

Alternatives à la contrain

Une organisation qui remet du temps soignant auprès des patients, un regard porté sur leurs ressources plutôt que leurs difficultés : à l'unité Gex du Centre psychothérapique de l'Ain, tout a changé... Retour sur des évolutions salvatrices et un réel engagement contre l'isolement et la contention.

La question de l'isolement et de la contention en psychiatrie fait l'objet de nombreux commentaires. Pourtant la loi est claire, ou tout du moins, de plus en plus claire. Devenues des « décisions » prises par le psychiatre (1), l'isolement et la contention ne sont plus considérées comme thérapeutiques.

En 2016, les contrôleurs des lieux de privation de liberté ont visité notre institution, le Centre psychothérapique de l'Ain (CPA) et pointé des recours à l'isolement et à la contention « dans des proportions jamais observées jusqu'alors » (2)... Un constat sans appel ! Dans ce contexte, comment changer de paradigme, et inverser durablement la tendance ?

CONTENIR PSYCHIQUEMENT, VASTE DOMAINE...

Gex est une unité pour patients hospitalisés au long cours pour lesquels la maladie a laissé de lourdes séquelles : la coupure avec la société a été trop longue et le retour vers le milieu « ordinaire » trop difficile. Le projet de vie est donc orienté vers l'admission en structure médico-sociale. La plupart de ces patients

présentent des troubles du comportement et sont hospitalisés depuis des années, voire des décennies. Conditionnés, ils ont « appris » à gérer leurs angoisses par l'isolement, la contention, le rapport de force. Aujourd'hui encore, certains en portent les stigmates.

Depuis quelques années, l'heure est donc au changement, et pas seulement pour répondre aux injonctions législatives. Bien évidemment, le fait de ne plus considérer l'isolement et la contention comme un soin a été un facteur favorisant qui a servi d'appui. Mais la prise de conscience des professionnels s'est située ailleurs : leur mal-être de placer les patients en chambre d'isolement, leur sentiment d'échec voire d'inutilité, de perte de sens de leur travail, (voir l'article de Loïc Rohr, p. 42) tous ces éléments, renforcés par l'envie de changements de quelques-uns, ont donc conduit notre équipe à reconsidérer ses pratiques.

Pour engager ces évolutions, nous nous sommes appuyés sur quelques auteurs : Najmann (3), Walter Heesbeen (4), Moraz (5), ainsi que sur des travaux menés en Auvergne Rhône-Alpes par J.P. Lanquetin et Loïc Rohr (voir aussi leurs articles respectivement p. 34 et p. 42) (6). Par ailleurs, à l'intérieur de l'institution, d'autres équipes nous ont précédés et ont montré la voie.

À Gex, nous pensons que le dernier recours à l'isolement ou la contention correspond au moment où la contenance psychique ne suffit plus, celui où toutes les tentatives de l'équipe pour apaiser le patient

Catherine ROBIN*,
avec Jean-Paul LANQUETIN**

*Cadre de Santé, Centre psychothérapique de l'Ain, ** Infirmier de secteur psychiatrique, chercheur.



© Françoise Pestherbe.

te : et concrètement ?



restent vaines. Contenir psychiquement, vaste domaine... Si l'on part du constat que le patient psychotique a du mal à identifier ses émotions et ses angoisses, la contenance est la capacité du soignant à lui permettre de mieux les gérer en essayant de mettre des mots sur ce qu'il montre et agit.

EN PRATIQUE

Cette approche passe notamment par des organisations qui remettent du temps soignant auprès des patients et par un changement de regard portés sur ces derniers. La singularité de ce regard renouvelé éloigne alors toute systématisation des mesures de restrictions des libertés.

• Changement organisationnel

Sur ce plan, il fallait faire autrement avec le même effectif. Nous avons fait en sorte qu'un soignant soit toujours disponible en dehors des soins obligatoires (nursing et accompagnement, dispensation des traitements, aide à l'alimentation...). La disponibilité, c'est « être avec » et « faire avec » :

• Changement de paradigme

Nous avons décidé de ne plus nous appuyer exclusivement sur les déficits du patient, ses difficultés à gérer sa relation avec les autres et ses angoisses. Cet angle nous conduit inévitablement à restreindre ses libertés. Aujourd'hui nous envisageons le patient dans son ensemble avec ses difficultés, mais surtout ses capacités à faire. Nous nous sommes rendu compte qu'il a souvent beaucoup de ressources pour peu qu'on l'encourage.

Il y a encore quelque temps, nous fonctionnions avec ce type de question/réaction : « *Je n'arrive pas à gérer mes angoisses, docteur donnez-moi un traitement. Je n'arrive pas à gérer ma relation avec les autres, enfermez-moi sinon je vais les taper* ». ... Toutes expressions, demandes et questionnements passaient par le médecin de l'unité, l'équipe ne s'autorisait pas à penser autrement.

Aujourd'hui, à la question : « *Je n'arrive pas à gérer mes angoisses* », le soignant entend la difficulté voire la douleur et déploie plusieurs méthodes d'approche.

Chaque patient est unique et il exprime la maladie à sa façon. En psychiatrie, impossible de gérer les crises à coups de protocoles. Chaque réponse doit être circonstanciée, individualisée et adaptée aux symptômes et à la personnalité de chacun, à sa singularité au regard de ses habitudes, rituels et rythmes de vie. La notion de cadre est souple. L'équipe accepte ainsi maintenant qu'un jeune patient puisse se lever plus tard et donc déjeune après les autres (8). Aujourd'hui nous savons que toutes les crises ne se gèrent pas de la même manière et ne peuvent donc pas avoir une réponse unique.

• Distribuer les médicaments : la rock'n'roll attitude

À titre d'exemple d'action de prévention primaire, nous citerons une petite singularité à l'unité Gex, mise en place par un soignant : l'administration des traitements se fait en musique, presque en fanfare. La particularité est alors que chaque patient a sa musique, son tempo, sa mélodie... Ce temps obligatoire devient alors un moment

« **Aujourd'hui, l'équipe a tendance à culpabiliser quand elle doit malgré tout accompagner un patient en CI. Elle se demande toujours ce qu'elle aurait pu faire de plus. Le cœur du mouvement vers un moindre recours est dans ce questionnement et ces réflexions permanentes** »

regarder un film, jouer ensemble, ou tout simplement de ne rien faire, « être-là » dans une apparente vacuité, ce qui permet de travailler deux aspects :

– Le premier est la rencontre avec le patient dans ce qu'il est, ses capacités à partager un moment agréable, à pratiquer une activité. C'est celui de l'alliance, de la confiance, du partage. Thérapeutique ou non, la dimension transitionnelle de ces moments permet au patient de se confier, de se renarcissiser et de créer une relation où il se sentira reconnu dans sa personne, son identité, sa citoyenneté.

– Le second c'est d'être en amont d'événements conflits, de ressentir l'ambiance de l'unité et d'y travailler. Nous pouvons ici parler de prévention primaire (7). Être auprès des patients permet au soignant de mettre des mots sur ce qu'ils agissent, d'anticiper et de temporiser tant qu'il est encore temps et ainsi, de trouver des alternatives pour éviter ou enrayer une possible escalade de la violence.

« *Qu'est-ce qui vous angoisse ? Comment l'avez-vous géré la dernière fois ? Peut-on renouveler cette approche cette fois-ci ?* »

Pour les patients plus en difficulté d'élaboration, nous tentons souvent de dévier l'attention vers un autre sujet qu'il affectionne particulièrement (la musique, un film, un jeu, un chocolat...), un support de dérivatif permettant d'aborder quelque chose d'agréable. De même, lorsqu'un patient est en CI, l'équipe soignante s'autorise à une réévaluation de la mesure et sollicite rapidement le médecin pour confirmer la levée. Nous pratiquons ainsi des isolements de très courte durée.

Nous avons également compris l'importance d'associer le patient à nos décisions, parfois de lui faire part de nos limites, voire de notre impuissance face à sa violence et ses angoisses. Il s'agit de lui redonner une place, de lui permettre de se sentir considéré en tant que personne. Cette confiance en sa capacité d'agir favorise l'adhésion aux soins.

de partage, de détente et d'échanges. Outre le repérage sonore, les genres et les rythmes se succèdent. Gérard est un patient au tempérament caractériel, la distribution du traitement peut vite le persécuter... Mais avec le renfort tout en décibels de AC/DC, son groupe de hard rock fétiche, ce moment se colore différemment. Il le singularise, traduit son état interne et produit ainsi une détente... « *Highway the hell* ». ... finalement un temps qui pourrait être compliqué, devient agréable et même prosocial.

LA LENTE SORTIE D'ISOLEMENT D'ISABELLE (9)

Isabelle est certainement la patiente qui a été la plus isolée ces dernières années au sein de notre service, voire de l'institution. Il y a peu, elle ne pouvait sortir de sa chambre qu'une heure par jour. Aujourd'hui, quand l'angoisse la submerge, nous avons compris qu'elle est souvent l'expression d'une incertitude, d'un flottement. L'aléatoire ne

peut pas avoir sa place. Nous avons donc développé deux types d'approche :

• **En prévention primaire**

Nous n'informons Isabelle d'un évènement, d'une sortie, d'un achat que lorsque nous en connaissons tous les contours et les modalités (l'heure, la date, le prix, l'accord de la curatrice...). Nous travaillons ainsi la prévisibilité. Par ailleurs, Isabelle participe en direct à ses soins, elle est présente lorsque nous appelons sa tutrice, et nous l'associons aux décisions... en nous assurant au préalable qu'elles aboutiront. Cette approche permet de prévenir bien des angoisses ou de déclenchement de crise.

• **En prévention secondaire**

Si nous n'avons pas pu éviter que l'angoisse s'installe et prenne toute la place, qu'elle amène Isabelle à être auto ou hétéro agressive, alors nous envisageons une approche en prévention secondaire. Auparavant, en 2020, cet état la conduisait en CI. Elle pouvait y rester alors plusieurs semaines voire plusieurs mois. En miroir, Isabelle elle-même demandait l'isolement. L'équipe se disait que la CI mettait Isabelle à distance des autres patients et la sécurisait. Pourtant de l'avis de tous, la CI n'était pas thérapeutique puisque la fois suivante les mêmes causes produisaient les mêmes effets. « *C'était comme ça, elle en avait besoin...* »

Il a fallu du temps, de multiples approches, de nombreux mois pour apprendre à Isabelle à composer avec son angoisse sans passer par la CI. Dans un premier temps nous la contenions dans nos bras (à bras-le-corps), là où elle se trouvait (le couloir, une salle d'activités...), dans un corps/accord, jusqu'à ce que nous sentions la tension se relâcher, et objectivions une détente musculaire (7). La crise était passée, mais l'angoisse toujours présente. Les soignants ont alors fait un tenace travail d'invitation à la verbalisation avec Isabelle. « *Dites-nous ce qui ne va pas, nous ne comprenons pas, aidez-nous à comprendre.* »

L'équipe a fait preuve de créativité et a pu proposer à Isabelle un temps de dégagement. Ouvrir plutôt que refermer. Dégager plutôt que confiner. Dans ces moments, la proposition a été de sortir discuter/disputer dans le parc, sous « l'arbre à palabres » (voir ci-dessous). Isabelle a résisté, testé jusqu'où nous étions prêts à aller pour éviter de l'installer en CI. Parfois à court de solution, limitée devant la puissance de l'expression sémiologique, l'équipe a

encore continué d'isoler Isabelle, mais alors pour une, ou quelques heures.

Après chaque crise, les soignants reprenaient avec elle l'épisode. Petit à petit Isabelle a commencé à mettre des mots sur ses angoisses, à pleurer, à expliquer, et l'équipe soignante a pu l'aider à contenir, exprimer, renforcer en reformulant et posant des hypothèses. Aujourd'hui, Isabelle trouve un appui narcissique dans le recouvrement de ses capacités d'auto-contrôle et en tire un sentiment de fierté. Le médecin qui la suit chaque semaine fait également un gros travail de valorisation. Un jeu, et un enjeu ludique, s'est même opéré entre Isabelle et son médecin devant ce nouveau comportement défi. Ce dernier lui promettant de l'inviter au restaurant avec les soignants référents si elle n'allait pas en CI pendant 3 mois. Victoire ! Ce restaurant est prévu dans quelques jours puisqu'Isabelle n'a plus connu de séjour en CI depuis mai 2021. Elle est aujourd'hui en capacité, tant bien que mal, d'exprimer ses angoisses et de proposer elle-même des solutions, ses solutions. Elle peut également trouver seule des modalités de réponses aux éventuels conflits relationnels avec les autres patients : « *Si je lui donne une barre chocolatée, ça le fera peut-être redescendre ?* » Une symbolique de l'échange social se construit.

ÉVOLUTION DES PRATIQUES ET DES ORGANISATIONS

Parallèlement à la clinique, nous avons également opéré plusieurs changements qui ont participé indirectement aux alternatives à l'isolement. L'idée étant toujours de rendre le patient acteur mais également de recentrer l'équipe sur sa mission première (être avec) et donc proposer une offre de disponibilité soignante suffisante

(10). Dans ce contexte, nous avons travaillé différents aspects de la prise en charge des patients :

– **Liberté d'aller et venir**

Nous avons équipé les patients de badges d'accès à l'unité, leur permettant ainsi de gérer leurs allées et venues et de soulager les soignants de cette tâche répétitive et chronophage de l'ouverture de porte. Les patients ne sont donc plus soumis à la disponibilité et au regard d'un soignant et se responsabilisent quant à leur cadre de soin. Depuis la mise en place des badges, la tension dans l'unité a baissé et les patients peuvent ainsi aller faire un tour dans le parc pour trouver du calme. Cette dynamique de responsabilité partagée produit d'autres effets de coétayage, les patients étant très scrupuleux et attentifs à ceux qui ne peuvent pas sortir seuls de l'unité. De l'avis des soignants, des plus convaincus aux plus sceptiques, il s'agit d'une réelle avancée pour les patients.

– **La « salle refuge »**

C'est le nom donné à notre salle d'apaisement. Elle est clairement identifiée comme une alternative à l'isolement. Cet espace repéré par les patients leur permet de s'isoler de manière préventive en se soustrayant du groupe et des stimuli. Elle est inspirée des espaces snoezelen et organisée autour d'activités de mobilisation sensorielle (tapis de mousse, lumière, bruit d'eau, musique...). Aujourd'hui cet espace est peu utilisé par les patients, sauf par Ophélie (voir encadré) qui s'y repose régulièrement avec un soignant pour calmer ses angoisses.

– **Le groupe de parole**

Ce groupe hebdomadaire correspond à une réunion soignant/soignés animée par la cadre et un soignant. L'objectif étant que les patients puissent s'exprimer sur

« Aujourd'hui, je sais trouver des solutions toute seule »

Questions à Ophélie, 21 ans, hospitalisée depuis 8 ans au CPA et depuis février à l'unité Gex.

« Ophélie, avez-vous déjà été en chambre d'isolement (CI) ?

– Oui, souvent, des fois ça durait un mois.

– Pourquoi, d'après vous ?

– Parce que je tapais, je mordais. Des fois je faisais exprès de faire une crise pour qu'on s'occupe de moi, même si après j'allais en CI, ce n'était pas grave. J'ai besoin d'attention.

– Qu'est-ce que vous pensez de l'isolement et est-ce que vous avez le sentiment que l'isolement vous a aidé ?

– C'était nul, ça m'a aidé à 5 %

– Depuis quand n'êtes-vous plus allée en CI ?

– 2 à 3 mois

– Pourquoi n'allez-vous plus en CI aujourd'hui ?

– J'ai mûri, les soignants prennent soin de moi, ils nous bichonnent. Quand ça ne va pas ils prennent le temps et ils m'aident à trouver des solutions. Aujourd'hui je sais trouver des solutions toute seule (sortir dans le parc, prendre un bain, aller dans la salle refuge, lire...). »

la vie et l'ambiance de l'unité. Ensemble nous tentons de trouver des solutions aux conflits et aux aspérités du quotidien que génère inéluctablement une vie en collectivité. L'idée est que ces frottements du quotidien ne deviennent pas secondairement des pierres d'achoppements. Mais ce temps permet surtout d'évoquer les projets de l'unité. Les idées fusent et les patients deviennent ainsi force de propositions. Plusieurs projets sont ainsi en cours : une fresque pour égayer les murs, un loto interservice pour participer une sortie collective à Euro-disney... Là aussi l'objectif est de rendre le patient acteur de son cadre de vie.

– L'arbre à palabres

L'arbre à palabre correspond à une opération de prévention secondaire de type dégagement. Lorsque dans l'unité, les tensions se transforment en friction, les frustrations en revendications bruyantes, les déplacements en collision, l'arbre à palabres est maintenant repéré comme un lieu électif d'expression et de négociation. Un désaccord manifeste, une colère ravalée, une tension qui se veut contagieuse : on va en parler sous l'arbre. Il nous accueille, et nous abrite sous son feuillage majestueux. On peut s'exprimer fortement, à distance l'un de l'autre, tourner autour du tronc, au contraire s'asseoir... L'opération de dégagement opère. L'arbre est repéré de manière partagée dans sa fonction de lieu d'expression des désaccords et des tensions. Il en a vu d'autres...

– Les temps d'arrêts cliniques

Mis en place par la psychologue de l'unité, ces temps hebdomadaires, d'une durée

d'1 heure, permettent à l'ensemble de l'équipe soignante de parler de leur difficulté dans la compréhension des symptômes exprimés par les patients, mais aussi de leur lassitude. La psychologue accompagne l'équipe dans une mise en sens, théorise, explique. Réfléchir ensemble permet de retrouver de nouvelles idées, de créer, d'inventer et réinventer. Proche de la supervision ou de l'analyse des pratiques dans ces objectifs, ce format est plus « pédagogique » (apport théorique et clinique).

POUR CONCLURE

Nous avons progressivement diminué le nombre d'heures d'isolement, pour atteindre zéro en août 2021. Faire autrement est donc possible. Tous ces changements se sont opérés grâce à la volonté de l'équipe, soutenue et encouragée par le médecin et la psychologue de l'unité, portée par une politique sectorielle humaniste et encouragée par une institution engagée depuis 2016 dans une approche plus citoyenne du patient.

Régulièrement le matin en arrivant, nous entendons que la soirée a été tendue et difficile mais la crise a été contenue sans isoler le patient...

Aujourd'hui, l'équipe aurait tendance à culpabiliser quand elle doit malgré tout accompagner un patient en CI. Elle se demande toujours ce qu'elle aurait pu faire de plus. Le cœur du mouvement vers un moindre recours est dans ce questionnement et ces réflexions permanentes. Le travail est alors de rassurer, d'encourager les soignants sur ce long chemin ou les apprentissages sont encore nombreux.

L'objectif à court terme est la suppression d'une CI au regard du pourcentage d'utilisation. Patients comme soignants ne manquent pas d'idées pour transformer ce lieu, les idées actuelles convergent vers un hammam...

Ces changements sont une étape et non un aboutissement, il y en aura encore d'autres. L'important étant cette prise de conscience collective pour faire autrement et requestionner sa pratique, la faire évoluer, la remettre sur le métier.

1– Article L3222-5-1 du Code de la Santé Publique en vigueur depuis le 16 décembre 2020

2– Rapport CGLPL 2016

3– lieu d'asile, manifeste pour une autre psychiatrie, 16 septembre 2015 Édition Odile Jacob

4– prendre soin à l'hôpital, Édition masson, 14 mars 1997

5– comprendre la violence en psychiatrie, Édition Dunod, avril 200

6– Lanquetin, Jean-Paul, Rohr, Loïc, Audits Croisés en région Rhône-Alpes-Auvergne sur le moindre recours à la contention, Groupe de travail régional Audits Croisés, octobre 2020, 132p. <https://urlz.fr/gonM>

7– Lanquetin, Jean-Paul. « Prévention primaire en psychiatrie, un travail d'ambiance ». Revue Empan. 2019, n° 114(2), page 72.

8– Malinowski, Christophe, « le café de 11 heures », Santé Mentale, décembre 2015, Le café de 11 heures | Santé Mentale (santementale.fr)

9– En référence à l'article de Merklings, Jacky, « La lente sortie d'isolement de Fidelio », Santé Mentale N° 210, décembre 2016, pages 78-83.

10– La disponibilité « suffisante », le holding sont entendus au sens de D.W Winicott, La mère suffisamment bonne, Petite bibliothèque Payot, 2008, 123 pages.

Résumé : Le Centre psychothérapique de l'Ain a reçu en 2016 un rapport accablant sur ses pratiques d'isolement et de contention. De nombreux services au sein de l'institution ont réagi rapidement pour faire évoluer leurs pratiques. L'unité Gex, qui accueille des patients longue durée, présente ici les changements organisationnels et plus globalement, de « paradigme », qui l'a conduit à modifier en profondeur ses prises en soin.

Mots-clés : Alliance thérapeutique – Attitude du professionnel – Cas clinique – Chambre d'apaisement – Chambre d'isolement – Changement – Contention – Équipe pluridisciplinaire – Fonction contenante – Groupe de parole – Hospitalisation longue – Liberté d'aller et de venir – Prévention – Travail en équipe.