

Centre Ressource Métiers et Compétences en psychiatrie



Isolement et contention :

Repères pratiques pour en limiter le recours

Synthèse

CRMC – Mars 2017



Depuis mars 2016, un groupe pluriprofessionnel¹ se réunit mensuellement sous l'égide du CRMC afin de réfléchir, croiser ses expériences et formaliser un certain nombre de propositions concernant des actions visant à un moindre recours à l'isolement et à la contention au sein de nos établissements.

Nous avons souhaité ouvrir notre sujet à partir d'un renversement de notre questionnement de départ. Ainsi, certains établissements ou unités n'utilisent que très peu l'isolement et quelquefois pas du tout la contention mécanique. De même, dans nos expériences, nos confrontations et nos travaux, nous remarquons que certains infirmier(e)s², même en exercice isolé la nuit, n'ont (ou n'ont eu) que très peu recours à l'appel à renfort. La question devient alors : Comment font-ils pour arriver à compter sur les doigts d'une (ou des deux) mains ces appels à renfort dans leur carrière? Quels savoirs ont-ils alors déployés ? Où passent le repérage et la valorisation de ces savoirs ?

La question du repérage de ces savoirs n'est que très peu travaillée et valorisée dans nos institutions. A la différence du recours à l'isolement et à la contention physique, les actions issues de ces savoirs ne sont pas mises œuvre sur prescriptions. Elles mobilisent les savoirs soignants dont ceux du rôle propre infirmier.

Evoquer un dernier recours suppose qu'il y a un premier recours et une gradation dans les différents niveaux de recours. Nous faisons l'hypothèse que plus le répertoire en termes de mesures de prévention, de désamorçage, de mesures de remplacement, et de ré-interrogation clinique re-contextualisées, est riche et diversifié, et plus le recours à l'isolement et à la contention physique diminue.

Il n'est pas dans l'intention de ce travail d'édicter des normes sur ce qui serait « bon ou mauvais ». Il s'agit de proposer et d'étoffer des ressources à un niveau institutionnel, collectif (équipe ou unité de soins), individuel.

Nous nous placerons pour cela sur l'amont de l'épisode de tension pouvant conduire à un recours à la contrainte en définissant et en dépliant trois niveaux de mesures préventives (*à l'image des niveaux identifiés par la HAS dans ses dernières recommandations*³) :

- **Prévention primaire** : Elle concerne les actions qui peuvent être mises en place en amont de toute situation, au sein de chacune de nos institutions pour favoriser des alternatives à ces pratiques ou permettre la rencontre du patient dans une attitude favorisant la relation.
- **Prévention secondaire** : La situation avec le patient est installée. La tension relationnelle est présente. Quelles actions de prévention, de désamorçage, de désescalade, de remplacement ? La prévention secondaire intervient sur les phases d'activation et surtout d'intensification de ces montées de tensions.
- **Prévention tertiaire** : lorsque le patient est connu pour des interactions violentes, présenté comme tel ou lorsque l'isolement et/ou la contention a dû être mise en place : quel travail sur nos représentations et celles du patient ? Cette prévention tertiaire intervient en aval des phases de crises, lors des phases de stabilisation et surtout lors des temps de reprises et d'élaboration autour des interactions ayant conduits à une mise en isolement avec ou sans contentions mécaniques.

¹ Annexe 1

² Lire partout infirmiers et infirmières

³ Haute Autorité de Santé (HAS), « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie », Guide méthodologique, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie, septembre 2016, 61 pages.

LA PREVENTION PRIMAIRE

Au niveau de l'institution :

- Une **politique d'établissement** issue d'un engagement de la direction dans un changement des pratiques, passera par la définition d'objectifs clairement définis et communiqués. Une institution qui sera soutenante et accompagnante afin d'offrir aux professionnels la contenance institutionnelle nécessaire à un exercice sûr de leur rôle propre.
Cette politique s'appuiera sur la mise en place d'une réflexion institutionnelle continue impliquant la communauté médicale et paramédicale ainsi que les usagers.
La réflexion doit être également menée de manière concomitante mais indépendante au sein des comités de réflexion éthique des établissements.
- Développer la **conscience aigüe de la notion de droits du patient, de la personne et du citoyen** : Il s'agit d'une démarche permanente et il faut que cette notion soit incarnée au-delà du simple paragraphe dans le projet d'établissement. Cette démarche devrait nous permettre d'interroger toute systématisation de pratiques à destination du collectif patient. De la même façon, il conviendrait d'interroger la pratique de fermeture des unités.
- Mettre en place le recueil et le suivi d'**indicateurs** afin de valoriser certaines réflexions et initiatives au sein de chaque unité. L'analyse des épisodes aigus n'ayant pas conduit à une mesure de restriction de liberté devrait pouvoir être valorisée, soutenue et partagée.
- Il appartient également à l'établissement d'organiser la **formation des professionnels** sur la prise en soins en psychiatrie.
- **La constitution d'équipes transversales « de renfort »**: Il conviendrait de leur confier la mission de médiatiser une relation devenue complexe entre équipe et patient à des fins d'apaisement. L'intervention de l'équipe transversale de renfort doit être clairement située en amont d'une décision d'isolement. Le renfort peut également concerner tous les professionnels de l'équipe pluri-professionnelle. Il signifie alors que l'équipe fait corps. Le nombre (mur blanc) peut participer à border ou à calmer l'agitation du patient sans recours à l'intervention physique (contenance externe).
L'appel aux forces de l'ordre ne se conçoit que quand il existe une notion de risque légal ou lorsque les ressources de l'institution sont débordées dans leur capacité à répondre.
- **L'architecture et la synchronisation des temps professionnels** sont en lien direct avec la conception du soin hospitalier : Le choix d'intégrer les bureaux des médecins et autres professionnels (psychologues, rééducateurs) au sein des unités de soins favorise une meilleure articulation au sein de l'équipe.
Le recours à des espaces intermédiaires tels que les salons d'apaisement est à penser et organiser au sein de nos unités
A l'échelle de l'établissement, il importe de définir les zones d'accordage, de convergences, de synchronisation qui font que le collectif fonctionne et sécurise. La synchronisation est entendue comme le croisement des temporalités notamment médicales et soignantes.

Au niveau de l'équipe, de l'unité de soins :

- L'existence de **fonctions repères** au sein de cette équipe : Le binôme médecin/cadre dont le rôle est d'incarner un véritable moteur au sein de l'unité de soins. C'est à ce binôme que va pouvoir se référer l'équipe. L'implication de ce binôme permettra de porter le projet de soins et les orientations cliniques de l'unité. Le psychologue assure une fonction de disponibilité, de soutien, d'accompagnement des équipes dans sa fonction contenante.

- La nécessité d'**échanges au sein de l'équipe** est réaffirmée : Ces échanges seront bien sûr formalisés au travers de réunions cliniques et de temps de synthèse mais il conviendra de connaître et valoriser la fonction et la valeur des temps d'échanges informels interprofessionnels. La confrontation des points de vue (dispute professionnelle au sens d'Yves Clot) doit être restaurée. Ces échanges concernent également ceux que l'équipe aura avec le collectif patient, espaces de régulation et de collaboration.
- Restaurer la **dimension institutionnelle du soin** au titre de son effet contenant et de son potentiel de création d'une dynamique, d'une confiance au sein des équipes. L'effet vertueux pourrait être une meilleure fidélisation et une stabilité de l'équipe lié à une majoration du sentiment d'efficacité collectif.

Au niveau des organisations de travail :

- Agir sur **les facteurs organisationnels** en réaffirmant la dimension individuelle du soin au travers notamment du projet de soins individualisé. Les organisations doivent être centrées sur le soin au patient et ses besoins. Pour cela, il convient de dégager du temps de présence soignant auprès des patients en étudiant les possibilités de transfert des tâches administratives vers les fonctions supports. Réintroduire de la continuité dans la référence médicale institutionnelle, c'est-à-dire, du portage de l'unité. Organiser la rencontre avec le patient : depuis l'accueil du patient qui doit rester un temps privilégié jusqu'à la mise en place d'un tour médical et du tour soignant. En finir avec les bureaux dont les portes sont fermées (hormis nécessité de confidentialité) avec les soignants à l'intérieur. Limiter les occasions de rupture et favoriser la continuité du soin dans le soin hospitalier et le lien thérapeutique. Les effectifs soignants sont à préserver quantitativement et qualitativement
- Au niveau des **pratiques professionnelles**, Réaffirmer la nécessité d'évaluation clinique (avant admission, avant isolement, en cours d'isolement...) : L'équipe soignante dans son rôle d'évaluation peut interroger la pertinence de reconductions de mesures de contrainte. L'utilisation de grilles d'évaluation permettrait d'objectiver des ressentis ou des observations. La définition de critères de levée de l'isolement doit être généralisée. Investir le champ de la psychoéducation en impliquant le patient dans un plan de prévention partagée de la crise, en identifiant et renforçant ses capacités d'autocontrôle. On propose le terme de « directives partagées ». Affirmer l'importance de la rencontre. Connaître le patient, accueillir et accompagner la symptomatologie, faire preuve de disponibilité et « aller vers », restaurer la médiation, la transitionnalité. Renforcer la capacité et la possibilité pour les soignants de travailler sur le bord du cadre. Valoriser le travail informel de gestion, d'encaissement, d'amorti du travail de l'équipe. Quelquefois ce travail au bénéfice du patient se fait au détriment d'activités plus formalisées. On assiste à une survalorisation de la technicité (le formel, le quantifiable et traçable) au détriment de ces espaces informels et de ces temps conjonctifs qui participent de la contenance institutionnelle du collectif.

Au niveau du professionnel :

- **Connaître :**
Les connaissances théoriques, cliniques et la connaissance du patient constituent les bases d'un soin de qualité.
La question du rôle propre : Il est nécessaire que l'infirmier se réapproprie les dimensions de son rôle propre.
La fonction de disponibilité : se rendre disponible implique une capacité à développer une offre de présence au patient ou au groupe de patient.

- **Se connaître :**

La connaissance de soi permet d'être plus apaisé donc les patients le sont également : savoir qu'on est les acteurs du soin (présence, parole) invite à penser ses actions. Cette connaissance sur soi est un des moteurs de la professionnalisation.

La peur : Cette peur (ou plutôt insécurité) peut prendre sa source dans la confrontation du soignant à un manque d'adossement que ce soit en termes de formation, de clinique, institutionnel.

La question des contre-attitudes, transfert/contre transfert. Ces mouvements traversent toutes les situations de soin. Le problème réside dans la prise de conscience, la capacité de recul. Il faut un nécessaire décalage, une distance, pour que la relation se situe à un autre niveau qu'en similarité ou miroir.

La formation des professionnels :

- **La formation initiale :** Certains points pourraient être renforcés au sein des formations initiales en IFSI et en stage : Les pratiques d'isolement, de recours aux contentions mécaniques. Cet enseignement ne doit pas être détaché de la question de la prévention de la violence, des connaissances psychopathologiques, des aspects réglementaires, des principes fondamentaux de respect des libertés individuels et d'une réelle valorisation de la relation dans les soins. La prévention du recours à la contrainte physique doit constituer une priorité.

De manière générale, un renforcement de l'articulation entre IFSI et établissement doit être recherché quant à l'enseignement de la psychiatrie (stage et contenus pédagogiques).

- **Consolidation des savoirs et tutorat :**

Maintenir la consolidation des savoirs : Ce cycle de formation consécutif à la prise de poste doit être systématisé. Cette formation continue doit comporter entre autres des apports sur l'affirmation des dimensions du rôle propre infirmier en psychiatrie disponible à partir des résultats de recherche en soins et un renforcement des connaissances cliniques permettant l'évaluation des comportements.

Maintenir et redéfinir le tutorat d'intégration et sa fonction au sein de l'établissement. Ce dispositif permet la valorisation de l'expérience de terrain et contribue à renforcer le sentiment de légitimité perçu par le professionnel nouvel arrivant dans l'exercice de son rôle propre.

- **Les formations spécifiques :**

Mettre en place des formations d'équipe et notamment en ce qui concerne des formations à la « gestion de la violence » (Self Sauvegarde®, APIC®, OMEGA®,...) et y inclure toutes les catégories de professionnels.

Proposer des formations permettant de décoder la clinique de l'agressivité et de la violence afin de mieux contextualiser l'apparition de ces situations.

Former en interne par des pairs dans chaque établissement, à la mise en place des matériels de contentions

L'observation clinique du collectif patient :

L'équipe est attentive à la qualité de l'accordage entre patients. Ainsi peut se créer une capacité d'autorégulation du groupe favorisé par une ambiance patients/soignants favorable. De même, l'équipe conserve une vigilance pour les patients les plus connus, qui pourraient être oubliés, lesquels risquent de se manifester pour être entendus.

Une réflexion sur le dimensionnement des unités de soins devrait être conduite sur un nombre de lits « seuil » par unité afin de limiter l'impact du nombre sur le collectif patient, l'ambiance de l'unité et la qualité des soins.

LA PREVENTION SECONDAIRE

La phase d'activation :

Nous situons donc le début de cette prévention secondaire au moment du repérage de tensions groupales ou individuelles.

- **Indicateurs d'alerte et collectif équipe :** Dans le cadre d'une perception par un soignant du caractère inhabituel de manifestations, il peut être intéressant de recenser et de confronter les avis (si cela est possible). Ainsi une échelle analogique de mesure du sentiment de sécurité ou du sentiment d'insécurité pourrait être construite (à l'image des échelles de la douleur). Cet outil pourrait se révéler intéressant pour créer une discussion sur les écarts de perception et susciter une invitation à les mettre en mots mais aussi pour porter l'attention sur un patient ou éveiller la vigilance de l'équipe.
- **Les actions :** Un signal d'alerte partagé implique dans un premier temps, d'aller vers la situation et d'essayer d'en identifier les sources.
 - Débuter un travail de décryptage : origine de l'agitation ? Evaluation de la situation : niveau d'agitation psychomotrice ? Habituel ? Inhabituel ? Remettre dans le contexte du patient, de l'unité... Source individuelle ou groupale ?
 - Etre là, présent, Renforcer l'offre de disponibilité. Pas forcément dans un engagement direct : présence dans les lieux un peu à distance, présence détournée (présence dans les locaux communs, lecture du journal par exemple), accompagner éventuellement la situation suivant son acceptabilité, son origine, ses effets...
 - Interagir avec le groupe : D'abord de façon indirecte et tierce, si la situation n'est pas encore établie. Quel est le niveau de quiétude du groupe, quelle est son niveau de « perturbation » ressenti ?
 - Approcher le patient, engager une relation et maintenir une transitionalité de contact. Utiliser l'environnement dans la relation au patient.
 - Intervenir directement sur l'environnement : proposition d'une activité. Faire rupture, engager des modalités de distractibilité ou de diversion.
 - Evaluer la capacité du patient à verbaliser et l'interpeller : *est-ce que vous nous confirmez que vous n'allez pas bien ? Que pouvons-nous faire pour vous aider ?*
 - Proposer un deuxième niveau de prise en compte avec une médiation verbale : entretien dans un bureau, dans le couloir ou déambulatoire quand il s'agit de prendre en considération le besoin de décharge motrice.
 - Adapter sa communication en fonction des capacités du patient avec si besoin des techniques alternatives ou complémentaires (non verbales, expression gestuelle, toucher etc).
 - Signifier au patient que son action de soignant s'inscrit dans le collectif « équipe » : faire vivre l'enveloppe, le tiers de l'équipe, l'institution afin que le patient se sente contenu par un dispositif à la fois soignant et solide.
 - Penser, apprécier individuellement et singulièrement la situation : refuser toute systématisation de réponse coercitive.
 - Gérer la frustration : ne pas opposer une fin de non-recevoir rigide qui va déclencher le mouvement agressif ou d'agitation. Se réapproprier la notion de cadre
 - Théâtraliser, mettre en scène, « jouer » ou « sur-jouer » en ayant aussi recours à l'humour.
 - Recourir à une forme « d'autorité » et de fermeté rassurante : pour « border » le développement de l'agitation et favoriser la désescalade.
 - Faire appel aux ressources internes au service : médecins, cadres. Il ne s'agit pas ici de renforts mais de mettre en œuvre une fonction symbolique et tierce.



La phase d'intensification :

Il s'agit de mettre en place dans le repérage de cette phase un soin intensif qui va mobiliser l'équipe, le maintien du lien regard, parole, gestes avec le patient est primordial.

Proposer au patient une invitation à se soustraire du groupe

Reconnaitre son inquiétude et/ou sa préoccupation de soignant, devant le côté inhabituel de la présentation du patient, et les verbaliser à celui-ci, en congruence avec son ressenti... Cela remet de la symétrie dans la relation avec le patient.

Rendre le patient acteur de son choix : Faire le constat avec le patient de l'impossibilité pour lui de s'apaiser, de verbaliser, l'interpeller sur les alternatives.

Mobiliser les apports que peut représenter « Le dialogue de crise ».

Instaurer une proximité physique dans un contact physique gradué avec le patient en fonction du contexte de la situation et de la connaissance que l'on a du patient.

Intervenir physiquement et opérer une contention par immobilisation manuelle. Cette intervention ne doit pas être pensée comme nécessairement suivie d'isolement, elle constitue une étape de la contenance.

L'appel aux renforts ou à l'équipe transversale : cet appel n'a pas comme finalité unique la mise en œuvre de contraintes. Il se doit avant tout d'être une proposition supplémentaire de contenance qui peut permettre la restauration du dialogue avec le patient.

LA PREVENTION TERTIAIRE

Cette prévention tertiaire se situe soit lorsque le patient est connu par l'équipe comme ayant des interactions violentes, soit représenté comme tel. Il s'agit aussi des situations où des mesures contraignantes ont été mises en place.

Le patient connu (ou présenté comme tel) pour avoir des interactions violentes :

Le rôle de l'équipe pluri-professionnelle : Il est nécessaire de désamorcer dans ce cas-là l'anxiété légitime qui risque de parcourir l'équipe.

L'élaboration des contre-attitudes : Au niveau des équipes des situations répétées de passages à l'acte peuvent générer un développement de contre-attitudes (liées aux sentiments de méfiance, de peur, de colère, de blessure narcissique dans son rôle soignant) vis-à-vis d'un patient connu comme « difficile ».

Le refus de la systématisation : « Aux urgences, la contention est aussi en lien avec le placement du patient, hospitalisation sans consentement = contention ». Il existe, alors, une prévalence de la situation administrative sur la situation clinique.

L'accueil du patient connu prendra là aussi tout son sens et la référence à ses « antécédents » se devra d'être explicite en lui restituant son autonomie, son libre arbitre et sa possibilité de proposer des alternatives.

Entretien de renforcement des capacités d'auto contrôle : Décrire avec le patient hors situation de crise installée, les mesures alternatives qui pourront prévenir et éviter le passage à l'acte, et qui pourront être utilisées comme tiers dans une situation de tension.



La mise en place de mesures de contrainte : penser le pendant et préparer l'après :

Lors de la situation de contention physique ou d'isolement avec appel de renforts, il apparaît primordial que l'équipe référente ne délègue pas, ne se soustrait pas de la gestion du moment de crise. Cette gestion de crise doit s'inscrire dans une continuité d'intervention si nous souhaitons lui conserver une intention thérapeutique.

La reprise de ces situations est nécessaire et pourra se faire dans trois directions :

En direction des intervenants (y compris équipe de renfort) : Il s'agit de la reprise de la situation « à chaud ». Elle a pour objectif la mise en mots et circulations des vécus et intentions des professionnels. Cette reprise permet également de souligner la dimension d'entraide collégiale.

En direction de l'équipe référente : On parle ici de reprise à distance. Elle permet une analyse de l'enchaînement des faits, en se posant la question « Aurions-nous pu faire autrement et comment ? »

En direction du patient : La reprise du vécu et des ressentis du patient à la sortie de chambre d'isolement. Cette reprise permet également de restituer au patient son autonomie, mais aussi sa part de responsabilité : « comment aurait-on pu éviter cela ? »

Eléments de conclusion

Nous constatons que la discipline psychiatrique est l'objet d'une interpellation de fond sur les questions liées à l'isolement et aux contentions mécaniques.

Ces questionnements viennent essentiellement de l'extérieur de notre discipline. Dans notre champ disciplinaire, cette réflexion reste difficile tant elle mobilise, voire oppose les professionnels. Certains argumentent que nous ne pouvons pas faire autrement (réalité des troubles oblige). D'autres tentent la mise en place d'alternatives, ouvrant des possibilités de faire autrement. L'échec, parfois, des alternatives pour un patient donné, vient alors conforter le discours des premiers annulant par-là, l'efficacité de ces mesures pour tous les autres patients.

Un travail de réflexion sur ces questions constitue donc une invitation à rentrer dans ce cercle, pour en trouver de l'intérieur des points de ruptures. Identifier ce qui relève de l'indication (ou de la décision) en tenant compte de la part des défenses de métier et du poids des certains habitus. Conjuguer le sécurisant avec certaines pressions sécuritaires.

Le versant sécuritaire des procédures et des mesures de sécurité ne peut être envisagé que sous un double regard, celui d'une dignité et d'un respect du patient qui doivent toujours sous-tendre les actes posés et celui d'une appréciation circonstanciée et collective du risque. En regard de cette dernière précision, le risque principal se constitue dans cette volonté d'éviter tous risques.

Lors des travaux de ce groupe provenant de différents établissements et de différents métiers nous avons travaillé à partir des expériences et des réflexions de chacun. Nous avons travaillé sur les différentes phases, en amont du recours à l'isolement et à la contention, sur l'aval, le pendant et l'amont.

A l'issue de ce travail, nous pouvons isoler une variable importante. Il s'agit du regard que nous portons sur le patient, et plus précisément, sur les éléments qui peuvent conditionner ce regard.



ANNEXE 1 : MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

- ALBAN Brigitte – Directrice des soins – centre Psychothérapique de l’Ain
- BELAIAN Lydie – Cadre de santé – CH « Annecy-Genevois »
- BOUCHET Corinne – Cadre supérieur de santé – CH « Le Vinatier »
- CHAMBRE Camille – Psychologue – CH « Le Vinatier »
- DA SILVA Patricia – Cadre supérieur de santé – CHS de la Savoie
- GELINEAU Jean – Infirmier – CH « Annecy-Genevois »
- GOLLIET Edwige – Aide-soignante – CH « Annecy-Genevois »
- GOMMET Maud – Cadre de santé – ESM « Portes de l’Isère »
- JOURNAL Olivier – Infirmier – CH Alpes Isère
- LANQUETIN Jean Paul – Infirmier praticien chercheur – CRMC/GRSI
- LADJALLI Eric – Infirmier – CH « Annecy-Genevois »
- LEFEBVRE Martin – Infirmier – CH « Annecy-Genevois »
- MARCHAND Dominique – Cadre de santé – CH « Le Valmont »
- NICOLAS Michel – Directeur des soins – CRMC
- POTHAIN Alexandre – Cadre de santé – CH « le Valmont »
- ROMO Régis – Cadre de santé - ESM « Portes de l’Isère »
- SALVARELLI Jean Pierre – Médecin Psychiatre - CH « Le Vinatier »
- SAUTEREAU Marie – Médecin psychiatre – CH « Le Vinatier »
- SERNA Ludovic – Cadre supérieur de santé – CH « Saint Jean de Dieu »
- VON RAESFELDT Julien – Cadre administratif - CRMC

Relecture et contribution :

- RICHARD Marie Jeanne – Administrateur UNAFAM

CONTACTS :

- michel.nicolas@crmc-psy.fr
- grsi@ch-st-cyr69.fr

SITE INTERNET :

www.crmc-psy.fr