



Structure régionale
d'appui en évaluation
Santé & médico-social



Campagne inter-régionale eFORAP 2016

Contention et Isolement dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

Rapport inter-régional

janvier 2018

Réalisation

Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine
CCECQA® 2017

Hôpital Xavier Arnozan - 33604 Pessac - 05 57 65 61 35

www.ccecqa.asso.fr

Le Ccecqa est membre de la Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et des organisations en santé (FORAP) : www.forap.fr

Droits de reproduction et copyright

Ce document peut être reproduit, utilisé et cité dans un but de recherches et d'actions au sein des établissements de santé et médico-sociaux. Il ne doit pas être utilisé dans un but commercial ni pour des activités de marketing. Il doit être référencé de la façon suivante :

Campagne inter-régionale eFORAP 2016, Contention et Isolement dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, Rapport inter-régional, Ccecqa déc. 2017

Les membres de la FORAP remercient leurs adhérents pour leur participation à cette enquête et aux différents temps de rencontres organisés en région par les SRA.

Sommaire

1. Contexte	2
2. Quels établissements ont participé ?.....	4
3. Quels professionnels ont répondu ?.....	6
4. Chiffres clés de la campagne.....	8
5. Autres résultats détaillés	17
6. Conclusion et perspectives	20
7. Annexes	21

Table des acronymes et abréviations

ASH : Agent des services hospitaliers

CCECQA : Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Nouvelle Aquitaine

CEPPRAAL : Coordination pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles en santé en Rhône-Alpes Auvergne

HAD : Hospitalisation à domicile

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FORAP : Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé

ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique

MAS : Maison d'accueil spécialisé

MCO : Médecine chirurgie obstétrique

MS : Médico-social

PSY : Psychiatrie

ORAQS : Organisation régionale pour l'amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins en Guadeloupe

QUALIREL : Structure régionale d'appui à la qualité, les risques et l'évaluation en Pays de la Loire

QUALVA : Réseau normand Qualité Santé

SLD : Soins de longue durée

SRA : Structure régionale d'appui

SSR : Soins de suite et de réadaptation

URG : Urgences

1. Contexte

Les recours à des mesures de contrainte physique de contention et d'isolement posent de véritables questions quant au respect des droits fondamentaux de l'utilisateur. Parce qu'elles entravent la liberté individuelle des personnes et constituent des risques de non-respect de leur dignité, ces mesures ne peuvent en principe être admises qu'en tout dernier recours, en tant que mesure de sécurité, si aucun autre procédé ne permet de prévenir tout danger pour l'utilisateur ou pour autrui. Même à titre de mesure d'urgence, toute alternative doit être recherchée, et leur durée doit être limitée à l'extrême nécessité.

La mobilisation des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, sur les questions éthiques que soulèvent ces mesures, constituait la finalité de la campagne eFORAP 2016 « **Contention et Isolement dans les établissements sanitaires et médico-sociaux** ». Sa visée, au-delà de la réalisation d'une enquête d'évaluation des pratiques, était la création d'une réelle réflexion autour de la limitation de l'usage de ces mesures de contraintes physiques.

Les **Campagnes eFORAP** sont des actions communes proposées par les SRA à leurs adhérents afin de promouvoir une thématique d'impulsion nationale ou régionale. Construite sur la base d'un outil d'évaluation, elle permet de mobiliser rapidement les établissements et de créer une réelle dynamique inter-régionale dans le cadre de l'amélioration des pratiques professionnelles. La plateforme **eFORAP** est une plateforme dédiée dans laquelle chaque SRA de la FORAP met à disposition de ses adhérents un certain nombre d'outils d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins.

L'outil d'évaluation créé en 2016 avec l'aide d'un groupe de travail inter-régional, dans le cadre de cette campagne, était composé de 8 sections relatives à l'utilisation par les soignants des mesures de contention et d'isolement, 7 sections (24 items) s'intéressant aux pratiques habituelles de ces soignants et une section (10 items) consistant au recueil d'éléments plus factuels.

Le recueil des données, exhaustif au niveau de l'établissement ou à un niveau infra (pôle, unité, service), était dématérialisé et permettait à chaque professionnel de répondre de manière totalement anonyme au questionnaire en ligne.

Les résultats ont été rendus par établissement et une analyse inter-régionale a permis à chacun d'eux de se situer par rapport à l'ensemble des participants de la campagne.

2. Quels établissements ont participé ?

La campagne eFORAP 2016 Contention et Isolement a été mise en œuvre par cinq SRA (Structures Régionales d'Appui) membres de la FORAP et a concerné au total 172 établissements de l'interrégion. Ci-dessous la répartition de ces établissements selon les SRA (figure 1).

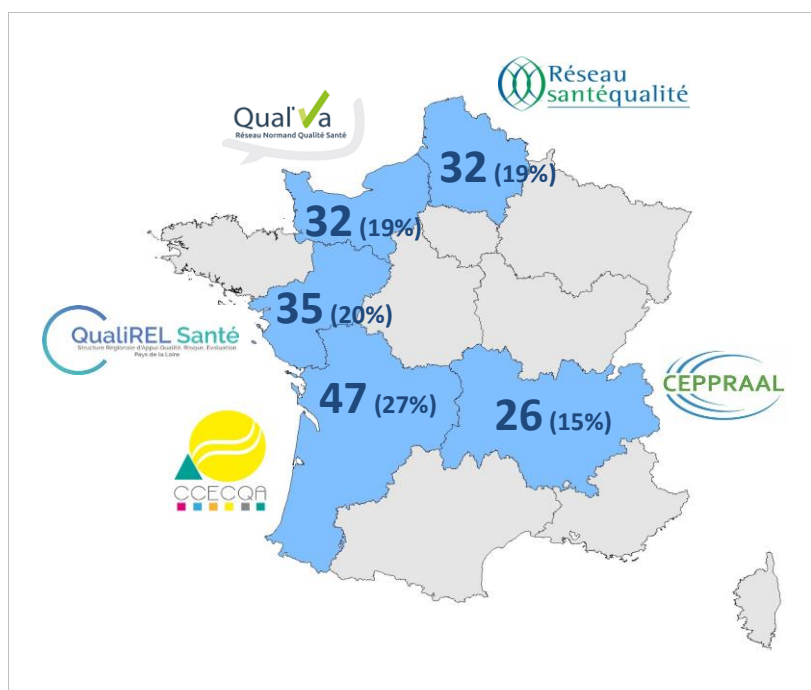


Figure 1 : Répartition des établissements selon les SRA participantes.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des 172 établissements participants à la campagne, selon la SRA, le statut et la taille de l'établissement.

Tableau 1 : Répartition des établissements participants selon la SRA, le statut et la taille

Statut	Total	CCECQA	QualiREL Santé	Qual'Va	RSQ	CEPPRAAL
Public						
Nombre	104	29	18	18	21	18
%	60	62	51	56	66	69
Privé à but non lucratif						
Nombre	44	10	15	4	10	5
%	26	21	43	13	31	19
Privé à but lucratif						
Nombre	24	8	2	10	1	3
%	14	17	6	31	3	12
Taille (en lits et places)						
< 100						
Nombre	64	23	15	10	5	11
%	37	49	43	31	16	42
100 - 299						
Nombre	62	18	8	12	14	10
%	36	38	23	37	44	38
300 - 499						
Nombre	25	5	7	4	6	3
%	15	11	20	13	19	12
500 +						
Nombre	21	1	5	6	7	2
%	12	2	14	19	22	8

On notera une part importante des établissements publics (60%) ainsi qu'une présence forte de petits établissements de moins de 300 lits et places (73%).

La figure ci-dessous présente la répartition des établissements selon le département (figure 2).

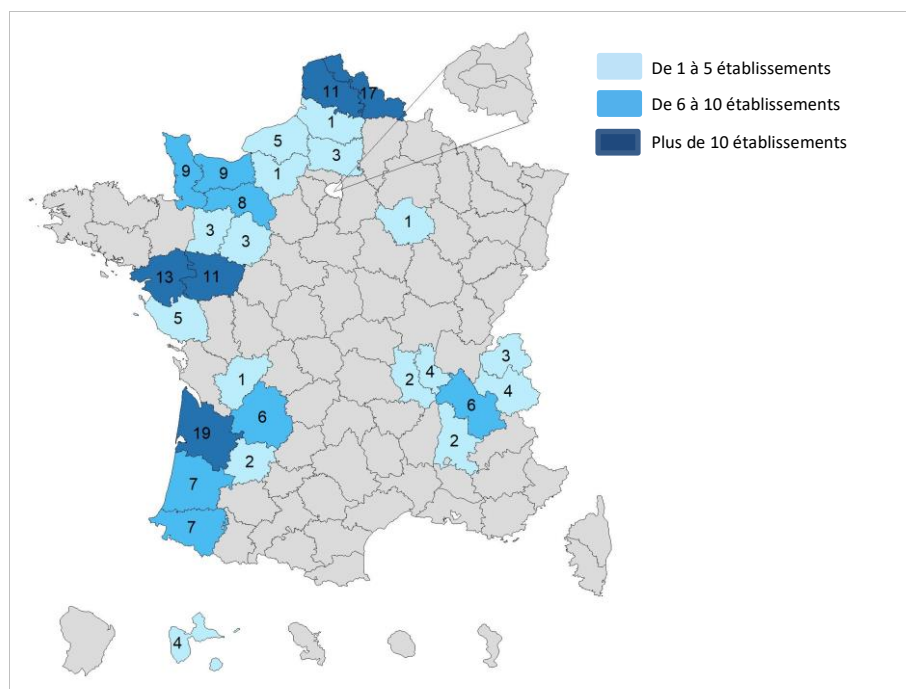


Figure 2 : Répartition des établissements par département

Les 4 établissements de Guadeloupe, Saint Martin et Saint Barthélemy ont participé à cette campagne en tant que membre associés au Ccecqa via l'ORAQS (Organisation régionale pour l'amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins en Guadeloupe).

Un établissement du département de l'Aube (hors SRA) a participé à la campagne suite à une demande au Ccecqa.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des établissements selon leur activité principale (tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des établissements selon leur activité principale

Activité principale	Total	CCECQA	QualIREL Santé	Qual'Va	RSQ	CEPPRAAL
EHPAD						
Nombre	50	12	13	14	6	5
%	27	26	37	21	19	32
MCO						
Nombre	43	6	6	5	15	11
%	25	13	17	16	33	42
PSY						
Nombre	28	12	2	3	8	3
%	16	26	32	26	25	12
SSR						
Nombre	24	5	6	5	1	7
%	14	11	17	16	3	27
MS*						
Nombre	7	3	3		1	
%	4	6	9		3	
HAD						
Nombre	4	3	1			
%	2	6	3			
SLD						
Nombre	2	2				
%	1	4				
Autres**						
Nombre	14	4	4	5	1	
%	8	9	11	16	3	
Total	172	47	35	32	32	26

(*) MS = Médico-social (ITEP, MAS, FAM), (**) Autres = pluriactivité

3. Quels professionnels ont répondu ?

Aux 172 établissements participants correspondait une population cible de 26 347 professionnels, parmi lesquels 10 291 ont répondu au questionnaire. Le taux de réponse global était de 39%, et variait de 26% à 47% en fonction de la SRA.

Le tableau ci-dessous présente la répartition du nombre de professionnels ciblés et le nombre de répondants selon la SRA.

Tableau 3 : Répartition de la population cible et des répondants par SRA

Quelques chiffres	Total	CCECQA	QualiREL Santé	Qual'Va	RSQ	CEPPRAAL
Nombre de professionnels ciblés	26 347	6 244	3 176	4 521	8 390	4 016
Nombre de répondants	10 291	2 909	820	1 393	3 535	1 634
Taux de participation (en %)	39	47	26	31	42	41

Le tableau ci-dessous présente le nombre de répondants et le taux de participation selon la spécialité et la SRA (tableau 4).

NB : La spécialité n'est pas l'activité principale de l'établissement mais la spécialité des entités au sein de ces établissements. Les répondants issus d'entités regroupant plusieurs spécialités ou d'entités dont la spécialité était non renseignée ont été regroupés dans la catégorie « Autres ».

Tableau 4 : Nombre de répondants et taux de participation par spécialité et par SRA

Spécialité	Total	CCECQA	QualiREL Santé	Qual'Va	RSQ	CEPPRAAL
PSY						
Nombre	3 123	1 090	43	418	1 461	111
%	30,3	37,5	5,2	30,0	41,3	6,8
Taux de participation en %	39,6	36,4	8,9	46,4	44,6	47,4
MCO						
Nombre	2 422	618	116	226	938	524
%	23,5	21,2	14,1	16,2	26,5	32,1
Taux de participation	33,9	61,6	23,4	20,5	33,8	29,6
EHPAD						
Nombre	2 080	350	226	375	701	428
%	20,2	12,0	27,6	26,9	19,8	26,2
Taux de participation	43,5	51,2	32,3	33,1	45,6	58,5
SSR						
Nombre	1 098	207	234	154	207	296
%	10,7	7,1	28,5	11,1	5,9	18,1
Taux de participation	37,3	69,5	26,7	26,1	63,9	34,7
SLD						
Nombre	334	246			41	47
%	3,2	8,5			1,2	2,9
Taux de participation	49,8	68,3			30,6	28,1
HAD						
Nombre	200	142	21	15	22	
%	1,9	4,9	2,6	1,1	0,6	
Taux de participation	64,7	74,0	52,5	29,4	84,6	
MS						
Nombre	153	50	51		52	
%	1,5	1,7	6,2		1,5	
Taux de participation	37,5	33,3	29,7		60,5	
URG						
Nombre	113	71				42
%	1,1	2,4				2,6
Taux de participation	36,5	43,6				28,6
Autres						
Nombre	768	135	129	205	113	186
%	7,5	4,6	15,7	14,7	3,2	11,4
Taux de participation	40,7	33,6	32,3	27,6	49,3	163,2
Total	10 291	2 909	820	1 393	3 535	1 634

Plus de 75% des réponses étaient celles de professionnels issus des spécialités PSY, MCO et EHPAD.

La figure ci-dessous présente la répartition des répondants selon leur profil professionnel.

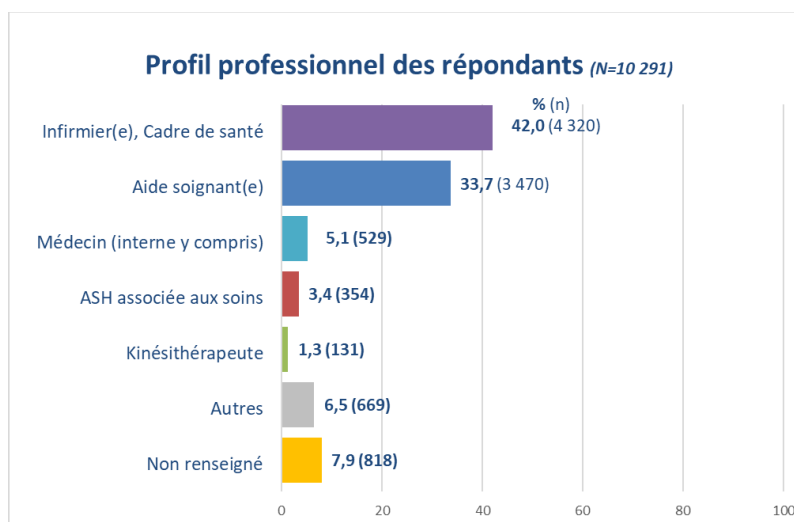


Figure 3 : Répartition des répondants par profil professionnel

Ci-dessous la répartition du nombre de répondants selon leur profil professionnel et la SRA (tableau 5).

Tableau 5 : Répartition des répondants par profil professionnel et par SRA

Profil	Total	CCECQA	QualiREL Santé	Qual'Va	RSQ	CEPPRAAL
Infirmier(e), Cadre de santé						
Nombre	4 320	1 189	247	523	1 820	541
%	42,0	40,9	30,1	37,5	51,5	33,1
Aide soignant(e)						
Nombre	3 470	998	351	461	1 108	552
%	33,7	34,3	42,8	33,1	31,3	33,8
Médecin (interne y compris)						
Nombre	529	161	49	58	190	71
%	5,1	5,5	6,0	4,2	5,4	4,3
ASH associée aux soins						
Nombre	354	107	21	96	43	87
%	3,4	3,7	2,6	6,9	1,2	5,3
Kinésithérapeute						
Nombre	131	22	19	12	51	27
%	1,3	0,8	2,3	0,9	1,4	1,7
Autres						
Nombre	669	165	67	101	251	85
%	6,5	5,7	8,2	7,3	7,1	5,2
sans réponse						
Nombre	818	267	66	142	72	271
%	7,9	9,2	8,0	10,2	2,0	16,6
Total	10 291	2 909	820	1 393	3 535	1 634

4. Chiffres clés de la campagne

Les résultats de la campagne ont été obtenus à partir des données retenues pour l'analyse, soit 9 946 réponses. En effet, ont été exclus de l'analyse, les enregistrements dont la complétude était inférieure à 50% et ceux dont les réponses étaient identiques pour toutes les questions, soit 345 enregistrements au total.

Pilotage institutionnel

La figure 4 présente l'importance des éléments de la politique de l'établissement en faveur d'une limitation de l'usage des mesures de contention et d'isolement.

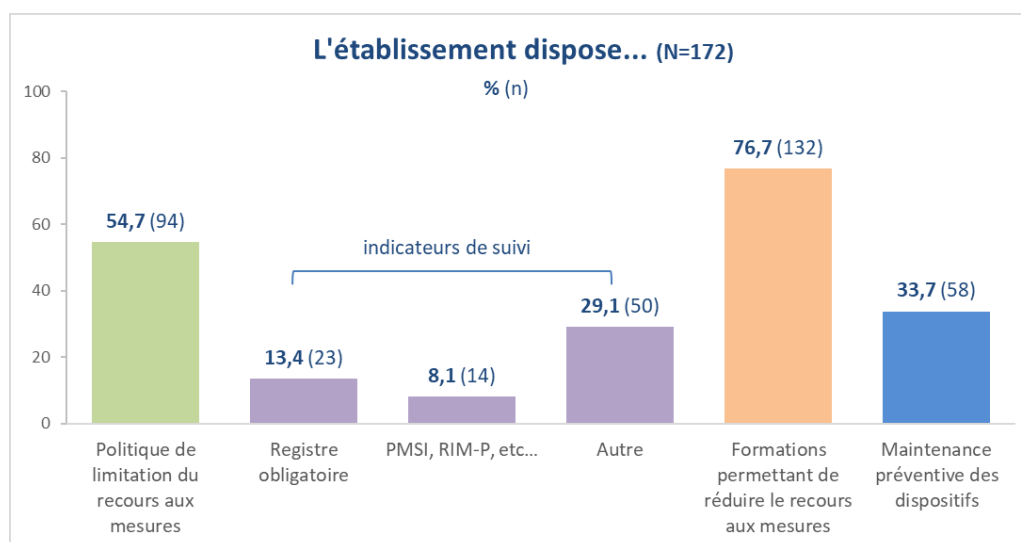


Figure 4 : Pilotage institutionnel relatif aux mesures de contention et d'isolement

Près de 77% des établissements ont déclaré disposer de formations permettant de réduire le recours aux mesures de contraintes physiques. Toutefois, seuls 55% d'entre eux disposaient d'une politique de limitation du recours à ces mesures.

Le tableau ci-dessous (tableau 6) reprend ces éléments en fonction de l'activité principale de l'établissement.

Tableau 6 : Pilotage institutionnel selon l'activité principale de l'établissement

L'établissement dispose...	Total	PSY	MCO	EHPAD	SSR	SLD	HAD	MS	Autres
Politique de limitation de recours aux mesures									
Nombre	94	12	24	35	9	2	2	4	6
%	54,7	42,9	55,8	70,0	37,5	100,0	50,0	57,1	42,9
Registre obligatoire									
Nombre	23	12	3	5	1				2
%	13,4	42,9	7,0	10,0	4,2				14,3
PMSI, RIM-P,...									
Nombre	14	5	1	5	3				
%	8,1	17,9	2,3	10,0	12,5				
Autres moyens									
Nombre	50	7	9	20	4	1	1	5	3
%	29,1	25,0	20,9	40,0	16,7	50,0	25,0	71,4	21,4
Formations permettant de réduire le recours aux mesures									
Nombre	132	24	34	43	11	1	3	6	10
%	76,7	85,7	79,1	86,0	45,8	50,0	75,0	85,7	71,4
Maintenance préventive des dispositifs									
Nombre	58	14	8	17	9	1	1	1	7
%	33,7	50,0	18,6	34,0	37,5	50,0	25,0	14,3	50,0
Total	172	28	43	50	24	2	4	7	14

Trois établissements sur quatre déclarent disposer de formations permettant de réduire le recours à ce type de mesure.

Éléments factuels

Ces éléments concernent la fréquence déclarée de recours aux mesures de contraintes physiques ainsi que les caractéristiques du dernier épisode de contention ou d'isolement auquel le professionnel a participé.

Les répondants issus d'entités regroupant plusieurs spécialités (583) ou d'entités dont la spécialité était non renseignée (126), ont été regroupés dans la catégorie « Autres ».

→ Fréquence de recours aux mesures de contention ou d'isolement

Dans le tableau ci-dessous, sont présentées pour chaque spécialité, les fréquences déclarées du recours à une mesure de contention ou d'isolement durant le dernier trimestre (tableau 7).

Tableau 7 : Fréquence du recours à une mesure de contention ou d'isolement au cours du dernier trimestre

Fréquence	Total	PSY	MCO	EHPAD	SSR	SLD	HAD	MS	URG	Autres
Aucune										
Nombre	635	202	102	124	74	6	52	31	3	41
%	6,4	6,6	4,3	6,2	7,1	1,8	27,5	21,2	2,7	5,8
1 à 10 fois										
Nombre	5 373	1 370	1 270	1 264	649	198	92	59	84	387
%	54,0	44,9	54,0	62,9	61,9	60,0	48,7	40,4	74,3	54,6
11 fois et plus										
Nombre	3 307	1 301	883	469	253	100	30	45	26	200
%	33,2	42,6	37,6	23,3	24,1	30,3	15,9	30,8	23,0	28,2
sans réponse										
Nombre	631	179	95	152	72	26	15	11	0	81
%	6,3	6	4,0	7,6	6,9	7,9	7,9	7,5	0,0	11,4
Total	9 946	3 052	2 350	2 009	1 048	330	189	146	113	709

Une très faible part des répondants déclare n'avoir pratiqué aucune mesure de contention ou d'isolement au cours du dernier trimestre (6,4%).

Les spécialités dans lesquelles sont déclarées les plus grandes fréquences de recours à ces mesures durant le dernier trimestre (11 et plus) sont la PSY (42,6%), la MCO (37,6%), le MS (30,8%) et les SLD (30,3%).

→ Descriptif des dernières mesures déclarées

Notre description concernera 9 097 mesures déclarées au total, 7 069 contentions et 2 028 isolements auxquels ont participé les professionnels (cf. tableau 8).

Tableau 8 : Les dernières mesures de contrainte physique déclarées selon la spécialité

Mesure	Total	PSY	MCO	EHPAD	SSR	SLD	HAD	MS	URG	Autres
Contention										
Nombre	7 069	1 186	2 130	1 667	898	296	136	86	101	569
%	71,1	38,9	90,6	83,0	85,7	89,7	72,0	58,9	89,4	80,3
Isolement										
Nombre	2 028	1 636	106	133	54	15	2	40	11	31
%	20,4	53,6	4,5	6,6	5,2	4,5	1,1	27,4	9,7	4,4
sans réponse										
Nombre	849	230	114	209	96	19	51	20	1	109
%	8,5	7,5	4,9	10,4	9,2	5,8	27,0	13,7	0,9	15,4
Total	9 946	3 052	2 350	2 009	1 048	330	189	146	113	709

En dehors des spécialités de PSY (santé mentale) et MS (médico-social), pour lesquelles les mesures d'isolement déclarées représentaient une part importante, ce sont les mesures de contention qui ont le plus souvent concerné les professionnels.

Les **motifs** ayant conduit à la mise en œuvre de ces mesures sont présentés dans le tableau ci-dessous (tableau 9).

Tableau 9 : Motifs des mesures de contentions et d'isolement

Motifs	Total	PSY	MCO	EHPAD	SSR	SLD	HAD	MS	URG	Autres
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Troubles du comportement										
Contention	4 228 (59,8)	816 (68,8)	1 441 (67,7)	818 (49,1)	515 (57,3)	142 (48)	64 (47,1)	48 (55,8)	77 (76,2)	307 (54)
Isolement	1 473 (72,6)	1 233 (75,4)	64 (60,4)	83 (62,4)	27 (50)	13 (86,7)	1 (50)	26 (65)	7 (63,6)	19 (61,3)
Agitation, désordre										
Contention	4 311 (61)	824 (69,5)	1 574 (73,9)	768 (46,1)	504 (56,1)	147 (49,7)	60 (44,1)	36 (41,9)	87 (86,1)	311 (54,7)
Isolement	1 407 (69,4)	1 155 (70,6)	76 (71,7)	87 (65,4)	21 (38,9)	13 (86,7)	1 (50)	26 (65)	6 (54,5)	22 (71)
Risque de chute										
Contention	5 285 (74,8)	318 (26,8)	1 691 (79,4)	1 502 (90,1)	818 (91,1)	269 (90,9)	115 (84,6)	53 (61,6)	45 (44,6)	474 (83,3)
Isolement	269 (13,3)	117 (7,2)	54 (50,9)	52 (39,1)	21 (38,9)	5 (33,3)	1 (50)	8 (20)	1 (9,1)	10 (32,3)
Déambulation excessive										
Contention	1 581 (22,4)	178 (15)	502 (23,6)	407 (24,4)	211 (23,5)	81 (27,4)	12 (8,8)	19 (22,1)	11 (10,9)	160 (28,1)
Isolement	332 (16,4)	243 (14,9)	22 (20,8)	32 (24,1)	14 (25,9)	7 (46,7)		6 (15)		8 (25,8)
Transport du patient ou du résident										
Contention	271 (3,8)	57 (4,8)	74 (3,5)	64 (3,8)	33 (3,7)	6 (2)	7 (5,1)	20 (23,3)	2 (2)	8 (1,4)
Isolement	44 (2,2)	31 (1,9)	4 (3,8)	3 (2,3)	4 (7,4)			1 (2,5)		1 (3,2)
Violence										
Contention	2 409 (34,1)	757 (63,8)	831 (39)	348 (20,9)	163 (18,2)	42 (14,2)	10 (7,4)	30 (34,9)	67 (66,3)	161 (28,3)
Isolement	1 084 (53,5)	917 (56,1)	51 (48,1)	65 (48,9)	10 (18,5)	5 (33,3)		20 (50)	8 (72,7)	8 (25,8)
Demande du patient ou du résident										
Contention	633 (9)	84 (7,1)	121 (5,7)	199 (11,9)	93 (10,4)	36 (12,2)	36 (26,5)	11 (12,8)	1 (1)	52 (9,1)
Isolement	174 (8,6)	144 (8,8)	13 (12,3)	8 (6)	1 (1,9)		2 (100)	4 (10)		2 (6,5)
Autre										
Contention	393 (5,6)	82 (6,9)	144 (6,8)	79 (4,7)	29 (3,2)	18 (6,1)		7 (8,1)	6 (5,9)	28 (4,9)
Isolement	181 (8,9)	133 (8,1)	16 (15,1)	15 (11,3)	11 (20,4)			2 (5)	1 (9,1)	3 (9,7)
Total	9 097	2 822	2 236	1 800	952	311	138	126	112	600

Le motif le plus souvent évoqué est le « Risque de chute » pour la contention (74,8%) et « Les troubles du comportement » pour l'isolement (72,6%).

Les entités de PSY ont recours à l'isolement et/ou la contention le plus fréquemment pour « Troubles du comportement », « Agitation, désordre » ou « Violence ». Les deux premiers motifs sont retrouvés dans les autres spécialités, mais c'est le « Risque de chute » qui est le troisième motif de recours le plus fréquent.

Les **préalables** aux mesures de contention et d'isolement sont présentés dans le tableau ci-dessous (tableau 10).

Tableau 10 : Préalables aux mesures de contention et d'isolement

Préalables	Total	PSY	MCO	EHPAD	SSR	SLD	HAD	MS	URG	Autres
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Mise en œuvre d'alternatives										
Contention	5 591 (79,1)	1 035 (87,3)	1 615 (75,8)	1 324 (79,4)	684 (76,2)	226 (76,4)	95 (69,9)	79 (91,9)	83 (82,2)	450 (79,1)
Isolement	1 739 (85,7)	1 436 (87,8)	76 (71,7)	106 (79,7)	39 (72,2)	12 (80)		34 (85)	9 (81,8)	27 (87,1)
Réflexion bénéfices-risques avec l'équipe soignante										
Contention	5 878 (83,2)	981 (82,7)	1 676 (78,7)	1 462 (87,7)	756 (84,2)	249 (84,1)	114 (83,8)	71 (82,6)	78 (77,2)	491 (86,3)
Isolement	1 673 (82,5)	1 361 (83,2)	80 (75,5)	113 (85)	42 (77,8)	14 (93,3)	2 (100)	29 (72,5)	9 (81,8)	23 (74,2)
Discussion avec l'utilisateur et son entourage										
Contention	4 031 (57)	728 (61,4)	1 091 (51,2)	936 (56,1)	550 (61,2)	167 (56,4)	113 (83,1)	59 (68,6)	56 (55,4)	331 (58,2)
Isolement	1 317 (64,9)	1 077 (65,8)	65 (61,3)	72 (54,1)	34 (63)	7 (46,7)	2 (100)	26 (65)	8 (72,7)	26 (83,9)

La « Réflexion bénéfices-risques avec l'équipe soignante » ainsi que la « Mise en œuvre d'alternatives » semblent largement pratiquées par les établissements avant le recours à la contention ou à l'isolement. De façon générale, la « Mise en œuvre d'alternative » a été effectuée dans 85,7% des cas d'isolement et dans 79,1% des cas de contention.

La « Discussion avec l'utilisateur et son entourage » ne fait pas partie des préalables les plus pratiqués, elle l'a été dans 57% des cas de contention et 65% des cas d'isolement. Une exception pour l'HAD qui a mis en place ces discussions dans 83% des cas de contention et 100% des cas d'isolement (2 cas répertoriés).

Les **actions** déclenchées à la suite des mesures de contention et d'isolement, sont présentées dans le tableau ci-dessous (tableau 11).

Tableau 11 : Actions déclenchées à la suite des mesures de contention et d'isolement

Actions suite à la mesure	Total	PSY	MCO	EHPAD	SSR	SLD	HAD	MS	URG	Autres
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aucune action										
Contention	2 038 (28,8)	221 (18,6)	887 (41,6)	321 (19,3)	262 (29,2)	86 (29,1)	53 (39)	14 (16,3)	62 (61,4)	132 (23,2)
Isolement	437 (21,5)	357 (21,8)	26 (24,5)	22 (16,5)	12 (22,2)	2 (13,3)	1 (50)	7 (17,5)	4 (36,4)	6 (19,4)
Déclaration d'un EI (Evénement Indésirable)										
Contention	622 (8,8)	205 (17,3)	141 (6,6)	121 (7,3)	65 (7,2)	26 (8,8)	7 (5,1)	15 (17,4)	5 (5)	37 (6,5)
Isolement	250 (12,3)	209 (12,8)	9 (8,5)	9 (6,8)	6 (11,1)	2 (13,3)	(0)	10 (25)	1 (9,1)	4 (12,9)
Réflexions d'équipe										
Contention	3 872 (54,8)	769 (64,8)	908 (42,6)	1 059 (63,5)	504 (56,1)	160 (54,1)	54 (39,7)	63 (73,3)	26 (25,7)	329 (57,8)
Isolement	1 262 (62,2)	1 044 (63,8)	53 (50)	79 (59,4)	25 (46,3)	12 (80)	1 (50)	26 (65)	5 (45,5)	17 (54,8)
Retour d'expérience										
Contention	834 (11,8)	193 (16,3)	184 (8,6)	221 (13,3)	113 (12,6)	27 (9,1)	12 (8,8)	21 (24,4)	8 (7,9)	55 (9,7)
Isolement	316 (15,6)	254 (15,5)	23 (21,7)	17 (12,8)	6 (11,1)	4 (26,7)		5 (12,5)		5 (16,1)
RMM, staff EPP										
Contention	317 (4,5)	42 (3,5)	89 (4,2)	67 (4)	45 (5)	23 (7,8)	11 (8,1)	3 (3,5)	3 (3)	34 (6)
Isolement	92 (4,5)	66 (4)	14 (13,2)	2 (1,5)	2 (3,7)			2 (5)		2 (6,5)
Analyse des pratiques professionnelles										
Contention	804 (11,4)	194 (16,4)	141 (6,6)	213 (12,8)	95 (10,6)	38 (12,8)	18 (13,2)	21 (24,4)	7 (6,9)	77 (13,5)
Isolement	276 (13,6)	215 (13,1)	16 (15,1)	23 (17,3)	2 (3,7)	1 (6,7)		12 (30)	1 (9,1)	6 (19,4)
Autre										
Contention	187 (2,6)	46 (3,9)	48 (2,3)	51 (3,1)	10 (1,1)	8 (2,7)		6 (7)	4 (4)	14 (2,5)
Isolement	58 (2,9)	48 (2,9)	3 (2,8)	5 (3,8)	1 (1,9)					
Total	9097	2822	2236	1800	952	311	138	126	112	600

RMM : Revue Mortalité Morbidité ; EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

Aucune action spécifique n'a été déclenchée à la suite de 28,8% des mesures de contention et de 21,5% des mesures d'isolement.

L'action la plus fréquente, pour toutes les spécialités, était la « Réflexion d'équipe », déclenchée après 54,8% des mesures de contention et 62,2% des mesures d'isolement.

Les résultats de l'estimation par le soignant du **bénéfice** de la mesure pour l'utilisateur sont présentés dans la figure ci-dessous (figure 5).

Ce bénéfice était estimé par un score variant de 0 (aucun bénéfice) à 10 (très bénéfique).

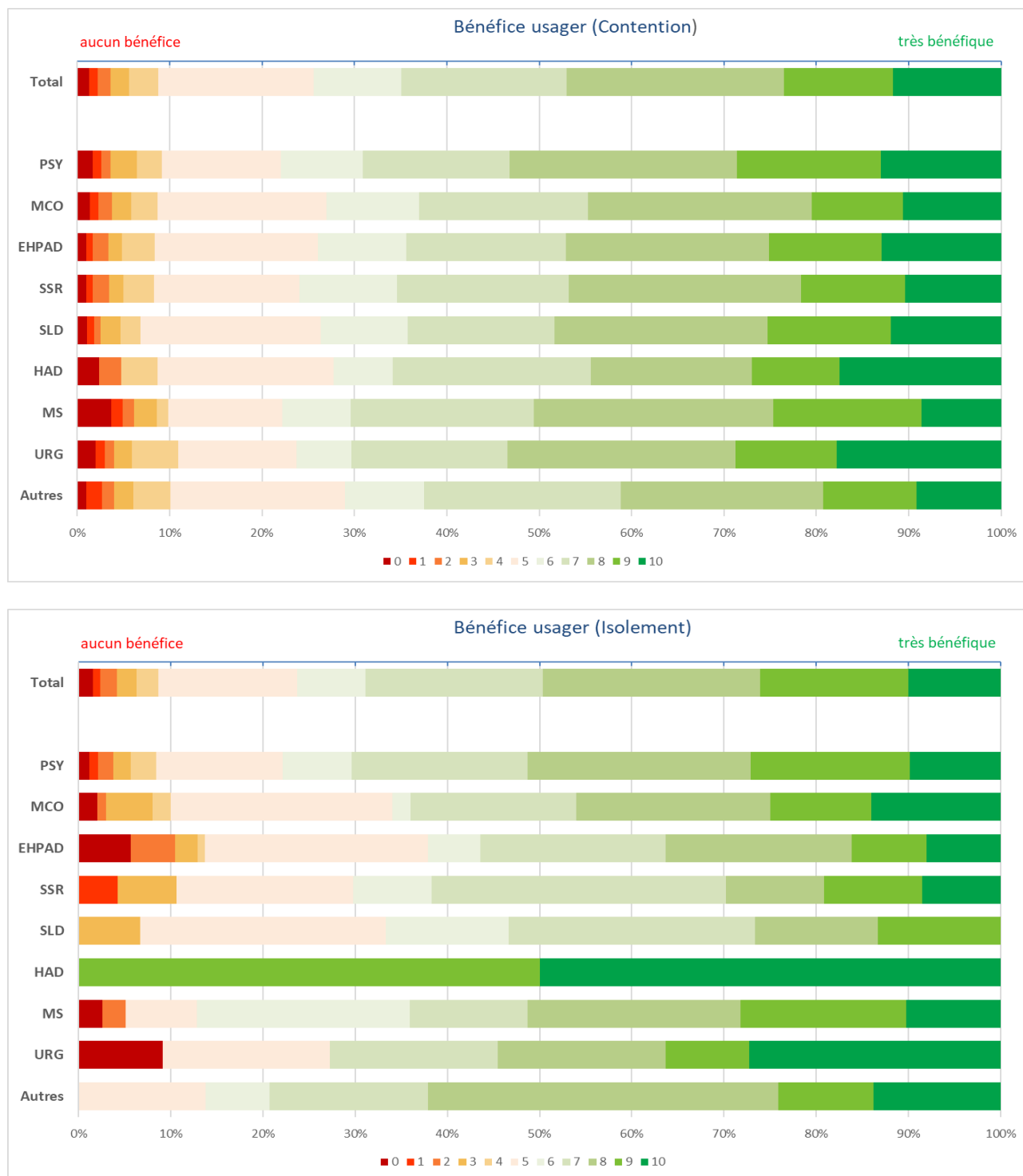


Figure 5 : Bénéfice de la mesure pour l'utilisateur selon la spécialité

Pour l'ensemble des spécialités, les soignants estiment que les mesures de contention et d'isolement sont plutôt bénéfiques pour l'utilisateur (prédominance du vert). En effet, dans toutes les spécialités, 60% des professionnels accordent un score de 8 ou plus sur 10 pour la contention et de 7 ou plus sur 10 pour l'isolement.

Les résultats de l'estimation du **vécu** de la mesure par le soignant, selon un score variant de 0 (aucune difficulté) à 10 (très difficile), sont présentés dans la figure ci-dessous (figure 6).

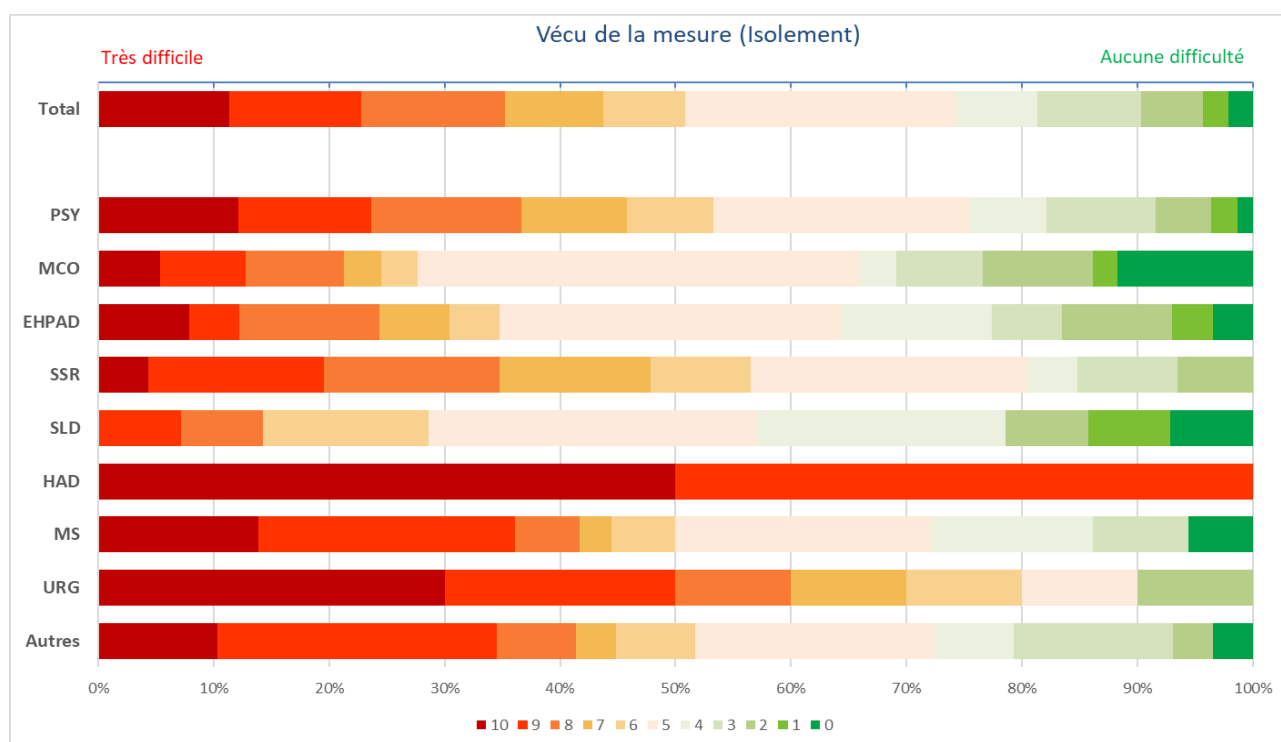
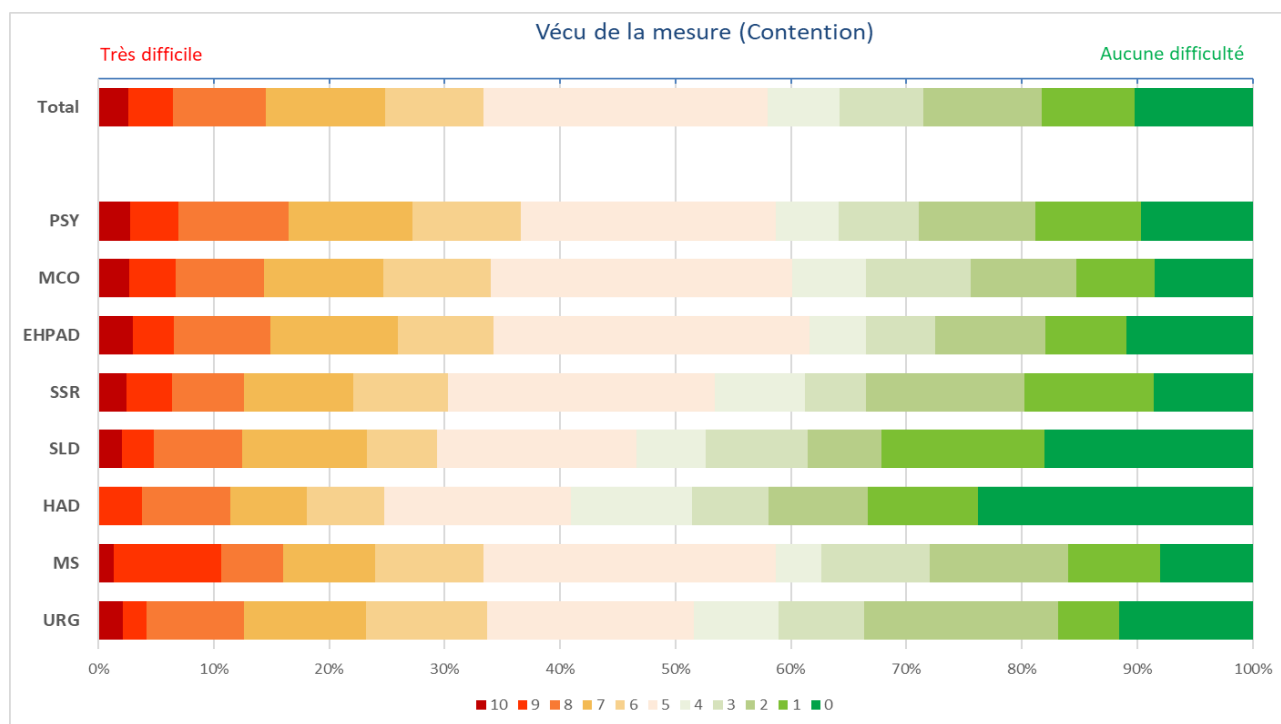


Figure 6 : Vécu de la mesure par le soignant selon la spécialité

Les vécus difficiles de la mesure sont plus fréquents lorsqu'il s'agit d'isolement que de contention. Le recours à une mesure de contention ne pose pas ou assez peu de difficulté pour plus d'un tiers des soignants.

Recours à de bonnes pratiques

Les niveaux de recours à de bonnes pratiques de l'ensemble des professionnels répondants de la campagne, dans l'usage des mesures de contention et d'isolement, ont été mesurés sur la base des orientations et recommandations issues de la littérature.

La figure ci-dessous présente les % de réponse « Très souvent – Toujours » obtenus pour chacun des 26 items du questionnaire (figure 7). La bonne pratique était considérée comme acquise lorsque le % de réponses dépassait le seuil de 60%.

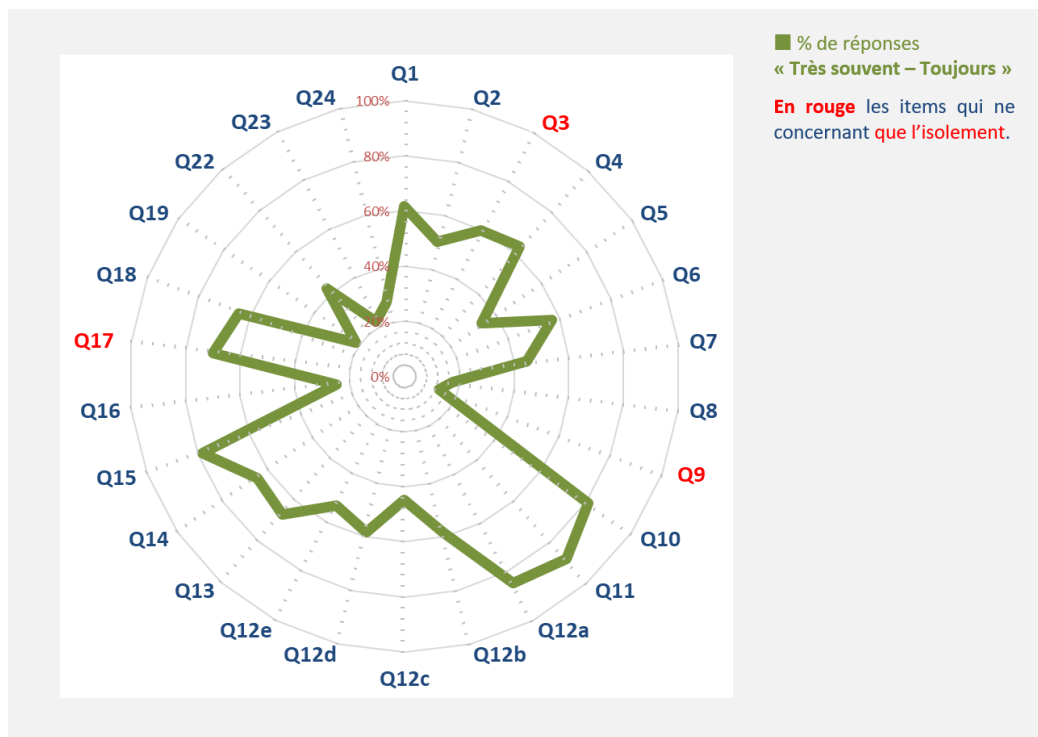


Figure 7 : Recours à de bonnes pratiques dans l'usage des mesures (N=9 946)

Les libellés courts des 26 items du questionnaire sont rappelés dans le tableau ci-après. Surlignés en bleu, les bonnes pratiques considérées comme acquises (% réponse supérieur à 60%).

La catégorie de la « Formation, prévention » est celle qui obtient le plus mauvais résultat car les % de réponses des trois items qui la composent (Q22, Q23 et Q24) sont tous inférieurs à 50%. Les meilleurs résultats concernent les items Q11 et Q12a relatifs à la « Traçabilité » de la mesure.

1. PRINCIPES	Q1. Tout est mis en œuvre pour éviter la mesure
	Q2. Les mesures dans la chambre personnelle sont évitées
	Q3. Justification clinique du pyjama et du retrait des effets personnels*
2. DECISION	Q4. Une évaluation bénéfice-risques menée avec l'équipe précède la décision
	Q5. Les décisions par anticipation ou avec la mention « si besoin » sont exclues
	Q6. Les décisions sont prises d'emblée ou validées secondairement par un médecin
3. INFORMATION, DROIT	Q7. Information de l'utilisateur ou de son représentant légal
	Q8. Un support écrit d'information est remis à l'utilisateur
	Q9. Les informations sont affichées dans la chambre d'isolement*
	Q10. La dignité et l'intimité de l'utilisateur sont préservées

(*) Les items en rouge ne concernent que l'isolement

4. TRACABILITE	Q11. Les décisions sont tracées dans le dossier de l'utilisateur
	Q12a. Prescription médicale datée et signée de la mesure
	Q12b. Résultats de l'examen clinique préalable
	Q12c. Termes explicites de l'évaluation bénéfices - risques menée avec l'équipe
	Q12d. Justification du caractère adapté, nécessaire et proportionné de la mesure
5. SUIVI, SURVEILLANCE	Q13. Les mesures sont les plus courtes possibles
	Q14. Le renouvellement d'une mesure fait l'objet d'une décision motivée
	Q15. Surveillance et prise en charge somatique de l'usager sont assurées
	Q16. Un entretien à propos du vécu de la mesure est réalisé avec l'usager
6. MATERIEL	Q17. L'isolement garanti à l'usager des conditions favorables à l'apaisement*
	Q18. L'usager mis sous contrainte a accès à un dispositif d'appel
7. FORMATION, PREVENTION	Q19. Information des services de sécurité-incendie en début et fin des mesures
	Q22. Recours recommandations, etc. sur l'usage de mesure de contraintes physiques
	Q23. Participation à des actions d'amélioration des pratiques professionnelles
	Q24. Développement d'activités spécifiques de réduction des situations à risque

(*) Les items en rouge ne concernent que l'isolement

Les niveaux de recours à de bonnes pratiques dans l'usage des mesures de contention et d'isolement, ont également été calculés selon les spécialités (cf. figure 8 ci-dessous).

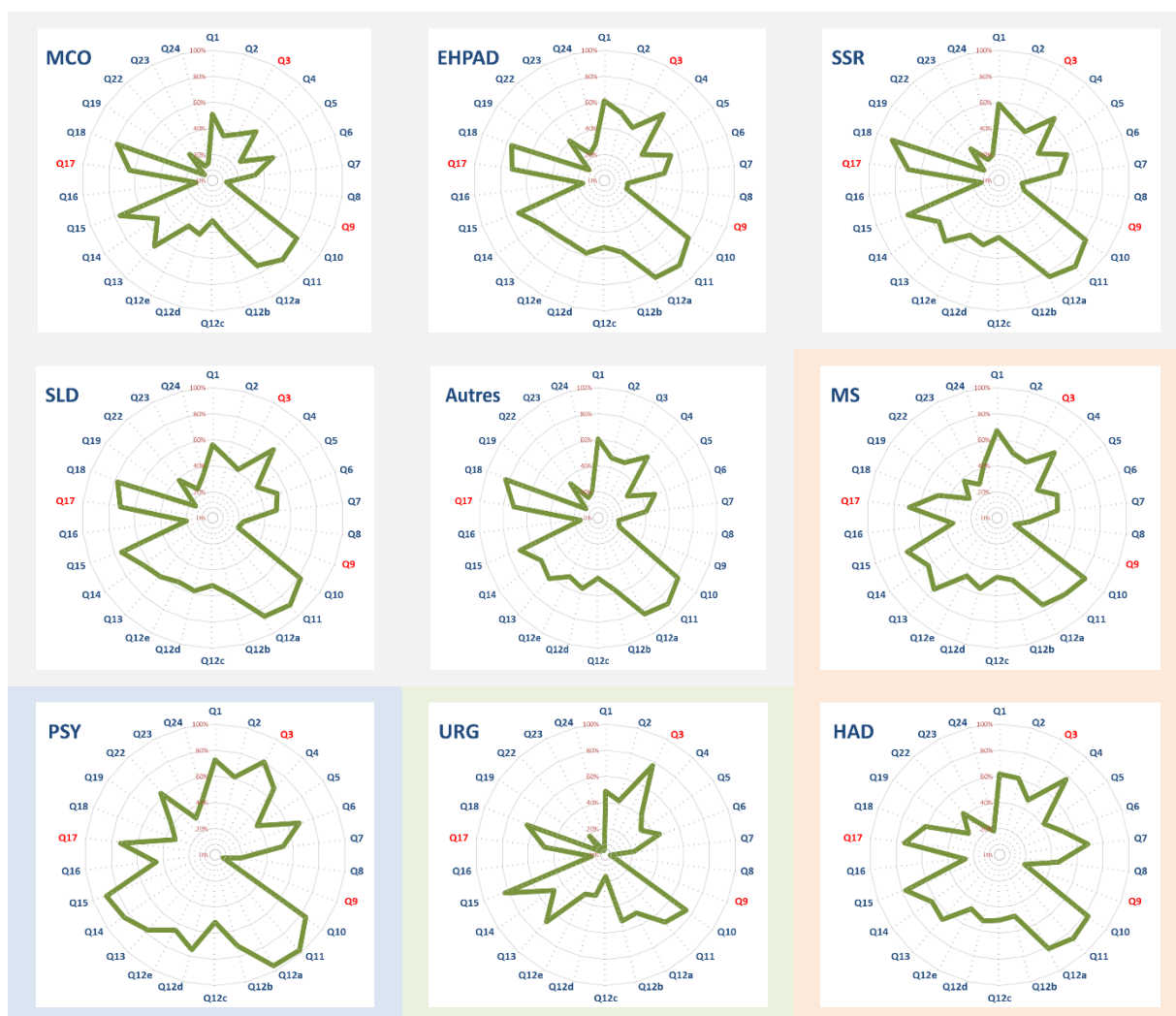


Figure 8 : Recours à de bonnes pratiques dans l'usage des mesures selon les spécialités

Les items 10, 11 et 12a obtiennent des scores supérieurs à 60% dans toutes les spécialités sauf pour l'item 12a aux urgences (URG).

A la vue des différents graphiques, on remarque certaines similitudes dans les profils :

→ Groupe 1 : EHPAD, MCO, SSR, SLD, Autres

→ Groupe 2 : HAD, MS

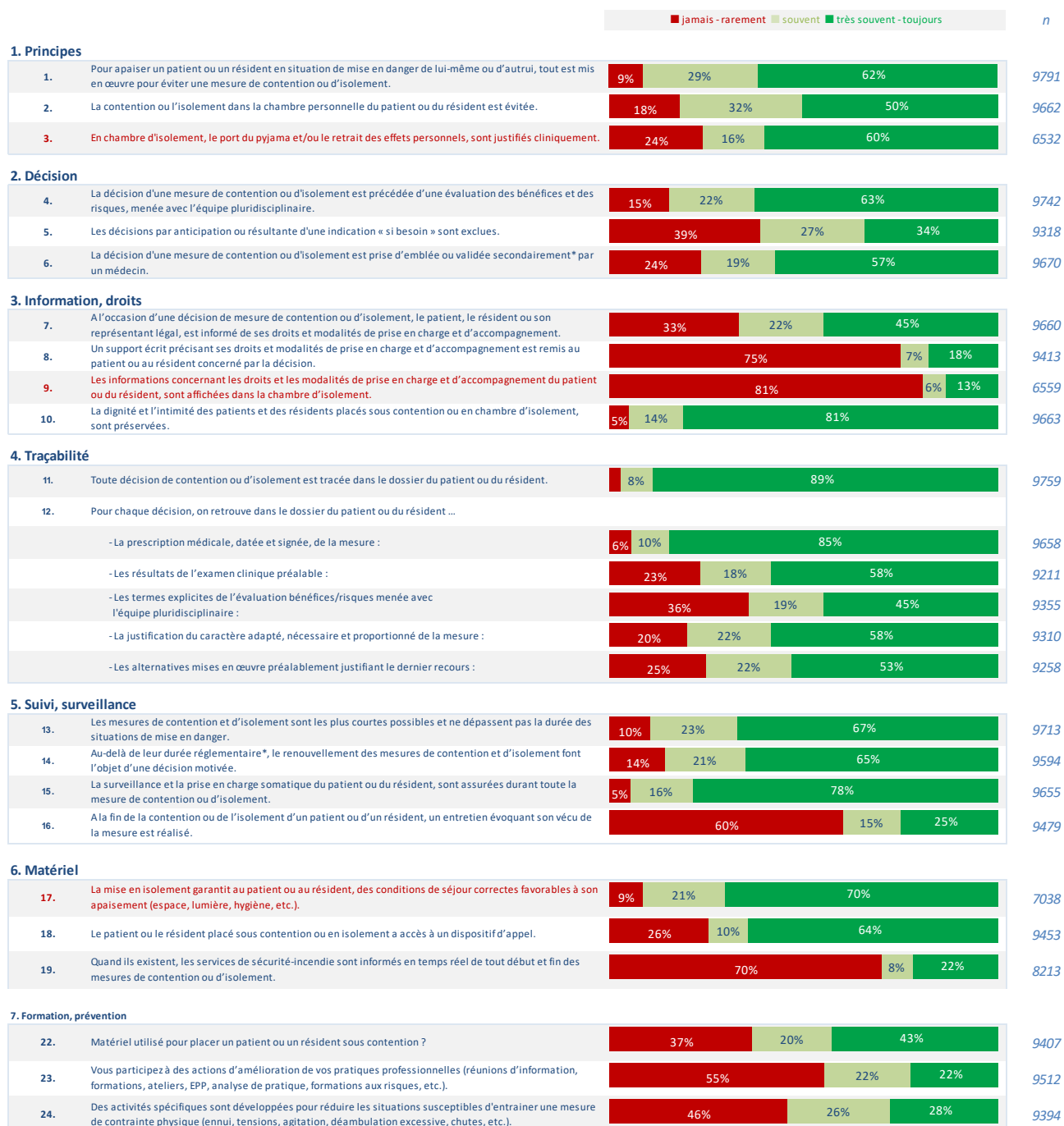
→ Groupe 3 : PSY qui est la spécialité avec le plus grand nombre d'items avec un score supérieur à 60%,

→ Groupe 4 : URG qui est la spécialité avec la plus grande disparité dans les scores.

5. Autres résultats détaillés

Résultats détaillés par items

Sont présentés ci-dessous la variabilité du recours à de bonnes pratiques dans l'usage des mesures de contrainte physique de l'ensemble des professionnels de la campagne (figure 9).



(*) Les items en rouge ne concernent que les mesures d'isolement

Figure 9 : Variabilité des pratiques d'usage des mesures de contention et d'isolement (%)

Analyse des commentaires

Le tableau ci-dessous, présente la répartition du nombre de commentaires des professionnels selon les spécialités (tableau 12).

Tableau 12 : Répartition des commentaires des professionnels par spécialité

Commentaires généraux	Total	PSY	MCO	EHPAD	SSR	SLD	HAD	MS	URG	Autres
Nombre	754	235	188	119	98	21	14	32	12	35
%	100	31,2	24,9	15,8	13,0	2,8	1,9	4,2	1,6	4,6
Nombre de répondants	10 291	3 123	2 422	2 080	1 098	334	200	153	113	768

Au total, 754 professionnels ont laissé un commentaire, soit un taux d'utilisation de 7,3%. Les points suivants ont été évoqués le plus fréquemment :

→ L'inadéquation du questionnaire ou de certaines de ces questions à la pratique ou à la spécialité de l'établissement :

exemples

- « Questionnaire peu clair par rapport aux items »
- « Questions inadaptées par rapport à la réalité des services »
- « Questionnaire inadapté au service des urgences »
- « Questionnaire peu adapté à notre service (ambulatoire) »
- « Il est difficile de répondre à certaines questions dans la mesure, pas toujours adaptées au vécu en service de neurologie. »

→ Le manque de matériel et/ou de personnel :

exemples

- « Chambre d'isolement très ancienne et insalubre malgré l'hygiène. Pas de douche spécialement pour ces chambres. Chambre mal localisée au sein du service (passage de tous les patients devant, fenêtre qui donne sur la cour des patients). »
- « Contention par barrière difficile car problème de maintenance des brancards non assuré. »
- « Difficile de rentrer dans leur cadre pas toujours adapté à notre établissement. Pas de chambre d'isolement dans notre établissement. »
- « Il faudrait plus de personnel pour accompagner les résidents en fonction de leurs besoins : marcher, parler, participer à des activités, téléphoner à leur famille ... »
- « Manque de personnel et de temps pour apaiser le patient par une activité spécifique. Ne peuvent avoir accès à la radio s'ils n'ont pas la TV. Ne peuvent avoir accès à la TV s'ils n'ont pas de visites ou d'argent. »
- « Dans l'urgence, on fait au mieux pour éviter que le patient ne se blesse ou blesse un membre de l'équipe. »
- « La première réponse pour prévenir la violence, me semble être la disponibilité de l'équipe soignante auprès des patients présentant des troubles de comportement. Seulement, comment mettre en place ce type de dispositif préventif lorsque l'équipe soignante travaille toujours à flux tendu ? »

→ **Le besoin de formation :**

exemples

« Formations sur les contentions seraient les bienvenues »

« Formation de la pose du Sécuridrap® »

« Besoin certainement d'avoir rappel de formation sur le sujet pour avoir plus de connaissances et pouvoir agir au mieux. »

« Manque de formation pour la mise en place des contentions tant technique que relationnelle. »

« Je n'ai pas eu de formation sur la contention ses risques ses aberrations son utilité c'est notre pratique professionnelle et notre bon sens qui nous guide. »

→ **La nécessité d'une réflexion en équipe** concernant ces mesures :

exemples

« Il est d'important de mener une réflexion en équipe avant la pose d'une contention. »

« Il existe une certaine "banalisation" de la contention physique en EHPAD avec une négligence de l'impact sur l'aspect psychologique du patient et la restriction de liberté que cela implique. Ces décisions devraient être prises après une réunion pluridisciplinaire et le recueil de l'avis de chaque professionnel. »

« Je trouve que l'on a tendance à poser une contention un peu trop rapidement. Il y a encore du travail dans la réflexion de la pose de la contention. »

« La contention doit rester une pratique occasionnelle qui sert à limiter les risques de danger pour le patient ou pour autrui En aucun cas, elle ne doit être systématique lors d'une agitation et/ou un trouble du comportement En parler en équipe permet de faire un point avant la mise en place afin de trouver une alternative, mais permet également de considérer les bienfaits après l'état d'agitation. »

6. Conclusion et perspectives

La campagne eFORAP 2016 d'évaluation des pratiques de recours à la contention et à l'isolement des usagers a mobilisé un nombre important de structures sanitaires et médico-sociales dans cinq régions de France avec une population cible d'un peu plus de 26 000 professionnels soignants.

Malgré une participation plutôt faible, de l'ordre de 40%, cette campagne nous a tout de même permis d'interroger près de 10 300 soignants dont les trois quart étaient des infirmier(e)s ou des aide-soignant(e)s et seulement 5% des médecins.

On notera la timidité de logiques d'établissement en faveur d'une limitation du recours à des mesures de contention et d'isolement avec notamment l'absence de formation pour un établissement sur quatre et l'absence de politique pour un établissement sur deux.

Selon les professionnels interrogés l'usage des mesures de contention et d'isolement est coutumier et seuls 6% d'entre eux déclarent n'avoir participé à aucune mesure durant le dernier trimestre.

Les motifs, les préalables et les suites des mesures, ainsi que les bénéfices pour l'utilisateur et les vécus des soignants, ont pu être abordés à partir des éléments factuels recueillis auprès de plus de 9 000 professionnels. Pourquoi la contention et l'isolement ? Et bien surtout pour remédier aux troubles du comportement et à l'agitation de l'utilisateur, mais également pour contrôler son risque de chute et contenir sa violence. Des mesures certes, mais pas sans quelques préalables, comme la mise en œuvre d'alternatives, la réflexion bénéfices-risques et la discussion avec l'utilisateur et son entourage. C'est du moins ce qu'ont déclaré les trois quart des professionnels. Concernant les actions déclenchées à la suite de ces mesures, selon les professionnels, ce que ces mesures occasionnent surtout, plus que des actions, ce sont des réflexions et discussions en équipe à propos sans doute des questions que posent la contention ou l'isolement d'un utilisateur. Ces professionnels soignants considèrent que les mesures ont été bénéfiques pour l'utilisateur et s'accordent, en ce qui les concerne, sur un vécu difficile de celles-ci.

L'évaluation du recours à de bonnes pratiques dans l'usage des mesures de contention et d'isolement a révélé que la recherche systématique du non-recours à ces mesures n'est pas un principe partagé par l'ensemble des professionnels et que les bonnes pratiques dans la mise en œuvre de ces « contraintes physiques » sont fort peu répandues.

Deux aspects essentiels sont à souligner concernant le recours à des mesures de contention et d'isolement, aspects que corroborent certains commentaires des professionnels : l'importance des besoins en formation et la nécessité des réflexions d'équipe.

Pour la suite, il apparaît primordiale que la dynamique régionale créée autour de la limitation de l'usage des mesures de contention et d'isolement trouvent des échos dans la mise en œuvre de formations ou d'ateliers thématiques, locaux ou régionaux. Des rencontres à l'occasion desquelles les professionnels pourront s'exercer à penser et imaginer toutes les alternatives possibles à ces mesures et à identifier les freins et les leviers de leur mise en œuvre.

7. Références

- JORF n°0022 du 27 janvier 2016. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) Article 72 insérant au code de la santé publique un article L. 3222-5-1.
- ANAES. *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*. Juin 1998.
- HAS. *Audit clinique ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personne âgée*. Juin 2006.
- ANAES. *Limiter les risques de contention physique de la personne âgée*. 1996.
- HAS. Note de cadrage. *Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie*. Juillet 2015.
- Charpeaud T, Eymere P, Goutain E, Garnier M, Tixeront C, Geneste J et al. *La contention physique au service des urgences : indications et principes de mise en œuvre*. Urgences 2012.
- CGLPL. *Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse)*. Février 2016.
- *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Editions Dalloz, 2016.
- ANAES. *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins de sécurité*. Novembre 2004.
- ANESM. *Les espaces de calme-retrait et d'apaisement*. RBPP. Janvier 2017.
- ARS et ORU PACA. *Mineurs en crise. Contention et sédation*. RBPP. 2015.
- Guivarch J. *Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques*. L'encéphale, 2013;39:237-43.
- Friard D. *Attacher n'est pas contenir*. [Internet, consulté le 21/06/2016]
- Lebeau S. *Une démarche institutionnelle à partir de l'audit des pratiques professionnelles sur la contention physique*. La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie 2008;144:168-72.
- Buguet V. *Évaluation des pratiques de contention physique et des risques liés aux chutes en secteur gériatrique*. Risques et qualité en milieu de soins. 2008;4:199-209.
- Guillaume Marie, Aude Pelisset, Anne-Marie Durocher. HAS. *Contention physique passive : Evaluation régionale des pratiques dans les établissements gériatriques*. [Internet, consulté le 22/06/2016]
- Laloye S. *Le dimanche matin, c'était bagarre...* Empan. 2015 Sep 24;(99):80-8.
- Cano N, Boyer L. *Évolution des pratiques institutionnelles : questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement*. L'information psychiatrique. 2012 Nov 15;me 87(7):589-93.
- Dumont A, Giloux N, Terra J-L. *Observation et évaluation d'une pratique clinique : l'isolement à l'unité médicale d'accueil du Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron*. L'information psychiatrique. 2012 Dec 28;me 88(8):687-93.
- Dipankui MT, Gagnon M-P, Desmartis M, Legaré F, Piron F, Gagnon J, et al. *La participation des patients à l'évaluation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement*. Santé Publique. 2014 May 27;26(2):217-26.
- Viau M. *Un cadre institutionnel : de la contenance à la contention*. VST - Vie sociale et traitements. 2015 Aug 28;(127):83-8.
- Collectif des 39. *39 Alerte, Non à la contention !* VST - Vie sociale et traitements. 2015 Nov 18;(128):10-10.
- Cabassut J. *La théorie du réel, clinique(s) de la contention*. Cliniques méditerranéennes. 2005 Oct 1;n°69(1):225-49.
- Caria A, Loubière C, Letailleur C. *Liberté et psychiatrie : les mots des usagers*. Santé Mentale. 1999, n°199.
- Lehmann J-P. *Ce que prendre soin peut signifier*. Le Coq-héron. 2005, n°180(1):50-4.
- Perrot E. *L'isolement thérapeutique* in Psychiatrie et psychothérapie, Ed. De Boeck Supérieur, Bruxelles, 2004.
- Coldefy M, Tartour T, Nestrigue C. *De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011*. Questions d'économie de la santé. Janvier 2015 n°205.
- Marques Ana, Saetta Sébastien, Tartour Tonya. *Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire*. Revue française des affaires sociales 2/2016 (n° 6), p. 57-74.
- Hospimedia. *Les présidents de CME des CHS proposent des mesures pour encadrer strictement isolement et contention*. [Internet, consulté le 22/06/2016]
- Toulouse Gérontopôle. *Unités spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement*. [Internet, consulté le 02/08/2016]

- Centre Ressource Métiers et Compétences en psychiatrie. *Isolement et contention physique - Quelles actions pour en réduire le recours ?* [Internet, consulté le 02/08/2016]
- Fédération régionale Nord Pas-de-Calais de recherche en santé mentale. *Synthèse des résultats de l'audit croisé et inter-hospitalier 2008 à propos de l'isolement thérapeutique.* [Internet, consulté le 02/08/2016]
- McGill University. *La sécurité des patients et l'utilisation des contentions physiques*, 2013.
- CHU Québec. *Evaluation des pratiques, des barrières et des facilitateurs reliés à l'implantation des mesures de remplacement de la contention et de l'isolement dans le RUIS de l'université de Laval.* [Internet, consulté le 02/08/2016]
- Larue C, Dumais A, Boyer R, Bonin JP. *Perception des patients à l'égard de l'application des mesures d'isolement avec ou sans contention.* Montréal : Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2012.
- MSSS Québec. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques.* [Internet, consulté le 02/08/2016]
- AGIDD-SMQ. *Ensemble, pour s'en sortir et s'en défaire. Réflexions et recommandations visant l'élimination des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques.* [Internet, consulté le 04/08/2016]

8. Annexes

Annexe 1 : Politique de l'établissement

Politique de l'établissement concernant la prévention des mesures de contention et d'isolement

Il existe dans l'établissement :

1. Une **politique** de limitation du recours aux mesures de contrainte physique ? Oui Non

2. Un **indicateur** permettant de suivre la fréquence des mesures de contrainte physique ?

Non
 Oui par le registre obligatoire
 Oui par le système d'information PMSI, RIM-P
 Oui par un autre moyen (préciser)

3. Des **formations** (inscrites au plan de formation) permettant de **réduire le recours** aux mesures de contrainte physique (violence, droits fondamentaux des patients et résidents, pratiques professionnelles préventives, etc.) ? Oui Non

4. Une organisation de la **maintenance préventive** des dispositifs de contention ou d'isolement ? Oui Non

Commentaire ...



CONTENTION et ISOLEMENT dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

Grille de recueil

Outil version 1, sept. 2016

Cette enquête aborde différents aspects de l'usage professionnel des mesures de contention et d'isolement pour lesquels il vous est demandé de situer votre pratique. Pour cela, il vous faut indiquer, pour chaque énoncé, votre position sur une échelle composée de 5 modalités entre « Jamais » et « Toujours ». Le temps estimé de remplissage du formulaire est de 15 minutes. Cette enquête est totalement anonyme et confidentielle.

La **contention** (mécanique ou passive) consiste dans l'usage de dispositifs matériels (liens, attaches, camisole, barrières, etc.) pour empêcher ou limiter les mouvements d'une personne. L'**isolement** est une situation dans laquelle une personne est placée, sur décision d'un médecin ou d'un soignant, dans un espace fermé qu'elle ne peut ouvrir (chambre d'isolement, chambre seule, service, pavillon, moyens détournés d'apaisement, de retrait, etc.).

Consigne de remplissage :

- Entourez la réponse qui vous semble la plus appropriée. Sauf mention spéciale, une seule réponse par question est admise.
- Les questions dont le numéro est rouge, sont spécifiques de l'isolement et peuvent être laissées sans réponse si votre établissement ou votre service n'est pas concerné par cette mesure.

Etablissement :	_____
Pôle :	_____
Service :	_____

I. PRINCIPES

Dans votre établissement, unité, service ...		Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
1.	Pour apaiser un patient ou un résident en situation de mise en danger de lui-même ou d'autrui , tout est mis en œuvre pour éviter une mesure de contention ou d'isolement.	1	2	3	4	5
2.	La contention ou l'isolement dans la chambre personnelle du patient ou du résident est évitée.	1	2	3	4	5
3.	En chambre d'isolement , le port du pyjama et/ou le retrait des effets personnels, sont justifiés cliniquement.	1	2	3	4	5

II. DECISION

Dans votre établissement, unité, service ...		Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
4.	La décision d'une mesure de contention ou d'isolement est précédée d'une évaluation des bénéfices et des risques , menée avec l' équipe pluridisciplinaire .	1	2	3	4	5
5.	Les décisions par anticipation ou résultante d'une indication « si besoin » sont exclues.	1	2	3	4	5
6.	La décision d'une mesure de contention ou d'isolement est prise d'emblée ou validée secondairement* par un médecin.	1	2	3	4	5

(*) Dans l'heure qui suit le début de la mesure selon les textes

III. INFORMATION, DROITS

Dans votre établissement, unité, service ...	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
7. A l'occasion d'une décision de mesure de contention ou d'isolement, le patient, le résident ou son représentant légal, est informé de ses droits et modalités de prise en charge et d'accompagnement.	1	2	3	4	5
8. Un support écrit précisant ses droits et modalités de prise en charge et d'accompagnement est remis au patient ou au résident concerné par la décision.	1	2	3	4	5
9. Les informations concernant les droits et les modalités de prise en charge et d'accompagnement du patient ou du résident, sont affichées dans la chambre d'isolement.	1	2	3	4	5
10. La dignité et l' intimité des patients et des résidents placés sous contention ou en chambre d'isolement, sont préservées.	1	2	3	4	5

IV. TRACABILITE

Dans votre établissement, unité, service ...	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
11. Toute décision de contention ou d'isolement est tracée dans le dossier du patient ou du résident.	1	2	3	4	5
12. Pour chaque décision, on retrouve dans le dossier du patient ou du résident ...					
la prescription médicale , datée et signée, de la mesure :	1	2	3	4	5
les résultats de l' examen clinique préalable :	1	2	3	4	5
les termes explicites de l' évaluation bénéfices/risques menée avec l'équipe pluridisciplinaire :	1	2	3	4	5
la justification du caractère adapté, nécessaire et proportionné de la mesure :	1	2	3	4	5
les alternatives mises en œuvre préalablement justifiant le dernier recours :	1	2	3	4	5

V. SUIVI, SURVEILLANCE

Dans votre établissement, unité, service ...	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
13. Les mesures de contention et d'isolement sont les plus courtes possibles et ne dépassent pas la durée des situations de mise en danger.	1	2	3	4	5
14. Au-delà de leur durée réglementaire ^(*) , le renouvellement des mesures de contention et d'isolement font l'objet d'une décision motivée.	1	2	3	4	5
15. La surveillance et la prise en charge somatique du patient ou du résident, sont assurées durant toute la mesure de contention ou d'isolement.	1	2	3	4	5
16. A la fin de la contention ou de l'isolement d'un patient ou d'un résident, un entretien évoquant son vécu de la mesure est réalisé.	1	2	3	4	5

(*) 12h pour la contention et 24h pour l'isolement selon les textes

VI. MATERIEL

Dans votre établissement, unité, service ...		Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
17.	La mise en isolement garantit au patient ou au résident, des conditions de séjour correctes favorables à son apaisement (espace, lumière, hygiène, etc.).	1	2	3	4	5
18.	Le patient ou le résident placé sous contention ou en isolement a accès à un dispositif d'appel .	1	2	3	4	5
19.	Quand ils existent, les services de sécurité-incendie sont informés en temps réel de tout début et fin des mesures de contention ou d'isolement.	1	2	3	4	5
20.	Matériel utilisé pour placer un patient ou un résident en isolement ?					
	Chambre d'isolement :	1	2	3	4	5
	Chambre personnelle :	1	2	3	4	5
	Espace de calme-retrait, d'apaisement :	1	2	3	4	5
	Autre, préciser :	1	2	3	4	5
21.	Matériel utilisé pour placer un patient ou un résident sous contention ?					
	Moufles de sécurité :	1	2	3	4	5
	Attache poignets / chevilles :	1	2	3	4	5
	Ceinture abdominale avec maintien pelvien (fauteuil) :	1	2	3	4	5
	Ceinture abdominale pour le lit :	1	2	3	4	5
	Ceinture avec maintien thoracique et pelvien (fauteuil) :	1	2	3	4	5
	Barrières de lit :	1	2	3	4	5
	Autre, préciser :	1	2	3	4	5

VII. FORMATION, PREVENTION

Dans votre établissement, unité, service ...		Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
22.	Vous avez recours à des recommandations, protocoles, guides, et autres documents spécifiques à l'utilisation des mesures de contrainte physique.	1	2	3	4	5
23.	Vous participez à des actions d' amélioration de vos pratiques professionnelles concernant les mesures de contrainte physique (réunions d'information, formations, ateliers, évaluation des pratiques professionnelles, analyse de pratique, formations aux risques, etc.).	1	2	3	4	5
24.	Des activités spécifiques sont développées pour réduire les situations susceptibles d'entraîner une mesure de contrainte physique (ennui, tensions, agitation, déambulation excessive, chutes, violence, etc.).	1	2	3	4	5

NB : Les questions dont le numéro est en rouge, sont spécifiques de l'isolement et peuvent être laissées sans réponse si votre établissement n'est pas concerné par cette mesure.

VIII. ELEMENTS FACTUELS

Dans votre établissement, unité, service ...

1. Fréquence de recours à une mesure de contention ou d'isolement au cours du dernier trimestre ?
- A.** Aucune **B.** 1 à 2 **C.** 3 à 5
D. 6 à 10 **E.** 11 à 20 **F.** plus de 20

Dernière mesure de contention ou d'isolement à laquelle vous avez participé :

2. Type de mesure de contrainte physique ?
- A.** Contention **B.** Isolement

3. Motif(s) de la décision de la mesure de contrainte physique de contention ou d'isolement ?
 [plusieurs réponses possibles]
- A.** Troubles du comportement
B. Agitation, désordre
C. Risque de chute
D. Déambulation excessive
E. Transport du patient ou du résident
F. Violence
G. Demande du patient ou du résident
H. Autre, préciser _____

4. Des alternatives à la mesure de contrainte physique ont été préalablement mises en œuvre ?
- A.** Oui **B.** Non

5. Avant la décision, une réflexion bénéfices-risques a été réalisée avec l'équipe soignante ?
- A.** Oui **B.** Non

6. Une discussion à propos de la mesure a eu lieu avec le patient ou le résident et son entourage ?
- A.** Oui **B.** Non

7. Selon vous, cette mesure a-t-elle été bénéfique pour le patient ou le résident ?
- aucun bénéfice* *très bénéfique*
- 0** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**

Commentaire : _____

8. Quel a été votre vécu de la mesure ?
- aucune difficulté* *très difficile*
- 0** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**

Commentaire : _____

9. Quelle(s) action(s) a (ont) été déclenchée(s) à la suite de cette mesure ?
 [plusieurs réponses possibles]
- A.** Aucune action
B. Déclaration d'un EI (Evénement Indésirable)
C. Réflexions d'équipe
D. Retour d'expérience
E. RMM*, staff EPP**
F. Analyse des pratiques professionnelles
G. Autre, préciser _____

(*): RMM - Revue de Morbidité et de Mortalité, (**): EPP - Evaluation des pratiques Professionnelles

Votre profil professionnel :

10. Vous êtes ?

- A. Médecin (interne y compris)
- B. Sage-femme
- C. Puéricultrice
- D. Infirmier(e), Cadre infirmier
- E. Aide soignant(e)
- F. Auxiliaire de puériculture
- G. Auxiliaire de vie
- H. ASH associée aux soins
- L. Psychologue
- J. Kinésithérapeute
- K. Ergothérapeute
- L. Psychomotricien(ne)
- M. Educateur spécialisé
- N. Moniteur éducateur
- O. Enseignant(e)
- P. Maître(sse) de maison
- Q. Elève, étudiant, stagiaire
- R. Autre, préciser

Commentaire :
