



**HAL**  
open science

## Réguler les interventions en situation d'agitation extrême : formalisation des gestes et réflexivité

Livia Velpry

► **To cite this version:**

Livia Velpry. Réguler les interventions en situation d'agitation extrême : formalisation des gestes et réflexivité. *Le Journal des psychologues*, 2018, Immobilisation et enveloppements en santé mentale : quelles approches ?, 358. halshs-01805829

**HAL Id: halshs-01805829**

**<https://shs.hal.science/halshs-01805829>**

Submitted on 14 Jun 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.

## Réguler les interventions en situation d'agitation extrême : formalisation des gestes et réflexivité

**Livia Velpry**

Sociologue

Maîtresse de conférences, CERMES 3, Université Paris-8-Saint-Denis

**PRE-PRINT AVANT EPREUVES DE L'ARTICLE PARU DANS LA REVUE « LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES » - Juin 2018 n°358**

Un matin, dans une unité de soin, un patient s'agite. C'est un adolescent corpulent, il avance dans le couloir et se met tout à coup à gesticuler. J'observe la scène de loin. Immédiatement, les professionnels qui se trouvent à proximité s'approchent, attrapent un bras, puis l'autre, ils échangent des instructions, « *un deux trois, on y va* », et, en quelques instants, le patient se retrouve allongé par terre sur un matelas, deux soignants de chaque côté tenant l'épaule et le bras, un autre soignant couché sur ses jambes qu'il maintient entre ses bras. Au bout de quelques minutes, les mouvements du garçon semblent s'apaiser. Les soignants se retirent peu à peu et l'aident à se relever.

Un peu plus tard, dans une chambre de la même unité, je me trouve avec un jeune patient et une psychomotricienne de l'unité. Les autres soignants de l'équipe et les patients sont partis en promenade. Le jeune garçon est sur son lit. Tout à coup, il se jette sur la psychomotricienne. Sans un mot, très vite, elle lui attrape les bras pour les maintenir le long de son corps. Spontanément, j'entoure ses jambes de mes bras, comme j'ai pu le voir faire avant. Elle regarde et me demande de déplacer mes mains vers ses cuisses, afin de ne pas lui faire mal. J'essaye de le faire, tout en évitant de prendre un coup de pied.

Ces deux situations mettent en scène plusieurs protagonistes qui interagissent physiquement dans une unité de soin. Des patients s'agitent, manifestent un comportement qui comporte un danger ou un risque d'atteinte à l'intégrité physique ; des soignants, mais éventuellement aussi les autres personnes présentes, neutralisent ce risque en immobilisant manuellement le patient. Dans la description proposée, la précision des gestes, la rapidité et l'assurance de certains professionnels dans leur réponse, les commentaires qu'ils échangent sur le moment ou ensuite sur son déroulement laissent penser que la gestion de la situation se détermine non seulement pendant, mais aussi en amont et en aval du moment d'agitation.

De fait, ces situations restent difficiles à interpréter si l'on ne dispose pas d'autres informations. Que font exactement les professionnels et pourquoi ? S'agit-il uniquement d'une réaction réflexe de protection ? Est-ce une action qui a été anticipée en amont, qui repose sur des objectifs définis et une gestuelle précise ? Sera-t-elle suivie de discussions sur la façon dont la scène s'est déroulée ?

L'intervention vise-t-elle uniquement à assurer la sécurité des personnes présentes ou est-elle intégrée dans la logique globale de prise en charge de la personne ? Comment le risque, mais aussi la douleur lors de l'intervention sont-ils pris en compte ?

Si ces éléments importent, c'est notamment parce que l'on se trouve en situation de recours à la contrainte physique dans un contexte de soin. Elles soulèvent donc des enjeux éthiques, juridiques, mais aussi thérapeutiques, dont la résolution est toujours délicate. C'est précisément l'objectif de cet article que d'examiner les éléments qui participent à réguler la gestion de l'agitation en contexte de soin. Il met à l'épreuve l'hypothèse que cette gestion repose sur un travail constant effectué dans l'équipe pour attribuer un sens aux comportements et rediscuter des règles qui président aux interventions.

L'unité dans laquelle ces scènes se déroulent<sup>1</sup> accueille des patients, enfants et jeunes adultes, présentant des comportements hétéro ou autoagressifs sévères ou extrêmement perturbants, associés à des troubles envahissants du développement et de type autistique, accompagnés souvent de troubles cognitifs, de déficiences intellectuelles et, donc, d'importantes difficultés pour communiquer. Je commencerai par décrire ce contexte général et les spécificités que cela induit dans la manière de gérer l'agitation : de quelle agitation s'agit-il, à quelle fréquence se produit-elle, pourquoi et comment les patients se trouvent-ils dans cette unité, qui sont les professionnels qui y travaillent et quelle prise en charge proposent-ils ?

Pour comprendre la réponse des professionnels, la rendre intelligible, je chercherai ensuite à identifier ce qui sous-tend les gestes effectués dans ces situations : c'est le sens donné aux interactions et aux interventions, ce sont les savoir-faire mobilisés qui permettent de comprendre ce que font les acteurs et pourquoi ils le font. Ce sera l'occasion de réfléchir plus largement aux éléments qui influent sur le recours à la contrainte physique dans l'intervention soignante.

## **LE POINT D'OBSERVATION : SITUATIONS EXTRÊMES ET INTERVENTIONS LIMITES**

Expérimentale, l'unité d'hospitalisation a été créée pour répondre à des situations qualifiées de « complexes », en raison de la conjonction d'une situation de polyhandicap nécessitant une aide importante à la vie quotidienne et de comportements face auxquels l'entourage familial ou institutionnel de la personne est démunie, ce qui le conduit parfois à des réponses inadaptées, voire perçues comme maltraitantes par l'ensemble des acteurs. L'hospitalisation est limitée dans le temps et se situe donc à un moment de blocage du parcours institutionnel et d'impuissance des professionnels, liée à une incertitude sur la nature du problème et sur la réponse à avoir.

Dans un tel contexte, la mission des professionnels de l'unité consiste à définir une réponse qui combine d'une façon plus satisfaisante l'efficacité vis-à-vis des troubles du comportement et le respect

de la dignité et de la liberté de la personne. Or, concrètement, ces troubles du comportement soulèvent plusieurs difficultés. D'abord, ils créent une appréhension physique pour l'entourage, vis-à-vis des risques d'atteintes corporelles et de douleur, mais également vis-à-vis des risques pour la personne elle-même liés aux blessures qu'elle pourrait s'infliger. Les professionnels se trouvent alors confrontés à la crainte de réagir en fonction de leur peur plutôt que de façon réfléchie, que ce soit par rapport à une logique thérapeutique ou de protection. En outre, l'élaboration de ces réponses réfléchies est délicate, tant est grande l'incertitude sur l'origine et la signification de ces comportements associés à des troubles envahissants du développement, dont des retards de langage et des déficiences intellectuelles parfois importantes.

Cette situation génère un travail spécifique au sein de l'unité, qui repose à la fois sur la recherche d'interventions alternatives et sur l'élaboration des règles qui président à leur usage. Comment, ainsi, éviter qu'un patient ne se mette en danger par les morsures qu'il s'inflige sans lui attacher les mains de façon prolongée ? Le port de mitaines associé à une surveillance accrue pourra constituer une première réponse, avant de tenter de diminuer la fréquence ou l'intensité de ce comportement en comprenant l'origine. En fonction des résultats, les professionnels pourront ensuite tester le retrait progressif de ces mitaines, opérant un réajustement entre la nécessité de protéger et l'impératif de respecter la liberté de la personne. Au cours de ce travail, la notion de recours à la contrainte est complexifiée, car il est le plus souvent difficile de distinguer de façon binaire ce qui relève de la contrainte ou pas. Des interventions habituellement délégitimées parce qu'elles sont contraignantes peuvent s'avérer constituer un meilleur compromis entre protection et respect des droits.

Deux logiques sont ainsi associées dans cet effort de recherche de solutions : un principe d'adaptation aux comportements, d'une part, et une recherche d'explicitation des pratiques, d'autre part.

L'adaptation consiste à sécuriser l'environnement face aux comportements qui perturbent, plutôt que de chercher à les empêcher de se produire. De même, faisant l'hypothèse que certains comportements sont avant tout des moyens de s'exprimer pour des patients ayant peu accès au langage, les professionnels explorent des circuits de communication alternatifs. Ensuite, le travail autour de la définition des pratiques se déroule en différentes étapes : il suppose d'abord pour les soignants de suspendre leurs perceptions et jugements spontanés sur les comportements des patients, notamment du point de vue de leur intentionnalité, puis de discuter collectivement des hypothèses possibles sur le sens de ces comportements, à partir des savoirs mobilisés par les différentes professions de l'équipe, pour enfin élaborer une intervention adaptée à ces hypothèses et en évaluer l'efficacité. L'important effort de formalisation par l'équipe de ces interventions se comprend donc notamment par la forte dimension d'expérimentation de son activité.

L'unité constitue ainsi un lieu extrême, que ce soit du point de vue de l'intensité et de la fréquence des comportements perturbants rencontrés, de l'importance des troubles cognitifs et des difficultés de

communication des patients, mais aussi du degré d'engagement des corps. Elle l'est également du point de vue de l'activité d'imagination et d'élaboration autour des interventions mises en place pour y répondre, ou encore des moyens matériels et humains qui y sont réunis. En choisissant cette unité comme point d'observation empirique pour réfléchir à la gestion de l'agitation dans un contexte de soin, l'objectif n'est pas de s'attacher à cette exceptionnalité. Il s'agit plutôt, en considérant un lieu où l'agitation est une préoccupation centrale de la prise en charge et une mission de l'équipe, de rendre particulièrement visible les dilemmes et impasses des professionnels, ainsi que les processus par lesquels les soignants traitent ces difficultés, qui sont communs à un grand nombre de contextes de soin. Pour cela, je reviens aux deux situations décrites en introduction, afin d'explicitier les éléments qui interviennent en amont et en aval de ces scènes d'immobilisation.

### **ÉLABORER UN SAVOIR-FAIRE : QUELLE DYNAMIQUE ENTRE FORMALISATION ET RÉFLEXIVITÉ ?**

Un peu plus tard dans l'après-midi, j'interroge les soignants qui ont immobilisé un patient le matin pour comprendre d'où viennent ces gestes que je les vois effectuer de façon organisée. Il s'agit d'une technique précise pour laquelle ils ont été formés, m'explique une infirmière. Le psychologue avec qui je discute un peu plus tard me raconte que cette technique a été introduite pour répondre à l'inconfort des professionnels, amenés plusieurs fois par jour à maîtriser physiquement des patients et qui n'étaient pas satisfaits de leur manière de le faire, trop imprécise et défensive. Ils ressentaient le besoin de disposer d'un savoir-faire et de donner sens à ce qu'ils faisaient. Après la session initiale de formation dans l'équipe, les soignants ont mis en œuvre la technique et l'ont adaptée aux situations rencontrées dans l'unité au fil de leur expérience.

Aujourd'hui, la technique comprend un ensemble très précis de gestes de différents niveaux d'immobilisation physique, organisés selon une gradation de désescalade. Le principe général est non seulement de supprimer les risques de dommages physiques, mais également d'éviter de générer une douleur chez la personne immobilisée. Il est couplé à une logique d'apprentissage pour la personne : celle-ci est supposée réussir peu à peu à s'apaiser avant même d'être effectivement immobilisée, sous l'effet de la répétition de la même séquence de gestes ayant un caractère rassurant. Les sessions de formation sont organisées régulièrement pour les soignants de l'équipe. Lorsque je participe à l'une de ces sessions, je m'aperçois qu'outre une partie théorique sur les principes, le temps est très largement consacré à la répétition des gestes à réaliser en cas d'immobilisation, qui vise à assurer la précision gestuelle, de leur ordre, et qu'ils deviennent des réflexes. En situation, il faut savoir précisément quoi faire et comment, sans y réfléchir.

Maintenant que je sais que cette technique existe, je remarque qu'on y fait de temps en temps référence en réunion d'équipe, lorsque l'on discute des conduites à tenir avec des patients qui s'agitent

beaucoup. C'est une pratique qui peut être, si ce n'est prescrite, du moins préconisée, en en précisant les circonstances d'usage, celles dans lesquelles elle sera utile.

Un peu plus attentive également lorsque surviennent des situations d'agitation aux réponses de l'équipe, je me rends bien compte aussi que cette pratique est diversement utilisée selon l'équipe du jour et la situation. Certains membres de l'équipe n'ont qu'une perception assez floue de ces gestes ; d'autres, arrivés récemment, ne les connaissent pas. Comme me l'expliquent les anciens, il faut l'utiliser souvent, et il faut en parler souvent pour que cela reste un réflexe, dans des situations où l'on doit réagir vite sans avoir le temps de réfléchir.

Comme l'illustrent les échanges avec les soignants, les scènes auxquelles j'ai assisté mettent bien en œuvre un savoir-faire, qui est le produit d'au moins deux éléments. Le premier est la formation à une technique formalisée. Il existe aujourd'hui tout un ensemble de telles formations aux techniques de gestion de la crise et des comportements agressifs ou d'agitation. Ces techniques proposent toutes une définition précise des gestes à effectuer. Ces gestes sont généralement organisés autour d'une stratégie de désescalade, qui va de la parole à l'immobilisation physique totale. Les présupposés sur les déclencheurs de la crise et l'origine des comportements perturbateurs varient et influent sur les gestes. Ainsi, les techniques s'adressant à des personnes ayant des difficultés de communication prennent en compte le rôle de ces difficultés dans le déroulement de la crise. Elles chercheront alors à faciliter l'échange par la standardisation des gestes, par exemple, plutôt qu'à décourager l'agressivité en provoquant une douleur.

Le second élément à noter est l'importance du travail réflexif nécessaire pour élaborer un savoir-faire. Dans le cas de l'immobilisation dans l'unité, cette réflexivité est intervenue initialement, lorsque l'insatisfaction des soignants face à leurs pratiques a émergé. La participation à cette formation a apporté des outils pour répondre en situation, mais également pour élaborer le sens de ces interventions. La réflexivité s'est ensuite manifestée dans le processus d'adaptation de cette technique réalisée au sein de l'équipe. Enfin, comme le montrent mes observations, le savoir-faire ne se maintient que par une vigilance permanente et collective sur la connaissance des règles au sein de l'équipe et sur leur mise en œuvre homogène, mais également par un travail de redéfinition de ces règles pour les ajuster aux situations effectivement rencontrées. Cela suppose des observations et interprétations fines des comportements par les professionnels, ainsi que la définition précise des interventions réalisées, mais aussi l'existence d'espaces de discussion collectifs.

Une telle analyse peut être élargie, au-delà du cas de l'immobilisation physique, à l'éventail de réponses à des comportements perturbateurs où les professionnels de l'unité cherchent l'équilibre précaire entre protection, soin et respect des droits. Lors de la mise en chambre fermée ou quand sont utilisés des outils de protection ou d'immobilisation, le savoir-faire de l'équipe se définit autour de quatre dimensions principales. D'abord, des savoirs cliniques sont mobilisés ou élaborés localement, afin

d'émettre des hypothèses quant au sens des comportements. Ils peuvent être éducatifs, psychodynamiques, somatiques... Ensuite, l'acceptabilité des réponses fait l'objet d'une hiérarchisation, en fonction du risque posé par le comportement. Les règles d'usages d'une intervention donnée sont également définies précisément ; elles concernent non seulement les conditions qui la rendent pertinentes, mais également la façon précise de la réaliser. Enfin, il existe un travail réflexif, qui se traduit par des discussions collectives au sein de l'équipe, sur les effets de ces interventions, qui peut aboutir à modifier ces règles d'usage.

## **LA CONTRAINTE, LE SOIN ET LA FORMALISATION**

Au-delà des spécificités de l'unité évoquée, qui ont été pointées ci-dessus, cette description analytique de la gestion de l'agitation invite à quelques remarques concernant le recours à la contrainte physique dans le soin d'une façon plus générale, pour comprendre comment se définit un savoir-faire, qui mobilise à la fois les enjeux de protection et de soin, et quel rôle joue la formalisation des pratiques dans cette définition, et la réflexivité qui l'accompagne.

Le recours à la contrainte, notamment physique, dans le soin est une question ancienne et controversée, particulièrement dans le domaine de la santé mentale, marqué par l'héritage asilaire, le traitement moral et les mesures de protection juridique. Avec l'avènement de la démocratie sanitaire, qui a réaffirmé le principe du consentement au soin et du respect des préférences des personnes, le recours à la contrainte est à la fois devenu moins accepté, ou explicitement condamné, en dehors de situations particulières, tout en faisant l'objet d'une attention renouvelée de la part des législateurs et de l'administration, ce qui s'est traduit par un encadrement plus précis des critères qui autorisaient un recours à la contrainte, des conditions de son exercice et des droits des personnes à le contester. Néanmoins, la contrainte reste aujourd'hui une question problématique dans le quotidien des lieux de soin et d'accompagnement en santé mentale, que l'on se trouve à l'hôpital psychiatrique, dans un foyer de vie ou encore dans un service d'intervention à domicile. Dans ces différents lieux, en effet, il est fréquent qu'à certains moments, on passe outre le refus des personnes, qu'on ne se pose pas la question de leur préférence ou qu'on intervienne d'une façon qui semble porter atteinte à leur liberté. Les professionnels perçoivent ces situations de contrainte diversement : parfois, ils ne les remarquent pas, d'autres fois ils ne voient pas comment faire autrement malgré le fait qu'elles leur posent problème, d'autres fois encore ils considèrent qu'elles sont justifiées, que ce soit pour leur effet thérapeutique ou pour des raisons de sécurité et de protection. Quoi qu'il en soit, la légitimité et la justification ces situations ne va pas de soi ; elles suscitent régulièrement des interrogations, à la fois au sein des services et pour l'extérieur. Lorsque la contrainte passe par une atteinte à l'intégrité physique,

notamment en restreignant la liberté de mouvement, elle est souvent remarquée. Pour autant, elle ne fait pas nécessairement l'objet de discussions collectives ou de réflexions sur ses usages.

Ces questionnements et éventuels dilemmes prennent place dans un contexte de développement de la formalisation de l'activité professionnelle, notamment par l'écrit. Ainsi, un nombre croissant d'écrits précisent les manières de faire en amont, sous la forme de recommandations de bonnes pratiques ou de protocoles par exemple, accompagne la réalisation des interventions – on pense aux formulaires de consentement ou à la rédaction des projets de vie –, et assurent la traçabilité en aval, à des fins de communication entre professionnels comme de contrôle. Or, si ces écrits, qui sont maintenant partie prenante de l'activité de soin et d'accompagnement, visent notamment à rendre effectifs les principes de la démocratie sanitaire et à encadrer le recours à la contrainte, ils sont loin de résoudre tous les dilemmes que rencontrent les professionnels. En effet, dans une situation concrète, les professionnels doivent concilier des impératifs divers et parfois contradictoires. Même lorsque des textes rappellent les principes qui guident ces impératifs, ils ne permettent pas forcément de trancher entre eux, d'autant plus que la hiérarchie entre les différents textes est confuse. Parfois, les textes ajoutent même des contraintes supplémentaires. Pour prendre un exemple du quotidien, faut-il respecter les préférences alimentaires de la personne hospitalisée en la laissant conserver un dessert spécial, même si cela va à l'encontre des règles d'hygiène et de sécurité alimentaires de l'hôpital ?

Dans l'expérience décrite ici, on voit que la formalisation fonctionne quand elle est intégrée dans une dynamique de l'équipe. Plusieurs méthodes sont adoptées dans l'unité pour mieux comprendre les troubles du comportement : une évaluation fonctionnelle pour établir le contexte précis d'apparition des comportements, une évaluation des troubles sensoriels, de la compréhension et de la communication, enfin une évaluation des troubles somatiques. Ces évaluations doivent aider à attribuer un sens aux comportements et à élaborer des réponses plus adaptées. Lorsqu'il est nécessaire d'intervenir physiquement pour immobiliser, ces modèles permettent de justifier des gestes appropriés d'un point de vue thérapeutique, plutôt que de réagir par réflexe de défense ou de protection. L'objectif est aussi de réguler les risques d'abus et d'atteinte aux droits, perçus par les professionnels eux-mêmes. On peut trouver un état des lieux des stratégies de prévention et de réponses existantes dans la recommandation de bonnes pratiques professionnelles sur les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés publiée par l'ANESM en 2016 <sup>2</sup>.

Cependant, on l'a vu, cette modélisation doit être adaptée dès qu'elle est mise en œuvre. Cette adaptation se fait en fonction des résultats de l'intervention, qui peut révéler autant les limites des méthodes existantes qu'une erreur dans la signification attribuée au comportement. En outre ces interventions formalisent une succession de gestes à réaliser. Il faut donc trouver l'équilibre entre les



définir très précisément, pour que chacun fasse pareil et acquière des réflexes, et les maintenir proches des gestes naturels, pour qu'ils puissent être appropriés dans un quotidien de travail.

Dans la gestion des troubles du comportement au sein de cette unité, c'est donc moins les modèles eux-mêmes qui importent que la façon dont on s'en sert. Le fait que les situations soient fréquentes, que l'équipe soit renforcée et prévenue, permet de faire ce travail d'appropriation et d'adaptation des modèles d'intervention.

L'engagement physique des professionnels et des patients – dont beaucoup ne s'expriment pas par le langage – au cours du soin est une autre dimension prégnante et pourtant peu discutée. Dans le cas évoqué, par exemple, la formalisation de la technique d'intervention et des gestes à effectuer vient renforcer et appuyer la dimension relationnelle du soin, et non pas le standardiser pour le déshumaniser. La précision des gestes vise à éviter les faux-messages, à rassurer la personne et à générer au bout du compte une intervention moins contraignante et moins violente.

Ces différents éléments montrent que la contrainte qui peut être exercée en réponse à une agitation extrême se présente plutôt comme une question continue, qu'on se pose au cours du travail, que comme une donnée fixe. C'est pour cela que c'est en situation qu'on peut déterminer la nature de la pratique, en analysant à quels moments ou autour de quels éléments cela se joue.

## Notes

1. Ces deux scènes sont reconstituées à partir d'observations réalisées dans cette unité, où je passais des journées de façon répétée pendant une période de six mois, dans le cadre d'une recherche sociologique réalisée au sein du Collectif Contrast (Velpry L., Eyraud B., 2017). La description des situations restitue mon point de vue de l'époque, qui est à la fois extérieur, mais informé par ma familiarité acquise avec les lieux, l'expérience d'autres situations, l'interaction avec les patients et les discussions avec les soignants.

2. ANESM, 2016, *Les comportements-problèmes. Prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés. Recommandations de bonnes pratiques*, Paris, [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2834964](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2834964)

## Bibliographie

**Velpry L., Eyraud B., 2017**, « Contraindre pour aller mieux ? Enjeux cliniques et protocolisation dans une unité de prise en charge d'enfants atteints de troubles autistiques », in Demailly L., Garnoussi N. (sous la direction de), *Aller mieux. Approches sociologiques*, Villeneuve-d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.