

Définir le bon usage de la contrainte : retour sur les pratiques ordinaires de recours à la chambre fermée

Delphine Moreau

docteure en sociologie, EHESS, Paris

collaboratrice scientifique FNS senior, HESAV, Lausanne



Introduction

la psychiatrie confrontée à des attentes potentiellement contradictoires :

- utiliser la contrainte
- Limiter la contrainte

Une contrainte pour le soin, une contrainte comme soin ?

De l'isolement thérapeutique à la privation de liberté : la remise en cause du cadrage thérapeutique par le cadrage par les droits des personnes hospitalisées

Montée des contrôles externes, intervention de la régulation légale

Nouvelle parole des personnes prise en charge en psychiatrie

Quelle place pour la réflexivité interne ?

I. Remarques initiales

- des usages hétérogènes des contraintes
- des justifications parfois identiques pour des pratiques différentes
- un partage très différent selon les services entre les usages acceptables, normaux, souhaitables
 - et les usages abusifs, problématiques, inacceptables – ex : la technique du foulard

-> jugements **normatifs** (ce qui doit être) mais aussi jugement sur ce qui est **possible**
Incrédulité sur ce qui n'a pas été expérimenté personnellement

Coexistence d'une **très forte réflexivité**

et de la possibilité toujours présente d'une **banalisation** de certaines pratiques

=> **Quelles sont les conditions de possibilité d'une réflexivité ?**

L'économie des contraintes

- quelles contraintes sont utilisées ? Chambre fermée, contention, fermeture du service, tenue d'hôpital (pyjama), traitements sédatifs/ «tassants»...
- comment jouent entre elles les différentes caractéristiques du service ? En ville/à l'extérieur, dans un parc/sur rue :
 - Y a-t-il d'autres «barrières» ou seuil hors du service (gardien à l'entrée de l'hôpital, distance...)
 - Publicité d'une opération de «rattrapage»
 - quelle possibilité d'aller marcher dehors avec une personne hospitalisée ?
 - Personnel disponible
- chambre fermée ou porte du service fermée : **qui** privilégie-t-on ?

Que se passe-t-il quand on diminue la contrainte ?

- **hypothèse du maintien du niveau de contrainte** : risque de déplacements d'une contrainte à une autre – arbitrage entre des effets différents attribués aux différents types de contrainte

- **hypothèse d'effets de de renforcement positif ou négatif**

- (cercle vertueux-allègement vs cocotte minute)
- Diminuer les restrictions et les dépendances des patients envers les soignants = diminuer les occasions de frictions

II. Une contrainte pour le soin ou une contrainte comme soin ?

Les motifs du recours à la chambre fermée

- **Empêcher** des gestes (violence contre autrui ou contre soi, fugue)
- **thérapeutique** ? soigner, apaiser, fonction «contenante»
- **cadrer**, poser une limite : entre thérapeutique et éducatif
- **punir** (interdit, mais...)
- **gérer le collectif** des personnes hospitalisées : des décisions **situées**
 - = pas seulement une décision relative à l'état clinique d'une personne, mais dans une situation – selon le personnel et les patients présents à un moment t -, dans un contexte donné)

Le cadrage médical, une justification secondaire ?

Guillaume*, cadre : *Si ça avait été M. Tilim [un autre patient], il aurait tout de suite été en UMD. Les patients qui ont besoin d'aller en chambre d'isolement le supportent très bien. (...)*

Sylvie, psychiatre responsable du service d'hospitalisation : *tu dis, Guillaume, qu'on a ouvert trop tôt la chambre d'isolement ? Pour moi, la chambre d'isolement, c'était une évidence le premier jour. Mais [Marie, la patiente] a reconnu immédiatement ce qui s'est passé : « Faites quelque chose pour moi, faites-moi dormir, c'est pas normal, je suis trop violente, j'ai frappé des gens dans le métro ». Ça n'est pas comme M. Tilim, et ça, tu peux pas l'annuler.*

Guillaume : *elle aurait pu aller en UMD ou [dans un autre service]. On en a parlé. Parce que quand il y a un persécuteur désigné, c'est le patient qui change de service. Il faut que Corinne puisse retravailler.*

Sylvie : *ce que j'ai pensé cliniquement, c'est que [Corinne, l'infirmière] a été persécutrice désignée dans un moment aigu. Il ne faut pas aller trop vite. » notes du 14/01/08 pendant une réunion exceptionnelle dans le service après l'agression d'une soignante*

**situation anonymisée, tous les noms ont été changés*

=> Effet régulateur

III. Les régulations : contrôler, réduire, changer?

A. Régulations externes

- indisponibilité matérielle : limiter le nombre de lits, de chambres d'isolement...
- interdiction (statut de l'exception – ambiguïté de l'encadrement : critique ou légitimation?)
- contrôles (CPT, CGLPL, magistrats, accréditation...)
- protocoles (règles générales) -> support de réflexivité ou contrôle formel ?


Quelles formes de réflexivité ? Quelles attributions de responsabilité ? Quel rapport au risque?

B. Régulations internes de la contrainte

- **Formation**

- **maîtrise des gestes** : mesurer la force, éviter la brutalité, éviter ou canaliser la confrontation physique
- mais aussi un travail sur les **dynamiques relationnelles** qui permettent de **prévenir** la contrainte **et/ou d'en modérer l'exercice**. Obtenir le « bon vouloir » à défaut du « consentement éclairé »

- Questionnement dans la **singularité** sur les **formes et les usages légitimes de contrainte**,

- Echanges informels
 - Réunions d'analyse de pratiques
 - Construction d'équipe, accumulation d'expérience
 - Retour sur la situation comme **dynamique** – question : comment pourrait-on faire autrement?
 - Nourrir **l'imagination** professionnelle
- 

Conclusion :

Le déplacement du débat entre volontaire et contraint ?

- Discours commun : réduire la contrainte, promouvoir le volontaire
- La question des conditions sociales de transformation institutionnelle
- L'acceptation du risque, le coût de la «protection», l'investissement dans le soin
- L'attribution des **responsabilités** : individuelles, institutionnelles

Développement de «nouveaux» dispositifs légaux et pratiques : **le volontaire autrement?**

- Personne de confiance
- Directives anticipées (dispositif légal, personnel)
- Plan de crise anticipé /conjoint (caractère informel, co-construction) : de l'esprit à la pratique

Merci !

delphine.m.moreau@gmail.com

D. Moreau. « Limiter la contrainte ? Usages et régulation des usages de la contrainte psychiatrique en Suisse ». *L'information psychiatrique* Volume 93, n° 7 (20 septembre 2017): 551-57.

D. Moreau, « Isolement : enquête sur des usages « ordinaires » ». *Santé mentale. Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, n° 210 (septembre 2016): 56-62.

Moreau, Delphine. « Conjurier la qualification de violence dans l'usage professionnel de la contrainte : le recours à la chambre d'isolement dans un service de psychiatrie ». *Sociologie Santé*, n° 33 (2011): 29-47.

La régulation de l'isolement par les textes : thérapeutique ou pour la sécurité ?

- Modèle de règlement intérieur (1857): « dans un intérêt de **sûreté** » - le traitement médical devrait permettre de l'éviter
 - confié au médecin garant de l'absence de brutalité des surveillants
 - « isolement **thérapeutique** », dispositifs de crainte, intégrés dans le « traitement moral » (Leuret 1840)
- Circulaire (1951) : isolement « mesure thérapeutique » : non encadrée
- Circulaire Veil (1993) : mesure limitée à ce qui est « médicalement justifié » mais atteinte aux libertés— rattaché au cadre des HSC
- Avis QPC, loi 2011 : mesures « **nécessités** par son état de **santé** et la **mise en œuvre** de son traitement » -> « adaptées, nécessaires et proportionnées » (- exceptionnelles)
- Loi de santé (2016) art 72 : « pratique de dernier recours... prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui » : une « **décision** »

Registre thérapeutique : La pluralité des fonctions et moyens de l'« isolement » selon les théories du traitement moral

Fonction donnée à l'isolement	Isolement : de quoi ?	Moyens de l'isolement
Eloignement /séparation : <ul style="list-style-type: none"> • Du milieu ordinaire • D'un milieu pathogène 	Du milieu familial	Placement dans l'asile / voyage
	De la société / de la ville en tant qu'elle concentre les « fléaux de la modernité »	Placement dans l'asile
Changement de milieu / distraction	Du milieu ordinaire néfaste ou non, changement jugé bon en soi	Placement dans l'asile / voyage
Diminution des sensations et sollicitations	D'un surcroît de sollicitations / de sollicitations néfastes particulières (famille, société)	Placement dans l'asile / chambre d'isolement
Placement dans un milieu favorable	Du milieu ordinaire qui brouille l'observation scientifique	L'asile comme : - espace scientifique
	Du milieu ordinaire qui ne donne pas toute latitude à l'intervention thérapeutique	- espace thérapeutique
	Du milieu ordinaire néfaste (société, ville)	- société idéale