



Centre hospitalier
SAINT JEAN DE DIEU

Isolement et contention

Etat de la littérature et perspectives



Isolement

De quoi parle-t-on ?

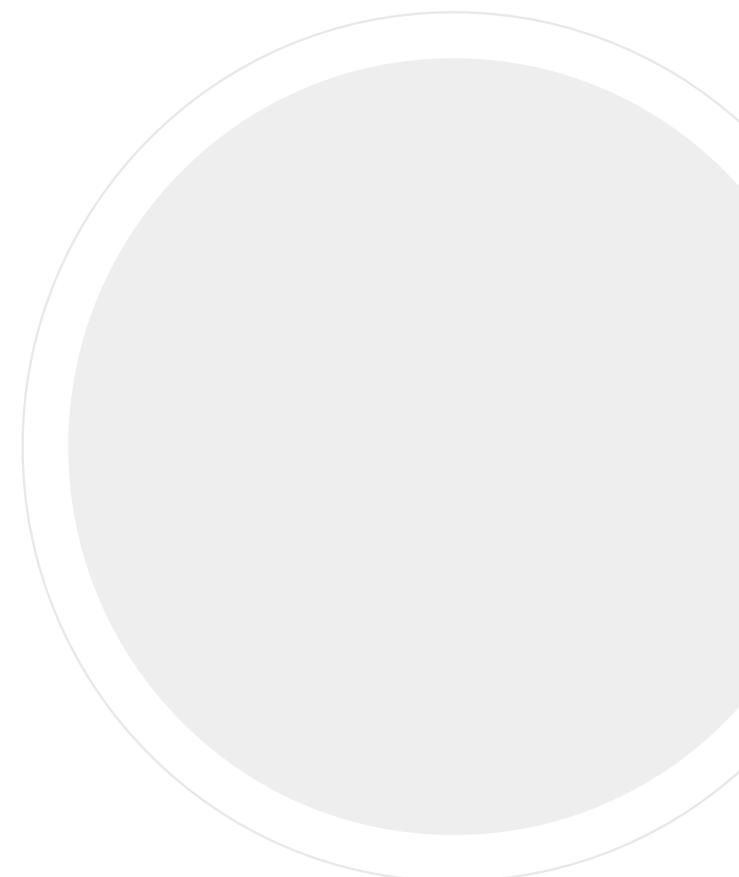


L'isolement

Définition

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

- Aucune preuve d'un intérêt thérapeutique
- Certaines vertus non fondées
- Intérêt de l'isolement
- Complications de l'isolement





La contention mécanique

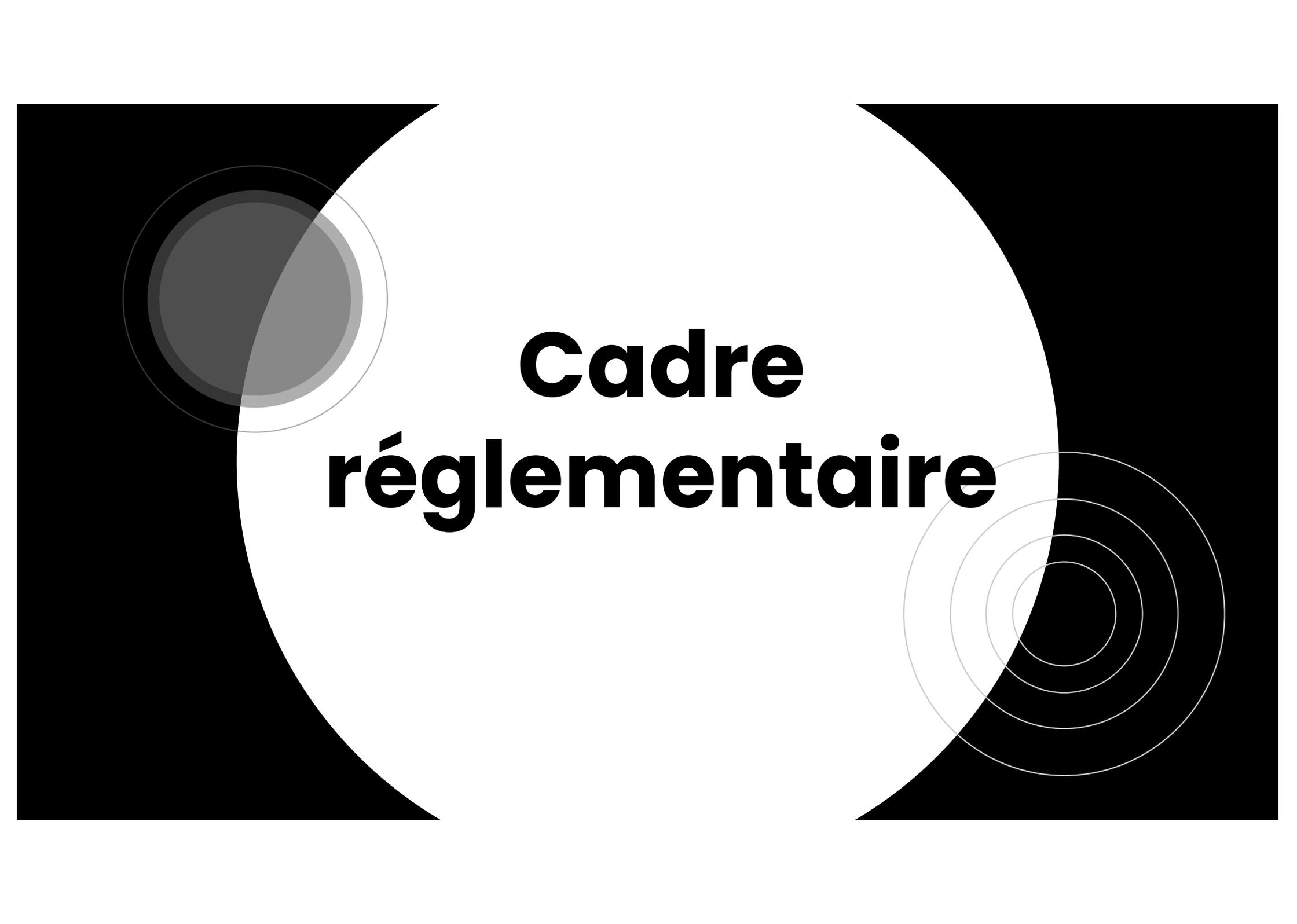
De quoi parle-t-on ?

La contention mécanique

Définition

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.

- Aucune preuve d'un intérêt thérapeutique
- Certaines vertus non fondées
- Complications de la contention mécanique



Cadre réglementaire

Loi du 26 Janvier 2016 : Article L.3222-5-1* :



L'isolement et la contention sont des pratiques de derniers recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat et imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient.

*Article modifié le 14 décembre 2020 au JORF et le 24 janvier 2022



**État de la
littérature**



Etat de la littérature

Isolement et Contention de la personne âgée

Le vécu des patients

Le vécu des soignants

Efficacité dans la gestion de la violence

Effets secondaires

Impacts de la contrainte dans le soin

Des alternatives possibles



Quelques chiffres

1

Usage de la contention

74 à 17% dans la population générale
18 à 22% chez la PA en court séjour
19 à 84,6% en long séjour

2

3 fois plus de risque d'être attaché

3

90% des EHPAD et 87% de USLD

Ont mis en place des mesures restrictives de libertés
11% des EHPAD n'ont pas de restriction de libertés

4

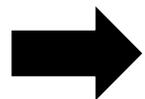
Les principales indications

Prévention des chutes, agitation et agressivité, prévention de la perturbation des autres patients, déambulations incessantes, nécessité de soins somatiques, détérioration cognitives

- ANAES, 2000 – Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée
- Magee et coll. 1993, Brungardt, 1994, Schleenbaker et coll. 1994, Retsas, 1998, Sullivan-Marx 1999.
- Carveth, 1995, Brungardt, 1994, Hantikainen, 1998, impulsivité Schleenbaker et coll. 1994.

Isolement et contention de la personne âgée

*Pennsylvanie. Étude portant sur
12820 résidents de maison de
retraite*



**Lien significatif entre l'utilisation de
la contention est :**

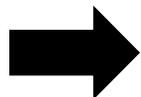
- **La dépendance pour les activités
de la vie quotidienne**
- **Trouble de la marche**
- **Ulcères de pression**
- **Augmentation des chutes**
- **Détériorations cognitives**
- **Contractures**

Mader Pauline, Thèse 2017

Frengley & Mion 1986

Gillick 1982

*Autre étude portant sur 2000
résidents de maison de retraite*



- **Déclin cognitif**
- **Dépression**
- **Altération du fonctionnement social**

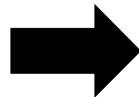


**Augmentation de la mortalité lors de l'utilisation de la
contention mécanique**



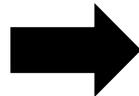
Le vécu des patients

Cano 2011



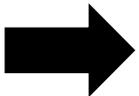
Sentiment de perte
d'autonomie
Traumatisant
Dévalorisant
Punitif

*Revue de littérature (39 études)
Rakhmatullina 2013*



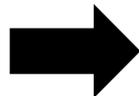
- Vécu négatif par le patient
alors que les soignants
pensent qu'il s'agit d'un outil
de soins indispensable

Palazzollo 2002



Aucun sentiment de sécurité
ou de réconfort de la part des
patients

Kontio 2012



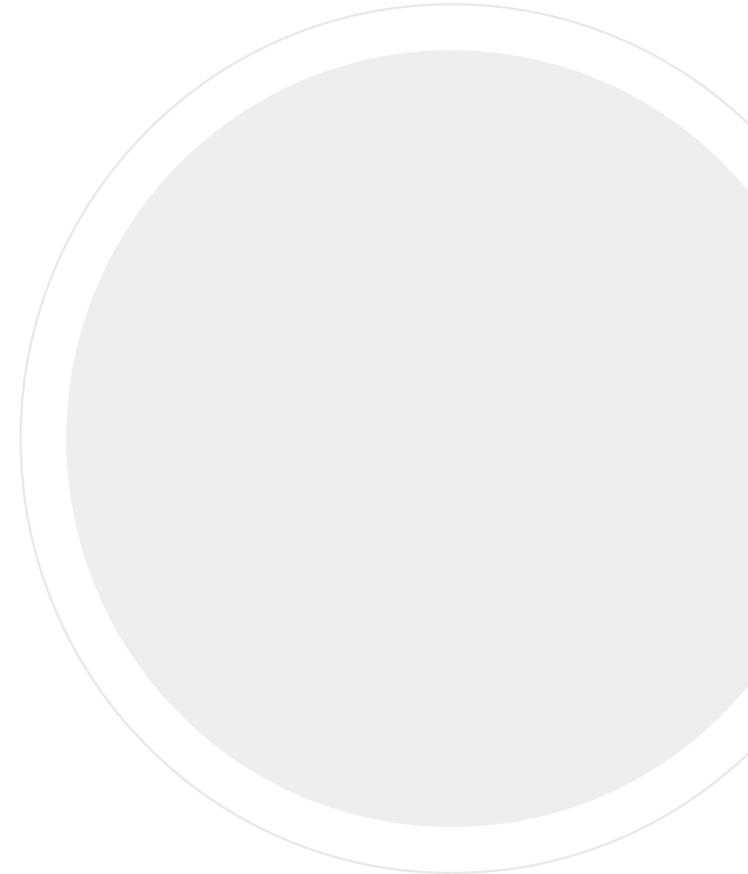
Détresse
Ennui



Meehan 2004

Drozdek 2012

Expérience négative
Sentiment de punition
Majoration des angoisses
Vécu traumatique
Vécu de séparation
Ressentis d'humiliation
Augmentation des durées de séjour
Non respect des droits des patients
Condition d'isolement indigne





Strout 2010

1

Impact psycho négatif

Colère, peur, humiliation, démoralisation, déshumanisation, dégradation, impuissance, stress, gêne, Viole d'intégrité

2

Réexposition à un trauma

Retraumatisation

3

Perceptions de pratiques non éthiques

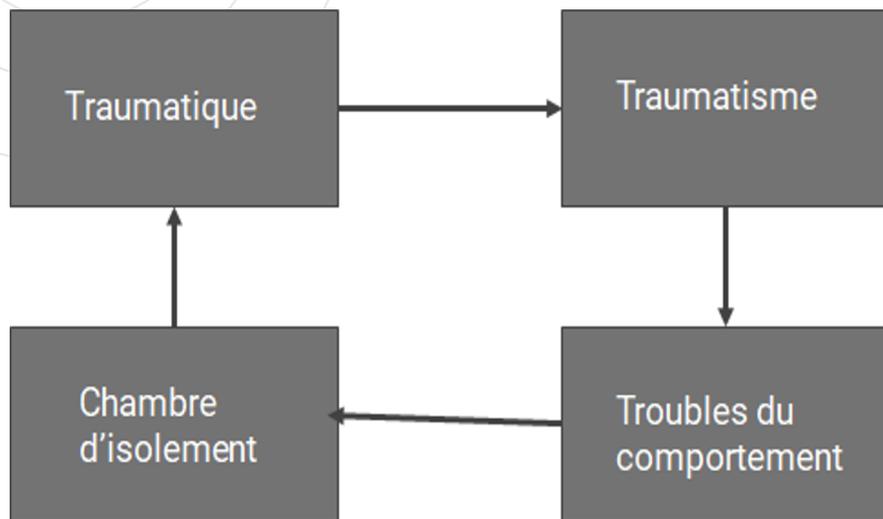
Vécu d'abus, vécu de punition

4

Esprit brisé

Sentiment de désespoir et de ne pouvoir demander de l'aide

Steinert 2013



Davantage de PTSD
après contention





Raphaël Carré 2014

Peur
Colère
Haine
Tristesse
Solitude
Impuissance
Mépris
Angoisse
Ne pas être considéré comme une
être humain

- PTSD
- Acceptation des mesures, habitude
- Abolition des impacts émotionnels
- **Ressentis positifs?**
Oui mais...

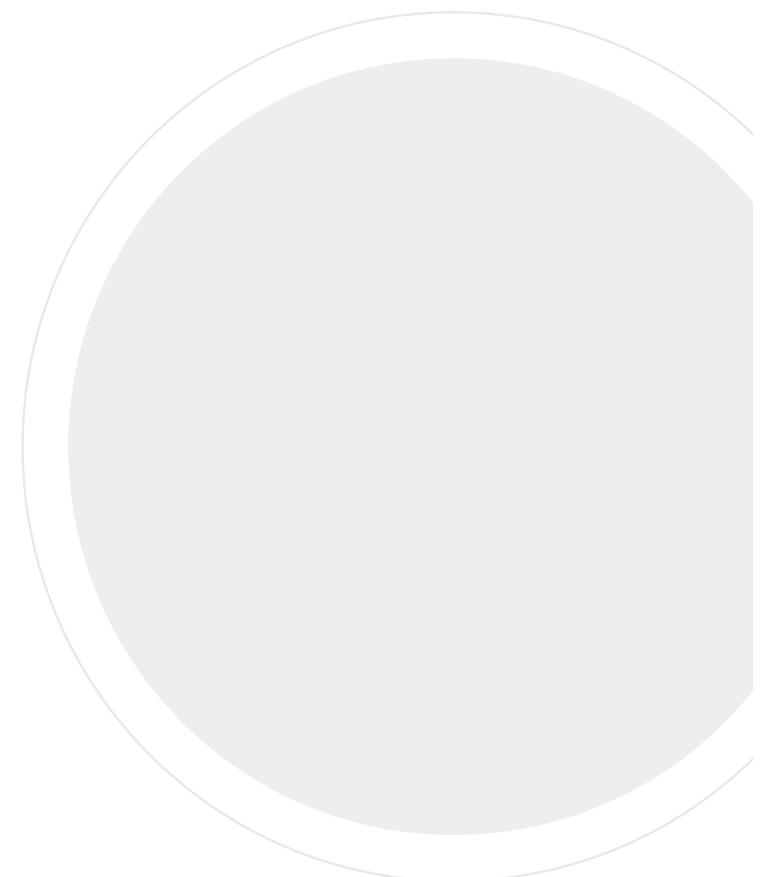




Le vécu des soignants

- *Stubbs 2009*
- *Lee 2003*
- *Bigwood 2008*
- *Bonner 2002*
- *Fish 2005*
- *Gelkopf 2009*
- *Corneau 2017*

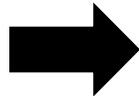
Blessures
Pas de sentiments de sécurité
Anxiété
Colère
Impuissance
frustration
retraumatisation
Syndrome de Stress Post
Traumatique
impact négatif sur la relation
soignant/soigné
utilisation de la contention
banalisée, fonctionnement
automatique, désaffectivée
Dissonance cognitive



Efficacité des mesures d'isolement et de contention

Revue de littérature (36 études)

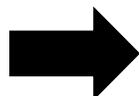
Nelstrop 2006



Aucun résultat pour dire que la MCI ou la contention étaient sûres et efficaces pour la gestion à court terme de la violence

Revue de littérature (35 études)

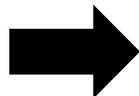
Sailas 2000



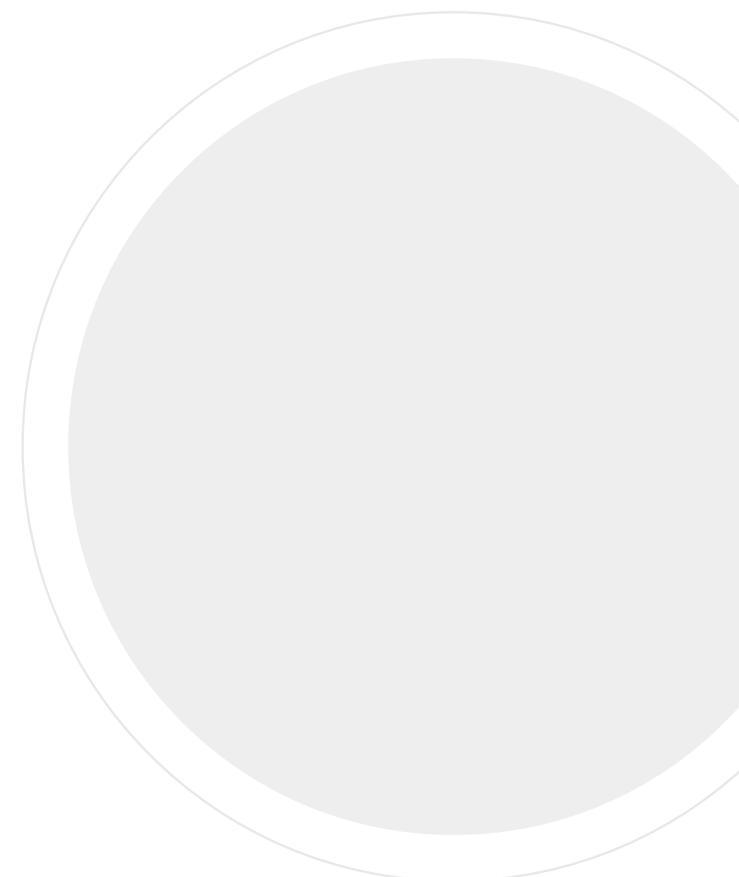
aucune étude ne montre l'efficacité de l'isolement ou de la contention chez les patients présentant des troubles mentaux

Revue de littérature (23 études)

Norvoll 2015



Pauvreté des fondements et connaissances scientifiques relatifs à une telle approche



**Aucune preuve de
l'efficacité de
l'isolement et de
la contention**



Effets secondaires

○ *Berzlanovich 2012*

- Complications
 - Inhalation
 - Troubles thromboemboliques
 - Rétention
 - Déshydratation

- Risques mortels
 - Asphyxie
 - Lésions compressives de la poitrine
 - Arrêt cardiaque (par décharge catécholaminergique)



Fisher 1994 Rakhmatullina 2013

1

Traumatismes physiques

Oedèmes, cyanoses des poignets, ulcères de pression, difficultés respiratoires

2

Lésions hépatiques

Stress, Drug Induced Injury, 8,5% des patients contenus, 1,9% des patients non contenus

3

Risque de confusion

si pas de lumière du jour, si pas de visite, etc...



BEKHDADI 2017

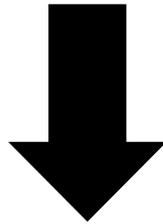
- *Sur 182 mesures d'isolement et/ou de contention, 11% comportaient une ou plusieurs contre-indications sans qu'une surveillance particulière soit mise en place*

Confusion
Diabète non équilibré
Epilepsie non stabilisée
Déshydratation
Troubles cardiaques
Pneumothorax avec fractures
Autres fractures non stabilisées

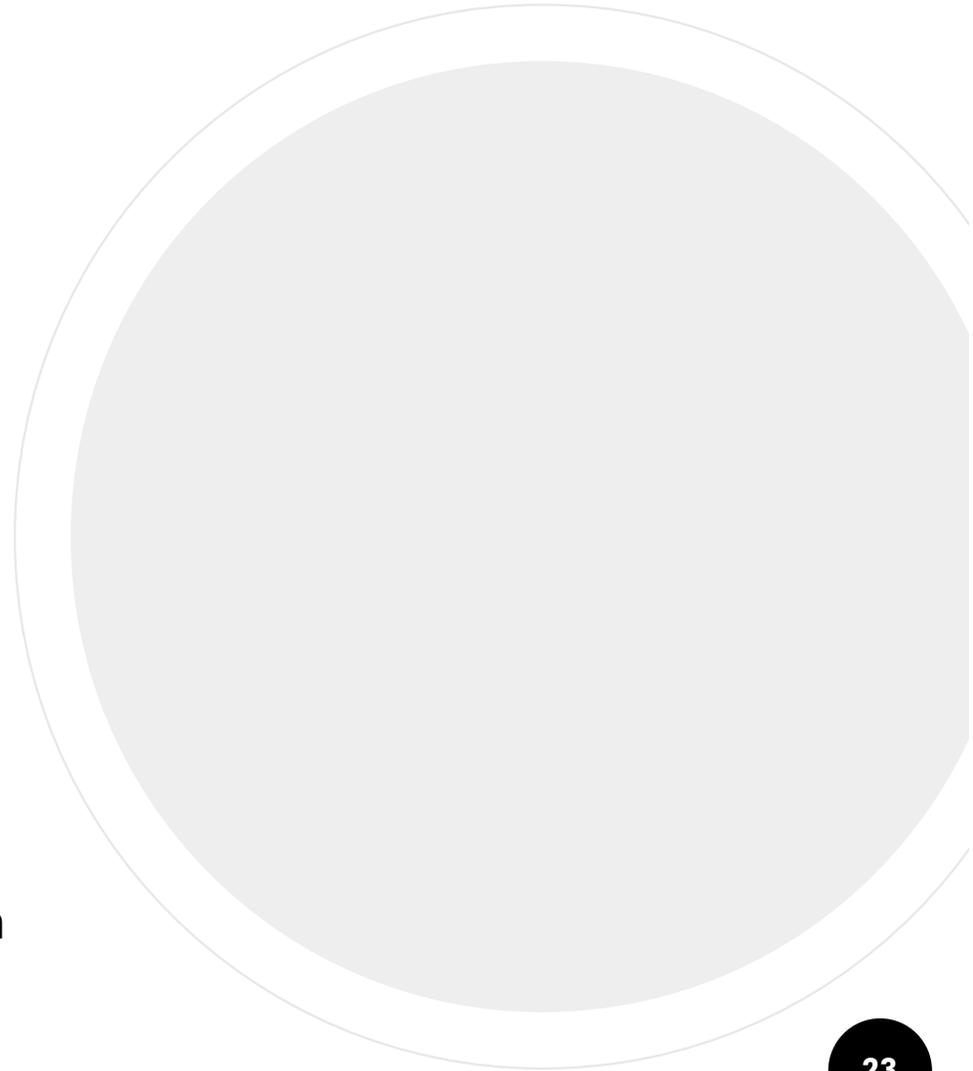


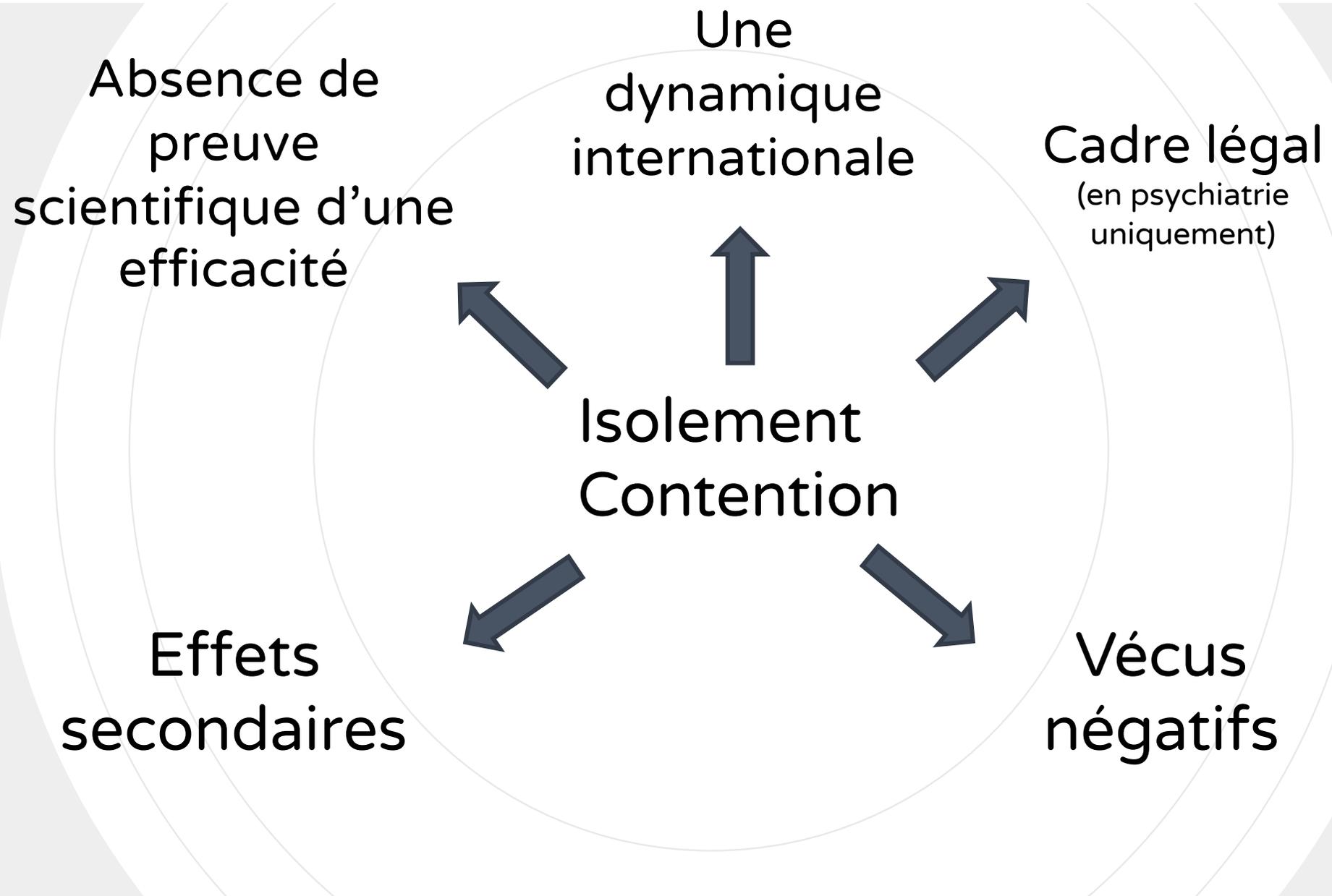
Expérience finlandaise

*2 infirmières se sont isolées pendant
24h*



Frustration, Anxiété, traitement inhumain





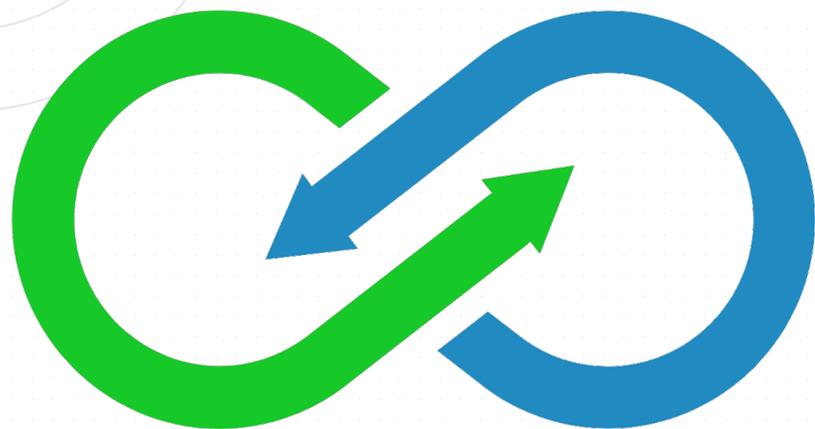
Des programmes d'alternatives

Allen (2011)	Staying Safe Program	blessures ↓29%, agressions ↓4%, code gris ↑11%
Ash (2014)	Recovery-based practices	isolement: ↓28% à 15%
Blair (2015)	Engagement Model	isolement: ↓ n=38 (2000) à n=0 (2013) contention: ↓ n=101 (2000) à n=13 (2013)
Ching (2010)	A suite of interventions	isolement: ↓* épisodes/mois et ↓* heures/mois agressions: pas de changement
E-Morris (2010)	Nurse-Directed Care Model	mesures de contrôle: ↓10% (15% ↑, pour l'hôpital)
Georgieva (2010)	Unité de soins intensifs psychiatriques	isolement: ↓ 40% à 1%
Goetz (2012)	Patient-Focused Intervention Model (basé sur GCS)	mesures de contrôle: ↓75% blessures: 48%↓, ↓ code gris
Madan (2014)	Multicomponent intervention	mesures de contrôle: ↓ 82,3% puis stabilisation
Qurashi (2010)	Clinical governance programme	isolement: ↓67% agressions: ↓63% (majeures), ↓40% (modérées à mineures)
Trauer (2010)	Management of Acute Arousal Programme	isolement: =
Vruwink (2012)	Nationwide program to reduce seclusion	3,3% ↓*annuelle pour iso et hospitalisation involontaires (1998-2005) 4,7% ↓* annuelle (2006-2009)
Wale (2011)	Seclusion and Restraint Reduction Initiative (basé sur GCS)	isolement: ↓ 27% durée totale contention: pas de changement blessures: ↓56%
Wieman (2014)	6 Core Strategies for Reduction of Seclusion and Restraint	Isolement: ↓* 17% du nombre, ↓*19% heures Contention: ↓*30%, ↓ 55% heures

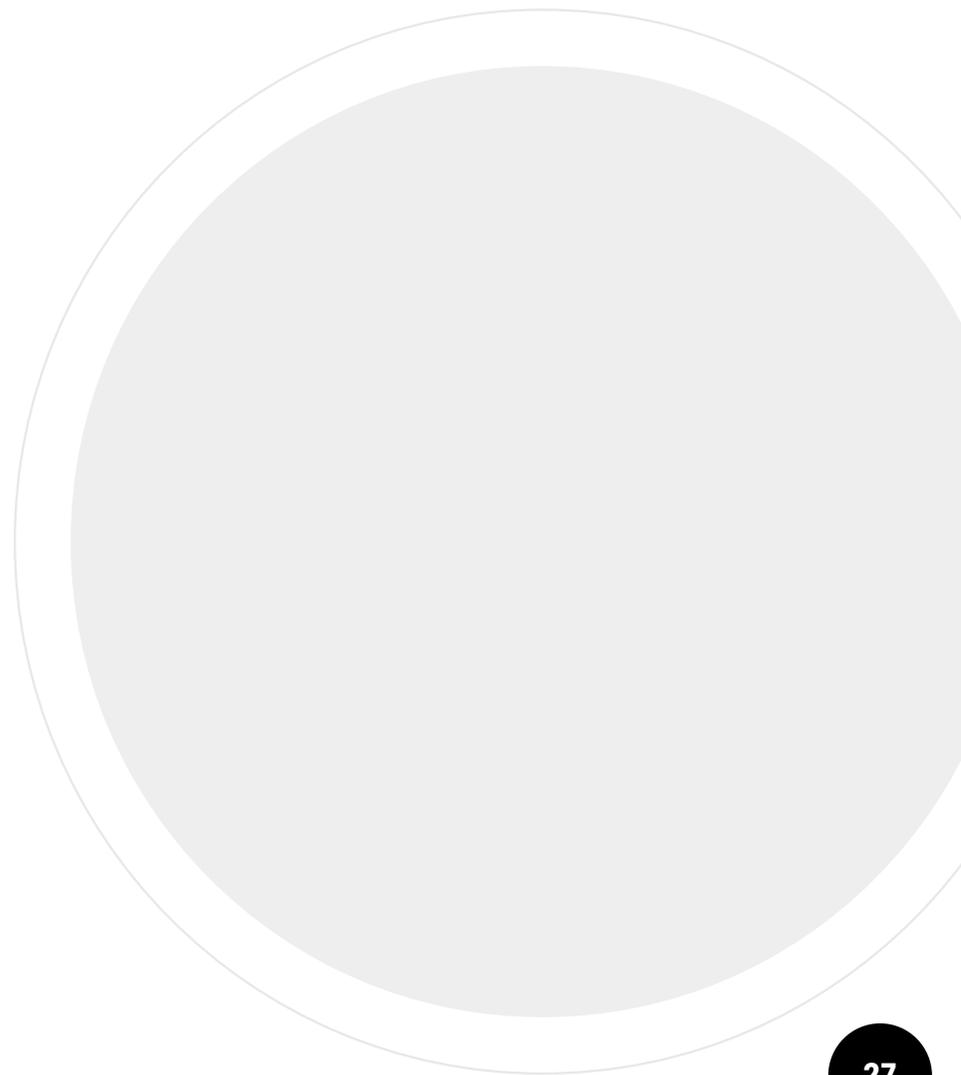
Des alternatives

- - Créativité des soignants, des familles
- - S'appuyer sur les ressources des personnes
- - Formations des professionnels
- - Acceptation d'une part de risque
- - des exemples :
 - - aménagement des espaces
 - - des outils, mobilier adapté
 - - Activités
 - - présence soignante
 - - etc...

Un projet de recherche



PLAID-Care



Conclusion

- - Retard en France en comparaison à nos voisins européens
- - A partir du moment où on réfléchit collectivement à un moindre recours, on observe des effets sur la pratique
- - Chaque équipe à un potentiel
- - Être créatif, prendre des risques
- - S'autoriser et être autorisé
- - Valoriser et (se) faire confiance !



Merci pour votre attention

Des questions?

Loïc Rohr, *infirmier, chercheur en soins infirmiers*

loic.rohr@gmail.com



Centre hospitalier
SAINT JEAN DE DIEU