

Soigner sans Attacher.

EXPÉRIENCES INTERNATIONALES DE SOINS EN SANTÉ MENTALES LIBRES DE CONTENTIONS MÉCANIQUES.

Traduit de l'espagnol par Julien Martinez, RN, MII en management des organisations et Felipe el Veder, Phd Biologie.
Correction Agnès Mathiot, RN.

Auteurs / Autrices

Anna Carralero Montero (a)
Francisco Eiroa-Orosa (b)
Beatriz Pérez Pérez (c), (d)
Marta Plaza Fernández (e)
Raquel Ruiz-Íñiguez (f)
Hernán María Sampietro (b,d)

a. Faculté de médecine et science de la santé Université de Alcatá (UAH), CSM San Blas
b. Faculté de psychologie, Université de barcelone (UB)
c. Doctorante FPU pour le MECD de l'UAB
d. ActivaMent Association catalane
e. Collectif InsPIRADAS, collectif LOCOMÚN.
f. Faculté de psychologie, Université nationale d'éducation à distance (UNED)

Introduction

La contention mécanique est une pratique coercitive étendue dans le milieu de la santé en Espagne. Bien qu'il n'y ait pas d'information transparente ni de registre commun sur sa mise en place, il existe clairement un consensus sur son intégration en tant que pratique habituelle dans un contexte de soins en santé mentale. Même si le discours dominant des professionnels de santé légitime et justifie son usage comme "inévitable", les organismes internationaux des Droits de l'Homme alertent sur le fait que, indépendamment de sa durée, la contention physique constitue un traitement cruel, inhumain et dégradant qui peut être relégué au même rang que la torture.

Objectif

Compiler et synthétiser de manière visuelle les modèles de soins en santé mentale libres de contention mécanique.

Méthodologie

Il a été réalisé une recherche aussi bien des articles universitaires et scientifiques sur le sujet que de la littérature grise. Les centres de soins concernés ont été contactés quand il était nécessaire de récolter plus d'informations. Il a été sélectionné des articles en anglais, en espagnol et en italien sur les expériences de soins qui ont mené à l'élimination totale des contentions mécaniques durant au moins un an consécutif, sans qu'il y ait eu pour autant une augmentation d'autres types de contention (physique, chimique, ou isolement).

Résultats

Les mesures sont regroupées par pays :
U. Unités.
N. Nombre de lits ou de personnes prises en charge.
T. Période libre de contention renseignée.

Australie 11 (AUS)

U. 92 unités d'hospitalisation.
N. 5178 lits.
T. De 2 à 5 ans selon les unités.

L'isolement a été réduit.

Etats-Unis

Arizona 8 (AR)

U. Unité de crise
N. 288 entrée / mois.
T. 25 mois.
Diminution de l'isolement et des blessures à l'encontre du personnel. La contention chimique concerne quant à elle 0,45% des patients.

Pennsylvanie 10 (PN)

U. 6 unités de soins conventionnelles, 2 unités pénitentiaires, 1 unité long séjour, 1 unité pénitentiaire pour les délinquants mineurs.

Les prescriptions "PRN" (si besoin), la contention chimique et l'isolement ont été supprimés.

Connecticut 9 (CN)

U. Unité pédiatrique
Albert J. Solnit
Children center.
N. 52 lits.
T. 2 ans.

L'isolement fut réduit de manière significative.

Italie 13,14 (IT)

U. 26 centres de soins SPDC (Servizi Psichiatrico di Diagnosi e Cura)

N. 292 lits.

T. De 1 à 15 ans selon les unités.

Multiplication des unités qui adoptent les "portes ouvertes".

Espagne (ES)

U. Unité de soins généraux de l'établissement de

Sant Joan de Déu,

Sant Boi de Llobregat.

N. 27 lits.

T. 17 mois.

réduction de l'isolement et de la contention chimique.

Suisse 12 (SZ)

U. Clinique psychiatrique cantonale de Mendrisio.

N. 140 lits.

T. 6 ans.

Les unités ont leurs "portes ouvertes", sans chambre d'isolement, la contention physique a été supprimée, diminution des accidents du travail graves et de l'administration forcée de thérapeutique.

Qu'est-ce qui facilite l'élimination de la contention mécanique ?

Changement dans la gestion : implication des responsables des centres et des unités **AR, AUS, CN, SZ** ; changement dans les politiques, guides et protocoles : **AR, AUS, PN, SZ** ; inclusion des attitudes et des valeurs dans l'évaluation des performances **AUS** ; actions de motivation sur les agents de soins **IT**.

Formation du personnel : **AR, AUS, CN, ES, IT, PN, SZ** ; formation sur l'intervention en situation de risque **CN, ES, IT**.

Usage de l'information : collecte systématique des informations **AUS, CN, IT, PN, SZ** ; information périodique du personnel sur les process **AR** ; diffusion des données pour un rendu public **AUS, PN**.

Changements dans les équipes : équipe de réponse pour intervenir en crise **PN, SZ** ; inclusion de pairs (pairs aidants) comme salariés **AR, AUS, IT** ; ou pairs aidants comme volontaires **ES, IT** ; augmentation du personnel **SZ**.

Modification des soins : un soin centré sur la personne **AR, CN, ES, IT, SZ** ; un soin porté sur la récupération **AR, AUS, SZ** ; un soin qui prend en compte le traumatisme **AUS, CN, IT, SZ** ; un soin fondé sur les forces de la personne **CN** ; un soin particulier apporté lors des soins intensifs **SZ** ; un soin porté sur la relation **ES, IT, SZ** ; un soin fondé sur une approche par le dialogue **SZ** ; le soin orienté sur les bonnes pratiques **IT** ; un soin respectant les pratiques culturellement bien appropriées **AUS** ; intégration d'un programme de sécurité de la personne prise en charge fondé sur des preuves **AUS** ; construction d'un environnement thérapeutique **AUS** ; ouverture des portes **IT**.

Supervision : supervision clinique pour tout le personnel **AUS** ; espaces pour partager l'anxiété des équipes **SZ**.

Session de débriefing avec les personnes prises en charge **AR, CN**.

Participation de la personne prise en charge et de sa famille / de ses soignant.e.s, visite de l'unité de celles et ceux qui ont des liens affectifs avec le patient sans restriction d'horaires **CN** ; participation à la planification des soins **AUS, IT, PN** ; inclusion à la prise de décision de l'unité de soin **AUS, CN**.

Conclusion


les centres de soins en santé mentale libérés de la contention mécanique présentent des initiatives prometteuses qui constituent un défi face au statu quo, montrant qu'il est possible de soigner sans attacher. Etant donné le manque de preuves sur son utilité clinique et l'existence évidente des dommages qu'elle engendre, la contention mécanique peut se considérer comme une mesure anti-thérapeutique et iatrogène, qui ne peut se justifier par des critères qui prétendraient porter attention à la santé.

L'élimination de la contention mécanique dans les soins de santé mentale est un impératif clinique, légal et éthique prioritaire.

Bibliographie


1. Nocete Navarro L, Carballeira Carrera L, López Álvarez I, Cocho Santalla, Clara Fernández Liria A. Percepciones y actitudes de los profesionales de salud mental en la contención mecánica. In: Beviá Febrer B, Bono del Trigo A, editors. Cuaderno Técnico "Coerción y salud mental Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental." Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN); 2017. p. 109-672. Inchauspe Aróstegui JA, Valverde Eizaguirre M. La coerción en salud mental: conceptos, procesos y situación. In: Beviá Febrer B, Bono del Trigo A, editors. Cuaderno Técnico "Coerción y salud mental Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental." Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN); 2017. p. 13-91.
3. Cocho Santalla C, Nocete Navarro L, López Álvarez I, Carballeira Carrera L, Fernández Liria A. Experiencia y actitudes de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directas: revisión bibliográfica de estudios cualitativos. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2018;38(134).
4. Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, 1 de febrero de 2013, A/HRC/22/25/53.
5. Naciones Unidas, Asamblea General. "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", HR/P/PT/15.
6. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, p. 29313- 29424.
7. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2019. CRPD/C/ESP/CO/2-3
8. Ashcraft L, Anthony W. Eliminating Seclusion and Restraint in Recovery-Oriented Crisis Services. Psychiatr Serv [Internet]. 2008 Oct 1;59(10):1198-202. Available from: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.2008.59.10.1198>
9. Caldwell B, Albert C, Azeem MW, Beck S, Cocoros D, Cocoros T, et al. Successful seclusion and restraint prevention effort in child and adolescent programs. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2014 Nov;52(11):30-8.
10. Sterner C. Pennsylvania State Hospital Risk Management Summary and Indicator Report. Harrisburg, Pennsylvania, EEUU; 2019.
11. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Mental health services in Australia [base de datos en Internet]. Canberra: AIHW, 2019 acceso 15 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/summary-of-mental-health-services-in-australia>
12. Emmenegger T. Institution, coercion and trauma: Freedom is a daily exercise. Can relationship-oriented intensive care reduce coercion in psychiatry? En: Good practice services: promoting human rights & recovery in mental health. Trieste: International School Franca e Franco Basaglia - The Practice of freedom; 2019
13. Romero, G. La mappa degli Spdc No Restraint [Internet]. E tu slegalo subito; 2017. [13/01/19]. Disponible en: <http://www.slegalosubito.com/2018/07/25/la-mappa-degli-spdc-no-restraint/>
14. Associazione Club SPDC no restraint. Eliminare la contenzione meccanica nei SPDC si può En: VIII Congresso Nazionale del SPDC No Restraint. Forgia, Italia: URP Azienda Sanitaria Locale Foggia; 2015
15. Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 28 de marzo de 2017. A/HRC/35/21.
16. Sailas EES, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 1. Art. No.: CD001163.

Vous souhaitez contacter le coordinateur de la traduction française de cette infographie ? Vous pouvez contacter Julien Martinez par email & twitter.

 julien.martinez@arhm.fr

 [@Martinez_J_](https://twitter.com/Martinez_J_)

Cette infographie vous à intéressé et vous souhaiteriez contacter l'auteur ? Vous pouvez joindre Marta Plaza Fernandez par email.

 marta.plaza.fdez@gmail.com