

Alternatives pour restreindre l'isolement et la contention

ARGUMENTS CLINIQUES POUR NE PAS ISOLER ET/OU ATTACHER UN PATIENT

Dr Guillaume CHABRIDON

Psychiatre, Praticien Hospitalier, CH Saint-Ylie-Jura, Dole

Dr Natalie GILOUX

Psychiatre, Praticien Hospitalier, Chef de Service, CH Le Vinatier, Bron

Se départir d'une histoire qui appréhende la maladie comme un désordre à corriger

Jean-Etienne Esquirol (1772-1840), aliéniste, père de la loi de 1838, préconisait dans son ouvrage *Des maladies mentales*, dans le titre « *Mémoires sur l'aliénation mentale* », chapitre XX « *Mémoire sur l'isolement des aliénés* », une « **méthode perturbatrice** » pour secouer, corriger le patient qui est perçu non pas comme celui qui perd la raison mais comme celui qui se laisse aller à perdre la raison.

Ainsi la maladie est saisie comme une faiblesse et le patient dans une position infantile. Esquirol présente l'isolement comme un soin, clairement énoncé comme une privation mobilisatrice pour restaurer la conscience.

La rupture avec les proches, l'ennui, le repli, la frustration, ouvrent sur la bonne voie de la restauration de la conscience, explique l'aliéniste. L'isolement est présenté comme un choc pour provoquer un soubresaut de l'âme, pour secouer la conscience et l'éclairer.



Ainsi écrit Esquirol : « *c'est ici le cas d'appliquer la méthode perturbatrice, de briser le spasme par le spasme, en provoquant des secousses morales qui dissipent les nuages dont l'intelligence est couverte, qui déchirent le voile interposé entre le monde extérieur et l'homme, qui brisent la chaîne vicieuse des idées, qui fassent cesser l'habitude des mauvaises associations, qui détruisent leur fixité désespérante, qui rompent le charme qui retient dans l'inaction toutes les puissances actives de l'aliéné* » .

L'isolement est donc perçu comme un bienfait thérapeutique décliné à trois niveaux :

- 1. La soustraction à l'environnement habituel du malade**, jugé pathogène et générateur des troubles,
- 2. Des stratégies psychodramatiques destinées à faire peur** au malade pour soumettre le délire à l'empire de la raison et désarçonner l'erreur,
- 3. Un environnement entièrement structuré par l'autorité médicale** qui permette de mettre de l'ordre dans les pensées.

La persistance de connotations indéniablement pénales

L'étonnement, voire l'indignation du Contrôleur Général des Lieux de Privation et de Liberté est salubre. Il nous rappelle que les mesures coercitives en psychiatrie ont d'abord une connotation pénale qui n'a rien à voir avec notre exercice médical.

L'isolement, en ce qu'il met à l'écart et enferme loin des autres, est d'abord hors du champ médical, le plus souvent une peine. Car l'homme n'est pas fait pour vivre seul, isolé, loin de ses semblables. Il est un être social, dont la survie dépend de ses échanges avec les autres. Isoler, enfermer, c'est ainsi sanctionner, blesser et punir.

Le vocabulaire de l'isolement appartient d'ailleurs en premier lieu au monde carcéral.



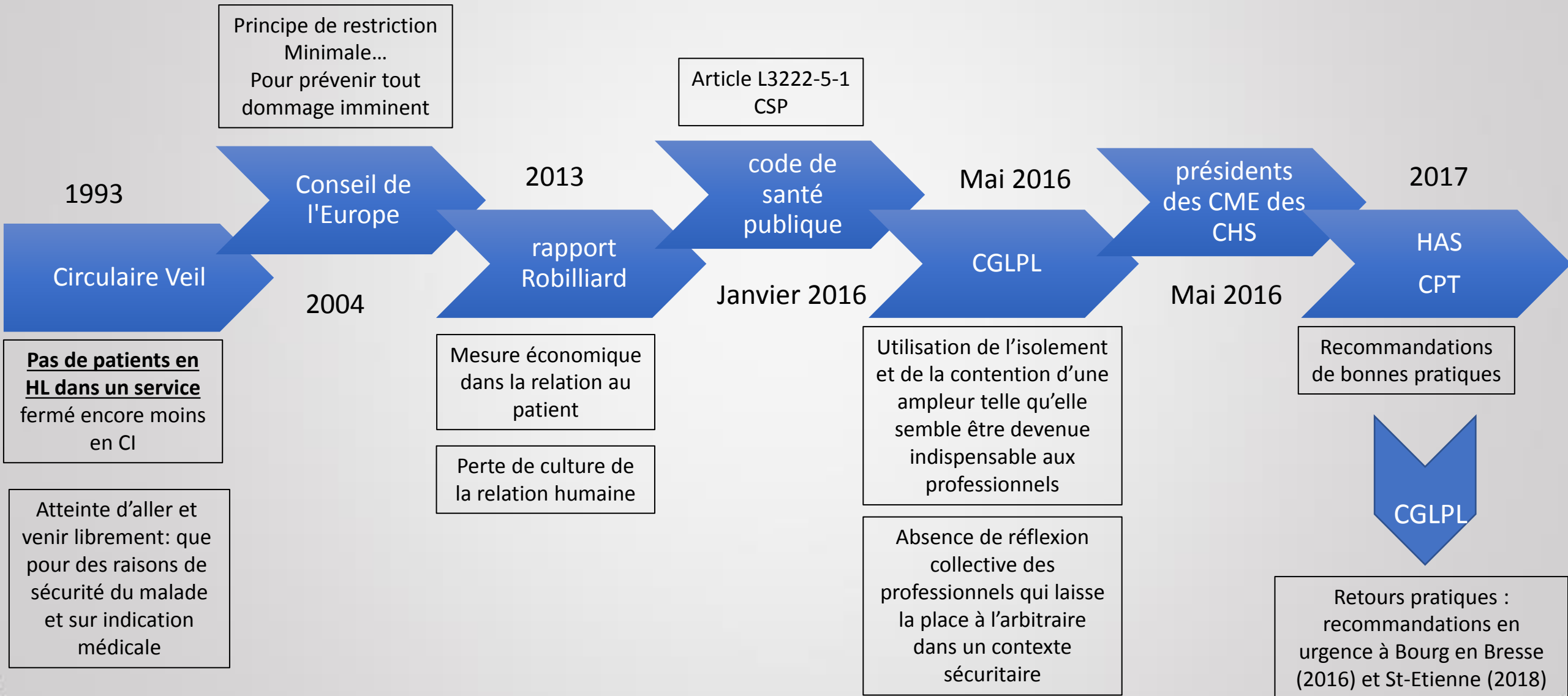
On a aussi parlé longtemps à l'hôpital « **d'évasion** » puis de « **fugue** » pour maintenant nommer plutôt « **une soustraction aux soins** ». On désignait les chambres par le terme « **cellules** ». On parle encore d' « **internement** », terme également utilisé pour des camps disciplinaires. « **L'asile** » qui pourtant avait une étymologie synonyme de refuge, a pris une connotation concentrationnaire. Le terme asilaire est devenu péjoratif.

Plus récemment, des médecins soutiennent la nécessité d'énoncer ouvertement la discipline psychiatrique et nomment ouvertement leur structure, par exemple « **centre ambulatoire psychiatrique** ». Ainsi, dans le vocabulaire commun, les mesures coercitives en psychiatrie sont indéniablement synonyme de peine. Même dans la « quarantaine » mise en œuvre en cas d'épidémies, **l'isolement est vécu comme une souffrance de plus, infligée à ceux qui déjà sont affligés**. Comment pourrions-nous penser qu'il en est autrement en psychiatrie ? **D'où la nécessité absolue de réinterroger la mesure d'isolement**. S'il faut détacher la mesure d'isolement en psychiatrie de son histoire pour ne pas la confondre avec son seul aspect carcéral, il faut se garder également de penser qu'enfermer, c'est soigner ou que l'isolement est thérapeutique.

1. Contexte légal

Une exigence de restriction du recours aux mesures coercitives en psychiatrie

Une succession de textes et de recommandations, spécialement depuis 2016



INTRODUCTION

ORDRE
PUBLIC

LIBERTE

Espace de soin

Espace
de
Risque

Espace
de
Tolérance

Diversités des fonctionnements

Sur les 10 dernières années, nous avons subi **le tout sécuritaire** comme la **remise en cause profonde de toute mesure coercitive en psychiatrie.**

Article L3222-5-1 du code de la santé publique

Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 72

L'isolement et la contention sont des **pratiques de dernier recours**. Il ne peut y être procédé **que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée**. Leur mise en œuvre **doit faire l'objet d'une surveillance stricte** confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1.

Sur l'orientation en chambre fermée

- L'isolement est indiqué en dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient.
- Seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés.
- L'isolement est réalisé sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement.
- Un entretien et un examen médical sont réalisés au moment de l'isolement.
- Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient.
- À l'initiation de la mesure, l'indication est limitée à 12 heures. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 12 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures. Les isolements de plus de 48 heures doivent être exceptionnels.
- Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.
- Il est indispensable, au moment de la mise en place de la mesure d'isolement, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de l'isolement et les critères permettant sa levée.
- La mise en place d'une mesure d'isolement doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
- La mesure d'isolement est faite dans un espace prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural.

Sur l'orientation en chambre fermée (suite)

- L'isolement doit être levé, sur décision médicale, dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié.
- Après la sortie d'isolement, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe.
Cela donne lieu à une analyse clinique tracée dans le dossier du patient.
- À l'issue d'une mesure d'isolement, un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle doit avoir lieu.
- Chaque mesure d'isolement doit être enregistrée dans un registre en préservant l'anonymat du patient. Ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant surveillé le patient.
- Il est souhaitable d'aménager des espaces d'apaisement dans les unités de soins, lieu dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour procurer un espace de faible stimulation afin de permettre une diminution de la tension interne d'un patient.

Sur le recours à la contention

- La contention est indiquée exceptionnellement en dernier recours, pour une durée limitée et strictement nécessaire, après une évaluation du patient, et uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement.
- La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement. Ne peuvent être isolés que les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.
- La mise sous contention mécanique est réalisée sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement.
- Un entretien et un examen médical sont réalisés au moment de la mise sous contention mécanique.
- Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient.
- À l'initiation de la mesure, l'indication est limitée à 6 heures. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 6 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures. Les contentions mécaniques de plus de 24 heures doivent être exceptionnelles.

Sur le recours à la contention (suite)

- Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.
- Il est indispensable, au moment de la mise en place de la contention mécanique, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de la mise sous contention et les critères permettant sa levée.
- La mise en place d'une mesure de contention mécanique doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
- La contention mécanique doit être faite dans un espace d'isolement prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural. Il doit respecter l'intimité du patient et permettre le repos et l'apaisement.
- La contention mécanique doit être levée, sur décision médicale, dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié.
- Après la levée de la contention mécanique, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe. Cela donne lieu à une analyse clinique tracée dans le dossier du patient.
- À l'issue d'une mesure de contention mécanique, un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle doit avoir lieu.
- Chaque mesure de contention mécanique doit être enregistrée dans un registre en préservant l'anonymat du patient. Ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant surveillé le patient.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Rapport *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale* • 2016

- La CGLPL y dénonce l'absence de débat public sur les soins sans consentement et la privation de liberté en psychiatrie alors même « *qu'elles posent de véritables questions relatives aux droits fondamentaux* ».
- L'hôpital psychiatrique est dépeint en des termes qui ne jurent pas avec l'asile du 18e siècle : « *Ainsi, paradoxalement, l'hôpital, havre de soins, laisse se perpétuer et se perpétuer, au fond de ses unités, des pratiques qui s'apparentent, dans certaines conditions, à des traitements inhumains et dégradants* ».
- Les soignants sont pointés du doigt comme n'ayant organisé aucune réflexion collective sur ces aspects attentatoires aux libertés les plus fondamentales : « *la quasi-absence de réflexion publique sur le développement de ces traitements laisse perplexe* ».

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Rapport *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale* • 2016

- ⦿ Elle poursuit que les professionnels en viennent à ne plus s'interroger ou remettre en cause ces pratiques dont ils pensent même qu'elles constituent un soin : « *Certes, faute d'instrument d'évaluation, il est difficile d'apprécier l'étendue de leur usage. De façon plus pernicieuse, il est difficile, même aux professionnels, de remettre en cause des méthodes qui leur ont été enseignées et dont ils usent de toute bonne foi et avec la conviction que c'est un soin, la preuve en étant – si besoin – qu'on ne le met œuvre que sur prescription* » (p. VIII)
- ⦿ Et réinsiste sur l'absence de réflexion collective : « (...) *cette diversité (des pratiques) est également générée par une absence de réflexion collective institutionnalisée sur la nécessité, l'utilité et donc la légitimité des limites apportées aux restrictions du droit d'aller et venir des patients* ». (p89)
- ⦿ On notera que ce rapport ne contient aucune bibliographie, aucune référence aux travaux et articles publiés sur le sujet jusqu'ici.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Recommandations en urgence à Bourg-en-Bresse et Saint-Etienne

CPA de l'Ain • Bourg-en-Bresse

Un recours à l'isolement et à la contention utilisé dans des proportions jamais observées jusqu'alors et non conforme aux règles communément appliquées

« dans l'une de ces unités, une personne est isolée, attachée, depuis une date indéterminée, chacun des soignants, dont certains sont en poste dans l'unité depuis plusieurs années, interrogés sur le début de cette mesure, a répondu n'avoir jamais vu cette personne ailleurs que dans la chambre d'isolement »

« de nombreux patients hospitalisés dans les unités de soins de suite sont enfermés dans des chambres ordinaires. Les contrôleurs ont constaté que cet enfermement, qui dépasse souvent 20h par jour, pouvait être prolongé pendant plusieurs mois. Il peut s'y ajouter une contention au lit ou au fauteuil jusqu'à 23h par jour, pour certains patients pendant des mois également, voire des années »

Urgences du CHU • Saint-Etienne

Une pratique générale d'isolement et de contention dans les unités d'hospitalisation complète non légale

« les contrôleurs ont constaté, au moment de la visite, la présence aux urgences générales du CHU, de vingt patients relevant de la psychiatrie en attente de places. Treize de ces vingt patients attendaient allongés sur des brancards dans les couloirs même des urgences. Sept patients faisaient l'objet de contentions au niveau des pieds et d'une ou des deux mains. Deux de ces patients attachés étaient en soins libres »

« L'isolement est encore décrit comme « thérapeutique » dans le protocole à destination des soignants de juillet 2017 »

« des patients en soins libres font l'objet, de manière fréquente, de mesures d'isolement associées parfois à de la contention, pour des durées de plusieurs jours »

2. CONTEXTE SCIENTIFIQUE



Gériatrie

Psychiatrie

Services des
urgences

CPT

2010, 2011, 2015, 2017

- Mesures extrêmes pour un risque imminent
- Pas de SB
- Peu parfois être nécessaire
- Il n'y a pas de preuve scientifique d'un bénéfice thérapeutique quelconque découlant du recours à la contention....
Le recours à la contention n'a aucune justifications thérapeutiques quelle qu'elle soit

NICE

2015

- Pas suffisamment de preuve pour déterminer si l'isolement et la contention sont des interventions sûres et/ou efficaces pour la gestion à court terme des troubles du comportement violents

ANAES 1998, audit clinique appliqué à l'utilisation de la chambre d'isolement en psychiatrie

Indications

- Prévention d'une violence imminente du patient envers lui même ou autrui
- Prévention d'un risque de rupture thérapeutique
- Intégration dans un programme thérapeutique type comportemental
- En vue d'une diminution des stimulations
- A la demande du patient

Contre-indications

- Puniton
- Etat clinique ne nécessitant pas l'isolement
- Réduire l'anxiété ou le confort de l'équipe de soin
- Manque de personnel

ANAES, limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, 2000

Indications

- risque de chute
- agitation
- déambulation

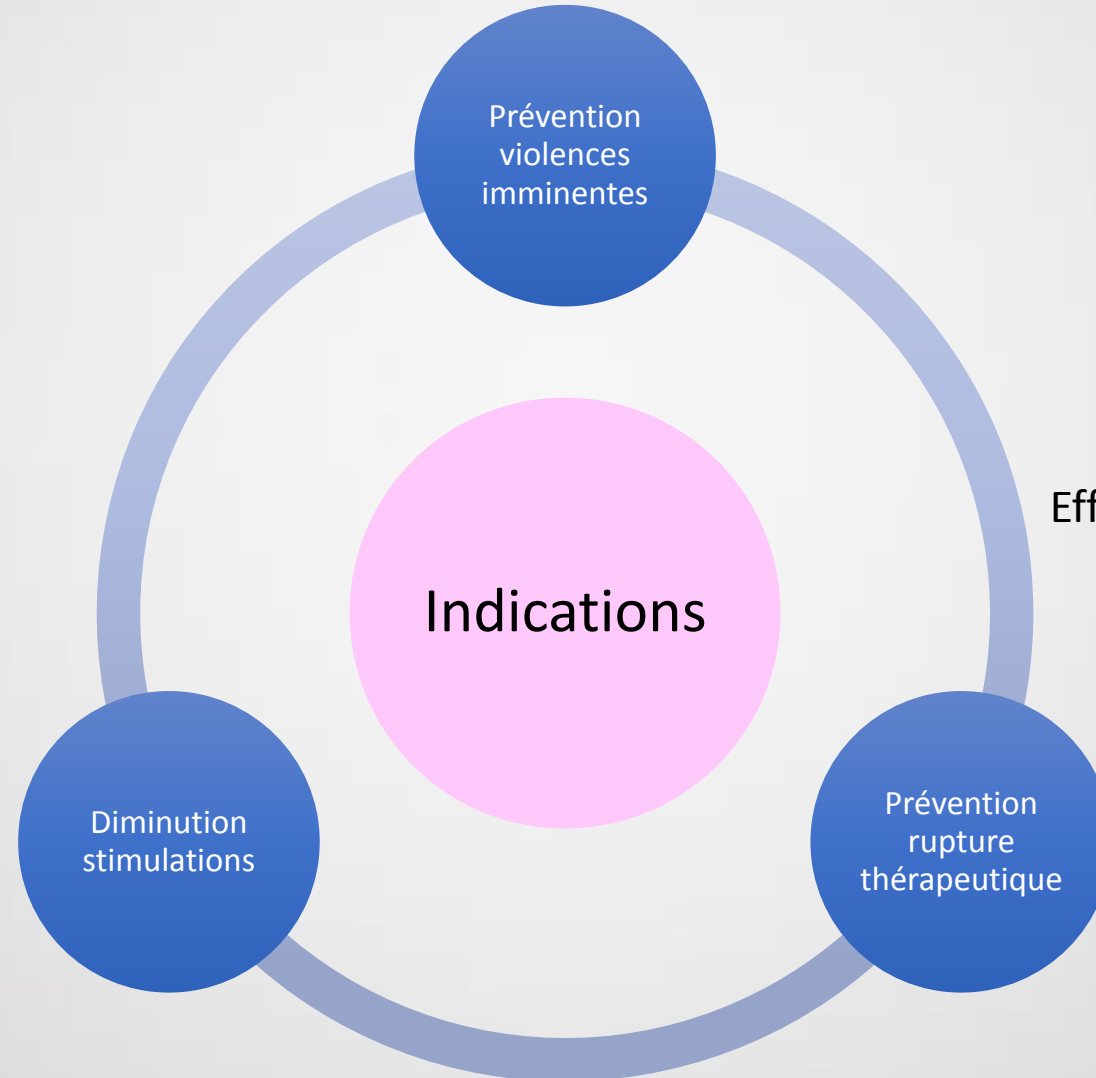
10 critères de bonne pratique

- PM
- à postériori
- surveillance
- informations et recherche consentement
- matériel idoine
- intimité et dignité
- activités
- réévaluation/ 24h

SFMU, conférence de consensus, agitation aux urgences, 2003

Contre-indications

- Punition
- Pas de nécessité
- Diminuer anxiété de l'équipe
- Par manque de personnel
- Affections organiques non stabilisées



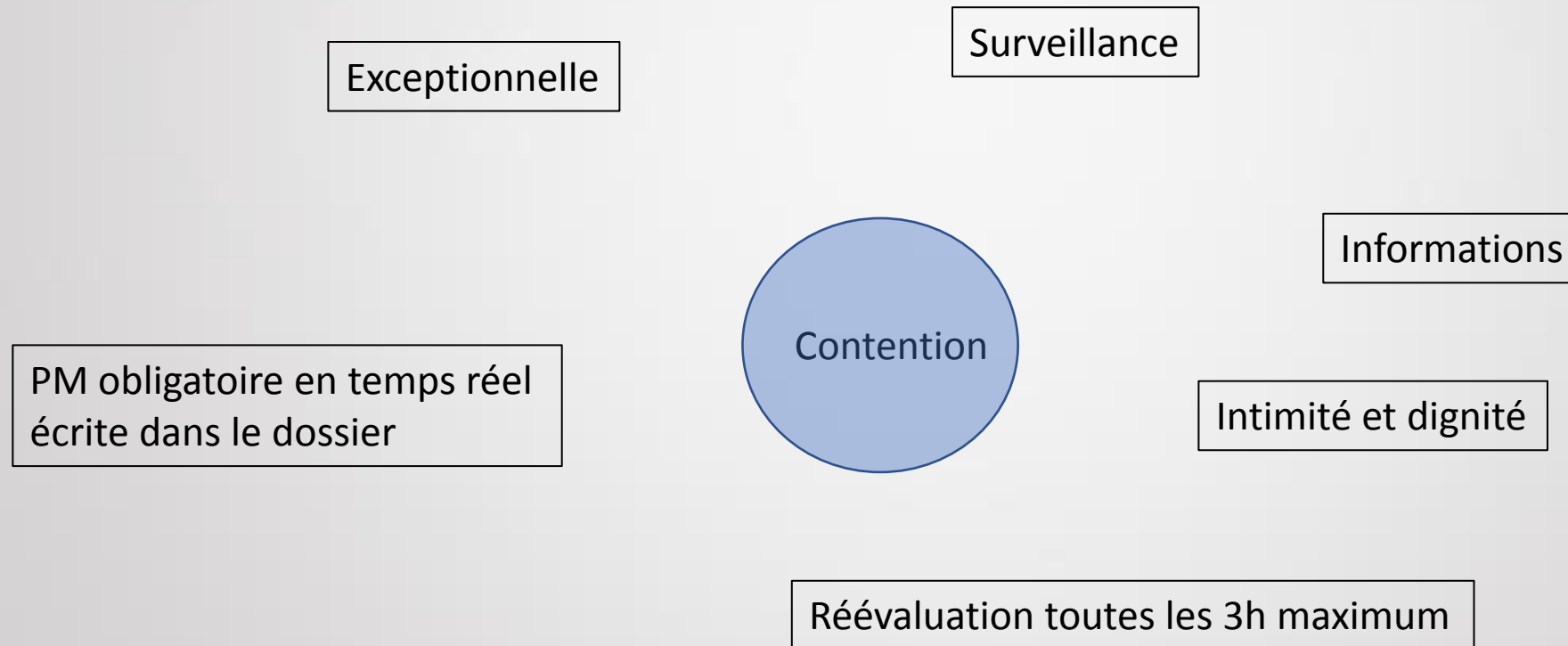
Mesure d'exception

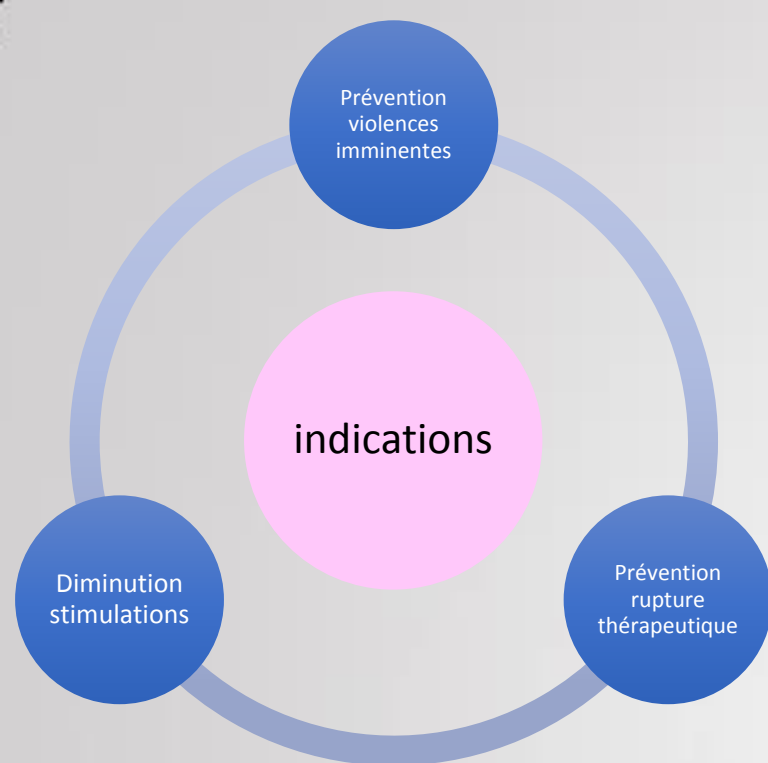
Toujours une sédation chimique

Effets secondaires pouvant être grave

Fédération hospitalière de France, Conférence de consensus, 2004

Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité





Indications

- prévention d'une violence imminente du patient envers lui même ou autrui
- prévention d'un risque de rupture thérapeutique
- intégration dans un programme thérapeutique type comportemental
- en vue d'une diminution des stimulations
- à la demande du patient

indications

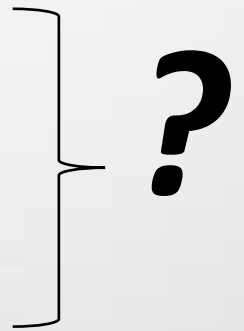
- risque de chute
- agitation
- déambulation

Demande du patient

Rupture thérapeutique

Violence agitation

Risque de chute



Intégration dans un programme thérapeutique comportemental

Rupture
thérapeutique?

```
graph TD; A[Rupture thérapeutique?] --> B[Services des urgences]; A --> C[Psychiatrie]
```

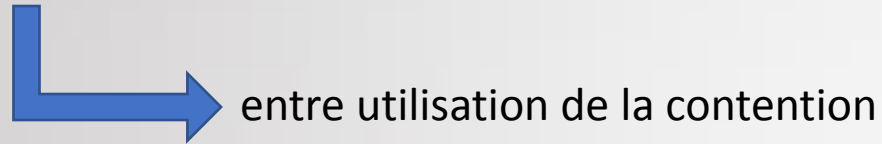
Services des
urgences

Psychiatrie

Prévention risque de chute PA : efficacité?

- Pennsylvanie: 12820 patients de maison de retraite

lien statistiquement significatif



- la dépendance pour les activités de la vie quotidienne,
- la marche
- détérioration cognitives,
- augmentation des chutes
- des ulcères de pression,
- des contractures

- 2000 patients



Contention= augmentation mortalité

Recherche sur l'efficacité pour la violence et l'agitation

A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient setting and emergency departments

36 études incluses



aucun résultats pour dire que la MCI ou la contention étaient sûres et efficaces pour la gestion à court terme de la violence

Cochrane 2012: revue de la littérature pour étudier l'effet thérapeutique de l'isolement et de la contention lors d'épisodes de violences et d'agitation avec risque auto et hétéro agressif

35 études incluses



aucune étude ne montre l'efficacité de l'isolement ou de la contention chez les patients présentant des troubles mentaux

Revue de la littérature: Seclusion in emergency psychiatry, Norvoll, 2015

Q? Justifications, pratiques et effets de l'isolement en psychiatrie

23 études

pauvreté des fondements et connaissances scientifiques relatifs à une telle approche



Aucune preuve de son efficacité

isolement ou contention?

Bergk, 2011

compare isolement et contention dans leurs effets psychologiques

Essai contrôlé, isolement vs contention

28 patients

stress équivalent

Pas de différence entre isolement ou contention

pas de différences d'effets secondaires

Effets indésirables de la contention

Revue de la littérature 1994 (Fisher)

Revue de la littérature de 2013 (Rakhmatullina)

48 articles

-10 revues de la littérature

-38 études cliniques

Traumatismes physiques

- Œdèmes
- Cyanoses des poignets et bras
- Ulcères de pression
- Difficultés respiratoires
- Inhalations

Lésions hépatiques

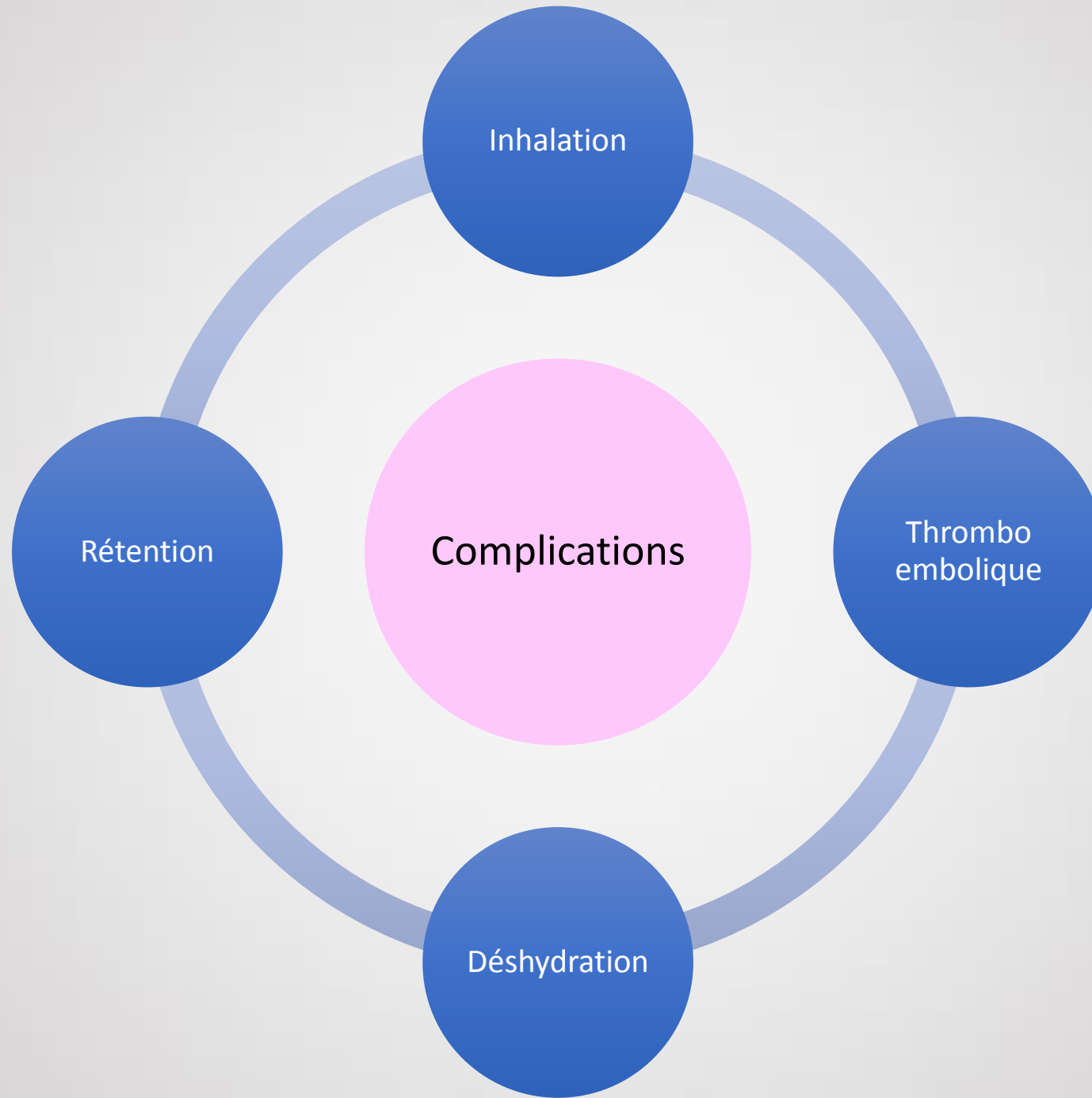
- Stress
- Drug induced injury (DILI)
- 8,5% des patients contenus
- 1,9% chez les non contenus

Risques de confusion

- Si isolement associé
- Pas de lumière du jour
- Pas de visite
- Changement de chambre

Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. Am J Psychiatry. nov 1994;151(11):1584-1591

Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints : a review of literature. Psychiatr Q. déc 2013;84(4):499-512.



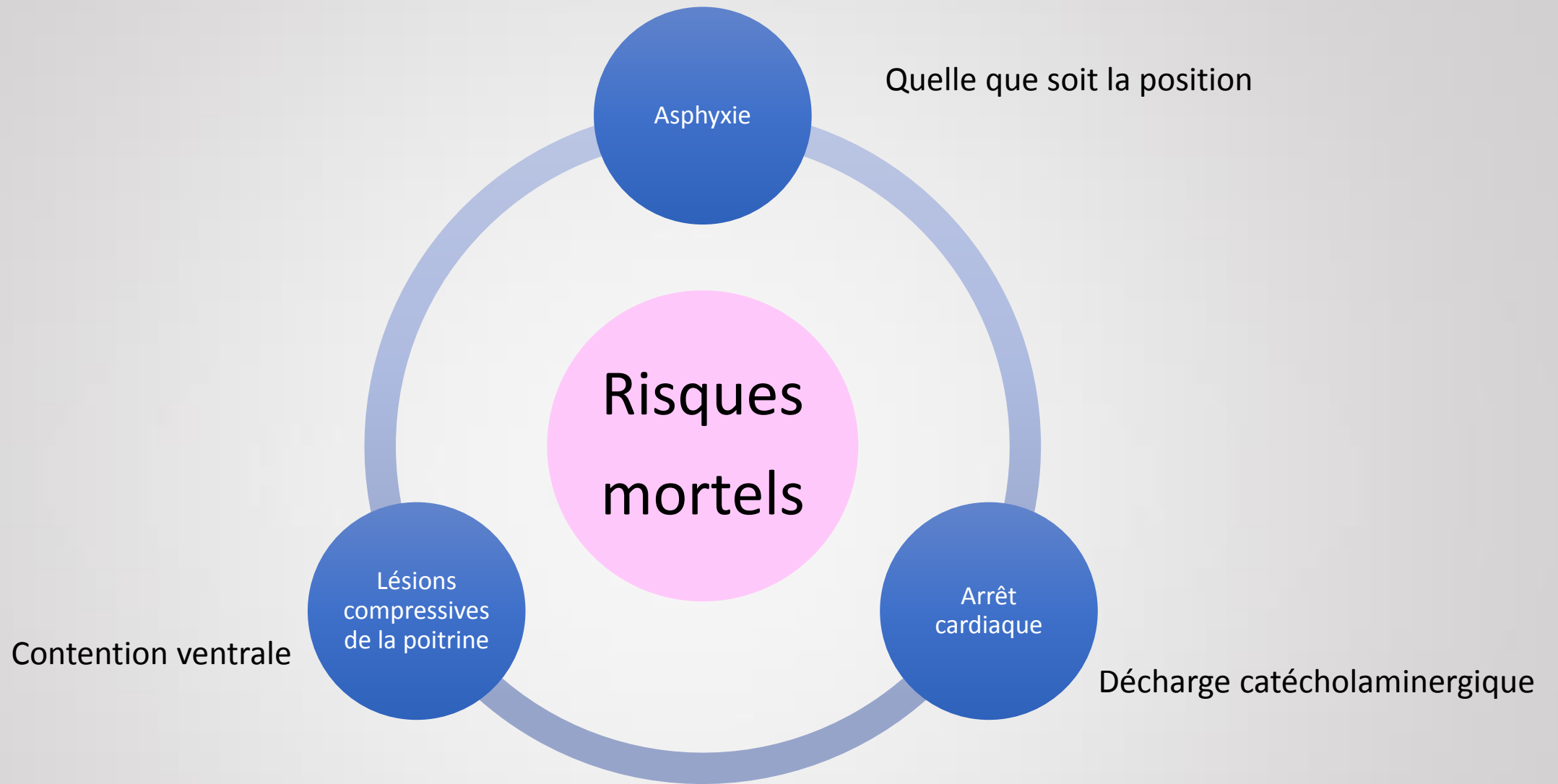
Inhalation

Rétention

Complications

Thrombo
embolique

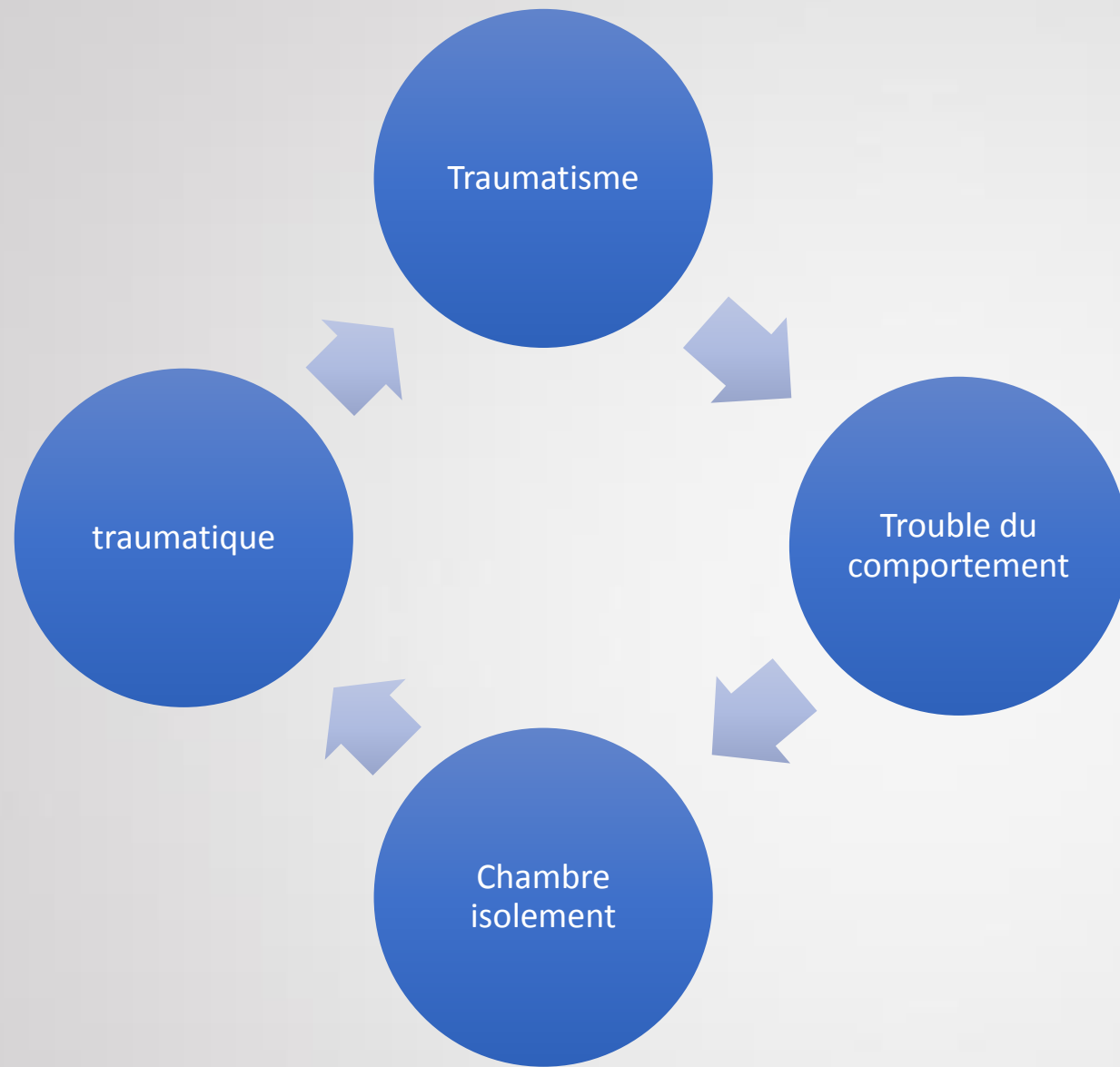
Déshydratation



Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organisations (1998) Preventing restraint deaths. Sentinel Event Alert, JCAHO, Washington

Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. Dtsch Ärztebl Int. janv 2012;109(3):27-32.

Vécu des patients?



Plus de PTSD après contention

Steinert T, Birk M, Flammer E, Bergk J. Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: one-year follow-up of a randomized controlled study. Psychiatr Serv Wash DC. 2013; 64:1012-7

HAS. Recommandations de bonne pratique. Isolement et contention en psychiatrie générale. Méthode recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire scientifique. Février 2017

Sentiment de perte
d'autonomie,
traumatisant,
dévalorisant et punitif
(Cano 2011, Marseille)

Vécu négatif par le patient
alors que les soignants
pensent qu'il s'agit d'un outil
de soins indispensable
(revue de la littérature de
2013, 39 études)

Aucun sentiment de sécurité ou de
réconfort de la part des patients
(Palazzolo, 2002)

Détresse et ennui
(Kontio, 2012)

En 2010, revue de la littérature, Strout

4 groupes de vécus chez les patients contenus

Impact psychologique négatif

- Peur
- Colère
- Humiliation
- Démoralisation
- Deshumanisations
- Dégradation
- Impuissance
- Stress
- Gêne
- Viol d'intégrité

Réexposition à un traumatisme

- Résurgence de traumatisme: retraumatisation

Perceptions de pratiques non éthique

- vécu d'abus et de punition

Esprit brisé

- Sentiment de désespoir et de ne pouvoir demander de l'aide

Thèse d'exercice réalisé à Toulouse en 2014

29 patients contenus interrogés

Colère

Haine

Tristesse

Impuissance

Solitude

Peur

Mépris

Angoisse

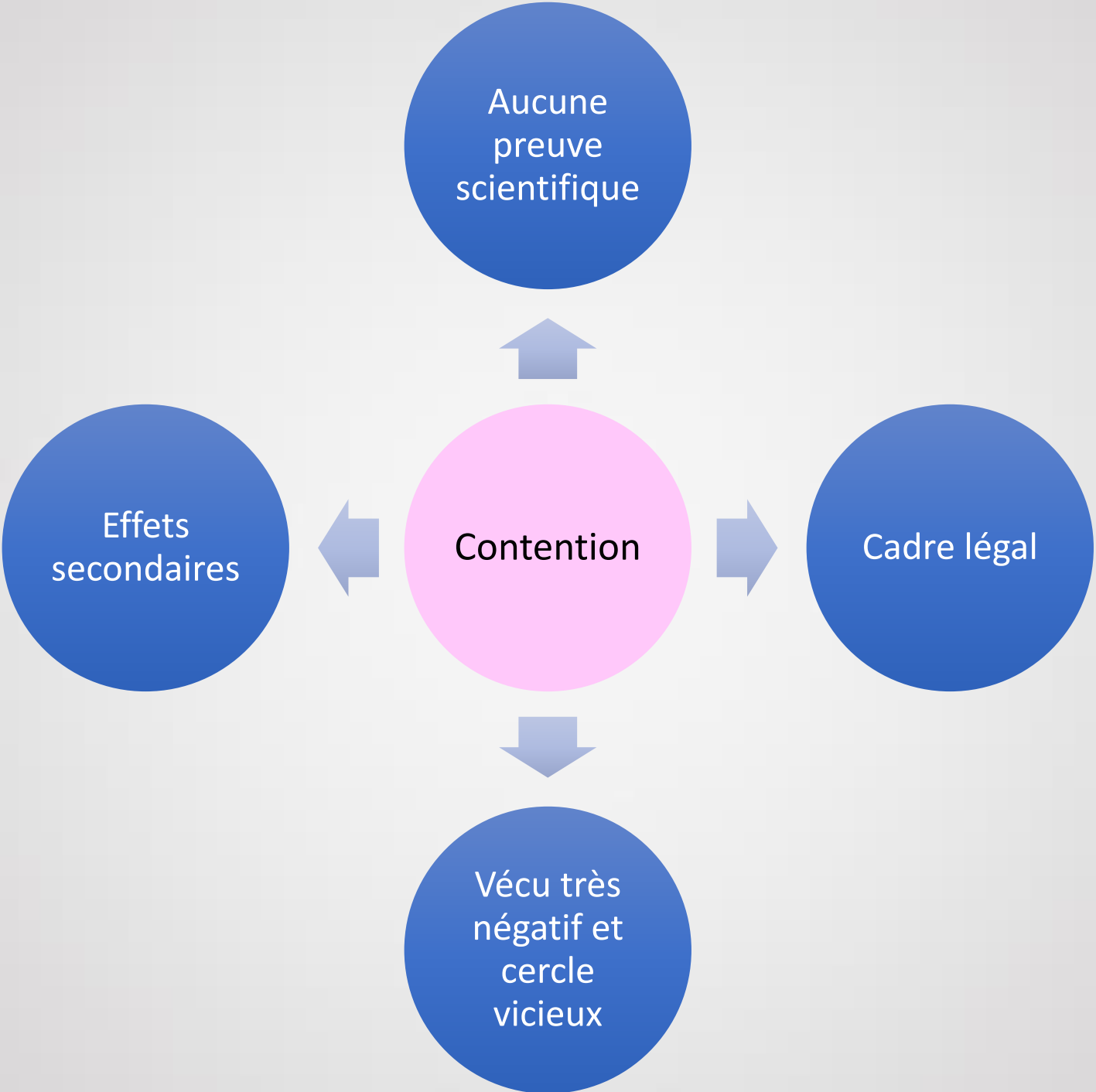
Ne pas être considéré comme un être humain



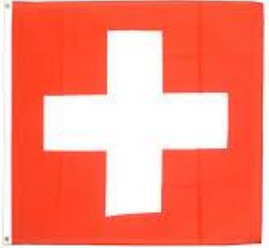
24h d'isolement à
2 IDE



Frustration
Anxiété
Inhumain



Effets positifs des alternatives



Suisse

- Politique porte ouverte
- Baisse significative de l'isolement



Royaume-uni

- Safewards Model → dix interventions pour réduire la fréquence des conflits et isolements
- -26,4% des isolements



Etats-Unis

- Six stratégies de base pour la prévention des conflits et de la violence
- efficace



520 et 2764 patients

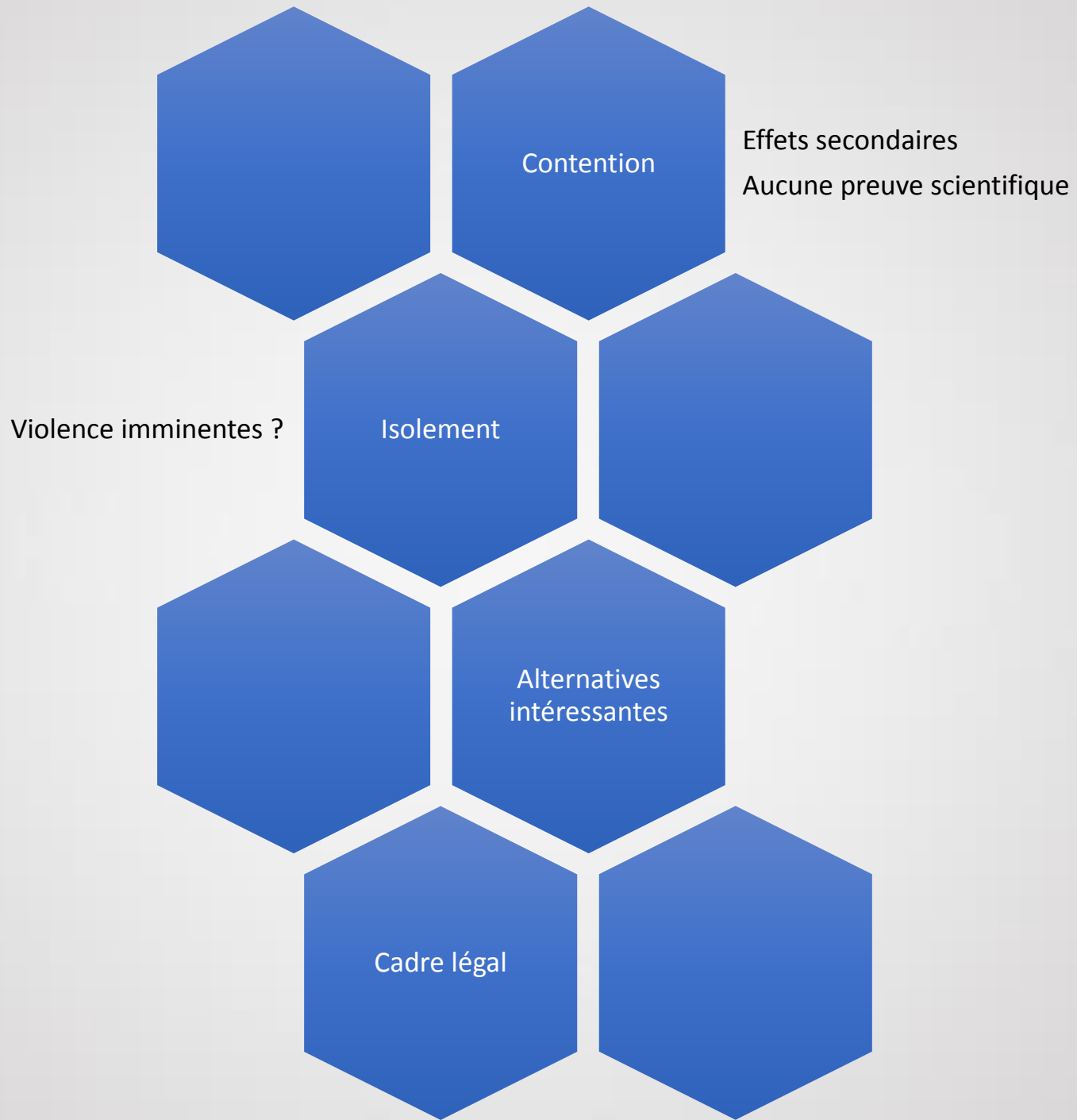
Utilisation en
premier recours d'un
traitement contre le
gré du patient



Diminution
isolement et
contention

Georgieva, I., et al., Reducing seclusion through involuntary medication: A randomized clinical trial. Psychiatry Research (2012), <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.002>

A A Verlinde et al. Seclusion and enforced medication in dealing with aggression: A prospective dynamic cohort study December 2016 European Psychiatry 39:86-92 DOI10.1016/j.eurpsy.2016.08.002



Réflexions

- ⊙ Nous convenons qu'il existe des situations de violence d'une grande dangerosité imposant des mesures sécurisées pour le patient et le personnel qui prend soin de lui. Il est également des situations d'une extrême vulnérabilité qui imposent de mettre le patient à l'écart des autres. Un lieu de grande quiétude est ainsi parfois nécessaire dans certaines situations pathologiques.
- ⊙ Ces dernières années, les mesures coercitives à l'hôpital psychiatrique ont été l'objet **d'inquiétudes grandissantes**. Patients, autorités, psychiatres, personnels soignants, et familles questionnent la pertinence de la chambre fermée, de la contention, du pyjama hospitalier, des services fermés et des interdictions (téléphones, visites...).
- ⊙ **La décomplexion** née d'un mouvement sécuritaire compromet l'alliance thérapeutique et l'éthique de nos traitements. Il est certainement difficile de garder la tête froide dans un champ alimentant la peur, où chaque accident, chaque épreuve de violence qui nous saisit, nous piège à nouveau dans un climat de restrictions et de dispositifs plus fermés.



La mesure d'isolement, si elle n'est pas thérapeutique, est d'une certaine manière économique. Elle est moins coûteuse en temps passé au pied du lit du malade, et en exigence de réflexion, qu'un traitement singulier qui respecte la temporalité du patient. Ainsi cette pratique s'est renforcée avec la promotion de la rentabilité, la promotion de traiter vite, au plus rapide, au plus expéditif, et la multiplication des protocoles qui font l'économie d'une réflexion.

Nous devons être prudents quant à la **protocolisation**, à l'exigence toujours plus grande de rentabilité : dénoncer les contentions sur les brancards pour éviter les chutes parce qu'aucun lit n'est libre, dénoncer l'absence de personnel qui compromet l'alliance thérapeutique.


Il nous appartient de développer un **travail de prévention, d'anticiper la violence** et d'y trouver d'autres remèdes, qui contournent les mesures coercitives pour considérer et accueillir celui qui souffre.


Il faut sans doute également faire la part entre une violence délinquante qui ne ressort pas de notre compétence, et les manifestations violentes de troubles psychiatriques (une violence pathologique) que nous devons apaiser.

Conclusion

Pour considérer nos patients avec leurs vulnérabilités, respecter leur dignité et favoriser l'alliance thérapeutique, il est essentiel de :

- Porter une attention particulière à **l'architecture des lieux** : il nous apparaît indispensable de revendiquer autant un aspect sécurisé qu'un aspect de bien-être et de beauté pour les chambres fermées.
- Connaître et se former aux **techniques de désescalade** : ne pas répondre sur le même ton, toujours reformuler ce que le patient ou ses proches disent avec véhémence pour amorcer un dialogue et une introspection du patient.
- **Axer la priorité de nos dispensaires de santé sur la prévention des rechutes** : il faut mobiliser les équipes pour une surveillance attentive, et éviter à tout prix ruptures de soins et réhospitalisation contrainte.

- 
- ⦿ **Rester attentif car rien n'est jamais acquis** : élaborer un parcours de soins, faire au mieux pour un patient, requiert de penser une situation singulière.
 - ⦿ Penser consiste à s'arrêter sur une expérience vécue et à s'interroger sur le sens de ce qui arrive, de ce que l'on fait et de ce que l'on voit faire. C'est poser une distance minimale permettant de considérer le sens des situations, leur portée, leur nécessité. De là naissent doutes, incertitudes, réflexions, remises en causes.
 - ⦿ Penser, c'est s'ouvrir à ce qui nous entoure et à nos patients, à ce qu'ils vivent et à ce que nous leur faisons vivre. C'est aussi saisir le point de vue des autres et reconnaître l'impossibilité de nier l'existence et le ressenti des autres.

- 
- Certes l'apparition d'une agitation ne doit pas provoquer l'écroulement d'un équilibre institutionnel. Mais en tout cas **elle interroge le degré de résistance du service et apprécie à la fois sa souplesse et sa solidité.**
 - C'est parce que le patient agité n'est pas rejeté et exclu, isolé, encellulé, qu'on s'efforce de le comprendre. **L'agitation doit être comprise non mécaniquement mais dialectiquement.**
 - Dans notre pratique clinique, cette attention maintenue à l'égard de chacun des patients est une posture qui est sans doute de nature à nous aider à réduire la pratique des mesures coercitives.

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte

Méthode Recommandations par consensus formalisé

ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

**Autisme et autres
troubles envahissants du développement :
interventions éducatives et thérapeutiques
coordonnées chez l'enfant et l'adolescent**

Méthode Recommandations par consensus formalisé

ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE

Mars 2012

Le groupe de pilotage mentionne son désaccord avec les pratiques de *handling* et de *packing* (avis majoritaire).

En l'absence de données relatives à son efficacité ou à sa sécurité, du fait des questions éthiques soulevées par cette pratique et de l'indécision des experts en raison d'une extrême divergence de leurs avis, il n'est pas possible de conclure à la pertinence d'éventuelles indications des enveloppements corporels humides (dits *packing*), même restreintes à un recours ultime et exceptionnel. En dehors de protocoles de recherche autorisés respectant la

HAS et Anesm / Service des bonnes pratiques professionnelles (HAS) et service des recommandations (Anesm)

mars 2012

235

Enfants/adolescents avec TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées

totalité des conditions définies par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP)⁶⁴, la HAS et l'Anesm sont formellement opposées à l'utilisation de cette pratique.