

Comment prévenir ?



Certaines unités de soin utilisent peu l'isolement et la contention. Comment font-elles et quels savoirs déploient les soignants ? Un groupe de travail du Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie explore ces questions.

Dès sa création en janvier 2016, le Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie (CRMC), région Auvergne-Rhône-Alpes a souhaité mettre au rang de ses priorités les questionnements autour des pratiques d'isolement et de contention physique. Ainsi, depuis mars, un groupe de réflexion pluri-professionnel, constitué d'infirmiers, de cadres de santé, de médecins, de directeurs des soins issus de plusieurs établissements publics et privés de la région, et de membres du CRMC, travaille sur ce thème.

INTERROGER LES BONNES PRATIQUES

Nous avons choisi d'aborder cette réflexion de façon originale. En effet, si de nombreux constats, études et publications portent sur l'aval de la décision (les indications ou les modalités d'isolement ou de contention notamment), peu de travaux s'intéressent aux repérages en amont du recours à ces pratiques. La récente loi de modernisation de notre système de santé, dans son article 72 (1), identifie cette pratique comme « *une pratique de dernier recours* », ce qui est en général le cas. Mais ce texte ne nous dit pas comment éviter ce dernier recours et surtout quelles alternatives le précèdent. La volonté du législateur est davantage marquée par une exigence de traçabilité dans le recours à ces mesures que par un objectif affiché de limitation et de réduction.

Nous avons donc inversé la question. De fait, certains établissements ou unités utilisent très peu l'isolement, et quelquefois n'ont pas du tout recours à la contention,

et nous remarquons que certains infirmiers, même en exercice isolé la nuit, ne font que très peu appel à renfort. Comment font-ils ? Quels savoirs déploient-ils ? Quels sont leurs repères ? Ces constats sur l'importance des variabilités locales renforcent la nécessité de mener cette réflexion.

Évoquer un dernier recours suppose qu'il en existe d'autres, avec une gradation dans les différents niveaux de recours. La question porte alors sur la délimitation de l'espace entre premier et dernier recours. Cet espace comporte donc un répertoire de ressources et c'est ce dernier que nous souhaitons identifier. Nous constatons que plus ce répertoire est riche et diversifié, en termes de mesures de prévention, de désamorçage, d'alternatives, et de réinterrogations cliniques contextualisées, et plus le recours à l'isolement et à la contention physique diminue.

PRÉVENIR

Dès lors, nous pouvons nous interroger sur ces deux aspects :

- qu'est-ce qui, au sein de nos institutions, peut favoriser un moindre recours à ces pratiques ?
- quels savoirs et compétences, individuels et collectifs, sont déployés pour un moindre recours à ces pratiques ?

Le groupe de travail a déroulé ces deux questions en définissant des modalités de prévention.

- **La prévention primaire** pourrait être déployée au sein des établissements en amont de tout épisode clinique interrogeant les différentes dimensions de la contenance limitant le déclenchement de phases d'activation.
- **La prévention secondaire** concernerait les actions à mettre en place par l'équipe soignante lors d'interactions pendant la phase d'activation et d'intensification d'épisode cliniques évoluant vers l'aigu.
- **La prévention tertiaire** évoquerait le patient entrant connu pour des épisodes

de violence mais aussi la gestion de l'après-isolement.

Touchant au domaine des libertés publiques et des droits fondamentaux, un travail de discrimination exigeant est nécessaire sur la stratification des trois dimensions imbriquées dans le recours à ces pratiques, à savoir, le thérapeutique, le sécuritaire et le punitif. Sont donc développés dans ce travail des repères concernant l'engagement des équipes de direction, des professionnels, l'architecture, la formation, les organisations et pratiques professionnelles, mais également, une approche descriptive des actions de désamorçage et des alternatives possibles lors d'épisodes d'activation ou d'intensification des épisodes d'agitation en unité de soins.

Dans le même temps, le CRMC initie une recherche en soins interétablissement sur les mesures permettant de limiter le recours à l'isolement et à la contention, première recherche de ce type en région.

1 – Article 72, loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, journal officiel du 27 janvier 2016 (n° 22).

Le Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie

Créé en janvier 2016 par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, le CRMC est un Groupement d'intérêt public auquel tout établissement de la région ayant une activité de psychiatrie peut adhérer. À terme, ce groupement accueillera également les établissements médico-sociaux. Sa mission est de favoriser un travail en réseau autour des pratiques professionnelles, des métiers en psychiatrie, du développement des compétences. Il assure également la promotion et le développement de la recherche en soins.

• Plus d'informations : www.crmc-psy.fr

Michel NICOLAS*,
Jean Paul LANQUETIN**,
Julien VON RAESFELDT***

*Directeur des soins, **Infirmier praticien chercheur, ***Cadre gestionnaire, CRMC.