

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

Immobiliser au cours du soin : quels savoirs, quelles formalisations, quels outils ?

Livia Velpry

Sociologue

Maîtresse de conférences, CERMES3, université Paris-8-Saint-Denis

Sébastien Saetta

Sociologue, EA APEMAC, université de Lorraine

Il arrive qu'au cours des soins, les professionnels immobilisent un patient. Dans le contexte des soins somatiques, l'immobilisation est utilisée pour réduire une fracture osseuse, par exemple. Il arrive également qu'on immobilise pour assurer la bonne exécution d'une intervention, telle qu'une prise de sang. Dans le champ de la santé mentale, que ce soit dans les structures sanitaires ou médico-sociales, d'autres situations de recours à l'immobilisation existent. Les professionnels sont parfois amenés à immobiliser physiquement une personne lors d'une agitation, au moyen de sangles ou en engageant leur propre corps. On peut aussi avoir recours à l'immobilisation à des fins de sécurisation et de protection de la personne, par exemple en utilisant la contention passive pour éviter les chutes dans les lieux qui accueillent des personnes handicapées ou des personnes âgées. Enfin, la réalisation de certains soins, tels que l'enveloppement sec ou le *packing*, comporte une immobilisation de la personne au moyen de tissus.

Ces différents usages de l'immobilisation physique sont hétérogènes, voire disparates. Cela tient d'abord aux motifs qui y président. On peut immobiliser pour rendre une intervention possible, pour laisser le temps à un médicament calmant d'agir, pour protéger et éviter des dommages ou risques corporels pour la personne ou pour son entourage, ou encore pour susciter une sensation corporelle précise. D'une façon générale, dans le contexte de soin, le recours à l'immobilisation se fait avec le souci de ne causer ni dommage ni douleur. Les

manières de procéder pour cela sont cependant très variables. Quand les corps des soignants se trouvent impliqués, au point parfois d'être au contact du corps des patients, les gestes sont effectués avec une précision plus ou moins grande. Lorsque des objets ou outils, comme des sangles ou des draps, sont introduits, c'est justement pour éviter l'engagement corporel direct des soignants. Dans certains cas, la parole accompagne la mise en œuvre de l'immobilisation, afin de rassurer et d'expliquer ce qui est fait, voire, parfois, de limiter la nécessité même d'immobiliser. Il arrive qu'au contraire on évite de parler pendant que l'on agit dans un souci de clarté du message, notamment en présence de troubles de la communication. Le fait que l'immobilisation intervienne dans l'urgence ou qu'elle ait été préparée modifie fortement la façon dont elle est réalisée, de même que sa durée. En outre, lorsque l'immobilisation répond à une agitation, l'action va souvent à l'encontre de la volonté ou des comportements du patient. Au contraire, il arrive que la personne accepte, voire demande l'immobilisation dont elle attend des effets bénéfiques, notamment lorsque l'intervention est anticipée. Dans ces différentes situations, l'immobilisation ne soulève pas les mêmes enjeux éthiques et pratiques pour les professionnels, et son rôle dans l'intervention thérapeutique est diversement perçu et construit.

Pourquoi, alors, proposer une réflexion commune sur l'immobilisation au cours du soin, si les situations concernées sont si disparates ? Quel sens y a-t-il à comparer le fait de maintenir physiquement un patient qui s'agite, d'éviter qu'une personne quitte son fauteuil en bloquant une table devant ou de passer une heure à côté d'un patient enveloppé dans un drap ? Au-delà de leurs indéniables différences, dans toutes ces situations, des soignants mettent en place des moyens humains ou matériels qui limitent ou empêchent les mouvements d'une personne. L'intervention s'engage sur le corps du patient, mais elle engage également bien souvent le corps du professionnel. Or, cette dimension physique et matérielle demande à être élaborée en propre. En confrontant la diversité des recours à l'immobilisation, il s'agit de réfléchir aux éléments qui permettent aux professionnels de déterminer où se situent les frontières de l'acceptable dans l'engagement corporel des patients comme des soignants, de définir ce qui est efficace, et comment faire au mieux.

DES PRATIQUES DE PLUS EN PLUS ENCADRÉES

Les pratiques impliquant un recours à l'immobilisation ont en commun de susciter des interrogations, voire des soupçons, au titre du risque d'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne qu'elles comportent. Plusieurs pratiques ont ainsi fait l'objet,

récemment, d'une attention renouvelée, voire de controverses qui se sont déployées dans la sphère publique. En 2016, pour la première fois, les conditions dans lesquelles il est possible d'utiliser la contention en psychiatrie adulte ont été précisées dans la loi. Celle-ci la définit comme une pratique de dernier recours et oblige à la noter systématiquement sur un registre consultable. Une telle mesure a été accusée par certains de légitimer une pratique qui devrait disparaître, tandis que d'autres la justifiait comme un moyen d'éviter les abus. Qu'ils souhaitent la supprimer ou simplement l'encadrer, les acteurs du monde psychiatrique et associatif qui se sont mobilisés à cette occasion partageaient une même inquiétude vis-à-vis de ces pratiques de contention. Ils rejoignent en cela la perspective d'institutions européennes ou internationales qui, depuis plusieurs années, envisagent les pratiques de contention en termes de respect des droits, indépendamment de la question de sa pertinence thérapeutique, et comme une pratique à n'utiliser qu'en dernier recours. On citera, par exemple, les normes sur les moyens de contention publiées par le Comité européen de prévention de la torture, en 2017, ou encore l'article 14 de la Convention pour les droits des personnes handicapées adoptées par l'Organisation des Nations-Unies, en 2006. Ces dernières années, la technique du *packing* – consistant en des séances d'enveloppement du patient dans des draps humides, en présence de soignants – a également fait l'objet d'un dur conflit entre associations de familles d'enfants autistes et pédopsychiatres. Les termes du débat ont été très polarisés. Dénoncée par les premières comme une atteinte extrême à l'intégrité physique et une maltraitance, la technique était défendue par les seconds pour ses effets bénéfiques dans certaines indications, mais aussi du fait qu'elle est réalisée en collaboration avec le patient et sans exercer aucune contrainte physique. Le conflit s'est cependant traduit jusque dans une prise de position inédite de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées ; celle-ci a signé, en 2016, une circulaire qui conditionne le financement des établissements médico-sociaux à l'absence de pratique du *packing*.

Les différentes pratiques d'immobilisation ne sont pas toutes concernées par ces débats publics, d'autant que certaines restent peu visibles. L'immobilisation manuelle d'un patient lors d'une crise est ainsi rarement contestée dans la sphère publique, dans la mesure où elle répond à l'urgence. Elle soulève portant de nombreuses questions, autant sur les risques vitaux impliqués que sur la formation aux techniques de prévention ou sur ce qui la distingue de techniques de maintien de l'ordre. De même, l'usage de draps-ceintures dans les services de gériatrie pour éviter les chutes est peu discuté, à la fois parce que priorité est donnée à la sécurisation des personnes et parce que la pratique est considérée comme une décision technique. Cependant, la préoccupation pour l'atteinte potentielle à l'intégrité physique et

psychique que constitue l'immobilisation, et pour les risques qu'elle comporte, est largement partagée dans les différents milieux professionnels, dans un contexte où le respect des droits des patients est sans cesse réaffirmé par les politiques publiques ¹.

Depuis une quinzaine d'années, on assiste aussi à une production importante d'outils qui visent à formaliser les pratiques. Tout en témoignant de cette préoccupation, ils la déplacent vers des enjeux plus concrets, celui des manières de le faire – ou de réussir à l'éviter. Plusieurs guides et recommandations de bonnes pratiques professionnelles incluent des propositions pour définir, encadrer et contrôler les usages de l'immobilisation physique. Dès 2000, un guide intitulé « *Limiter la contention physique de la personne âgée* » constate la multiplication d'outils de contention dans les établissements, que ce soit « *pour prévenir les chutes, pour contenir l'agitation et pour limiter la déambulation* ». Il est publié par l'Agence nationale de l'accréditation et d'évaluation en santé (repris dans HAS, 2005), qui lance ensuite une expérimentation visant à diminuer le recours à cette pratique dans les établissements de santé et à minimiser les risques qui lui sont associés lorsqu'elle est utilisée. Dix ans plus tard, on retrouve ces mêmes objectifs dans la note de cadrage concernant « *la place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie adulte* » (HAS, 2015), ainsi que dans le guide qui le suit en 2016, qui porte sur la prévention et la gestion des moments de violence. Là encore, les auteurs font le constat de la nécessité non seulement de prévenir le recours aux mesures de contention en psychiatrie, mais de mieux définir la façon d'y recourir lorsque c'est indispensable. Cette préconisation répond aux mises en question répétées de ces pratiques au cours des dernières années. Dans le même temps, le souci d'encadrer les pratiques qui limitent la liberté de mouvement s'est élargi aux établissements sociaux et médico-sociaux ainsi qu'à l'ensemble des personnes handicapées ². Ce sont en effet eux qui sont visés en 2016, par les recommandations sur les « *comportements-problèmes* » publiées sous la forme d'outils de prévention et de réponse qui visent à éviter les mesures les plus attentatoires à la liberté de mouvement (ANESM, 2016).

Dans ces documents, la formalisation des pratiques a plusieurs objectifs. En définissant dans quelles circonstances il est légitime de recourir à l'immobilisation dans un contexte de soin, elle vise à réduire la fréquence de son utilisation. En précisant de quelle manière procéder pour minimiser les risques d'atteinte aux droits des personnes, la formalisation cherche aussi à améliorer la sécurité d'une pratique quand cette dernière est indispensable. Cependant, formaliser les pratiques ne suffit pas à résoudre les dilemmes qui se posent aux professionnels en situation ; cela en crée même de nouveaux, quand les principes qu'elle explicite se trouvent

en contradiction. Dans une situation donnée, en effet, respecter la préférence des personnes et protéger leur intérêt ne sont pas nécessairement compatibles.

POUR LES PROFESSIONNELS, UNE REFLEXION TOUJOURS RENOUVELEE

Les professionnels sont donc aussi fortement porteurs au quotidien de ces questionnements et des dilemmes que suscite leur pratique. Comment faire bien ? Font-ils comme il faut ? Pourraient-ils faire autrement ? Ces interrogations sont alimentées par des critiques provenant de l'extérieur, tout autant que par des doutes ou inconforts éprouvés par les soignants eux-mêmes. Des préoccupations éthiques, mais également professionnelles et administratives conduisent certains soignants ou équipes à s'interroger sur les manières de procéder à l'immobilisation, sur son efficacité, voire sur sa légitimité. Les questionnements sont multiples. Ils se posent en amont, pour décider de l'opportunité de recourir à telle pratique ou pour imaginer comment réussir à l'éviter. Ils concernent le moment de l'action, lorsqu'il faut déterminer la manière de faire quand on doit le faire, à la fois pour s'assurer qu'on respecte au mieux la volonté de la personne et pour limiter les éventuels dommages. Ces réflexions sont aussi nécessaires en aval, quand les soignants ont procédé à une immobilisation et qu'ils cherchent à apprendre de cette expérience.

Tous les professionnels qui interviennent dans des contextes de soin et d'accompagnement sont potentiellement concernés par des pratiques impliquant l'immobilisation de la personne. En outre, la réflexivité que mettent en œuvre ces professionnels se traduit dans différents supports : la formation, la recherche, le projet de soin, sont autant d'occasion d'articuler une réflexion sur le sens de l'intervention avec une attention à la manière concrète de l'effectuer. Ce sont donc autant des savoirs théoriques et professionnels qui sont mobilisés que des dispositions architecturales, des gestes et des techniques. On note, en outre, que, dans tous les cas, les professionnels intègrent dans cette réflexion une attention à la perception des personnes immobilisées, que ce soit en recueillant leur point de vue ou en interprétant leurs réactions, lorsque l'accès au langage est difficile.

Dans toutes ces situations, une attention est portée aux gestes. Il s'avère important de définir avec précision la façon dont ils sont effectués et les effets recherchés. On remarque également que les réflexions des professionnels intègrent la façon dont les personnes réagissent et vivent ce moment d'immobilisation, qu'il soit ou non consenti.

Notes

1. Depuis sa création en 2006, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a joué un rôle croissant de sensibilisation de l'ensemble des acteurs. D'une part, à la suite de ses visites d'hôpitaux psychiatriques, il a rendu visible dans ses rapports annuels des pratiques qu'il estimait discutables, alimentant un débat public sur ces pratiques en termes de respect des droits des personnes. Il a publié, en 2016, un rapport thématique intitulé « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale ». D'autre part, en insistant pour inclure dans son périmètre d'action – celui des lieux de privation de liberté – d'abord les établissements de soin en psychiatrie, puis les établissements accueillant des personnes âgées, il a contribué à souligner que ce débat était transversal à ces institutions.
2. On trouve également des recommandations concernant des pratiques similaires dans le rapport sur l'autisme (HAS-ANESM, 2012 et 2015).

Quelques guides et recommandations professionnelles où figurent des pratiques qui impliquent l'immobilisation

ANESM, 2016, « Les "comportements-problèmes" au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés. Prévention et réponses.

Recommandations de bonne pratique »,

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2834964/fr/les-comportements-problemes-au-sein-des-etablissements-et-services-accueillant-des-enfants-et-adultes-handicapes-prevention-et-reponses (Volets 1 et 2) et https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2833763/fr/les-espaces-de-calme-retrait-et-d-apaisement (Volet 3)

CGLPL, 2016, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Paris, Dalloz.

Has-ANESM, 2017, « Autisme et autres troubles envahissants du développement : les interventions et le projet personnalisé chez l'adulte, Recommandations de bonne pratique », https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006477/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-interventions-et-parcours-de-vie-de-l-adulte

HAS-ANESM, 2012, « Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. Recommandations de

bonne pratique », https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_953959/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-interventions-educatives-et-therapeutiques-coordonnees-chez-l-enfant-et-l-adolescent.

HAS, 2017, « Isolement et contention en psychiatrie générale. Méthode. Recommandations pour la pratique clinique. Recommandations de bonne pratique », https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale

HAS, 2016, « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie », https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie.

HAS, 2005, « Contention physique de la personne âgée. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. Critères d'évaluation des pratiques », https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_447526/fr/contention-physique-de-la-personne-agee

Bibliographie

Benaïche A., 2014, « Évaluer la relation de soin face à l'agitation », *Santé Mentale*, 187 : 60-65.

Chamak B., 2013, « Autisme : nouvelles représentations et controverses », *Psychologie clinique* 36 : 59-67.

Lanquetin J.-P., 2003, « L'agitation en psychiatrie : quels repères pour quels soins ? », in Pidolle A., Thiry-Bour C., *Droit d'être soigné, droits des soignants*, Toulouse Érès.

Lechevalier-Hurard L., 2013, « Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique », *Sociologie du travail*, 55 : 279-301.

Moreau D., 2016, « Isolement : enquête sur des usages "ordinaires" », *Santé mentale*, 210 : 56-62.

Velpry L., Eyraud B. et al., 2014, « Réguler les pratiques contraignantes de soin en santé mentale : recompositions et enjeux », in Pascal J.-C., Hanon C. (sous la direction de), *Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie*, Paris, Doin.