

# Études quantitatives de la réduction de l'isolement et de la contrainte à l'hôpital de Niuvanniemi

*Anu Putkonen  
Satu Kuivalainen  
Olavi Louheranta  
Hannu Kautiainen  
Eila Repo-Tiihonen  
Jari Tiihonen  
All persons served or working in Niuva*



UNIVERSITY OF  
EASTERN FINLAND

# 1. Definitions (APNA 2007)

## *ISOLEMENT( I )*

Toute méthode manuelle ou dispositif, matériel ou équipement physique ou mécanique qui immobilise ou réduit la capacité d'une personne à déplacer librement ses bras, ses jambes, son corps ou sa tête

## *CONTRAINTE ( C )*

Incarcération involontaire d'une personne seule dans une pièce fermée à clé ou dans une zone que la personne est physiquement empêchée de quitter

Littérature concernant Isolement (I) et Contrainte (C) et leur prévention efficace: «les usages de l'isolement de la contrainte sont associés à des habitudes locales plutôt qu'à des situations de patients." (Sailas & Wahlbeck, Cochraine Review 2005) \*

- I / C ont été utilisés comme «traitement», et étaient supposés réduire la violence et les méfaits. Cependant, seulement 33% des usages d' I / C étaient liés à des faits de violence (Keski-Valkama, 2010)
- Il n'existe aucune preuve scientifique attestant de l'efficacité ou de la sécurité de l'utilisation des pratiques d' I / C dans la prévention de la violence / des blessures -> «I / C ne constituent pas des traitements médicaux».
- On note des variations considérables entre les districts des usages, de l'incidence et de la durée des pratiques d'I / C, mais des taux localement très stables (Tuori 2004). -> les usages d'I / C sont influencés par des croyances et des habitudes, difficiles à changer -> plusieurs stratégies sont nécessaires pour changer la culture.
- Une variation saisonnière de l'utilisation des I / C et de la violence apparaît dans la communauté, mais pas de la violence chez les personnes hospitalisées et atteintes de troubles psychotiques -> L'activité I / C pourrait en fait suivre la variation saisonnière chez le personnel (Kuivalainen et al., 2017) "Appel clair pour les essais contrôlés randomisés par groupes de mesures préventives"

# HopitalNiuvanniemi

## Département de psychiatrie légale

### Université de Finlande orientale

- Le plus grand des deux hôpitaux d'état en Finlande, avec le Département de psychiatrie légale de l'Université de l'Est de la Finlande (UEF), 296 lits
- Environ 800 employés
- Hôpital fondé par le tsar Alexandre III
- Centre pour les soins psychiatriques et la recherche pour personnes atteintes de troubles psychotiques ou ayant des comportements violents / autodestructeurs problématiques ou dangereux
- Peu d'unités psychiatriques locales ont des capacités d'hospitalisation suite à la fermeture de plus de 85% des lits d'hôpitaux psychiatriques depuis les années soixante-dix.
- Formation des infirmières, des médecins etc.
- Des registres détaillés et le suivi des pratiques d' I/C, ainsi que des accidents du travail, et des faits de violence (SOAS depuis 1991> Hipro)

# Hopital Niuvanniemi

- Zone concernée: Finlande, 5,5 millions d'habitants  
276 lits pour adultes atteints de troubles psychotiques + 20 lits pour adolescents. Peu de prisonniers
- Environ 50% de médecine légale, 45% de civil, 5% d'examen
- 86% d'hommes, tous en soins sous contraintes
- Faible turn-over du personnel
- Pas de personnel infirmier non formé
- 30% RN en 2008, maintenant 50%
- 620-640 employés
- Le nombre d'employés a diminué mais le niveau d'éducation a augmenté



## 2. Essai contrôlé randomisé (ECR) 2008-2009, Ressources

Un groupe de travail multi-professionnels:

- Satu Kuivalainen, infirmière expérimentée, RN, MSc

- Olavi Louheranta, anthropologue culturel, conseiller,  
théologiste / prêtre, ThM, PhD

- Anu Putkonen, MD, Ph.D., psychiatre judiciaire, chercheur

- Comité de pilotage : che de pôles et cadres infirmiers une  
fois/mois, dirigé par le professeur Jari Tiihonen

Financement: NIHW- 2 ETP sur 2 ans

# Procédure d'essai contrôlé randomisé (ECR) Hopital Niuvanniemi 2008 - 2009

Plan de recherche,  
information à tous les secteurs de psychiatrie  
Visites aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, conseil éthique

Toutes les secteurs de psychiatrie  
Information générale, Éducation,  
Statistiques

Stratification Oct.2008:  
2 secteurs avec intervention + 2 secteurs groupe contrôle

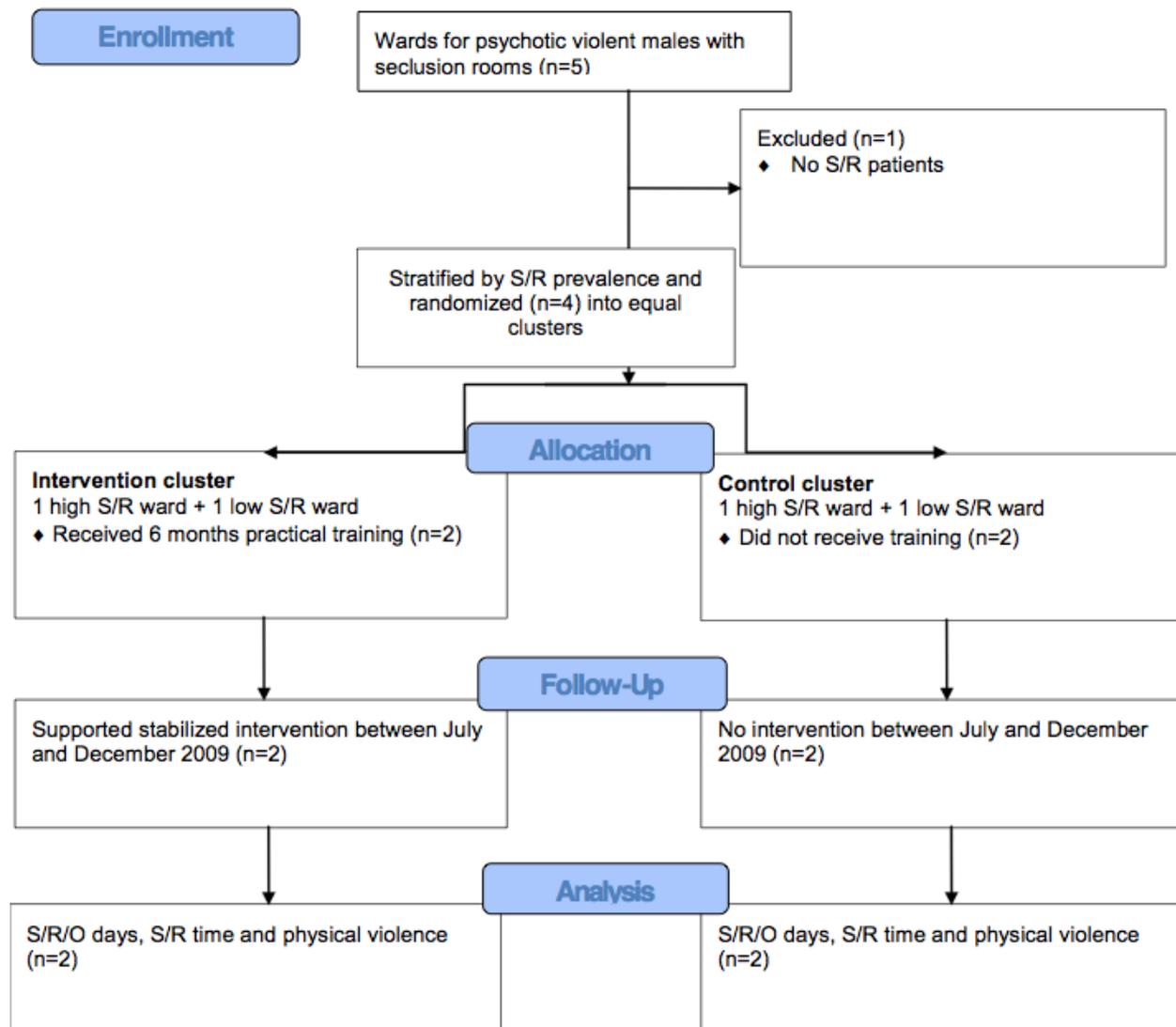
**Formation**

**Intervention**

---

jan	marc	may	July	sept	nov	jan	marc	may	July	sept	nov		
feb	h	april	june	augus	oct	dec	feb	h	april	june	augus	oct	dec
2008			t			2009			t				

**Figure 1. RANDOMIZATION**  
 A cluster randomized controlled study of seclusion and restraint (S/R)  
 reduction at Niuvanniemi Hospital



AP

# Comment réduire les pratiques d' I/C efficacement, sans augmentation de la violence, des blessures et des arrêts maladie?

## **L'usage des 6 Stratégies Fondamentales (6SF) pour la réduction des pratiques d' I / C**

- De nombreuses comparaisons non contrôlées, une énorme réduction des pratiques d'I/C
- l'étude des registres des États-Unis basés sur les données probantes (2012), après une étude de cinq ans menée dans 28 établissements d'État américains dans 8 états, avait démontré une réduction de plus de 50% de S et plus de 70% de réduction des pratiques d'I/C par heures et individus (Huckshorn et Al., 2009).
- 47% - 92% de réduction des taux d'I / C dans 70 établissements américains après l'application de ces réformes sous l'autorité américaine de santé mentale (Lebell et al., 2014)
- Aucun essai contrôlé publié sur l'innocuité ou l'efficacité de l'emploi de l'isolement et de la contrainte (Cochrane revue Sailas & Wahlbeck, depuis 2005)
- En Europe, personne ne semblait comprendre les 6SF. « Ce qui est utile n'apparaît pas clairement »
- KA Huckshorn et J. Lebell ont organisé pour nous les visites de 5 hôpitaux d'états américains ayant le taux le plus important et sur la plus longue période, de réduction des pratiques d'I/C avec les 6SF. Dr Gregory Smith en Pennsylvanie, et de nombreux experts de 5 hôpitaux publics nous ont aidé, formés et nous ont fourni des outils.

# Les 6 Stratégies Fondamentales (6SF) dans la pratique

- Les fondements : revues de littérature et descriptions d'initiatives réussies (Gaskin 2007)
- Utilisées et développées aux États-Unis depuis les années 1990 par NASMHPD
- Publiées et validées par les associations psychiatriques américaines (NAPHS, APA, APNA etc.) et KA Husckshorn
- Nous avons utilisé les brochures APNA, NAPHS : *apprendre les uns des autres. Histoires de réussite et idées pour récuser les pratiques d'isolement et de contraintes dans les comportements de santé*, 2003. [www.naphs.org/rscampaign/leaning.pdf](http://www.naphs.org/rscampaign/leaning.pdf)
- Développement de pratiques, règles, communication => pour aller vers un changement de culture
- Développement simultané de plusieurs éléments essentiels dans le soin => assez d'énergie pour surmonter la résistance, pour démarrer, ainsi qu'un processus continu -> Processus continu non-discriminant, reposant sur du soutien et de la supervision - nécessité de leadership!
- Prévention primaire, secondaire et tertiaire: l'hôpital, les services et les usagers des services élaborent avec le personnel des stratégies individuelles pour prévenir les conflits et la coercition
- *Putkonen A et al. Essai contrôlé randomisé de réduction de l'isolement et de la contrainte dans les unités sécurisées pour hommes atteints de schizophrénie. Psych.Services 2013*

***Les 6 stratégies fondamentales (6SF) pour la réduction d'I/C***  
*NASMHPD 2003, 2009, KA. Huckshorn*

1. Du leadership vers le changement
2. Données pour informer sur l'évolution des pratiques
3. Développer votre équipe
4. Les outils de prévention des pratiques d'I/C
5. Intégration totale des usagers, des pairs et des familles dans toutes les activités
6. Débriefing / Analyses après tout incident

# 6SF:

## Des soins individualisés en fonction du traumatisme

- Ce qui est bon pour une personne peut être néfaste pour une autre
- L'individualisation, le partenariat, les choix judicieux, « toujours demander au patient »
- Interactions : des traumatismes antérieurs du personnel et des patients, etc.
- Développement du personnel: formation par des experts d'expérience
- Plans de crise individuels: signes d'alerte, déclencheurs, stratégies d'apaisement, s'entraîner
- Déclencheurs généraux: (HALT) affamé, en colère, seul, fatigué, assoiffé
- Se donner du temps et de l'espace pour calmer les crises avec des stratégies individuelles: «**Agissez, ne réagissez pas!** »
- Interventions sensorielles, choisir des activités significatives
- Statistiques et analyses de cas-références, élaboration continue de stratégies
- Des patients et des équipes épanouis ... après quelques années 😊

## RÉSULTATS : différences entre les groupes avec intervention et les groupes-témoins

- PREVALENCE: Différence significative par rapport aux groupes-témoins pour le temps passé en I / C ( $p = 0,001$ )
- DEBUT vs FIN: La proportion de temps et de jours passés en I/C a diminué de façon significative, à savoir de moitié, dans le groupe avec intervention. ( $P = 0,001$ ). (Dans le échantillon témoin, le temps passé en I/C augmente tandis que les jours passés en I/C diminuent de façon non significative).
- La violence physique a diminué dans les deux échantillons. La différence était non significative ( $p = 0,91$ ), probablement parce que les deux groupes avaient eu accès à l'information générale et au suivi statistique. Les personnes des échantillons ne pouvaient pas être isolées les unes des autres: les infirmières travaillaient dans de nombreuses salles, et toutes discutaient de la réduction des I/C .... Ce qui était notre objectif ☒

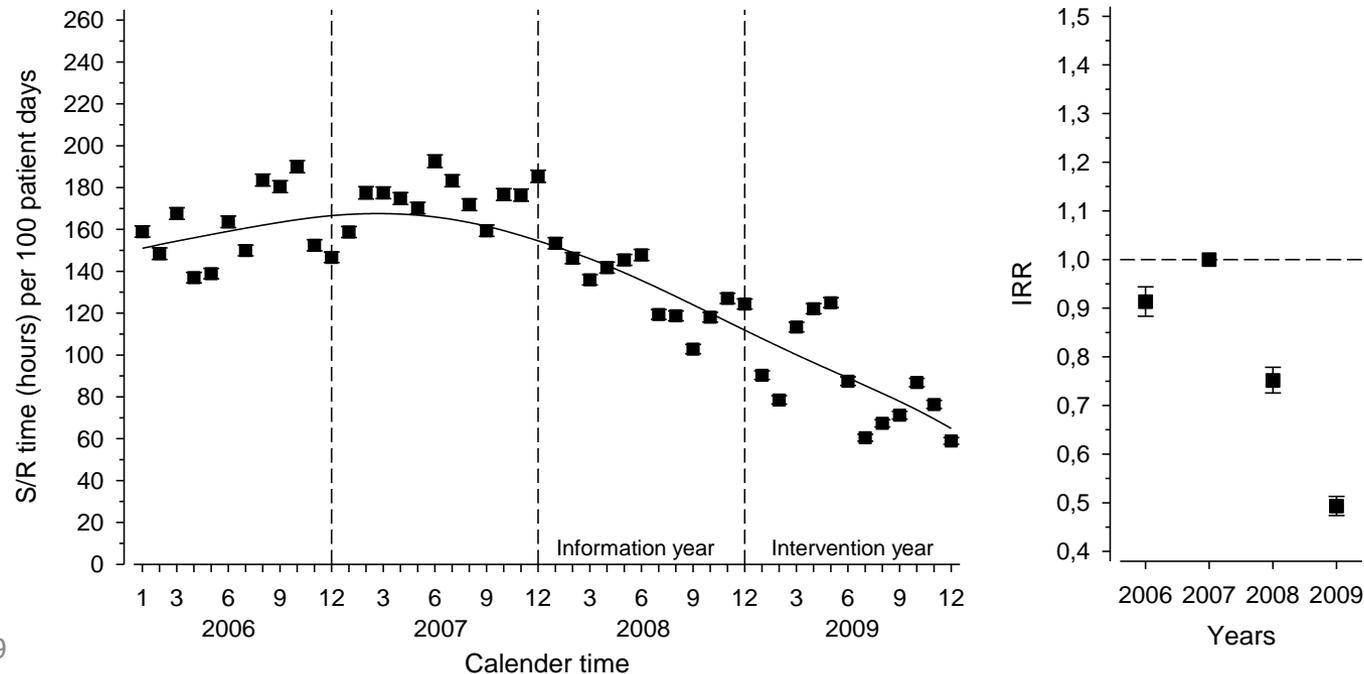
**Conclusion: L'isolement et la contrainte ont pu être prévenus de façon efficace et cela sans augmentation de violence, avec les 6 stratégies fondamentales.**

Les taux annuels des pratiques d'I/C à l'hôpital de Niuvanniemi ont baissé pendant la période 2008-2009 vs. 2007 (services adultes)

- 51% moins de temps d'I/C (IRR = 0,49)
- 70% de moins de jours d'arrêt maladie pour cause de blessure causées par un patient
- Des formations à la gestion de l'agressivité physique

La réduction des pratiques d'I/C permet-elle de faire décroître la violence?

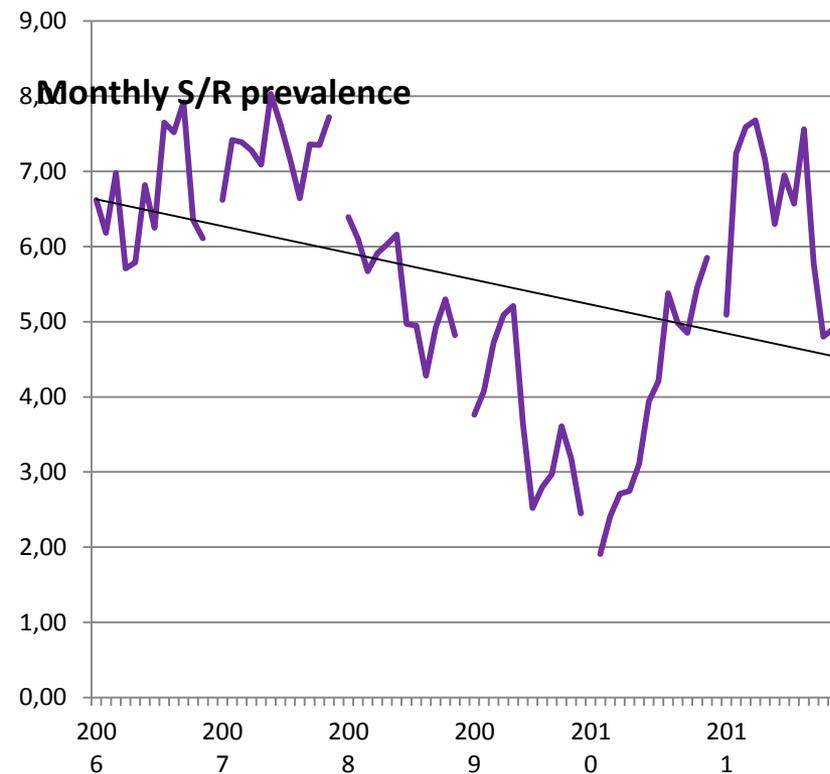
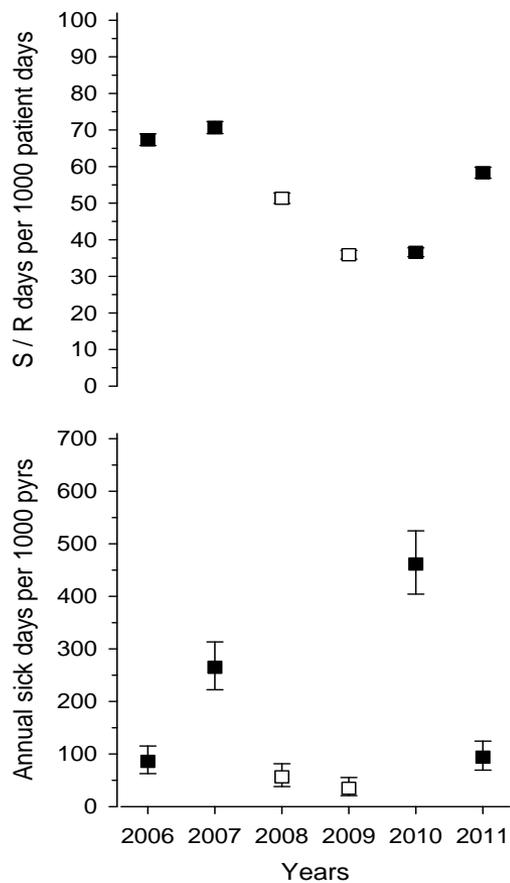
hopitalNiuvanniemi. Durée des temps d'isolement et de contrainte (par jour d'hospitalisation) dans l'ensemble de l'hôpital avant l'ECR 2006-2007, et pendant l'ECR (2008-2009) : le temps d'I/C a décru de 51% (vs.2007)



# Une étude de six ans sur l'association entre l'ECR et le temps de maladie professionnelle (Stratégie 2)

- Temps de maladie associé au patient par le temps total du personnel; temps passé en I/C
- Les analyses de régression de la prévalence
- Trois périodes de deux ans: période de référence (IRR = 1), période de projet et période post-projet.
- Moins de personnel 1040-1026-1017 et patients (555-545-546)
- Le personnel et les chefs des services ayant reçu les interventions ont été affectés après l'ECR vers 12 autres services. Le présupposé était que les effets bénéfiques pourraient être propagés via leur intermédiaire
- De façon inattendue, les services qui avaient reçu les interventions ont cessé immédiatement leurs pratiques préventives sans soutien et supervision depuis décembre 2009-> possibilité d'étudier les effets de l'intervention sur la fréquence des arrêts maladie

# DONNEES ANNUELLES 2006-2011



# L'effet de l'ECR sur l'ensemble du Niuva, valeur de référence 2006-2007 – versus l'ECR et la période post-projet

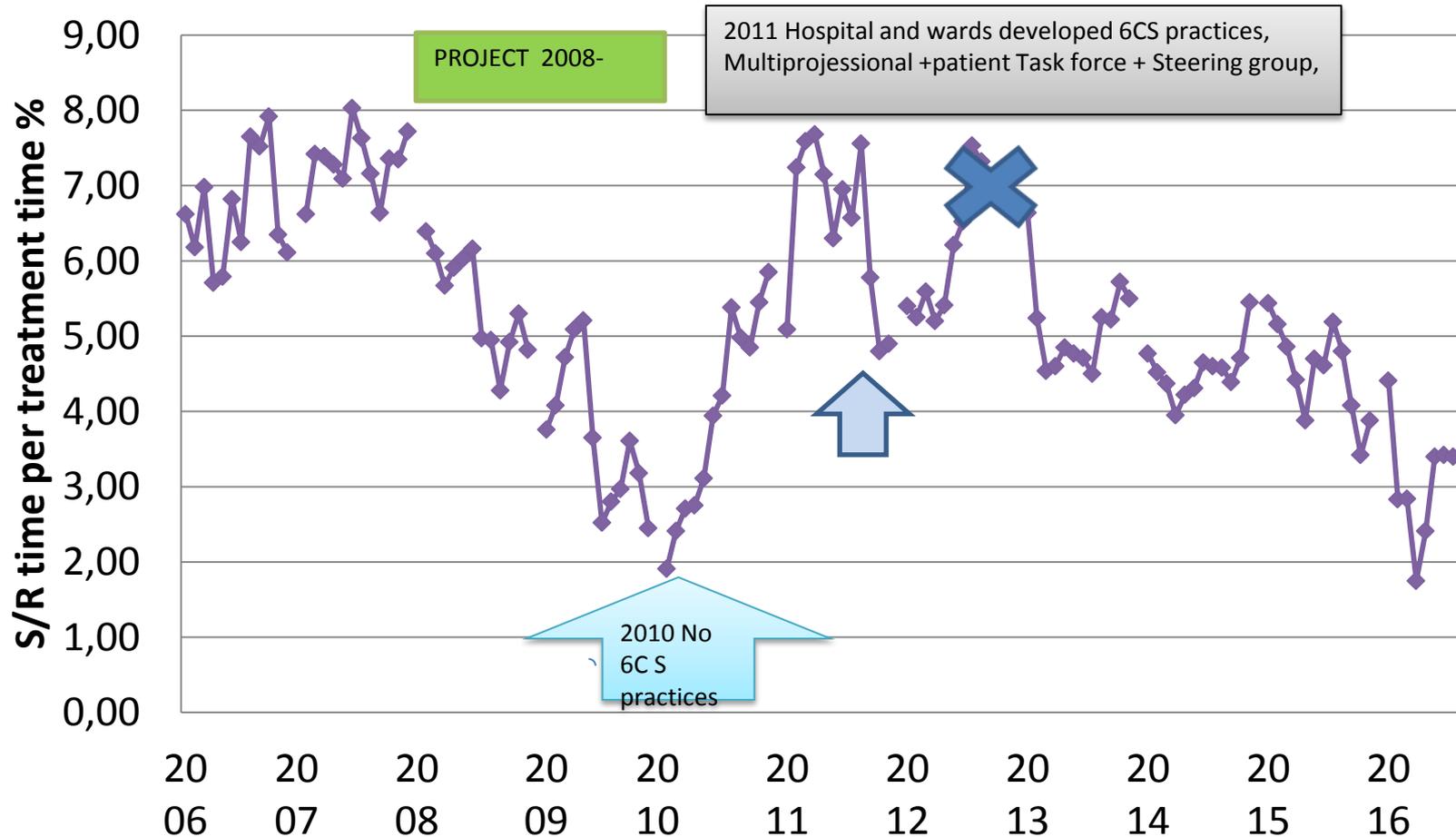
- - 57% d'arrêts maladie du personnel pendant l'ECR ( $p < 0,001$ ),  
( $P < 0,001$ ), 40% de plus après celui-ci ( $p < 0,001$ )
- - 35% de temps passé en I/ C pendant l'ECR ( $p < 0,001$ ),  
Et -31% après celle-ci, comparativement à la valeur de base
- L'effet des 6SF semblait durer, mais ..
- La concordance entre la violence et le temps passé en I / C a pris fin lorsque l'ECR s'est achevé, c'est-à-dire avec la fin d'une utilisation supervisée des 6SF
- Cependant, voir la diapositive suivante: Dans les données annuelles, les temps d'arrêt maladie liés à la violence subie par le personnel étaient faibles au cours des années où les I/C avaient tendance à décroître, et élevés lorsque les I/C augmentaient
- **CONCLUSION:** Les 6SF peuvent réduire de façon significative le temps d'I/C et les taux d'arrêt maladie du personnel, mais seulement en cas d'utilisation des pratiques préventives. L'utilisation des pratiques 6SF nécessite le soutien et la supervision des dirigeants.

Et ensuite ? Au terme de cette étude sur six ans 2012-2016, les pratiques d'I/C, les arrêts maladie, et la violence ont régulièrement diminué pendant 5 ans

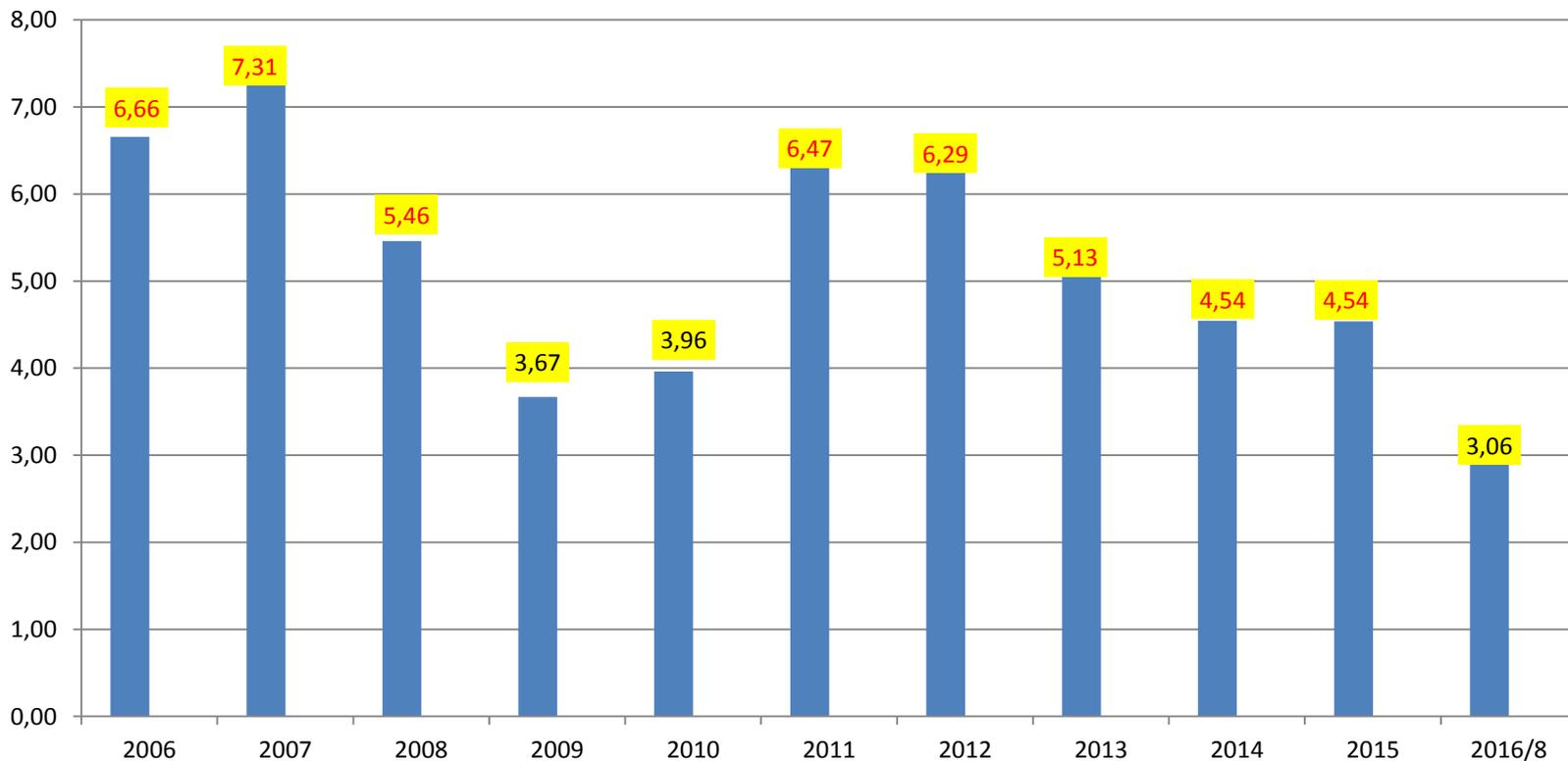
- L'usage des chambres d'observation volontaire est interdite depuis 11/2011
- L'utilisation et la formation aux pratiques de contrainte ont été interdites en 11/2012 après que de nombreuses blessures aient été constatées lors de «formations à la gestion de l'agressivité» physique, basée sur des techniques de contrainte.
- Nouvelle formation préventive depuis 2013
- Le temps moyen passé en I/C est finalement passé en dessous de l'objectif du projet (=> salaire de bonification)
- Diminution I / C
- Aucun temps de maladie lié à des agressions de patients depuis 2014 (2 ans)! 😊

# Enquête sur 11 ans - hopital de Niuvanniemi – taux mensuel des temps d'I/C 2006-2016/8,

(% of treatment time) Prone restraint was forbidden 11/2012



**Temps d'I/C par jour de traitement à l'hôpital Niuvanniemi - Moyenne des taux mensuels 2006-2016 (%). ECR 2008-2009. L'observation des chambres a été interdite en 2011-2011, et les organisations ont mis au point les pratiques des 6SF. Les taux avant 2012 n'incluaient pas l'«observation volontaire des chambres».**



Staff sick time due to work injuries associated with physical training of restrictive interventions and patients in Niuvanniemi hospital, 2006-2016.  
 RCT 2008-2009 . 2010 no 6CS practices, staff turned wards, long pauses  
 iredision in training of restrai



# Qu'est-ce qui a changé au cours des 9 années avec usage des 6SF

- Des patients semblables (la violence la plus problématique en Finlande), des médicaments similaires (nouveaux antipsychotiques)
- Attitudes: Moins de paternalisme. La manipulation par «forcer, menacer et chanter» a été remplacée par la communication, la négociation, les choix
- Moins de personnel, plus d'éducation et d'experts: RN: N (50: 50%), plus d'ergothérapeutes, de psychologues, d'experts
- Des activités et des thérapies significatives et créatives ont augmenté
- Les téléphones intelligents, les ordinateurs personnels et la formation à la navigation sur Internet: une sécurité accrue et le contact avec les familles
- Toute la coercition a diminué. La plupart des usagers des services ont des cartes bancaires et paient leurs factures avec leurs propres ordinateurs. Fonctionne généralement bien.
- Les patients participent activement à la prévention des pratiques de I/C, à la réhabilitation, et à la formation du personnel
- Prise en charge par les usagers du service
- Culture des soins et de la communication
- "Disney Park principe": patients satisfaits - personnel heureux ☺

# Le message avec lequel repartir

- Il est possible de réduire à la fois l'isolement et la contention, et d'éliminer le temps d'arrêt de travail du personnel dû à des blessures personnelles, grâce aux 6SF
- L'utilisation du 6SF nécessite un soutien constant et une supervision par les personnes qui encadrent et managent. L'effet préventif sur le temps malade disparaît en l'absence de soutien.
- L'éducation du personnel à ces questions est importante, mais pas suffisante pour empêcher isolement et contrainte.
- La surveillance des pratiques d'I/C, les blessures au travail, la maladie et la violence sont la base du développement créatif des pratiques préventives
- La prévention efficace des pratiques d'I/C et de violence est un processus constant de développement visant à améliorer la culture du soin. Plusieurs stratégies sont nécessaires à chaque niveau (hôpital, service, individus).  
La prévention fonctionne comme un parapluie sous la pluie: "UTILISEZ-LE OU NE LE GARDEZ PAS!"



"Demandez aux patients et aux familles, et impliquez-les à tous les niveaux!"

"La violence est la voix de l'inconnu"  
- Martin Luther King