



Isolement et contention mécanique

Dr F. Meunier

Réunion UNAFAM, 1^{er} décembre 2020

Isolement – Contention mécanique

- Point sur la littérature scientifique sur le sujet
 - Seclusion \Leftrightarrow Isolement
 - Restraint \Rightarrow Contrainte
- Isolement et contention mécanique
 - Des conséquences importantes
 - Des mesures
- Urgence / Soins continus
- Application (pratique) de l'article 42
- Propositions pour diminuer l'usage
- Les risques



Article 42 (84
2^e lecture)
du PLFSS :
article
d'exception

- Répondre aux principes constitutionnels et conventionnels
- Contrôle judiciaire des mesures restrictives de liberté
- Quelques éléments importants
 - Dernier recours
 - Décision et non prescription
- Règles de « bonne pratique » rendues légales
- Projet législatif ayant comme objectif, à terme, la prohibition de pratiques

Littérature scientifique

- L'isolement (seclusion) est une mesure visant à réduire un risque dans différentes dimensions :
 - Violence
 - Soustraction aux soins
 - Manque d'entretien personnel
 - Suicide, lésions autoinfligées
 - Entraîner des tiers
- La contention (restraint) est une mesure visant à diminuer la capacité physique du sujet :
 - Contention mécanique au lit
 - Contention mécanique ambulatoire

Les conséquences médicales directes

- La personne isolée ou contenue est totalement dépendante
- Complications directes : débubitus, désafférentation,
- Peu d'indication sur un effet thérapeutique de l'isolement (EVANS 2002)
- Aucune indication sur un effet thérapeutique de la contention (ROSEN 1978 ; SMITH, BOWMAN 2009)
- Effet négatif sur le risque de suicide (SIMON 2006)
- Les pratiques d'isolement et de contention sont très variables d'un pays à l'autre, voire d'un établissement à l'autre (CANO 2011)

Pourquoi ? Hypothèse

- La pression des urgences : 1/3 des admissions en hospitalisation complète aux urgences est lié à la violence
- Les cliniciens surestiment le risque à court terme
 - Auto-validation des mesures (GRAVIER 2012)
 - Indifférence (et mauvaise évaluation) du risque à moyen terme (COOCK 2016)
- Des pays ont prohibé la contention mécanique : Nouvelle-Zélande, la Suisse (qq cantons), la Finlande, l'Islande...
- ... des établissements aussi, en France

IL CONVIENT DE DISTINGUER, SANS DOUTE LES PRATIQUES AUX URGENCES, DANS LES UNITÉS *FORENSIQUES* ET DANS LES UNITÉS CLASSIQUES

Des mesures

- A ce stade, on peut parler de « mesures » (coercitives), et non de soins :
 - Affirmer que l'acte n'est pas un acte thérapeutique (c'est-à-dire visant à soigner), mais un acte d'ordre : permettre un rétablissement de l'accès aux soins par une décision restrictive de liberté – c'est l'esprit de l'article 42 du PLFSS
 - Il y a lieu de distinguer les pratiques d'isolement et de contention mécanique pour les personnes souffrant de troubles mentaux en urgence et hors de l'urgence, voire dans des services spécifiques sécurisés
 - Nous sommes hors la question de la contention liée au handicap (pour éviter chutes, fugues, etc.) et de la contention nécessaire à la protection des dispositifs médicaux. Qui elles demeurent des prescriptions.

Urgences / Soins continus



Selon moi, l'article 84 change une part de la donne : isolement et contention en psychiatrie = en dehors de l'urgence

Si cette interprétation peut être retenue, les services d'urgence doivent changer leur façon d'envisager la prise en charge initiale
Devenir des patients non stabilisés ?




Par ailleurs la question de revoir les indication toutes le 6 ou 12 heures posent la question de la permanence des soins (et de la charge de travail)



On attend le décret d'application...

Diminuer les pratiques d'isolement et de contention

- Détacher l'intensité des soins de la mesure coercitive ;
 - Systématiser le débriefing post-mesure ;
 - Développer la participation des personnes concernées à leur prise en charge, notamment en favorisant l'écriture de plan de crise conjoint ;
 - Promouvoir des règles de vie bienveillantes ;
 - Favoriser les mesures de désamorçage et de désescalade.
- 

Détacher l'intensité des soins de la mesure coercitive



Les pratiques d'isolement ne sont pas des mesures de soins intensifs



On peut même penser que les soins intensifs réduisent ce besoin



Nécessité d'une meilleure évaluation du risque dans ses diverses dimensions

Systematiser le débriefing post-mesure

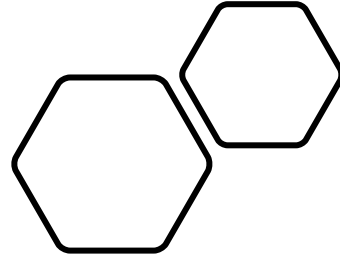
Les personnes isolées, dans le débriefing disent que

La mesure était nécessaire ;
Qu'elles se sont senties abandonnées ;
Que la contention est traumatique ;
Que durant cette période, la sédation était insuffisante

Effet important sur les pratiques

Réduction des mesures
Meilleure adaptation thérapeutique

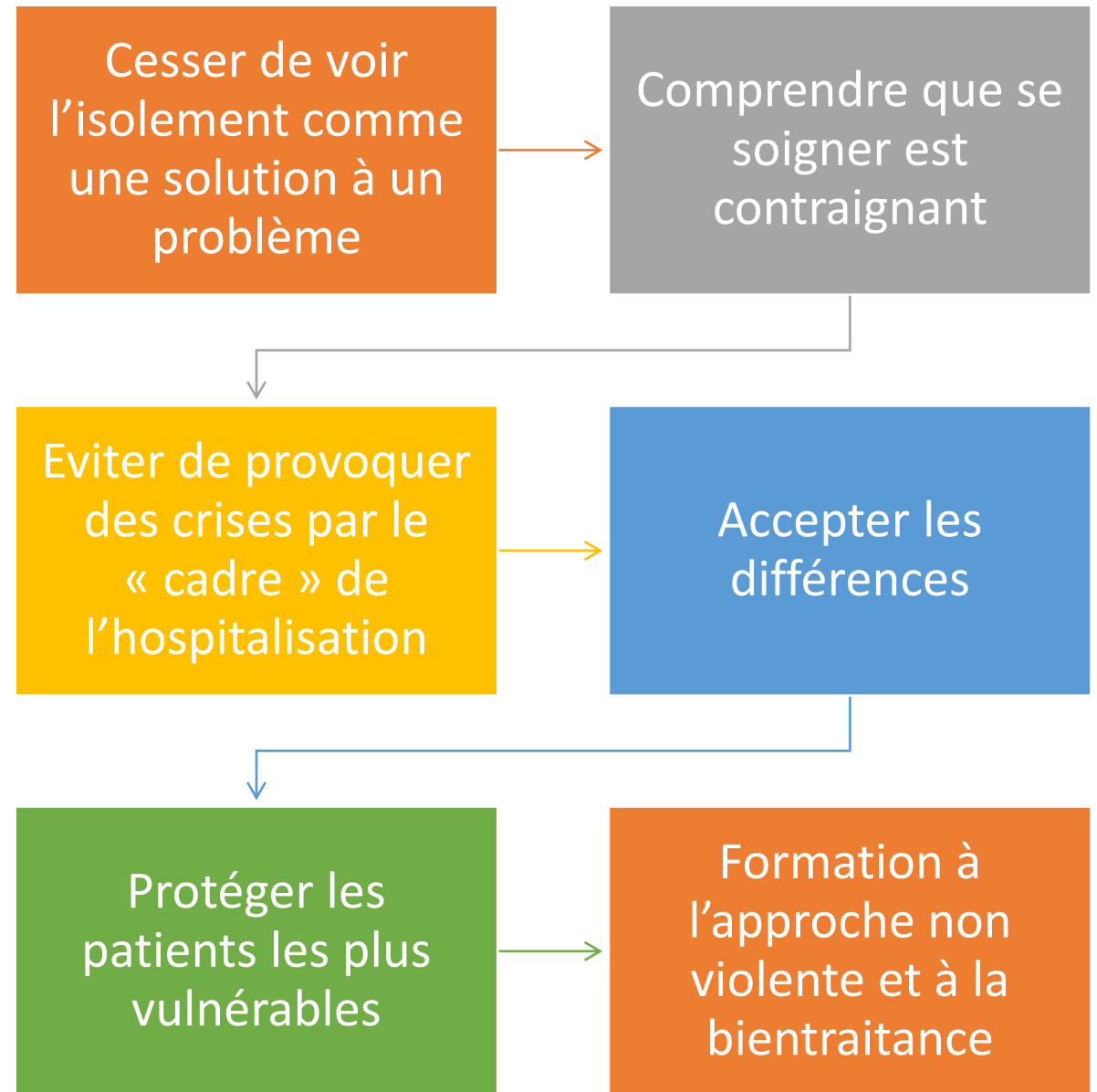
Développer la participation des personnes concernées à leur prise en charge, notamment en favorisant l'écriture de plan de crise conjoint



- Le plan de crise conjoint permet de se dire, en dehors des crises, quelle prise en charge critique serait adaptée
- Ceci permet d'une part de réduire les malentendus sur les décisions prises en crise
- D'autre part de réduire les éventuels traumatismes liés à ces mesures coercitives



Promouvoir des règles de vie bienveillantes



Favoriser les mesures de désamorçage et de désescalade.



La formation à l'évaluation du risque permet de mettre en avant les « forces » des personnes en crise



Le repérage des situations *near less* permettent une approche spécifique



Promotion de la formation des personnels

D'un point de
vue médical et
humain

L'isolement et la contention sont des
mesures ultimes et non favorable à la
thérapeutique



Il existe néanmoins des personnes
violentes

Prises en charge spécifique
?

Risque de les voir échapper
aux soins : EFFET
SECONDAIRE À CRAINDRE ?