniques de la contention sont notées dans le dossier.	68,2%	15	7	6	28
5	La prescription est effectuée après appréciation du rapport risque / bénéfice par l'équipe pluridisciplinaire et est tracée dans le dossier	65,0%	13	7	18	38
6	Des alternatives à la mise sous contention ont été recherchées	85,0%	17	3	18	38
7	Evaluation de la douleur avant la mise sous contention	15,0%	3	17	18	38
8	Evaluation de la douleur avec une échelle douleur	0,0%	0	3	25	28
9	Le matériel utilisé pour la contention est prescrit.	77,3%	17	5	6	28
10	La surveillance des risques est programmée dans le dossier du patient.	40,9%	9	13	6	28
11	La contention a été reconduite par une prescription médicale motivée	47,6%	10	11	17	38
12	L'arrêt de la contention est prescrit par un médecin	27,3%	6	16	6	28
13	Un registre de mise en contention avec ou sans isolement est tenu	0,0%	0	28	0	28
Objectif d'audit n°2 - Améliorer la qualité de l'information sur la contention auprès du patient et de ses proches		51,9%	28	26	30	84
1	Le patient ou résident est informé dans le but de recueillir son consentement.	75,0%	15	5	8	28
2	L'information au patient est notée dans le dossier	5,0%	1	19	8	28
3	Les proches sont informés des raisons de la contention.	85,7%	12	2	14	28
4	L'information aux proches du patient est notée dans le dossier	14,3%	2	12	14	28

Questions		Taux oui sur (oui + non)	Nbre Oui	Nbre Non	Nbre n/a	Total
Objectif d'audit n°3 - Contention au fauteuil - Assurer la sécurité et le confort lors de la contention		68,2%	15	7	118	140
1	La contention au fauteuil est pratiquée à l'aide de matériel spécifique.	60,0%	3	2	23	28
2	La contention au fauteuil est pratiquée à l'aide de matériel adapté à la taille de la personne.	60,0%	3	2	23	28
3	L'installation de la personne préserve son intimité et sa dignité.	100,0%	5	0	23	28
4	La personne a accès à un système d'appel dont elle connaît le fonctionnement	0,0%	0	3	25	28
5	Des activités sont proposées pour le confort psychologique de la personne.	100,0%	4	0	24	28
Objectif d'audit n°3 - Contention au lit - Assurer la sécurité et le confort lors de la contention		72,0%	85	33	106	224
1	La contention au lit est pratiquée à l'aide de matériel spécifique.	100,0%	18	0	10	28
2	La contention au lit est pratiquée à l'aide de matériel adapté à la taille de la personne.	72,2%	13	5	10	28
3	La contention au lit à hauteur variable est fixée aux parties mobiles qui bougent avec le malade.	88,9%	8	1	19	28
4	La contention au lit standard est fixée au sommier ou au cadre de lit.	100,0%	9	0	19	28
5	La tête de lit est surélevée.	88,9%	16	2	10	28
6	L'installation de la personne préserve son intimité et sa dignité.	94,1%	16	1	11	28
7	La personne a accès à un système d'appel dont elle connaît le fonctionnement	0,0%	0	17	11	28
8	Des activités sont proposées pour le confort psychologique de la personne.	41,7%	5	7	16	28

Questions		Taux oui sur (oui + non)	Nbre Oui	Nbre Non	Nbre n/a	Total
Objectif d'audit n°4 - Améliorer la surveillance de la contention, centrée sur les risques		71,5%	148	59	129	336
1	La surveillance de la contention est programmée et retranscrite dans le dossier du patient.	55,0%	11	9	8	28
2	Les risques liés à l'immobilisation sont prévenus.					
2a	Les soins liés à l'hygiène sont assurés et notés	88,9%	16	2	10	28
2b	Les soins liés à l'alimentation sont assurés et notés	88,9%	16	2	10	28
2c	Les soins liés à l'hydratation sont assurés et notés	90,0%	18	2	8	28
2d	La surveillance liée aux paramètres psychologiques et environnementaux est assurée et notée	89,5%	17	2	9	28
2e	La surveillance liée aux paramètres physiques de la fonction respiratoire est assurée et notée	73,7%	14	5	9	28
2f	La surveillance liée aux paramètres physiques de l'état cutané au niveau des points d'attache et des points d'appui est assurée et notée	84,2%	16	3	9	28
2g	Evaluation de la douleur d'un patient sous contention	31,6%	6	13	9	28
2h	Evaluation de la douleur avec une échelle	0,0%	0	6	22	28
2i	Traçabilité des actions mises en place si patient douloureux	42,9%	6	8	14	28
3	La contention est levée le plus souvent possible pour permettre à la personne âgée d'effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel.	90,0%	18	2	8	28
4	L'état de santé de la personne âgée et les conséquences de l'immobilisation sont évaluées au moins toutes les 24 heures	66,7%	10	5	13	28

NOM et Prénom : RUESCHE-JOSSELIN Laura.....

TITRE DE LA THESE

**Contention physique en Psychiatrie : Evaluation et Amélioration des
Pratiques Professionnelles (EPP/APP) dans deux Etablissements
Publics de Santé Mentale en Bretagne.....**

.....
.....
.....
.....
.....

- 9 JAN. 2018

Rennes, le 21/12/17
Le Président de thèse :
[Signature]
Le Directeur de thèse :
Dr N. Parie
[Signature]

VU et Permis d'imprimer
Le Président de l'Université de Rennes1,
Pfe Président et par délégation
le Vice-Président
D. ALIS *[Signature]*

RUESCHE, Laura.- Contention physique en psychiatrie : Évaluation et Amélioration des pratiques professionnelles (EPP/APP) dans deux Établissements Publics de Santé Mentale en Bretagne

107 feuilles., 31 illustrations., 1 tableau., 30 cm.- Thèse : Pharmacie ; Rennes 1; 2018 ; N° .

Résumé français

La pratique de la contention physique, dont l'histoire est intimement liée à celle de la psychiatrie, a toujours suscité des controverses au sein du monde médical et soignant. En février 2014, la survenue à l'EPSM Jean-Martin Charcot d'un événement indésirable grave (EIG) lié à la contention physique, a été l'élément déclencheur d'une démarche d'Évaluation et d'Amélioration des Pratiques Professionnelles (EPP/APP) au sein de l'établissement.

Nous avons évalué les pratiques selon la méthode de l'Audit Clinique. Après une première évaluation, un plan d'actions d'amélioration a été mis en œuvre, puis l'impact sur les pratiques en a été apprécié par une seconde itération.

Dans une approche de benchmarking, la démarche a été comparée avec celle conduite au Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes.

Rubrique de classement : QUALITÉ-GESTION DES RISQUES

Mots-clés : contention, psychiatrie, évaluation des pratiques professionnelles, audit clinique

Mots-clés anglais MeSH : restraint, psychiatry, clinical audit

Président : Madame le Professeur Gwénola BURGOT

JURY : Assesseurs : M. le Dr. Nicolas MARIE [directeur de thèse]

M. le Pr Olivier DUVAL

M. le Dr. Laurent LESTREZ