

Isolement-contention : comment réformer ?

Seul un ensemble cohérent de mesures, prises à trois niveaux de prévention, peut rendre effectif le moindre recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie. Propositions du Groupe de recherche en soins infirmiers en psychiatrie (GRSipsy), entendu sur ce sujet lors des travaux de la Commission Psychiatrie légale au sein de la Commission nationale de la psychiatrie.

Le Groupe de recherche en soins infirmiers en psychiatrie (GRSipsy) travaille depuis plusieurs années, et ce bien en amont de la loi du 26 janvier 2016 (1), sur la réduction des recours à l'isolement et aux contentions mécaniques.

Cet objectif central dans nos pratiques professionnelles est actualisé par l'accumulation de lois (2011, 2013, 2016, 2020) (2), toutes issues de questions prioritaires de constitutionnalité (QPC) (3). Par le croisement et la mobilisation des registres que le recours à ces mesures privatives de liberté convoque, leur augmentation constitue un sujet sensible et symptomatique du malaise de la psychiatrie public. Elles mobilisent :

- un registre éthique qui interroge le droit et le respect des libertés fondamentales (droit à la sûreté) ;

- un registre clinique qui implique de déterminer s'il existe des « indications » (décisions à prendre) à poser à bon escient, à accompagner et à évaluer,

- un registre pratique, qui suppose l'aménagement d'un lieu spécifique et du matériel adapté pour « administrer » la mesure en toute sécurité, et requiert la mise en place de procédures explicites, par un personnel formé.

Le constat que nous portons depuis la loi de 2016 (1) est mitigé. Derrière la volonté affirmée par les acteurs de la discipline d'une politique résolue de diminution de ces mesures, nous observons, avec maintenant quatre ans de recul, des disparités et

une variabilité importante de recours ou non à ces mesures (4). Au niveau national, ces disparités sont objectivées par les chiffres des soins sans consentement (SSC), qui fluctuent de 1 à 69 entre départements pour les Soins psychiatriques en cas de péril Imminent (SPI), de 1 à 20 pour les Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État (SPDRE), et 1 à 7 pour les Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), selon M. Coldefy et C. Gandré (5).

Ce constat est problématique dans le cadre d'une psychiatrie sectorisée, où les personnes ont rarement le choix de l'établissement dans lequel ils sont hospitalisés. Le nouvel article L.3222-5-1 du Code de la Santé Publique concernant les pratiques d'isolement et de contention (6) soulève des questions très pragmatiques, pointées dans de nombreuses contributions. Le formalisme attendu peut devenir intenable pour de nombreux établissements, particulièrement pour les plus petits et s'avérer, au-delà des intentions affichées et sans mesures d'accompagnements fortes et planifiées, contre-productif en figeant des modalités organisationnelles essentiellement défensives.

Le recours aux isolements et aux contentions résulte d'un construit entre la sévérité d'une présentation sémiologique bruyante et la capacité d'une équipe soignante à accompagner la crise. Suite aux évolutions réglementaires et surtout aux recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) (7), certains établissements en région Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) ont pu, à moyen constant (voire dans un contexte de démographie médicale pénalisant), diminuer en quelques mois de manière très significative leurs recours à la contrainte : moins 66 % sur 3 ans au Centre psychiatrique de l'Ain (CPA) (8), autant si

ce n'est plus à Saint-Étienne, dans une unité du CH Saint-Cyr en 2018 ou encore dans une unité du CH du Puy en Velay (9). Nous avons également connaissance d'unités affichant moins 80 % et au-delà, rejoignant en cela les quelques rares établissements en France inscrits historiquement et résolument dans des pratiques de moindre recours à la contrainte.

Lorsque ces modifications de pratiques sont portées par l'ensemble des acteurs de l'établissement, nous retrouvons des organisations qui renouent avec la tâche primaire des institutions de soins, celle de remettre une disponibilité soignante suffisante auprès des patients. La variable surdéterminante, véritable « variable masquée » de l'activité, devient le déploiement du rôle propre infirmier, notamment dans son mouvement « d'aller vers » et dans sa capacité à créer de manière précoce de l'alliance thérapeutique.

TROIS NIVEAUX DE PRÉVENTION

Le construit sévérité des troubles/capacité d'accompagnement invite de manière appuyée à déployer un répertoire d'actions, et de ressources qui s'organisent selon une trame maintenant bien repérée entre prévention primaire, secondaire et tertiaire. Nous retiendrons quelques actions comme prioritaires, essentiellement dans le cadre de l'hospitalisation, mais sans méconnaître l'importance des actions en amont et la part déterminante de l'ambulatoire sur les parcours de soin.

• Prévention primaire

Cette étape concerne les actions susceptibles de favoriser la relation au patient, et qui peuvent être mises en œuvre en amont des situations de crise pour favoriser les alternatives au recours à l'isolement et aux contentions. Il s'agit de :

Jean-Paul LANQUETIN

Infirmier de secteur psychiatrique, chercheur, GRSI, grsipsy@mail.com

- Favoriser en premier lieu des organisations qui soutiennent la disponibilité soignante. Ce qui passe par un recentrage des infirmiers sur le soin direct au patient et surtout par un arrêt de toutes mesures systématiques de restrictions des libertés (confiscation du téléphone, port obligatoire du pyjama, fermeture des portes...), ces mesures restant circonstanciées, appréciées collectivement, momentanées et individualisées. Nos retours d'expérience (10) nous enseignent que l'arrêt de la systématisation de ces mesures de contrainte est susceptible de faire gagner une heure trente de temps de soin direct au patient, ainsi propice à partir d'activités non programmées, au renforcement de l'alliance thérapeutique.
- Mener une réflexion sur la fonction du cadre de soins, pour éviter la confusion entre la notion de cadre et la mesure de restriction des libertés à des fins de protection, laquelle peut s'énoncer comme telle. Éviter que la frontalité du « cadre » provoque la crise. Il s'agit de différencier privation et frustration.
- Détacher la notion de « soins intensifs » (sans cadre réglementaire en psychiatrie) de l'intensité de la mesure de restrictions. Le soin intensif se situe en amont de la mesure, dans l'accompagnement et le désamorçage préventif du recours aux mesures de restriction.
- Implanter les Plans de crise conjoint (PCC) et les directives anticipées en psychiatrie (11). Le PCC est efficace si la culture est partagée par les acteurs de l'ensemble du parcours patient.
- Penser des équipes de renfort aux soins centrées sur la prévention secondaire et le renforcement des capacités contenantes collectives. Soit l'appui éventuel en personnel, pour la durée de la crise, de l'équipe en difficulté, avec évaluation de ce que ces renforts ont apporté.
- Restaurer la dimension institutionnelle du soin au titre de son effet contenant. La majoration du sentiment d'efficacité collectif contribue à une meilleure stabilité de l'équipe. Ce point participe à la contenance du groupe.
- Promouvoir des formations permettant aux infirmiers de réinvestir leur rôle propre et donc d'améliorer leurs compétences cliniques, particulièrement dans le champ de la prévention primaire et secondaire (12).
- Poursuivre le financement du tutorat d'intégration par des pairs expérimentés à l'exemple de la région ARA.
- Communiquer sur la tenue des registres et analyser les données par unité (équipe

pluriprofessionnelle), pôle et établissements. Favoriser une culture d'analyse comparative, mesurer les effets de ses actions.

- Valoriser et soutenir les expériences positives contenantes (analyse de situations où il n'y a pas eu besoin de contention) particulièrement lors de séminaires cliniques dédiés au sein du pôle (études de cas, analyse de la littérature soignante sur ce type de situation et repérage des savoirs mobilisés, transférabilité).
- Sanctuariser les unités qui se sont engagées résolument dans une politique de moindre recours.
- Au-delà de la chambre ou du salon d'apaisement, penser la fonction d'apaisement sur une pluralité de lieux et de propositions de mobilisation sensorielle.
- Construire une politique d'établissement issue d'un engagement de la direction dans un changement des pratiques : définition d'objectifs clairs et communiqués, soutien et accompagnement effectif (Pour être contenant, il faut être contenu).
- Mobiliser le Comité d'éthique lorsqu'une situation dépasse de façon réitérée la capacité d'une équipe à contenir un patient. Cette mobilisation montre que le problème n'est pas uniquement celui d'une équipe donnée mais de toute la communauté hospitalière.
- Favoriser une organisation de l'espace et une architecture qui permettent de mieux synchroniser et croiser les temporalités professionnelles (permanence et séquence).
- En dehors des temps de soins, diffuser une culture de la « porte ouverte » des lieux soignants pour majorer l'offre de disponibilité et faciliter l'accès aux soignants.
- Permettre le relais physique depuis l'ambulatoire pour accompagner la crise et présenter la situation du patient attendu en hospitalisation. Cette rencontre favorise l'historisation du parcours patient et permet le repérage des « clés relationnelles »
- Développer une politique d'affectation des Infirmiers de pratiques avancées (IPA) comme référents (pôles, services) des politiques de moindre recours. Cette mission leur est clairement confiée dans le référentiel de compétences et d'activités – « *Évaluer cliniquement les stratégies de prévention et de réduction des pratiques d'isolement et de contention mises en œuvre auprès du patient* » (13) – et leur permettrait de déployer la plus-value de leur nouveau métier en le positionnant résolument dans le champ clinique infirmier.
- Entretenir une veille documentaire pour dresser un état des lieux et recenser des

pratiques innovantes, contenantes... de prévention secondaire.

• Prévention secondaire

Cette étape intervient lors de phases d'activation et surtout d'intensification des tensions. Il s'agit des différentes possibilités de désamorçage de la crise. Chaque action repérée, soit lors de nos travaux sur les retours d'expériences en région (8), soit issue de notre recherche en soins (12), fait l'objet d'une caractérisation de sa logique propre. Notons qu'elles appartiennent toutes au rôle propre infirmier.

- Repérer et partager les indicateurs d'alerte (la « thermométrie »).
- Initier, maintenir, renforcer le lien au patient : développer la qualité de présence (être là, disponibilité, transitionnalité de contact, faire avec, utiliser l'environnement et le quotidien comme support à la relation), évaluer (la situation, la capacité du patient à verbaliser...), apprécier individuellement et singulièrement la situation, réassurance, contenance.
- Utiliser la gradation des techniques de désamorçages : dérivation, désescalade, dégageant, décalage, dialogue de crise, maintien du dialogue, techniques des « petits pas », rapprochement thérapeutique, accolade thérapeutique, immobilisation thérapeutique (démarche de contenance physique par corporéité et non contention). Il s'agit également de déplacer le curseur des formations dédiées à ces techniques de désamorçage (12) et de privilégier celles axées sur la prévention primaire et secondaire au-delà ou en complément de celles consacrées à la gestion de la violence et centrées sur la prévention tertiaire.
- Suspendre le travail administratif pendant la durée de la crise, afin que les soignants se consacrent uniquement au soin. Le cadre de l'unité (si présent) est lui-même davantage mobilisé en soutien aux équipes sur un plan administratif et clinique.

• La prévention tertiaire

Cette étape concerne l'acmé de la crise et de l'intervention. Elle intervient après l'étape du processus décisionnel de recours à la mesure de contrainte isolement/contention. Puis, lors des phases de stabilisation postintervention, elle s'intéresse aux différents temps de reprise et d'élaboration qui permettent de soutenir la continuité des prises en soins. Il s'agit :

- D'évaluer à différents niveaux : les effets de l'annonce de la décision de mesure,

l'effectivité de la mise en place de la mesure et la levée de la décision.

– De mettre en place un isolement de très courte durée, moins de 15 minutes : cela peut avoir une fonction « butoir » et provoquer une inversion rapide de la dynamique psychique engagée et permettre une levée de la mesure (14).

– Envisager une réévaluation infirmière de l'indication initiale de la mesure d'isolement/contention lors de l'admission du patient. Le temps de l'hospitalisation n'est plus celui du service d'urgence (ou autre), et ce ne sont plus les mêmes interlocuteurs. Le soin sous contrainte n'est pas toujours corrélé à la sévérité du trouble (cf les vendredis après 17 heures où on constate des pics d'admissions sous contrainte...). Dans nos constats (9), cette réévaluation peut permettre jusqu'à 2/3 des levées des mesures.

– Si l'article R 4311-14 (15) permet aux infirmiers de pratiquer en urgence et de manière conservatoire un recours aux mesures de contrainte en attendant l'arrivée d'un médecin, il apparaît logique que cette expertise soit créditée dans le mouvement inverse de décision de levée de la mesure, en attendant l'arrivée d'un médecin. Cette réactivité et ce souci de proportionner la mesure décrivent, de fait, l'état de la qualité de la collaboration médico-infirmière.

– De reprendre l'événement avec le patient : discuter de son ressenti face à la situation et à la mesure d'isolement et de contention, et, le cas échéant, des alternatives qui pourraient être imaginées à l'avenir.

– De reprendre la gestion de la situation avec les soignants concernés (équipe de renfort parfois, équipe référente) : pointer les actions efficaces, celles qui ne l'ont pas été ; s'intéresser à l'analyse contextuelle de la situation, au niveau organisationnel, institutionnel et élaborer des pistes de réflexion.

– D'entretenir et de renforcer les capacités d'autocontrôle du patient.

– D'introduire des directives partagées (élaborer conjointement pendant l'hospitalisation un plan de prévention personnalisé) en

appui avec l'entourage du patient (famille, personne de confiance...).

RÉDUIRE OU ABOLIR ?

Si aucune de ces préconisations prises isolément ne peut prétendre à une réduction significative de l'isolement et de la contention, nous constatons en revanche qu'un ensemble coordonné de mesures peut produire des effets majeurs.

Cela nécessite de s'adosser à une politique de soins basée sur le respect des droits des patients et sur une économie générale de la contrainte. Moins de recours, c'est aussi, pour les psychiatres être moins cantonnés au rôle de rédacteurs de certificats et moins exposés au risque médico-légal, et pour les infirmiers être moins réduits au rôle de « surveillants » de ces mesures. Les éléments présentés ici peuvent venir alimenter un plan d'accompagnement de l'article 84 (16) attendu par les professionnels.

Aujourd'hui, et notamment depuis 2016, un consensus et un accord semblent s'établir sur la réduction des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie. Mais en l'absence d'orientations affirmées se pose la question de réduire l'isolement et la contention pour diminuer les abus ou comme étape préalable à l'abolition de ces mesures...

1 – Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, particulièrement en son article 72

2 – Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques sans consentement, Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relatives aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Ibid, Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, en son article 84.

3 – Entrée en vigueur en mars 2010, la question Prioritaire de Constitutionnalité (QPC) permet à tout justiciable de contester la constitutionnalité d'une disposition législative à l'occasion d'un procès

devant une juridiction administrative ou judiciaire, lorsqu'il estime qu'un texte porte atteinte aux droits et libertés garantis par la Constitution.

4 – Isolement et contention en psychiatrie générale, Recommandations pour la pratique clinique, Haute Autorité de santé, 2017.

5 – Coldefy M., Gandré C. (dir.), Atlas de la santé mentale en France, IRDES, 2020, 160 pages, pages 85-88 ; <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>

6 – Considérablement rallongé, l'article L.3222-5-1 a été revu dans le cadre de la loi PLFSS du 14 décembre 2020.

7 – Rapports issus de visites de contrôle du CGLPL dans ces établissements, www.cgpl.fr

8 – Lanquetin, Jean-Paul, Rohr, Loïc, Rapport d'audit croisés en région Auvergne Rhône-Alpes, le moindre recours à l'isolement et à la contention, septembre 2020, 126 pages, p. 82 La Recherche en Soins en Psychiatrie - Rapport d'Audits Croisés Régionales ARA (rpspsy.fr)

9 – Ces chiffres et ces évaluations sont issus de remontées de données de terrain en région ARA essentiellement. Il est à noter que pour nombre d'établissements, ces chiffres s'apparentent à des « données sensibles » limitant toute diffusion objective. Cette frilosité devient un frein d'une part aux possibilités d'analyse comparative et d'autre part au soutien et au développement d'une politique résolue vers le moindre recours.

10 – Voir aussi, Rohr, Loïc, Lanquetin, Jean-Paul, « Moindre recours, Comment faire?... », Santé Mentale, novembre 2017, N° 222, pages 48-55.

11 – À lire : Les directives anticipées en psychiatrie, Santé mentale, n° 245, février 2020.

12 – Préconisation N° 5 du rapport d'audit croisés en région Auvergne Rhône-Alpes, le moindre recours à l'isolement et à la contention, Lanquetin Jean-Paul, Rohr Loïc, septembre 2020, 126 pages, p. 82. Le SocleCare, pour nommer des savoirs socles liés aux spécificités du « prendre soin » en psychiatrie est le nom générique donné aux résultats de la recherche en soins infirmiers en psychiatrie menés par Lanquetin, Jean-Paul et Tchukriel Sophie, GRSI, intitulé « L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie » (2012).

13 – Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale

14 – SIMON, Hermann, « Une thérapie plus active à l'hôpital psychiatrique », traduction française, hôpital psychiatrique de Saint Alban, 223 pages - traduction dactylographiée non datée – Centre de documentation du CH St Anne à Paris (75), pages 133-134.

15 – Article R 4311-14 du Code de Santé Publique, Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires).

16 – Loi N° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, en son article 84.