



HAL
open science

Agir au mieux en situation extrême : la gestion des troubles du comportement sévères dans une unité de soins intensifs pour personnes autistes

Livia Velpry

► To cite this version:

Livia Velpry. Agir au mieux en situation extrême : la gestion des troubles du comportement sévères dans une unité de soins intensifs pour personnes autistes. *Contrainte et consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer*, 2018. halshs-01936787

HAL Id: halshs-01936787

<https://shs.hal.science/halshs-01936787>

Submitted on 27 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Velpry Livia, « Agir au mieux en situation extrême : la gestion des troubles du comportement sévères dans une unité de soins intensifs pour personnes autistes »,

PRE-PRINT avant épreuves du chapitre paru dans Livia Velpry, Pierre A. Vidal-Naquet, Benoît Eyraud (dir.), *Contrainte et consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer*, PUR, 2018, pp. 101-116

Il est aujourd'hui communément admis que les interventions contraignantes dans le soin doivent être exceptionnelles et constituent des alternatives à n'utiliser que lorsque les autres possibilités ont été épuisées. Ce principe, énoncé par l'ONU en 1991 sous la forme d'une préférence pour l'alternative « la moins restrictive des libertés¹ » en matière de soins en santé mentale, vise particulièrement les interventions qui impliquent une restriction de mouvement de la personne². La mise en contention ou en chambre d'isolement en psychiatrie sont ainsi qualifiées de pratiques de dernier recours dans la loi de santé du 26 janvier 2016. Dans les formations à la gestion de l'agitation ou des crises destinées aux professionnels du soin et de l'accompagnement en matière de santé mentale ou de handicap, d'usage courant dans plusieurs pays³, la restriction de mouvement par contact physique direct occupe la dernière place dans la hiérarchie des réponses possibles qui compte trois étapes : parler, médiquer et immobiliser.

La notion de dernier recours met l'accent sur le fait qu'on agit ainsi parce qu'on ne peut pas faire autrement et qu'on a dû renoncer aux options alternatives. Mais au-delà de cette définition par défaut, sur quels éléments s'appuyer pour s'assurer qu'une telle intervention est effectivement nécessaire ? Quelques critères apparaissent de façon récurrente dans les textes juridiques et administratifs pour autoriser le recours à ces interventions. Les troubles du comportement importants, la mise en danger de soi-même ou d'autrui, ainsi que la situation de crise ou d'urgence justifient de mettre au premier plan l'impératif de protection, quitte à suspendre le principe de liberté d'aller et venir ou du consentement. Evaluer la présence de ces éléments dans une situation donnée, cependant, nécessite un travail de qualification et de prise en compte du contexte. Une autre zone d'incertitude concerne la façon de mettre en œuvre une intervention qui conserve un caractère exceptionnel et est située aux limites du soin. Ce ne sont donc pas seulement l'opportunité, la justification et la légitimité du recours à ces interventions qu'il faut déterminer en situation, mais également ses modalités.

Qu'est-ce que faire bien, quand on ne peut pas faire autrement ? Comment déterminer quoi et comment faire, et en justifier ? Cette contribution examine comment les professionnels se saisissent de ces questions lorsqu'ils s'y trouvent confrontés de façon quotidienne. Pour cela, l'analyse se centre sur le travail effectué dans un lieu de soin qui accueille des personnes ayant des troubles autistiques souvent associés à d'autres handicaps, dans des moments où certains de leurs comportements constituent un danger ou une perturbation trop graves pour eux ou leur entourage, qu'il soit professionnel ou familial. Utilisant de façon habituelle ces outils qui relèvent ailleurs plutôt du dernier recours et sont peu, voire pas encadrés, les professionnels doivent non seulement déterminer quand les mettre en œuvre mais également de quelle manière.

Un retour sur la création de cette unité expérimentale montrera dans un premier temps qu'elle constitue un observatoire privilégié de l'élaboration des règles qui encadrent de façon positive les interventions de dernier recours. Puis, à partir du récit d'une intervention et des discussions

¹ « Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie et pour l'amélioration des soins en santé mentale » adoptés le 17 décembre 1991. Voir EYRAUD ET VELPRY (2015).

² Le principe s'applique également à la contrainte légale aux soins en psychiatrie, la loi affirmant depuis 1990 que l'hospitalisation libre constitue la règle et les mesures d'hospitalisation sans consentement l'exception.

³ Plusieurs organismes proposent des formations au Canada, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. Dans ce dernier pays, elles sont systématiquement suivies par les soignants et renouvelées régulièrement. Ces formations ont été introduites plus récemment en France (Formation OMEGA...).

qui l'entourent, je soulignerai la hiérarchie définie localement entre les outils de gestion des troubles du comportement ainsi que la dynamique des règles qui président à leur usage en situation. Cette analyse rend visible les éléments nécessaires dans des contextes de soin plus ordinaire pour assurer que des interventions soient acceptables, lorsque les professionnels eux-mêmes les perçoivent comme se situant aux « limites » du soin, soit parce que la dimension contraignante y est très visible, soit parce qu'elles semblent contestables d'un point de vue éthique.

Produire du soin en dernier recours

Une unité expérimentale spécialisée dans les "situations extrêmes"

Les personnes qui cumulent des difficultés mentales, physiques, cognitives et psychiques nécessitent un accompagnement important qui est assuré par des professionnels dans des institutions médico-sociales ou sanitaires, ainsi que par l'entourage familial. Cet accompagnement se déploie sur un très large spectre : il consiste en interventions de soin ou éducatives, mais vise aussi à permettre l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne (hygiène, alimentation...). En outre il concerne des personnes très vulnérables, n'ayant pas ou peu accès au langage, ce qui nécessite d'adapter les modes de communication. De par ces deux caractéristiques, cet accompagnement demande d'ajuster continuellement atteinte à l'intégrité physique et à l'intimité de la personne et respect de sa dignité.

La survenue de comportements perturbateurs, d'auto- ou d'hétéro-agression ou de destruction de l'environnement matériel particulièrement sévères, tels que les coups violents portés à autrui, les gestes d'automutilation, le bris de mobilier, met en cause cet ajustement. Confrontés à des situations de danger ou de perturbation qu'ils sont impuissants à comprendre et à réduire⁴, les professionnels des structures de soin et d'accompagnement ou les proches de la personne sont alors amenés à recourir à des solutions qu'ils considèrent eux-mêmes comme insatisfaisantes voire maltraitantes, telles que la mise en contention ou en isolement prolongé, en institution ou au domicile, ou encore l'accueil dans des unités non adaptées⁵.

Ces situations mettent donc en difficulté les professionnels comme l'entourage. L'objectif d'éviter les ruptures de prise en charge qu'occasionnent ces situations est intégré dans la loi du 11 février 2005 sur le handicap, et repris dans l'évaluation de la loi. À la fin des années 2000, les administrations régionales créent un « dispositif francilien expérimental⁶ » qui a pour but d'éviter ces ruptures de prise en charge en proposant une « prise en charge multidisciplinaire, intégrative des personnes autistes en situation de décompensation⁷ ». Elaboré avec des acteurs professionnels et administratifs du champ sanitaire et médico-social, ce dispositif sanitaire associe des équipes mobiles chargées d'accompagner les situations à domicile ou en établissement à une unité d'hospitalisation d'accueil d'urgence. Cette unité a pour mandat de gérer de façon plus satisfaisante les troubles du comportement présentés par les personnes accueillies et de réduire ces troubles afin que celles-ci puissent retrouver une situation de vie stable.

⁴ Les facteurs en cause dans la survenue de troubles sévères comme dans l'impuissance des professionnels sont multiples. Le contexte institutionnel et les ressources disponibles en font partie. Parmi les éléments cités fréquemment par les professionnels dans la littérature grise, on trouve le manque de personnel, l'inadaptation des locaux, le manque de savoir-faire des équipes – comme ailleurs en psychiatrie adulte (VELPRY, 2011)-, parfois aussi l'absence de solution et les difficultés d'interprétation de ce qui se passe, l'intrication entre différents problèmes qu'on n'arrive pas à démêler.

⁵ Pendant l'observation, plusieurs patients mineurs sont admis à l'unité après avoir été hospitalisés dans un service de psychiatrie adulte, où ils ont passé plusieurs semaines, voire plusieurs mois en isolement, à des fins de protection du patient comme de l'entourage. D'autres ont été placés sous contention physique en institution ou à domicile, dans le but de limiter les comportements hétéro et auto-agressifs et leurs conséquences.

⁶ Comité technique régional autisme d'Ile-de-France, réunion du 2 février 2011, p. 37.

⁷ Comité technique régional autisme d'Ile-de-France, réunion du 4 juillet 2012, http://www.afg-web.fr/IMG/pdf/USIDATU_presentation_ARS.pdf.

La dimension expérimentale de l'unité se comprend de deux manières. Du point de vue institutionnel, d'abord, le dispositif est financé en tant que « nouveau modèle d'accompagnement » dans le cadre de la mesure 29 du Plan Autisme 2008-2010. Il s'adresse à une catégorie d'action publique nouvelle, celle des « cas ou situations (de handicap) complexes », qui concernent les personnes dont les handicaps mentaux, physiques, cognitifs, et psychiques se caractérisent par leur intrication et leur gravité⁸, et qui se trouvent de ce fait souvent « sans solution⁹ ». Le dispositif expérimental intervient donc là où les structures existantes témoignent d'une impuissance. Porté par la politique publique en matière de handicap et d'autisme où il s'inscrit dans un « parcours d'accompagnement », tout en étant financé par les autorités sanitaires et rattaché à un service hospitalier, il occupe un espace institutionnel original.

La définition du fonctionnement de l'unité constitue une seconde dimension d'expérimentation. L'unité a été créée avec la double mission de gérer la crise à l'origine de l'admission, en réduisant les troubles du comportement par des moyens acceptables d'un point de vue éthique, et de rendre possible le retour à une situation de prise en charge stable. À cette fin, le projet de l'unité distingue deux objectifs : la gestion sécurisée de situations d'agitation et de perturbation extrêmes, d'une part, la mise en œuvre d'une expertise somatique et comportementale, à même de réduire la crise, d'autre part¹⁰. La mise en œuvre de ce projet s'inspire d'une unité spécialisée située aux Etats-Unis. Dotée de moyens renforcés en personnel et en matériel, l'unité recourt à des outils de sécurisation qui agissent autant sur l'architecture et l'environnement matériel que directement sur les mouvements de la personne. Elle mobilise également un travail d'évaluation et d'interprétation clinique des comportements, pour lequel des outils d'objectivation sont utilisés, voire développés spécifiquement : protocoles d'intervention, grilles et échelles d'évaluation des capacités de communication, suivi quantitatif des troubles du comportement et de leur intensité...

Ainsi, le statut expérimental de l'unité relève pour une part d'une dérogation aux règles habituellement en cours, en pédopsychiatrie comme dans le domaine médico-social, en intégrant dans son répertoire d'interventions des pratiques controversées ou considérées comme de dernier recours. Pour une autre part, elle vise à tester des outils et modalités de réponse à certains troubles du comportement particulièrement sévères, qui pourraient avoir une portée plus générale et auraient vocation à constituer des modèles¹¹. Ce statut expérimental se traduit par une activité intense de définition des règles entourant l'usage de ces interventions. L'attention portée à l'explicitation des règles se comprend à la fois comme un usage réflexif pour des soignants confrontés à une incertitude accrue, liée au caractère extrême des situations et parfois inhabituel des interventions, et comme une justification vis-à-vis de l'extérieur, afin d'anticiper les critiques dans un environnement plus large de forte controverse sur les thérapeutiques utilisées dans la prise en charge des troubles autistiques. Les règles sont ainsi fréquemment discutées collectivement. Elles prennent parfois la forme de protocoles individualisés définissant les modalités d'intervention dans des situations et pour des personnes précises. Elles peuvent également donner lieu à la production de règles de portée plus générale concernant les modalités d'usage d'un outil donné, parce qu'il est fréquemment utilisé dans l'unité. L'usage d'une planche molletonnée avec des attaches en tissu permettant d'immobiliser

⁸ Catégorie utilisée notamment dans un décret de mise en application de la loi de 2005 et dans un rapport du CEDIAS sur ces situations en 2012, ainsi que dans les groupes de travail d'élaboration du dispositif. Dans ces discussions, elle est parfois associée plus explicitement aux troubles de type autistique ou envahissants du développement, sous l'acronyme SCATED (Situations Complexes en Autisme et Troubles Envahissants du Développement). L'originalité de cette catégorie est de reposer sur une caractérisation des situations plutôt que les personnes elles-mêmes.

⁹ PIVETEAU D., ACEF S., DEBRABANT F.X., JAFFRE D., PERRIN A., 2014, « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, Rapport pour le Ministère des affaires sociales et de la santé, juin, 151 p.

¹⁰ « Accueillir la crise, Evaluer de façon multidimensionnelle, Apaiser la crise, Réinsertion à la sortie », voir CTRA du 4 juillet 2012, *op. cit.*

¹¹ Cf. le cahier des charges sur les extensions d'établissements qui s'appuie sur l'expérience de l'unité.

les patients lors de la réalisation de soins somatiques s'est ainsi diffusé dans d'autres unités de pédopsychiatrie, accompagné des règles de manipulation élaborées au sein de l'unité.

Dans la suite de cette contribution, il s'agit de rendre compte des efforts des professionnels pour « agir au mieux », d'un point de vue éthique et clinique, dans des situations qui impliquent des interventions contraignantes et physiquement engagées. À partir de l'analyse de moments saillants d'une séquence d'intervention autour de la gestion des troubles du comportement de Roman par la mise en chambre fermée, je soulignerai comment ces interrogations se déploient pour les professionnels lors de l'intervention mais également en amont et en aval.

Éléments de méthode

L'enquête de terrain a consisté en une quarantaine de séquences d'observations d'une demi-journée à une journée, qui ont porté sur le travail des professionnels au quotidien au sein de l'unité et sur les réunions d'équipe hebdomadaires. Ces séquences ont donné lieu à une prise de note sur le moment, reprise dans un second temps sous forme d'un journal de terrain. Au total, la présence dans l'unité s'est étendue sur une période de 6 mois. Les observations ont été complétées par 8 entretiens avec des membres de l'équipe, réalisés dans les bureaux mais également parfois en dehors du service, enregistrés et retranscrits.

Répondre à l'agitation de Roman : une intervention de dernier recours ?

Un matin, alors que je suis dans le poste de soin, j'entends de l'agitation dans le couloir. Je sors pour voir les deux infirmières et la monitrice-éducatrice présentes ce matin-là debout autour d'un jeune patient, Roman. Elles tiennent de grands coussins de frappe utilisés en boxe pour le guider vers la salle fermée, mais il donne des coups de pieds et griffe visiblement avec force, comme en attesteront les traces laissées sur les avant-bras des soignantes. Elles finissent par le saisir par les bras et une jambe et le porter comme ça dans la chambre d'hypostimulation. Elles en sortent ensuite en courant et referment la porte avant que Roman n'ait le temps de se jeter dessus. La porte ne tient plus très bien et elle a été récemment renforcée par des barres en bois. Une petite table est également placée devant pour faire blocage. Comme Roman se balance très violemment contre la porte au point qu'on la voit s'entrouvrir, il faut ajouter la barre de fer pour la renforcer ; je viens aider à mettre la barre pendant que les trois autres maintiennent la porte fermée. Roman se fracasse aussi la tête contre la vitre, c'est impressionnant. Une fois la fermeture de la porte sécurisée, chacun part reprendre ses occupations. (Repris du journal de terrain)

La scène qui se déroule dans l'unité comporte de la violence, qui tient à l'agitation de Roman, à l'engagement physique des soignants, au fait que les protagonistes s'exposent à des atteintes physiques, à la nécessité d'agir vite et d'éviter d'avoir mal et de faire mal. Le bruit, les mouvements et la montée d'adrénaline génèrent une tension pour l'ensemble des personnes présentes dans l'unité, au-delà des soignants physiquement impliqués. Sur le moment, la seule mise en mots de la scène se fait à destination d'une jeune patiente qui y a assisté depuis le couloir, lorsque l'éducatrice lui dit, en passant près d'elle « *Cela t'a fait peur, hein ?* ». La tension baisse ensuite rapidement lorsque chacun reprend ses activités.

Une telle scène suscite des interrogations pour l'observateur extérieur : mettre en œuvre cette intervention de dernier recours était-il vraiment nécessaire ? Était-il possible d'éviter plutôt la situation d'agitation elle-même, ou encore de réagir autrement à l'agitation de Roman ? Est-elle efficace au regard du risque immédiat auquel étaient confrontés Roman et l'ensemble des personnes présentes ? Qu'en est-il de son efficacité vis-à-vis de l'objectif plus ambitieux de réussir à ce que les troubles du comportement de Roman diminuent au cours de son hospitalisation ? Indépendamment de son efficacité, l'intervention est-elle potentiellement

dommageable ? L'équilibre entre les risques encourus et la réponse apportée est-il satisfaisant ? Est-elle bien justifiée ou légitime ?

Ces préoccupations sont également au cœur de l'activité des professionnels de l'unité et participent à façonner la scène qui vient d'être décrite. En effet, celle-ci suscite peu de commentaires sur le moment, car elle relève d'une forme de routine, particulièrement dans le cas de Roman qui peut connaître de telles crises plusieurs fois par jour. Pour autant, l'intervention n'est pas une réaction spontanée des soignants ; elle est au contraire très anticipée. Elle a fait l'objet en amont d'un travail de justification et est encadrée par un certain nombre de règles qui définissent notamment quand y recourir et quels gestes effectuer. De même, le retour à la normale rapide ne signifie pas que l'événement est clos ; l'intervention va être par la suite consignée par écrit mais également discutée et sa pertinence éventuellement questionnée. Pour mieux comprendre cette dynamique des règles qui encadrent l'intervention, il faut d'abord décrire les caractéristiques de fonctionnement de l'unité qui définissent et organisent en amont l'espace des possibles des interventions contraignantes.

Mobilisation des savoirs et structure de l'équipe

Une part importante de l'activité des professionnels de l'unité consiste à rechercher les causes des troubles du comportement afin que ceux-ci puissent déterminer les interventions pertinentes. Pour cela, ils font appel à des savoirs cliniques formalisés autour de deux hypothèses principales. La première, appuyée sur la littérature scientifique, est celle d'une origine somatique des troubles du comportement. Un problème somatique causerait des douleurs, souvent de ventre et de dents, que le patient ne réussit pas à exprimer en raison de ses troubles de communication, mais qui le conduisent à être hétéro ou auto-agressif. La seconde hypothèse, soutenue elle-aussi par une littérature scientifique fournie, est d'ordre psycho-éducatif. Selon une approche comportementale relativement courante dans la prise en charge de troubles autistiques, les troubles du comportement sont envisagés comme des réponses inadaptées liées aux difficultés de communication et de compréhension des personnes, ainsi qu'à leur gestion des stimulations de l'environnement.

Cette double hypothèse sur l'origine des comportements se traduit par la mise en place d'un fonctionnement bicéphale de l'équipe. Dirigée par un psychiatre, celle-ci comprend un ensemble de professionnels qui se répartissent en une partie « médicale », dont le psychiatre est référent et qui inclut infirmiers et aides-soignants, et une partie psycho-éducatif (psychologue, éducateurs, moniteurs-éducateurs, psychomotriciens, orthophonistes) dont le psychologue est référent.

Chacune des sous-équipes est chargée de mettre en œuvre l'approche thérapeutique qui lui correspond. La prise en charge médicale consiste à ajuster les traitements médicamenteux et à traiter les affections somatiques à partir d'un travail d'expertise et de bilan somatique. L'intervention psycho-éducatif vise à diminuer ou faire disparaître les troubles du comportement, envisagés comme une réponse inadaptée d'un patient dans une situation donnée. Cette approche suppose d'en identifier les mécanismes d'apparition, souvent associés aux difficultés de communication.

Définir l'espace des réponses possibles

Le recours à une intervention contraignante prend place dans une économie des contraintes qui est définie localement. Dans un service donné, les professionnels arbitrent entre différents outils alternatifs, qu'ils s'approprient en leur attribuant des niveaux de contrainte et des sens différents, et qu'ils articulent en situation (Moreau, 2015). Dans une unité confrontée de façon structurelle à des troubles du comportement importants, l'espace des réponses possibles et la hiérarchie entre ces réponses fait l'objet d'un travail de définition particulièrement précis. Ce travail s'est articulé au projet de l'unité dès son élaboration puis s'est affiné avec l'expérience de

l'équipe. Il a produit une économie des contraintes spécifique centrée sur un double principe de sécurisation des soignants et des patients et de minimiser l'empêchement des comportements¹².

Sécuriser en adaptant l'environnement pour éviter d'empêcher les comportements

La sécurisation est portée en premier lieu par **l'aménagement de l'environnement architectural et matériel**. Cet aménagement vise à rendre impossible certains comportements ou à diminuer les risques qu'ils entraînent. Ainsi, les murs de l'unité sont capitonnés pour limiter les blessures des patients qui les heurtent, de même que les fauteuils ne disposent pas d'armature rigide. Les meubles de la salle à manger sont disposés de façon ce qu'il soit difficile de les renverser. Invisibles dans le quotidien du soin, ces aménagements jouent cependant un rôle essentiel pour définir l'espace des comportements et des réponses possibles, et partant le recours à des interventions contraignantes. En diminuant les risques liés à certains comportements d'agitation, ils diminuent également la nécessité de chercher à les empêcher.

L'équipement des professionnels eux-mêmes participe à la même logique de sécurisation de l'environnement, avec cette fois-ci l'objectif de protéger physiquement les soignants. Ainsi, des boucliers d'entraînement utilisés en boxe et des casques sont à disposition dans le poste de soin pour la protection des soignants lors d'agitation d'un patient. Les outils utilisés sont généralement des objets détournés de leur fonction initiale et qui ne relèvent pas du domaine du soin. Ils sont introduits de façon pragmatique, pour répondre à un nouveau problème ou risque. Ainsi, face aux griffures profondes et soudaines qu'inflige une jeune patiente hospitalisée, le médecin propose le port de mitaines pour les professionnels. Là encore, la logique privilégiée est de sécuriser les professionnels pour éviter d'avoir à restreindre les comportements des patients. Les mitaines les protègent des blessures et évitent dans le même temps de recourir à la contention des mains de la patiente. Enfin, des outils sont destinés aux patients, afin de les protéger des risques liés à leurs comportements, là encore sans nécessairement les empêcher complètement. Des casques – de hockey ou de boxe – sont mis à certains patients ayant des comportements auto-agressifs.

Le recours à ces aménagements de l'environnement comme à ces moyens de protection physique des soignants et des patients vise ainsi à trouver un équilibre entre l'objectif de limiter les risques de blessure et celui d'éviter de restreindre la liberté de mouvement du patient. Il conduit en partie à déplacer la contrainte de l'intervention directe sur le patient vers les murs ou les outils de protection. Les moyens spécifiques alloués à l'unité, en termes de personnel comme de ressources matérielles mais également d'entretien des dégradations de l'environnement, constituent un élément essentiel à la mise en œuvre de cet objectif de sécurisation.

Les outils qui restreignent la liberté de mouvement de la personne pour répondre aux troubles du comportement voient leurs usages hiérarchisés en fonction à la fois de l'atteinte perçue à l'intégrité de la personne, du degré de sécurité qu'ils procurent et de la valeur clinique qui leur est attribuée.

Plusieurs outils sont proscrits ou réservés à des situations de dernière extrémité ; ils constituent les interventions de dernier recours locales. C'est le cas de la prescription de médicaments sédatifs, ce que le psychiatre justifie par des arguments éthiques et cliniques. D'une part la sédation est assimilée à une forme de contrôle abusif sur les mouvements de la personne, d'autre part, en empêchant l'expression des comportements, elle prive les soignants de la possibilité de les observer et analyser. De même, le recours à la contention par sangles lors

¹² La sécurisation de l'environnement participe du projet clinique. En diminuant l'appréhension des professionnels vis-à-vis des risques courus lors des interactions avec les patients, il vise à faciliter le travail d'accompagnement. Ce principe est calqué sur des unités américaines et canadiennes ayant mis en place un modèle similaire. Ce modèle relève trois intérêts de ce principe pour l'activité clinique : 1/réduire le niveau de contrainte par rapport à ce que vivaient les patients avant d'être admis ; 2/ permettre l'observation des comportements des patients et leurs réactions aux soins ; 3/s'inscrire dans une logique d'autonomisation (réduction du degré de contrainte avec l'amélioration du comportement du patient).

d'épisodes d'agitation dans l'unité est rare et vécu comme un échec. Lors de l'enquête, lorsque le psychiatre prit la décision d'y recourir pour un patient avec qui les autres moyens étaient sans effet, de nombreux soignants dans l'équipe firent entendre une très forte gêne, au nom notamment de la référence aux pratiques asilaires. Ainsi, si ces outils sont situés tout en bas de la hiérarchie des réponses, c'est parce qu'ils sont considérés comme particulièrement attentatoires à l'intégrité de la personne et parfois gênants pour le travail de soin, au point que leur fonction de sécurisation ne suffit pas à les justifier.

Ces préventions sont levées pour l'usage de certains outils, quand il est décidé à l'avance et avec une fin précise dont l'équipe a jugé qu'elle apportait un bénéfice important pour le patient. Il en va ainsi de la contention systématique d'un patient à un fauteuil roulant – pour éviter les coups qu'il portait aux personnes qui l'approchaient –, qui était perçue comme une amélioration, dans la mesure où elle était le seul moyen qui permettait qu'il sorte en promenade ou se rende à un rendez-vous médical, après des mois de confinement dans une chambre. Là encore, cette appréciation prend en compte le contexte lié à ce patient, dont les comportements hétéro-agressifs très violents ont conduit à une contention systématique continue avant son hospitalisation. La contention, utilisée uniquement lors des sorties, destinées à la permettre, et qui ne génère pas de réactions négatives du patient, apparaît alors comme un progrès.

Formaliser les gestes et mobiliser des savoirs

Deux outils sont privilégiés pour répondre aux moments d'agitation intense. Il s'agit de l'immobilisation manuelle et de la mise dans une chambre fermée. Ces interventions, qui relèvent communément du dernier recours¹³, ont peu à peu accédé au sein de l'unité au statut de pratiques acceptables et encadrées, d'usage fréquent. Ce processus s'est accompagné d'un travail de définition précise de leurs modalités d'usage, appuyé sur la mobilisation de savoirs médicaux et éducatifs pour leur attribuer des mécanismes d'action et sur l'adaptation de ces savoirs au fil de l'expérience acquise par l'équipe. On peut également souligner que dans les deux cas, les protocoles requièrent une importante présence soignante.

La nécessité de disposer de savoirs et de savoir-faire formalisés pour recourir à l'immobilisation manuelle a émergé dès l'ouverture de l'unité, d'après les professionnels de l'équipe. Ceux-ci devaient régulièrement maîtriser physiquement les comportements d'agitation intenses des patients et avaient le sentiment que leurs réponses spontanées n'étaient ni nécessairement efficaces ni maîtrisées. Plusieurs membres de l'équipe ont alors suivi une formation agréée aux gestes d'immobilisation manuelle. Le principe repose sur la précision des gestes effectués et sur une gradation croissante des restrictions de mouvement, avec le double objectif de minimiser les risques de dommages corporels pour les patients comme pour les soignants, et de diminuer l'agitation elle-même, à moyen terme, par un mécanisme comportemental. La formation a ensuite été mise en pratique par l'équipe, adaptée au contexte spécifique de l'unité et intégrée aux outils locaux.

La mise dans une chambre fermée, appelée chambre d'hypostimulation, a également fait l'objet d'une formalisation de son usage, qui est fréquent. Dans une situation donnée, la décision de mettre ou non un patient en chambre d'hypostimulation est déterminée par des règles locales dont la pertinence est régulièrement évaluée au sein de l'équipe¹⁴. Dans le protocole habituel de l'unité, cette intervention doit être utilisée à la suite d'un comportement auto-agressif ou hétéro-agressif d'un patient, qui est alors conduit dans la pièce où il est surveillé par une vitre. Il y reste un temps court (5 à 10 minutes), généralement suffisant pour que le comportement cesse. Ce protocole est soutenu par deux justifications cliniques distinctes, issues de la littérature médicale, dans un contexte français où il n'existe pas de recommandation de bonne pratique.

¹³ Ainsi, la mise en chambre fermée de mineurs en hospitalisation libre en France semble courante mais ne fait pas consensus dans le champ des interventions en direction des personnes autistes (HAS, 2010).

¹⁴ Du point de vue juridique et administratif, la mise en chambre d'hypostimulation fait l'objet d'une prescription médicale en "si besoin". Elle relève des interventions couvertes par l'autorisation de soins signée par les parents à l'admission de leur enfant mineur ou par le tuteur.

L'une incite à placer la personne dans un environnement de moindre stimulation sensorielle, comme l'indique le terme « d'hypostimulation ». L'objectif est d'apaiser les « troubles de la modulation sensorielle », qui caractérisent fréquemment les troubles autistiques dans le consensus scientifique actuel (HAS, 2010) et qui seraient à l'origine des « comportements-problèmes » (Degenne-Richard, 2014). La seconde justification renvoie à une pratique répandue dans les méthodes comportementales de traitement de l'autisme, parfois qualifiée de « time out », qui consiste à répondre à un comportement problématique par la mise à l'écart de la personne pour un temps court¹⁵. La mise en chambre d'hypostimulation occupe ainsi un double statut dans l'unité, d'outil de réponse à l'agitation mais également d'intervention à finalité clinique, dans la mesure où on en attend aussi des effets à plus long terme sur les troubles du patient.

En situation, le choix des outils mobilisés par les professionnels tient compte de cette hiérarchie des possibles et des règles qui président à leur usage. La succession des interventions des soignantes face à l'agitation de Roman en constitue un exemple : elle privilégie les gestes non directement intrusifs, puis les gestes prescrits, si intervention directe il y a, sans pour autant empêcher forcément de recourir à des gestes non maîtrisés. Dans un premier temps, les soignantes se sont munies des coussins de frappe – disponibles dans le poste de soin mais aussi dans les différentes salles de l'unité – afin de se protéger des coups de Roman et de l'amener à se diriger de lui-même vers la chambre d'hypostimulation, sans avoir à restreindre ses mouvements. L'échec de cette stratégie les conduit à tenter une immobilisation manuelle selon une procédure formalisée, nécessitant des gestes précis, qui vise à éviter de lui faire mal et permettrait d'attendre qu'il se calme. Cependant l'agitation de Roman est tellement intense que les gestes ne peuvent être effectués et que les soignantes se débrouillent tant bien que mal pour qu'il se retrouve dans la chambre d'hypostimulation, porte fermée. Il y restera le temps déterminé par le protocole individualisé de Roman. Il reste à examiner quand et comment les règles mises en œuvre dans la situation observée ont été et seront discutées.

La dynamique des règles : réflexivité collective et production d'écrit

Les règles concernant les interventions de sécurisation sont élaborées, transmises et évaluées dans des moments de reprise collective des situations. La reprise se fait par oral, mais de nombreux écrits sont produits au cours de ce processus : des protocoles précisent les gestes à accomplir dans telle situation ou avec tel patient, des grilles quantifient les comportements d'agitation observés, les décisions sont transcrites dans les dossiers des patients ou les cahiers de transmission des professionnels. Je propose maintenant de décrire plus en détail comment cette dynamique locale des règles se déploie, en amont, pendant et en aval des situations, à partir de l'exemple de la mise en chambre d'hypostimulation de Roman.

S'assurer du sens pour tester la conformité à la règle

Dans la situation décrite plus haut, deux moments de reprise ont été observés. Le premier se situe immédiatement après l'intervention. Quand elle revient dans le poste de soin où je me trouve avec d'autres soignants, l'infirmière prédit à haute voix que Roman va « *se calmer vite. On le met en chambre d'hypostimulation, et cela passe* ». S'appuyant sur son expérience de crises antérieures avec Roman, l'infirmière affirme ainsi à la cantonade l'efficacité de l'intervention. Ce faisant, elle vient contrebalancer l'impression que produisent les violents coups d'épaule donnés par Roman dans la porte et par ses cris.

¹⁵ Le principe consiste à répondre à un **comportement inapproprié** en supprimant l'accès à des « renforçateurs positifs », afin que la personne renonce peu à peu à ce comportement (COOPER, HERON ET HEWARD, 2007). La mise en chambre fermée vise à soustraire la personne à ses « renforçateurs ».

L'infirmière poursuit en revenant à haute voix sur la succession d'événements qui a précédé l'intervention. Pour elle, le fait que Roman ait « *clashé*¹⁶ » s'explique tout à fait par cet enchaînement. « Il avait commencé à manger son pain pour le petit-déjeuner, qui était installé, pendant que la femme de ménage nettoyait la salle à manger avec la porte ouverte. Du coup, quand on l'a vu, on lui a dit de sortir, donc on l'a frustré. En plus, lui et la bouffe, c'est quelque chose, donc c'est vraiment une grosse frustration pour lui. » L'infirmière mobilise donc trois éléments pour expliquer le comportement de Roman : l'importance qu'il accorde à la nourriture, sa difficulté à interrompre ou différer une activité, ainsi que le fait qu'il réagisse à la frustration par des agitations soudaines et intenses. Ce sont les éléments qui sont régulièrement évoqués dans les réunions où l'équipe tente de comprendre le fonctionnement de Roman. L'usage de la chambre d'hypostimulation pour Roman a été justifié comme une réponse adéquate à ce type de mécanisme. Ainsi, la reprise que fait l'infirmière de façon informelle immédiatement après l'intervention replace les événements dans un fonctionnement attendu et apporte les éléments qui assurent, implicitement, que l'intervention était effectivement appropriée. Si cette réponse convient à l'infirmière elle-même et aux personnes présentes, cela aura pour effet d'intégrer l'intervention dans le cours normal des choses. Elle ne fera pas l'objet de plus de discussion.

À l'inverse, s'il semble à quelques-uns que le sens donné à la situation ne coïncide pas avec les règles d'intervention, l'événement fera l'objet de nouvelles reprises. Dans une telle hypothèse, par exemple, la mise en chambre d'hypostimulation de Roman, qui est survenue le matin tôt, serait racontée à plusieurs reprises au cours de la matinée, dans les couloirs, à l'occasion du passage dans le service d'un psychiatre, d'un psychologue, d'une éducatrice. Ces discussions informelles exploreraient les différents aspects de la situation, la pertinence de la réponse, les alternatives. L'événement pourrait éventuellement, s'il est effectivement retenu comme inhabituel par plusieurs interlocuteurs, faire l'objet d'une consignation spécifique dans les transmissions infirmières ou éducatives. À l'issue de la journée, ces différentes reprises pourraient réduire l'inconfort et mettre un terme à la discussion. Cependant, dans le cas où l'événement marquerait durablement les esprits ou se répéterait, il serait évoqué lors de la réunion d'équipe hebdomadaire, ouvrant alors sur un moment de discussion des règles plus formel.

Objectiver les comportements pour évaluer la pertinence des règles

Lors de la réunion d'équipe hebdomadaire, la situation de chacun des patients hospitalisés est passée en revue. À cette occasion, les soignants présents évoquent les différents événements saillants survenus au cours de la semaine. Rassemblant au moins un membre de chaque profession de l'équipe et constituant un espace de discussion ouvert, cette réunion est un lieu important où les règles sont produites mais aussi réévaluées et modifiées. Pour décrire cette dynamique des règles, je m'appuie sur un échange en réunion d'équipe qui concerne Roman. Il a été observé à plusieurs semaines de distance de la scène évoquée ci-dessus et n'a donc pas de lien direct avec elle.

« Psychiatre : Et Roman ?

Aide-soignante : Il m'a tapé.

Psychiatre : Comment il tape ?

Aide-soignante : J'étais en train de changer sa protection [urinaire], il m'a donné deux grands coups sur la tête, et le temps que je me relève, il m'a donné une gifle dans le dos. Mais ce sont des coups isolés, parce que j'ai réussi à sortir de la salle de bain, alors que je n'étais pas tournée vers la porte. Il avait sorti son slip sale des sacs poubelles, je lui ai demandé de le remettre, ça l'a peut-être énervé. Par contre, samedi et dimanche matin, il a vraiment eu un clash. Avant le petit-déj, sans raison, il n'était pas en CH [chambre d'hypostimulation], il

¹⁶ D'usage courant au sein de l'équipe, le terme qualifie les moments d'agitation intense.

n'était pas en demande de quelque chose.

*Psychiatre : t'as vu le bide qu'il a ? Peut-être que c'est la douleur au ventre qui le fait clasher.
On va faire une cure de Fortran deux fois par semaine. »*

Un tel échange, très habituel, illustre le travail de description, de qualification et d'interprétation des comportements que réalisent conjointement les soignants de l'équipe. Lorsqu'une aide-soignante décrit la semaine de Roman en disant qu'« *il tape* », le psychiatre lui demande d'expliquer comment. Il sollicite ainsi une description précise des gestes des différents protagonistes et de leur contexte. La réponse de l'aide-soignante accompagne cette description d'une qualification des gestes dans le langage local de l'équipe. Celle-ci distingue en effet entre les coups isolés et les coups répétés, qui n'ont pas la même signification et n'appellent pas la même réponse. Dans le cas de Roman, il a été décidé que seuls les coups répétés justifiaient de recourir à la mise en chambre d'hypostimulation. Ensuite, en proposant un déclencheur possible du comportement –la demande de remettre son slip sale– l'aide-soignante cherche aussi à le qualifier, ce qui est un préalable pour décider de la façon d'y répondre. Enfin, elle complète sa description en mentionnant un autre type de « *clash* », qui se distingue par le contexte susceptible d'expliquer son comportement. La décision du psychiatre répond implicitement à cette qualification, puisqu'elle repose sur l'hypothèse que c'est une douleur qui est à l'origine des coups donnés sans événement déclencheur.

Le travail effectué pour décrire et donner sens aux comportements peut intervenir en amont ou en aval dans la dynamique d'élaboration des règles. En amont, il justifie des motivations pour utiliser telle ou telle intervention, comme ici la prescription d'un laxatif suite aux deux moments d'agitation sans déclencheur identifiés par l'aide-soignante. En aval, ce travail met en œuvre la réflexivité au sein de l'équipe. Elle donne lieu à une évaluation de l'efficacité d'une intervention et peut aboutir à la décision de modifier une manière de faire.

La production d'écrits pour orienter l'action

Deux types d'écrits sont produits pour formaliser ce travail, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de décider d'interventions délicates. Une grille d'observation des comportements est remplie au cours de la semaine par les soignants. Les gestes auto- ou hétéro-agressifs y sont comptés, en distinguant parfois le fait qu'il s'agisse de coups isolés ou répétés. Les données de la grille sont recueillies par les stagiaires psychologues présents dans le service, qui en tirent une représentation graphique. Lors de la réunion d'équipe, la courbe sera commentée et mise en rapport avec les interventions mises en place récemment, afin d'objectiver leur effet éventuel et de ne pas s'appuyer uniquement sur les impressions des soignants. Cet outil a été conçu localement ; il demande un travail de recueil de données important à l'équipe et est surtout activé dans les périodes d'incertitudes quant aux interventions souhaitables vis-à-vis d'un patient. Ainsi, après avoir prescrit un laxatif à Roman afin d'éviter qu'il « *clash*e » régulièrement sans raison, le psychiatre pourra insister auprès de l'équipe pour bien noter pendant la semaine les occurrences de ce type de comportement, afin d'avoir une base plus objective pour discuter, lors de la prochaine réunion d'équipe, de l'efficacité de l'intervention et donc de l'hypothèse qui la sous-tend.

Des protocoles individualisés sont également établis très régulièrement pour préciser dans quelle situation et avec quels gestes une intervention doit être mise en œuvre pour un patient donné. Ce protocole sera affiché dans l'unité lorsqu'il s'agit de s'assurer que tous les soignants procèdent bien de la même manière. L'individualisation par le protocole intervient quand des questions surgissent au sein de l'équipe quant à la pertinence du recours à cette pratique : il peut s'agir de doutes exprimés par les soignants au moment d'identifier ce qui justifie, ou pas, une mise en chambre d'hypostimulation ; de dissension forte entre le médecin et les parents sur l'usage de la pratique ; ou encore d'incertitudes sur les effets et bénéfices de la pratique pour le patient. Ainsi, le protocole a différents usages. Il s'agit parfois de garantir l'individualisation,

parfois d'assurer l'égalité de traitement et l'homogénéité des intentions des soignants, parfois aussi de permettre la discussion et la réflexivité sur les pratiques.

La dynamique de production, d'évaluation et de modification des règles s'appuie donc sur un mouvement permanent : les observations des soignants sur les comportements des patients et sur leurs propres interventions circulent au sein de l'équipe et alimentent une discussion réflexive générale, qui aboutit à modifier les interventions.

Conclusion

Cette incursion dans un lieu de soin expérimental confronté à des situations « extrêmes » souligne les éléments mobilisés par les professionnels pour assurer que des interventions soient acceptables, lorsqu'eux-mêmes les perçoivent comme se situant aux « limites » du soin, soit parce que la dimension contraignante y est très visible, soit parce qu'elles semblent contestables d'un point de vue éthique. Elle montre que cette interrogation irrigue les discussions observées au sein de l'équipe, de façon formelle lors des réunions ou plus informellement dans les couloirs ou la salle de soin. Deux principaux éléments ressortent de l'analyse. D'abord, l'espace des possibles du dernier recours se définit en rapport avec un contexte plus large, y compris architectural et des moyens humains et matériels. Ensuite, la mise en œuvre d'une réflexivité collective joue un rôle essentiel pour donner du sens, justifier et légitimer les pratiques. Elle donne alors lieu à une importante activité de formalisation et d'objectivation des comportements des soignants comme des patients, notamment par la production d'écrits, qui s'insère alors au cycle de discussion et de modification des règles.

Bibliographie

COOPER J.-O., HERON T.-E., HEWARD W.-L., 2007, *Applied behavior analysis* (2nd ed.), Upper Saddle River, NJ: Pearson.

DEGENNE-RICHARD C., 2014, *Evaluation de la symptomatologie sensorielle des personnes adultes avec autisme et incidence des particularités sensorielles sur l'émergence des troubles du comportement*, Thèse pour l'obtention du grade de docteur en Psychologie, Université Paris Descartes.

EYRAUD B., VELPRY L., 2015, « La liberté d'aller et venir comme révélateur du tournant juridique des régulations du soin en santé mentale », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n°6, p. 951-962.

HAS, 2010, *Autisme et autres troubles envahissants du développement. Etat des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*, Argumentaire.

MOREAU D., 2015, *Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile*, Thèse pour l'obtention du grade de docteur en sociologie, EHESS.

VELPRY L., EYRAUD B., 2016, « Contraindre pour aller mieux ? Enjeux cliniques et protocolisation dans une unité de prise en charge d'enfants atteints de troubles autistiques », in L. DEMAILLY, N. GARNOUSSI (dir.), *Aller mieux. Approches sociologiques*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires Septentrion, p. 265-278.

VELPRY L., 2011, « Maltraitance, dangerosité et souffrance au travail : formes et enjeux de la violence dans le contexte des soins en psychiatrie », in C. ROSTAING et D. LAFORGUE (dir.), *Violences et institutions. Réguler, innover ou résister ?*, Paris, CNRS Éditions, p. 29-44.