

1/ Isolement et contention : cadre thérapeutique

I. Isolement

Généralités

La chambre d'isolement, chambre fermée où le patient se trouve seul (lit scellé ou matelas à terre)

Chambres dites "sécurisées"

Un cadre légal "inexistant"

Le mot isolement apparaît explicitement pour la première fois en 1993 avec la circulaire dite Veil et rappelle que cette pratique doit être "médicalement justifiée"

Enfin, en février 2002, le rôle propre infirmier s'enrichit, dans le cadre d'une prescription médicale, de la surveillance de la chambre d'isolement

Avant d'être un soin, l'isolement est d'abord et avant tout un enfermement. C'est donc une question de droit.

Ansinn que le proclame l'article 7 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen du 26 août 1789, "nul homme ne peut être accusé, arrêté, ni détenu que dans les cas déterminés par la loi et selon les formes qu'elle a prescrites"

Si nul ne peut être accusé, arrêté, détenu que dans les formes prévues par la loi, toute mise en chambre d'isolement devrait donc être considérée comme illégale

Si la loi de 1838 puis celle du 27 juin 1990 ont énoncé dans quelles conditions un sujet souffrant de troubles mentaux devrait être "détenu" contre sa volonté dans un établissement de soin, elles ont toutes deux, en revanche été muettes sur les conditions dans lesquelles ce même sujet devait être "détenu" dans une chambre fermée à clé

Référentiel de 23 critères de pratiques élaboré par la HAS juin 1998

1. Données identité, date et heure de début et de fin de mise en chambre d'isolement
2. Si prêt de chambre, le dossier suit
3. Prescription médicale au moins dans l'heure
4. Prescription valable pour 24h renouvelable
5. Le trouble doit correspondre à une indication de la mise en chambre d'isolement (pas d'utilisation à but non thérapeutique)
6. Contre indications étudiées et notées
7. Facteurs de risque éventuels repérés et surveillance adaptée
8. Conformité avec le mode d'hospitalisation
9. Vérification de la chambre (objet dangereux) et patient aussi
10. Entrée et sortie de la chambre d'isolement signalée au service de sécurité incendie
11. Conditions de sécurité suffisante pour le patient et l'équipe de soins
12. Explications: information sur les raisons, l'objectif, évaluer la nécessité d'informer l'entourage
13. Si contention physique: matériel adéquate et prise en compte du confort du patient
14. Visite médicale dans les 2 heures
15. 2 visites médicales / jour
16. Rythme programmé de la surveillance de l'état psychique respecté
17. Rythme programmé de la surveillance physique

18. Surveillance biologique prescrite réalisée
19. Séjour du patient en chambre d'isolement interrompu par sorties brèves durant la journée
20. Entretien centré sur le vécu à la sortie
21. Hygiène du patient assuré
22. Etat de propreté de la chambre à vérifier au moins 2x / jour
23. Documents de surveillance dans dossier de soin du patient et on peut y rajouter les mesures de substitution éventuelles à la consommation de tabac (prévenir les risques dus au manque)

Conclusion

L'aspect thérapeutique de la mise en chambre d'isolement n'est pas un acquis, il est constamment à remettre en cause et à démontrer, au cas par cas

En se battant pour que leur droit à la sûreté soit mieux entendu, ce n'est pas seulement pour leur liberté que nous militons, c'est aussi pour la notre

Les décisions doivent être limitées à ce qui est indispensable dans le cadre de l'urgence, en respectant l'individu, en l'informant des options thérapeutiques prises, et en respectant au mieux le cadre réglementaire

II. Contention

Définitions et généralités

"Appareil ou procédé destiné à immobiliser soit un animal, soit une partie ou la totalité du corps humain dans un but thérapeutique"

La contention consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit, ou sur un brancard

Décidées souvent dans l'urgence, elles mobilisent les affects des équipes de soin

Elles ne font pas l'unanimité et sont source d'ambivalence et de culpabilité

Elles sont "généralement" utilisées en dernier recours et peuvent être perçues comme un échec de la relation de soin

La contention physique est une mesure d'exception, temporaire, qui ne constitue pas à elle seule une mesure thérapeutique et dont les effets secondaires peuvent être graves

Jérôme Palazzolo, psychiatre

Il y a les contentions "qui vont de soi", les moins culpabilisantes: protection évidente de l'individu

- barrières
- maintien pour une prise de soin, prémédication, perfusion

Les contentions "qui ne vont pas de soi"

- attachement physique
- le cadre hospitalier (placement, service fermé)
- la contention chimique

Contention et conception du soin

Dekker et al, 1989 et Vassili et MacNasser en 1997: "la contention est une procédure imposée qui ne devrait pas être considérée comme un outil thérapeutique"

Chamberlain, 1985: décrit la contention comme un "gentil euphémisme" utilisé pour dépeindre une pratique extrêmement humiliante

Pilette en 1978: a une vision systémique et la décrit comme une mesure punitive employée afin de maintenir l'homéostasie d'une unité de soins

Moore 1999 et Palazzolo 2000: peut-être utilisée qu'en dernier recours

Swett 1994 et Lendmeiler 1997: elle apparaît comme une procédure efficace dans la gestion des troubles du comportement

Témoignage de patients

- exprime le plus souvent un sentiment d'injustice en lien aussi avec le déni des troubles
- peut quelques fois évoquer un sentiment d'apaisement ou de protection vis-à-vis des autres
- expérience traumatique très souvent

Conclusion

La contention mécanique ne devrait être utilisée que par inadéquation des autres possibilités de juguler un accès de violence physique ou l'impossibilité de mettre en œuvre des soins du fait de l'agitation

Une efficacité en termes de protection des principaux acteurs (patients et soignants) lors de la prise en charge hospitalière, est reconnue

Toutefois la controverse porte sur l'efficacité sur le trouble mental et le risque de maltraitance et de déviance

La contention physique est un système d'attache qui empêche une personne de pouvoir se mouvoir et assurer ses besoins fondamentaux

La contention a pour but parfois de palier à un risque vital mais elle doit être réévaluée régulièrement et doit être limitée dans le temps pour ne pas engendrer de complications qui pourraient devenir irréversibles

De toutes les façons que ce soit la peur, l'échec du soin ou la prévention, le soignant doit toujours agir dans l'intérêt du patient et non dans son propre intérêt, ou pour résorber sa propre peur

Nécessiter de parler en équipe et avec le patient après la crise

C'est un geste qui doit être fait avec prudence et modération pour éviter les complications et les conséquences dans la prise en charge

Mais cet acte doit aussi amener le soignant à réfléchir à son comportement et à ses émotions pour éviter de systématiser ce soin

Conclusion: isolement et contention

Ecouter les patients, entendre leur vérité pour des raisons éthiques et cliniques