



ISOLEMENT & CONTENTION

**Du mythe de l'alternative
à la réalité préventive**

DÉFINITIONS

Isolement = ne pas pouvoir sortir librement

- *d'un hôpital*
- *d'une unité*
- *d'un espace ?*
- ***d'une pièce = définition HAS***
- *Quelle que soit la durée*



Contention = ne pas pouvoir bouger librement

- *Restriction du périmètre = isolement*
- *Chimique = neurolepsie*
- *Privation d'un moyen de locomotion si handicap ?*
- *Force humaine ?*
- ***Moyen mécanique = définition HAS***



LEGISLATION FRANÇAISE

Isolement et contention autorisés mais encadrés
Par des principes flous

- *Risque imminent*
- *Dernier recours*
- *Restriction minimale*
- *Alternatives...?*



Par des injonctions paradoxales

- *Respect dignité vs. sécurité*
- *Dernier recours vs. contre-indications*

Par des obligations vécues comme dissuasives

- *Procédures rébarbatives et chronophages*
- *Récolte de données et transparence*

IDÉES REÇUES (et rassurantes)

1. Ce n'est pas dangereux
2. C'est thérapeutique
3. Ce n'est pas une punition
4. C'est en dernier recours

Quand on
fait ça
« bien » ?

1. Ce n'est pas dangereux ?

PHYSIQUE	PSYCHIATRIQUE
Blessures & fractures Compressions & strangulations Complications cardiopulmonaires Décès	(re)Traumatisme Recrudescence anxieuse, délirante Hallucinations

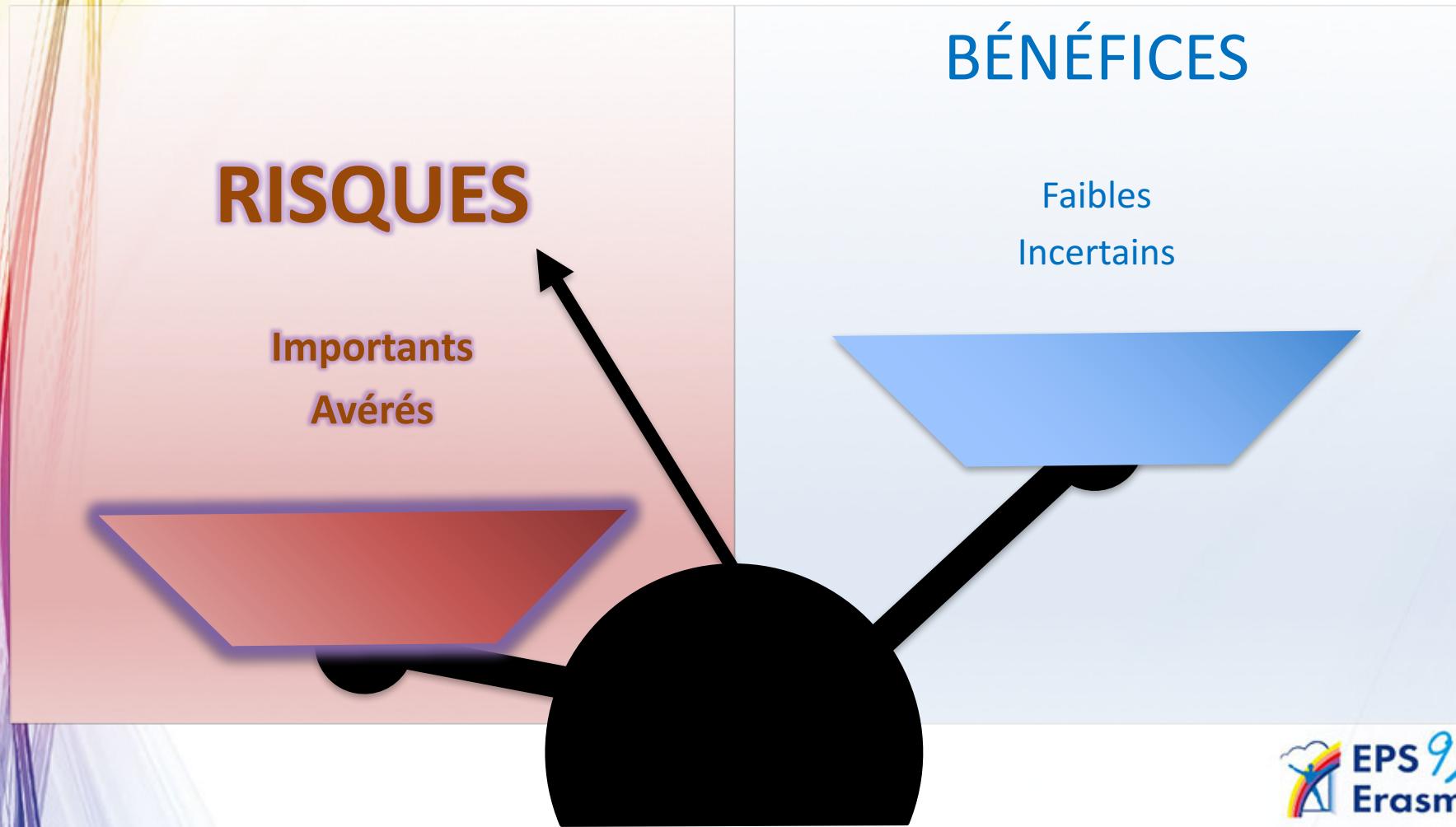
Les soignants qui isolent et contentionnent se blessent

- *physiquement plus souvent que les travailleurs dans les industries à haut risque*
- *moralement plus souvent que les autres soignants (turnovers et burnouts)*

Ces risques d'accident peuvent diminuer

- ~~avec de « bonnes » pratiques d'isolement et de contention~~
- *avec de bonnes pratiques visant à un moindre recours*

2. C'est thérapeutique ?



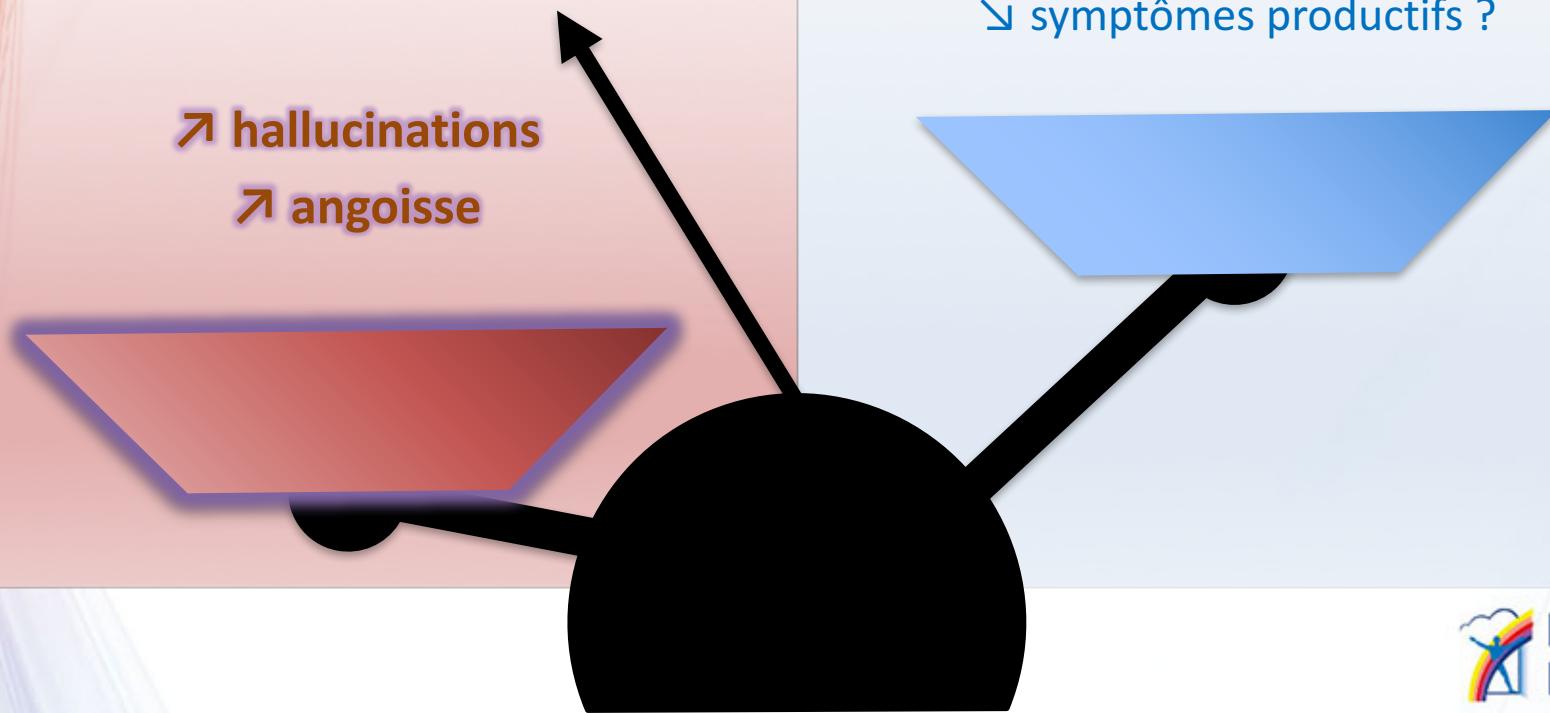
Et l'isolement sensoriel ?

RISQUES

- ↗ hallucinations
- ↗ angoisse

BÉNÉFICES

- ↘ excitation psychomotrice ?
- ↘ symptômes productifs ?



3. Ce n'est pas une punition ?

Quelques notions sur la punition

- *Punir = infliger quelque chose de désagréable qui a pour conséquence de supprimer ou de modifier un comportement*
- *Ce n'est pas forcément l'intention qui fait la punition*
- *Une punition est définie sur ses conséquences, quelle que soit l'intention du punisseur*

Isolement et contention sont vécues comme punitives dans 60 à 75% des cas et découlent le plus souvent de :

- *Non compliance*
- *Comportements perturbateurs*
- *Rapports de force*

Rappel : en milieu carcéral, l'isolement est considéré comme l'une des pires punitions

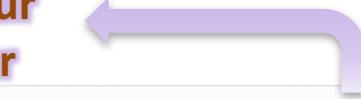
Mais punir, c'est mal ?



Renforcement du punisseur
Le puni devient punisseur

RISQUES

Sentiment d'injustice
Contre-attaque
Anxiété, fuite, inhibition
Troubles psy/somatiques
Peu efficace à long terme



BÉNÉFICES
Suppression/modification comportement
à court terme +



4. C'est en dernier recours ?

Il n'y a pas qu'UN dernier recours

Puisqu'il n'est pas le même

- *d'un pays à un autre*
- *d'un hôpital à un autre*
- *d'une équipe à une autre*
- *d'un soignant à un autre*

Grande disparité +++

- *dans la détermination des situations potentiellement dangereuses*
- *dans le recours à l'isolement et à la contention*

Deux grands facteurs de réduction de ces disparités

- *L'expérience*
- *La formation spécifique*

Mais si c'est le patient qui demande ?

1. Ce n'est pas dangereux
2. C'est thérapeutique
3. Ce n'est pas une punition
4. C'est en dernier recours
5. Risque de renforcement ↑

POURQUOI S'EN PASSER ?

1. Pour être cohérent avec notre mission qui est de promouvoir la dignité, l'autonomie, le respect et le rétablissement.
2. Pour améliorer la sécurité des usagers et des soignants.
3. Pour éviter de causer un traumatisme ou de raviver des expériences traumatiques.
4. Pour installer une culture de soin, de collaboration, de partenariat et non de coercition et de contrôle.
5. Pour **NE PAS NUIRE**

COMMENT S'EN PASSER ?

1. Envisager isolement et contention comme l'absence ou l'échec d'une intervention précoce
2. Viser un objectif proche de l'utilisation zéro
3. **Sensibiliser les équipes sur les rapports de force et les risques de mésusage de leur pouvoir**
4. **Enseigner aux usagers des techniques d'auto-évaluation et d'autocontrôle**
5. Agir sur l'environnement et sur l'ennui pour limiter les situations menant au conflit ou à l'agitation

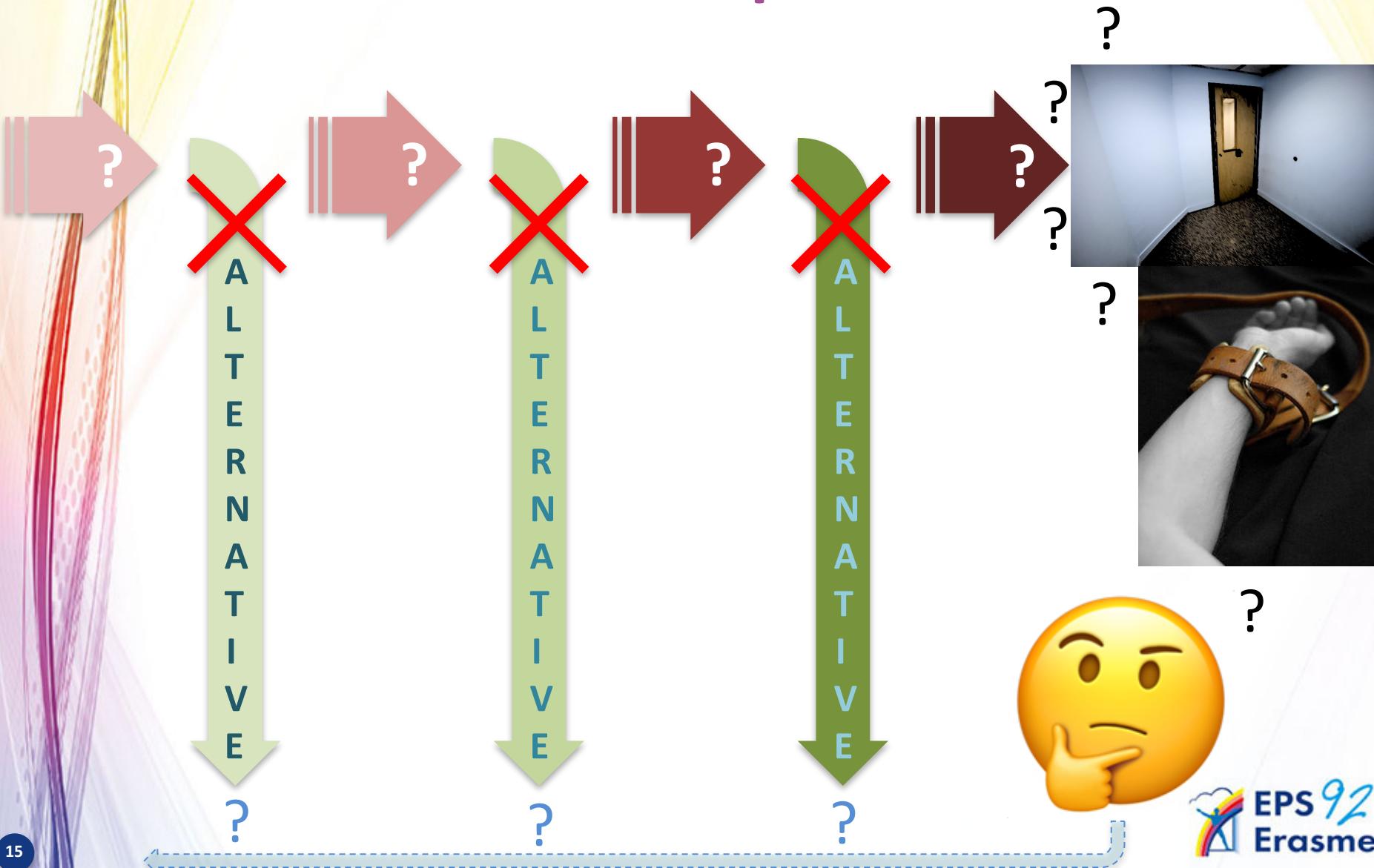


COMMENT S'EN PASSER ?

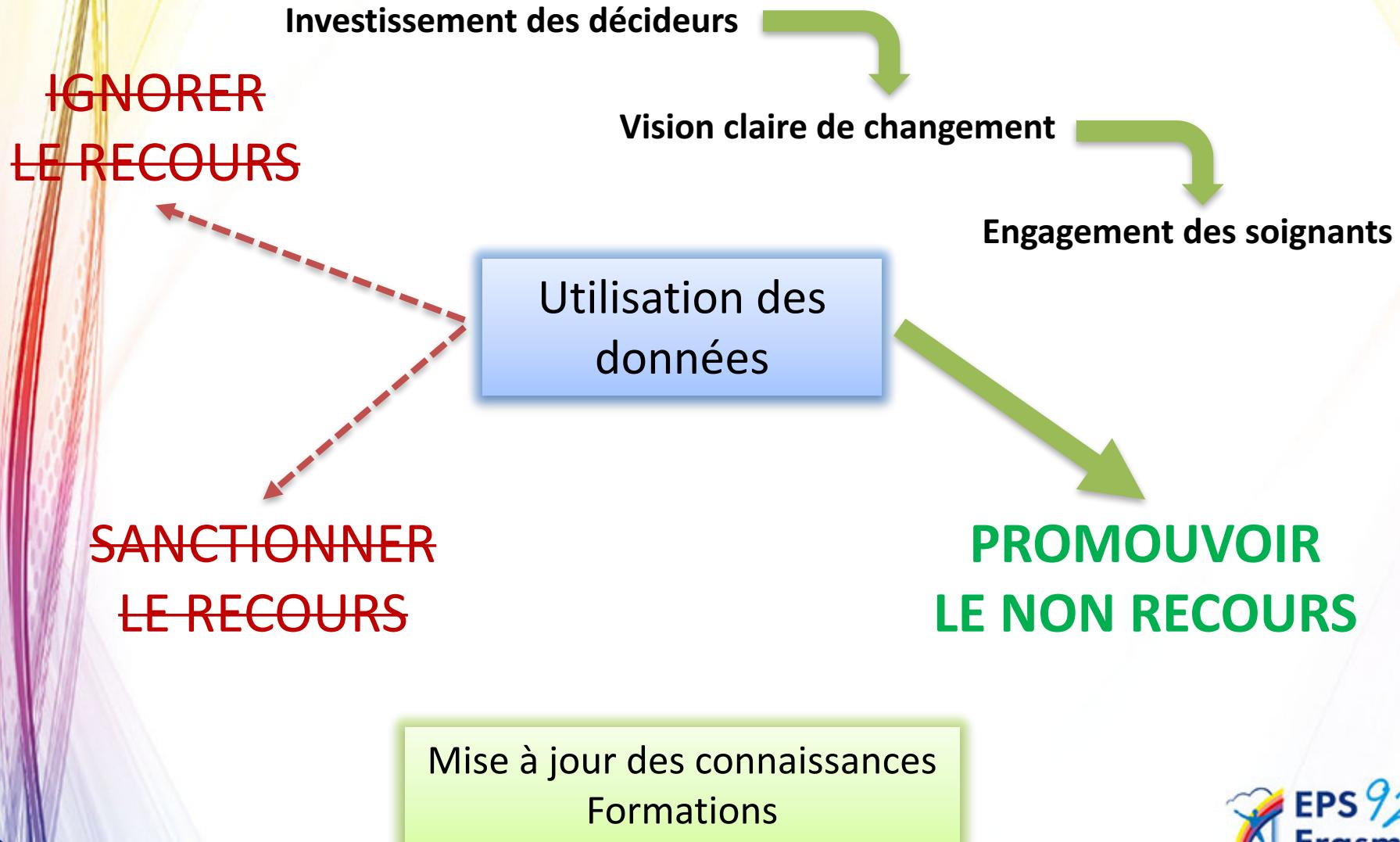
6. Centrer les soins sur la personne et l'alliance
7. **Améliorer la communication**
8. Impliquer davantage les « aidants »
9. **Mieux prendre en compte les traumatismes**
10. Orienter les soins vers le rétablissement



1. Alternatives = prévention



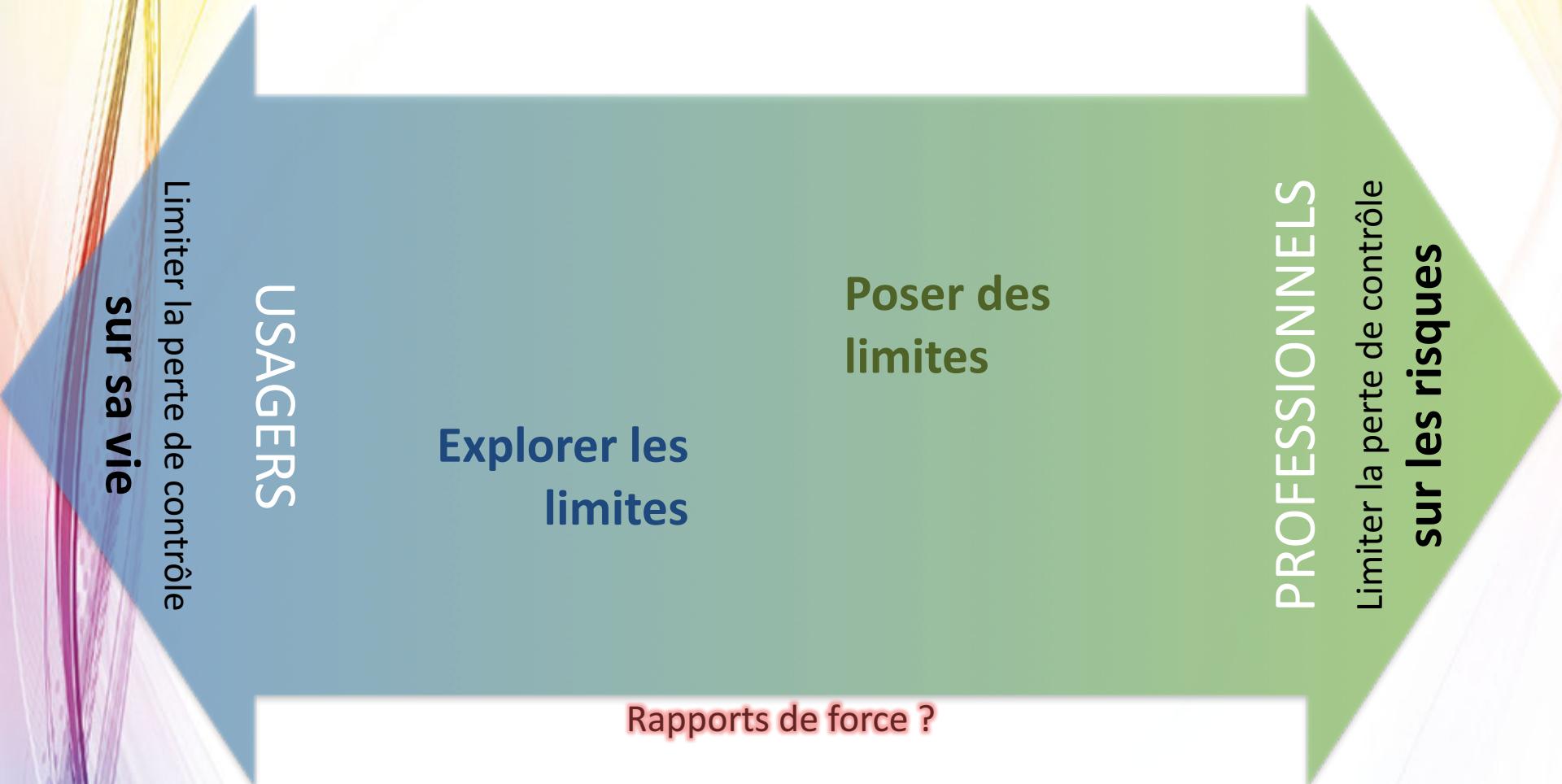
2. Politique d'établissement



3. Deux conceptions de la sécurité



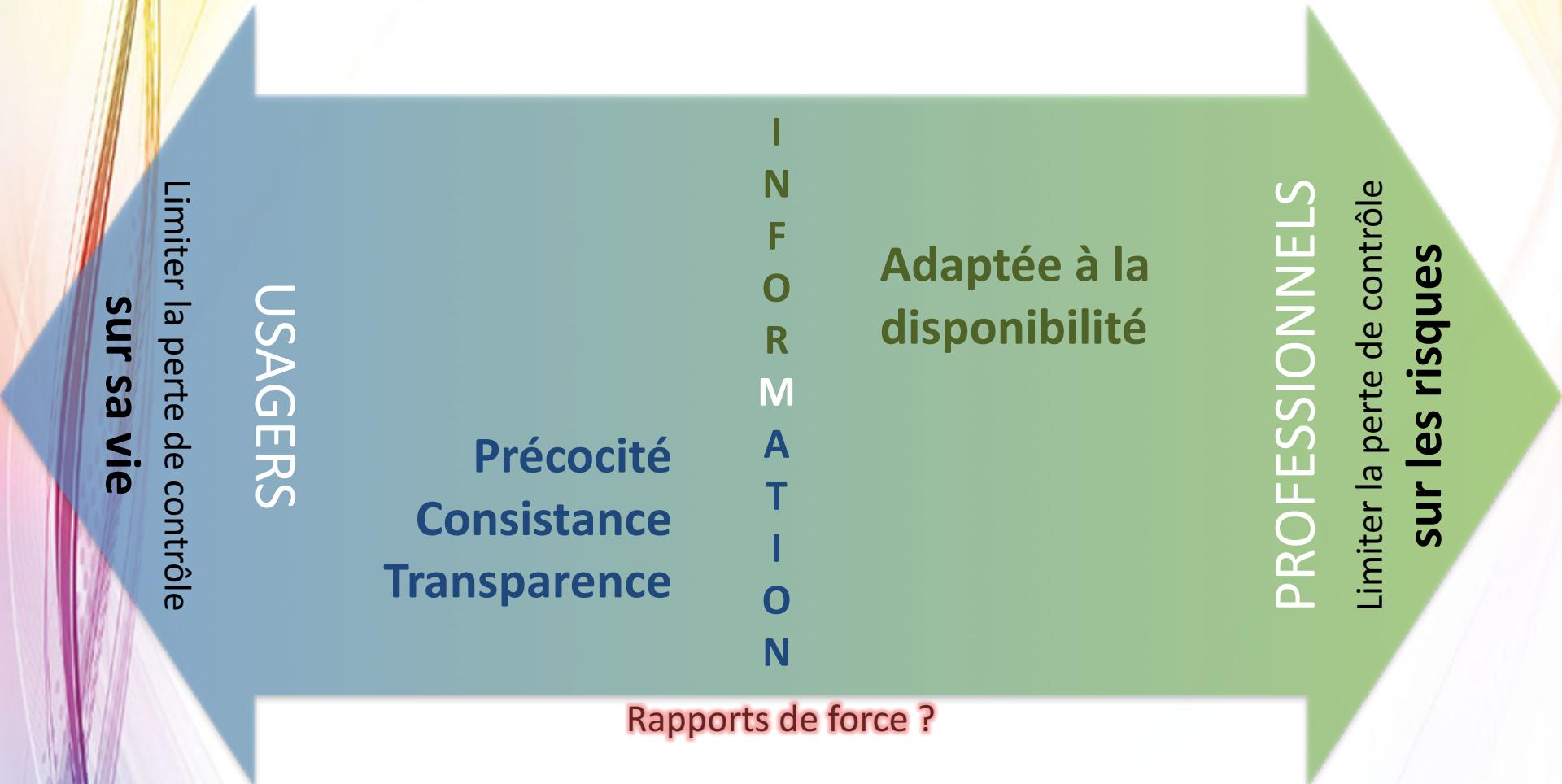
3. Deux conceptions de la sécurité



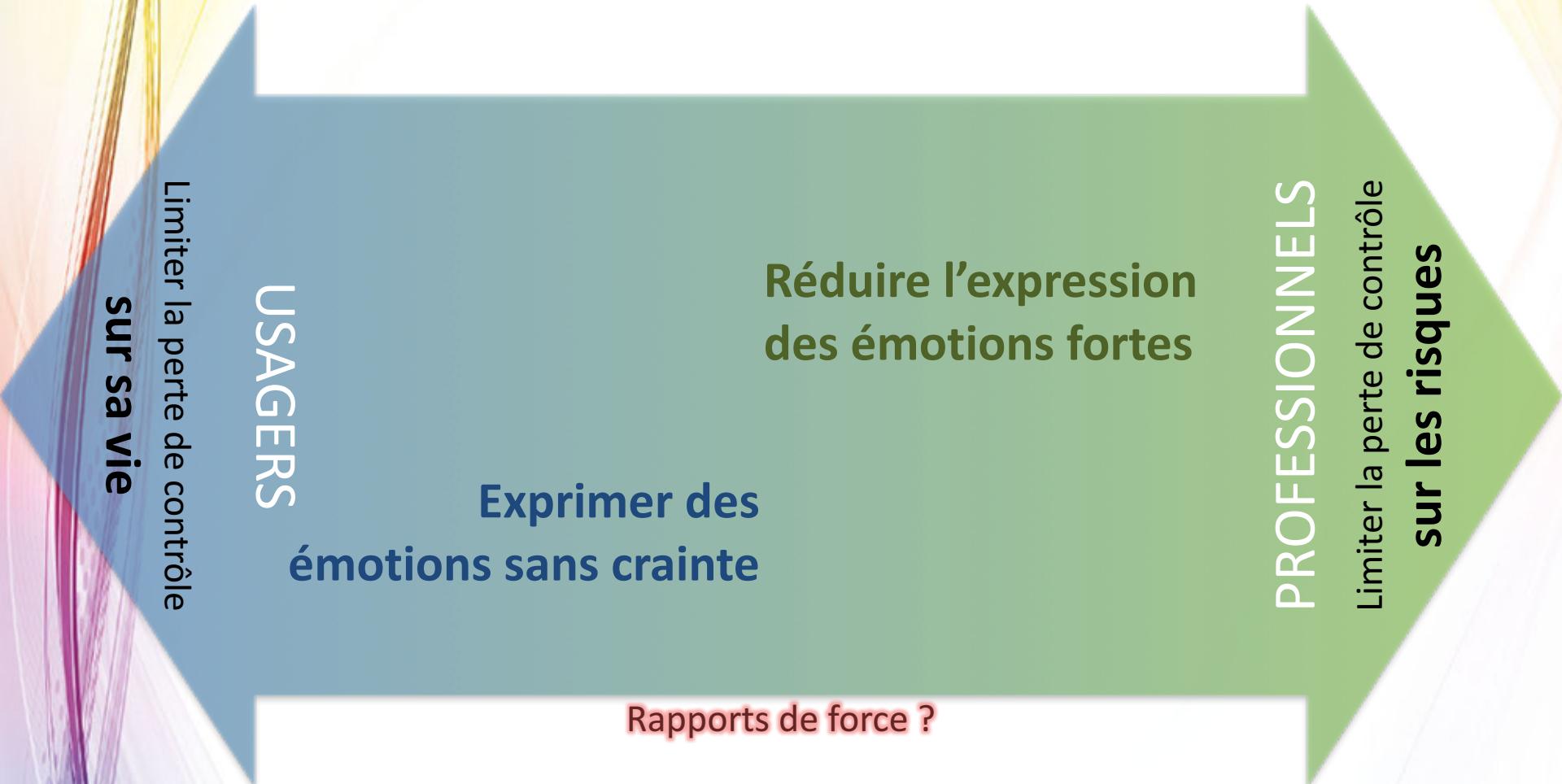
3. Deux conceptions de la sécurité



3. Deux conceptions de la sécurité



3. Deux conceptions de la sécurité



Sédation = solution ?

Twenty twenty twenty four hours to go
I wanna be sedated
Nothing to do, no where to go o,
I wanna be sedated

NEUROLEPTIQUES

1^{ère} cause d'arrêt
de traitement

Contrôle comportemental

Contention
Inconfort
Tension

LUTTE

RÉSIGNATION

Utilisation de moyens médicamenteux ou non, destinée à assurer le confort physique et psychique du patient, et à faciliter les techniques de soins

BENZODIAZÉPINES

1^{ère} cause d'addiction
médicamenteuse

Contrôle émotionnel

Libération
Confort
Détente

DÉSINHIBITION

APAISEMENT

FUITE

Agitation observable
Facilitation des soins

APPÉTENCE

ex. catatonie

3. Deux conceptions de la sécurité



3. Deux conceptions de la sécurité

Limiter la perte de contrôle
sur sa vie

USAGERS

- Pas de contrainte**
- Pas de coercition**
- Pas de menaces**
- Pas de punitions**
- Pas de dommages**

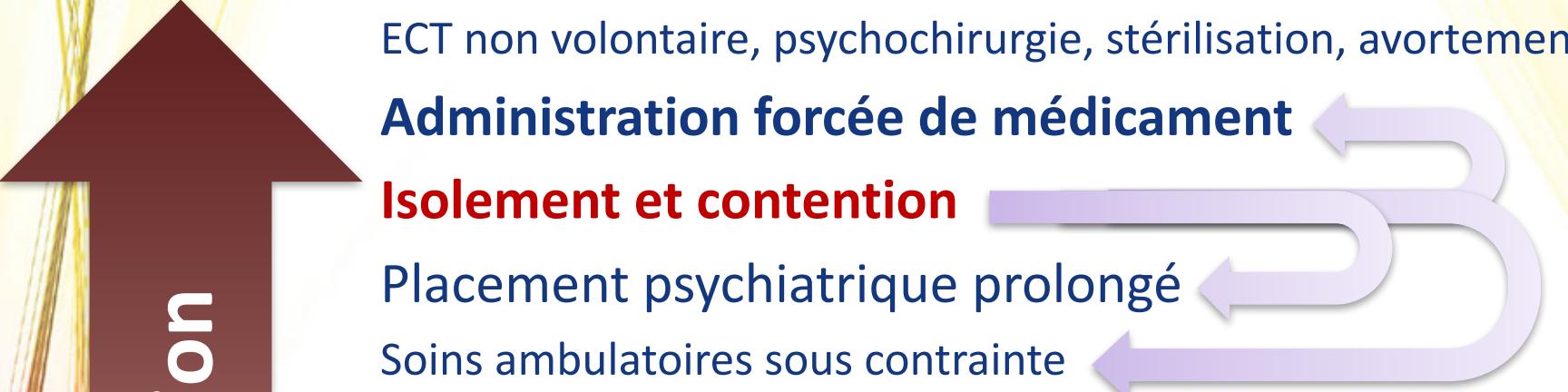
Rapports de force ?

Recours à la contrainte :
Hospitalisation
Médication
Isolement
Contention

PROFESSIONNELS

Limiter la perte de contrôle
sur les risques

Échelle de coercition

- 
- ECT non volontaire, psychochirurgie, stérilisation, avortement
 - Administration forcée de médicament**
 - Isolement et contention**
 - Placement psychiatrique prolongé
 - Soins ambulatoires sous contrainte
 - Fouille et déshabillage par une personne du sexe opposé
 - « Période d'observation » de 72h
 - Tutelle/curatelle
 - Surveillance individuelle
 - SPL en service fermé
 - Menace ou pression subie pour les mesures ci-dessus
 - Accès contrôlé aux ressources (argent, logement, visites)
 - Restriction de choix (décisions forcées, tu prends ou tu sors)
 - Décisions orientées ou guidées
 - Étiquetage et diminution de crédibilité
 - Incitation directe et persuasion sympathique
 - Dissimulations et arrangements avec la vérité

4. Autocontrôle

Respiration abdominale

Relaxation musculaire progressive

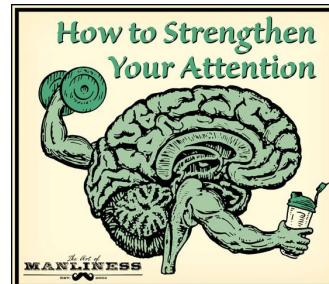
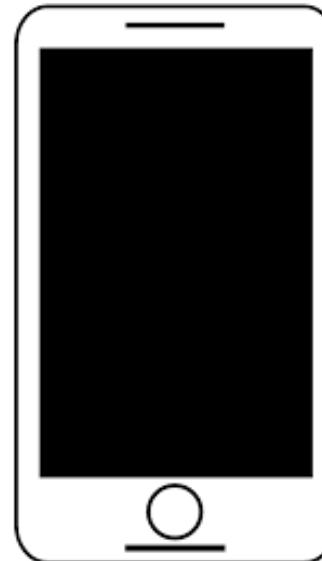
Imagerie mentale

Cohérence cardiaque

Pleine conscience

Entrainement attentionnel (ATT)

Ancrage



4. Respiration abdominale

Émotion(s) forte(s)

Impression de manquer d'air

HYPERVENTILATION

$O_2 \uparrow$ $CO_2 \downarrow$

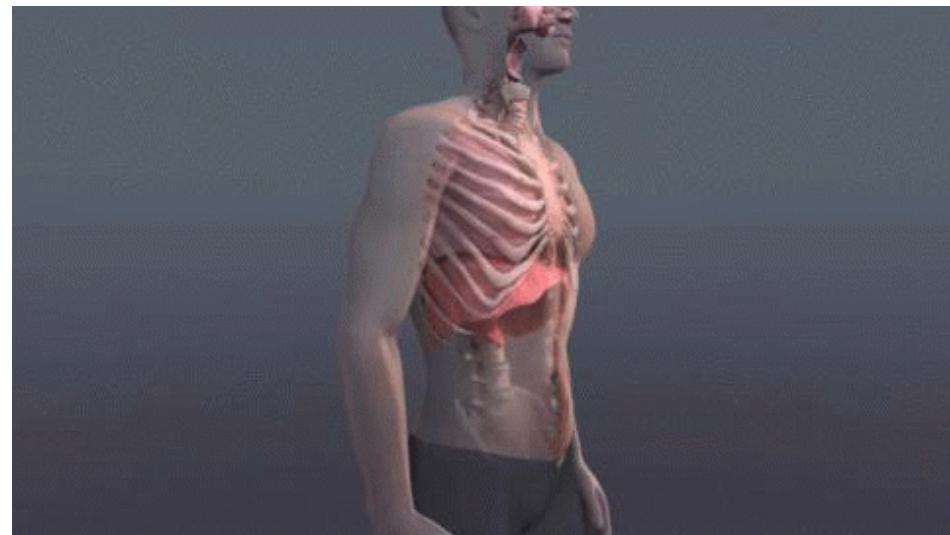
Palpitations, tachycardie
Sensations vertigineuses
Pesanteur abdominale
Tension musculaire
Sueurs

INSPIRER LENTEMENT AVEC LE VENTRE

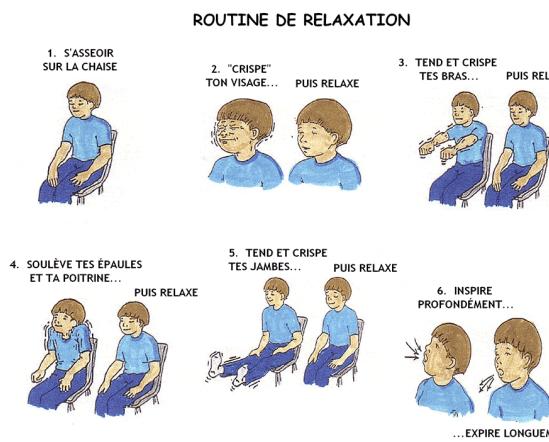
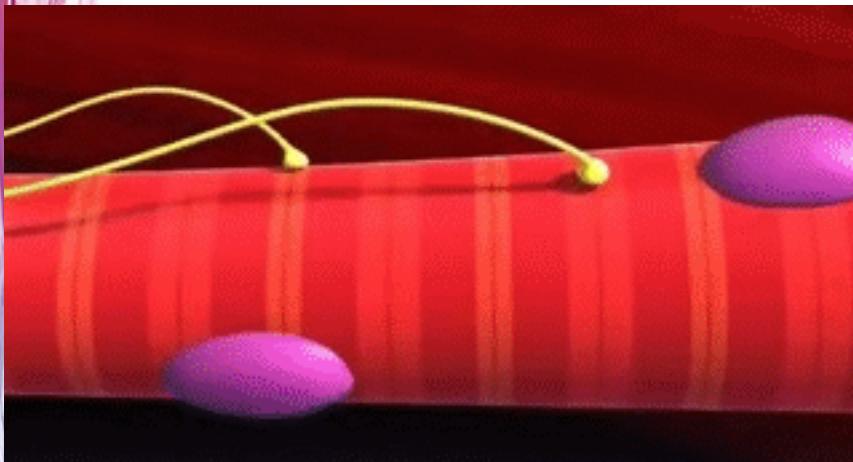
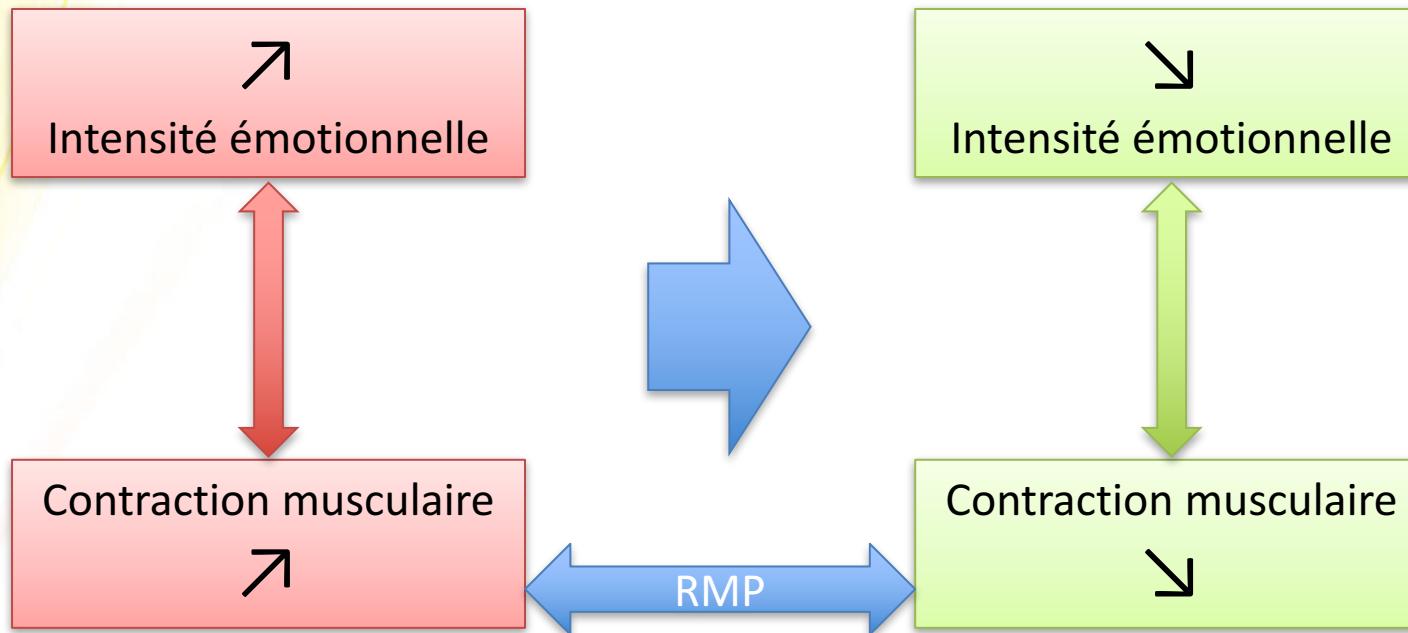


PAUSE

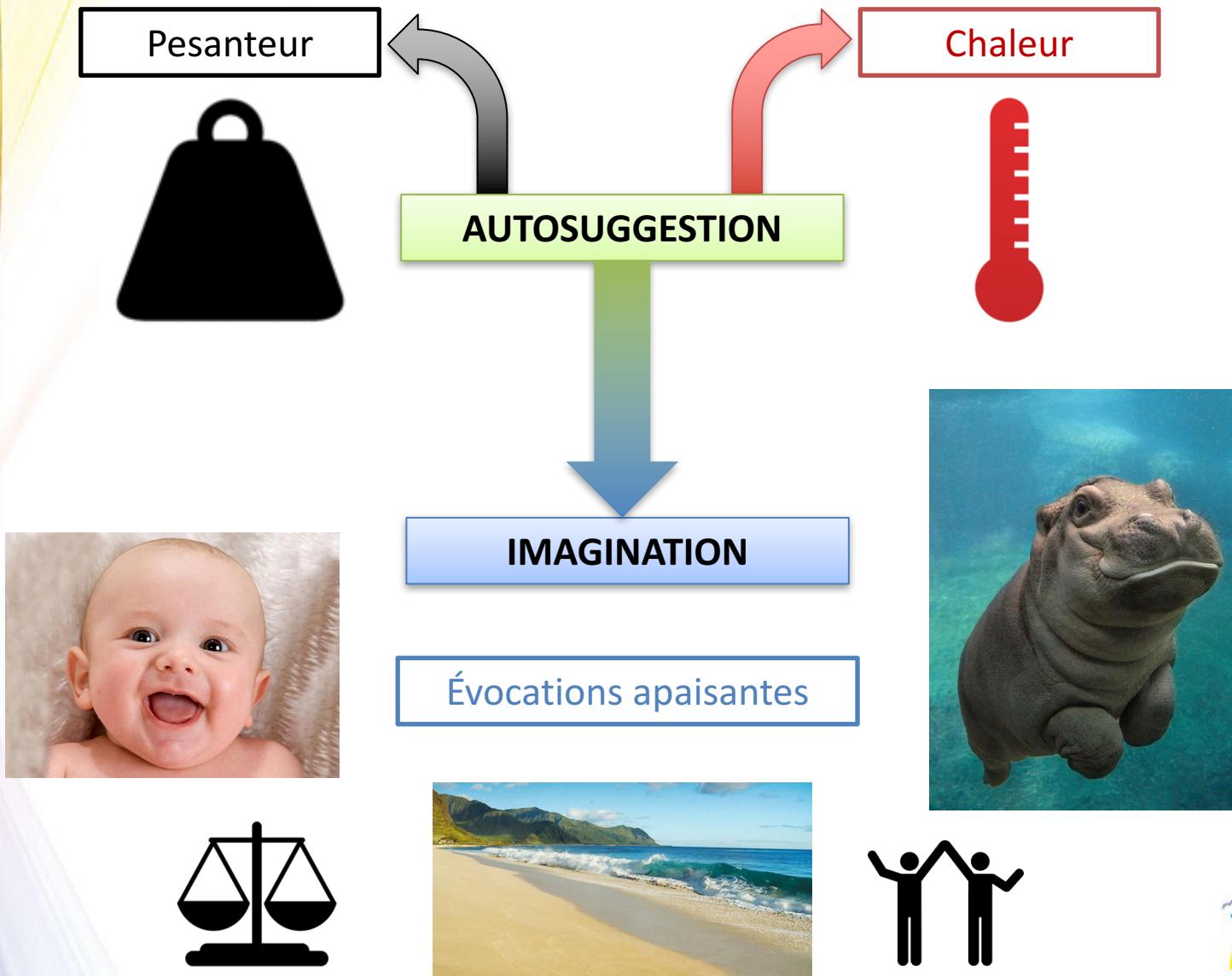
EXPIRER ENCORE PLUS LENTEMENT



4. Relaxation musculaire progressive



4. Imagerie mentale



10 EXERCICES

DE RELAXATION

À pratiquer régulièrement pour mieux gérer les émotions négatives

S'installer confortablement dans un endroit calme

Avec de l'entraînement, il deviendra possible de se relaxer dans des environnements moins calmes et confortables

Inspirer lentement pendant 5 secondes

Par le nez si possible, en gonflant le ventre et en imaginant l'air qui rentre dans les poumons

Retenir sa respiration pendant 5 à 10 secondes

Abréger cette pause respiratoire si la sensation d'inconfort est trop pénible

Expirer lentement pendant 5 à 10 secondes

Avec une paille ou en imaginant avoir une bougie devant la bouche qui doit rester allumée

Répéter la procédure

Possibilité d'augmenter la durée de l'inspiration, de la pause et de l'expiration

Serrer le poing droit pendant 5 secondes

Se concentrer sur la tension musculaire et les sensations qu'elle procure

Relâcher le poing droit pendant 10 secondes

Se concentrer sur la décontraction musculaire et les (nouvelles) sensations qu'elle procure

Répéter la procédure avec d'autres muscles

Ex. avant-bras, biceps, visage, cou, épaules, tronc, fesses, cuisses, mollets, orteils, à droite et à gauche

Penser à un endroit agréable

Ex. plage, montagne, chez soi en bonne compagnie ou tout endroit associé à des souvenirs apaisants

Le visualiser en détails grâce aux 5 sens

Ex. formes, couleurs, distances, bruits, fond sonore, chaleur, vent, odeurs, boissons

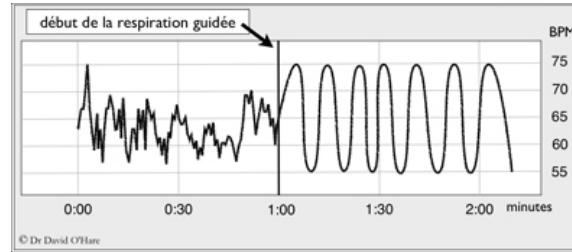
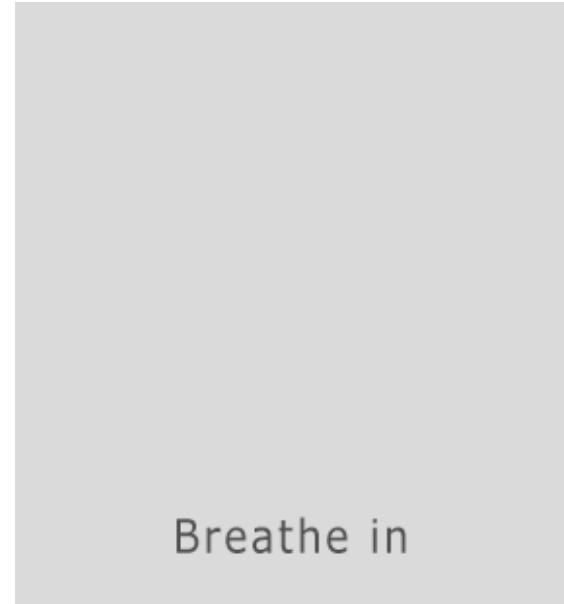
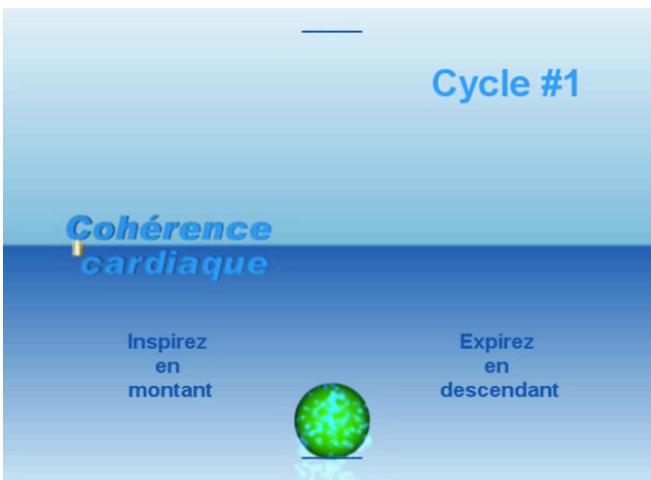
RESPIRATION
PROFONDE

RELAXATION
MUSCULAIRE PROGRESSIVE

IMAGERIE
MENTALE

4. Cohérence cardiaque

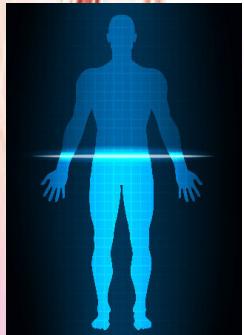
Inspiration 5 secondes
Pas de pause
Expiration 5 secondes



+/- biofeedback

4. Pleine conscience

- État de conscience qui résulte du fait de porter son attention intentionnellement sur l'expérience qui se déploie au moment présent, sans la juger
- Exercices formels
 - *Balayage corporel*
 - *Fixation attentionnelle (respiration, sensations, sons, pensées etc.)*
 - *Évocation d'une situation personnelle difficile et observation des effets*
- Exercices informels
 - *Activités quotidiennes effectuées en pleine conscience*
 - *Ex. se brosser les dents, manger un fruit etc.*



10 EXERCICES DE PLEINE CONSCIENCE

À pratiquer régulièrement et dans des endroits variés pour mieux gérer le stress et la dépression

LES 5 SENS
MÉDITATION

Fixer le regard sur un détail

Ex. tache sur un mur, reflet sur un objet, lettre dans une phrase, brin d'herbe, nuage dans le ciel

Sentir un contact physique

Ex. vêtements sur le corps, vent sur le visage, objet dans une main, chaleur du soleil sur la peau

Écouter un bruit de fond

Ex. chants d'oiseaux, voitures qui passent, ventilation, réfrigérateur, discussions au loin

Sentir une odeur avec attention

Ex. fleurs, herbe coupée, savon, fruits, café, chocolat, pain grillé, plat chaud, pluie

Gouter quelque chose avec attention

Ex. boisson, chewing-gum, fruit, plat chaud, bonbon, chocolat

Trouver un endroit calme et s'installer

S'asseoir confortablement dans une position qui permet de bien respirer

Se concentrer sur la respiration

Sentir l'air qui rentre dans le corps jusqu'au poumons et qui en ressort à chaque expiration

Accepter les pensées et les émotions qui viennent

En faire le constat puis les accueillir et accepter de les ressentir même si c'est inconfortable

Se concentrer à nouveau sur la respiration

Au moment voulu, fixer à nouveau son attention sur la respiration

Répéter la procédure

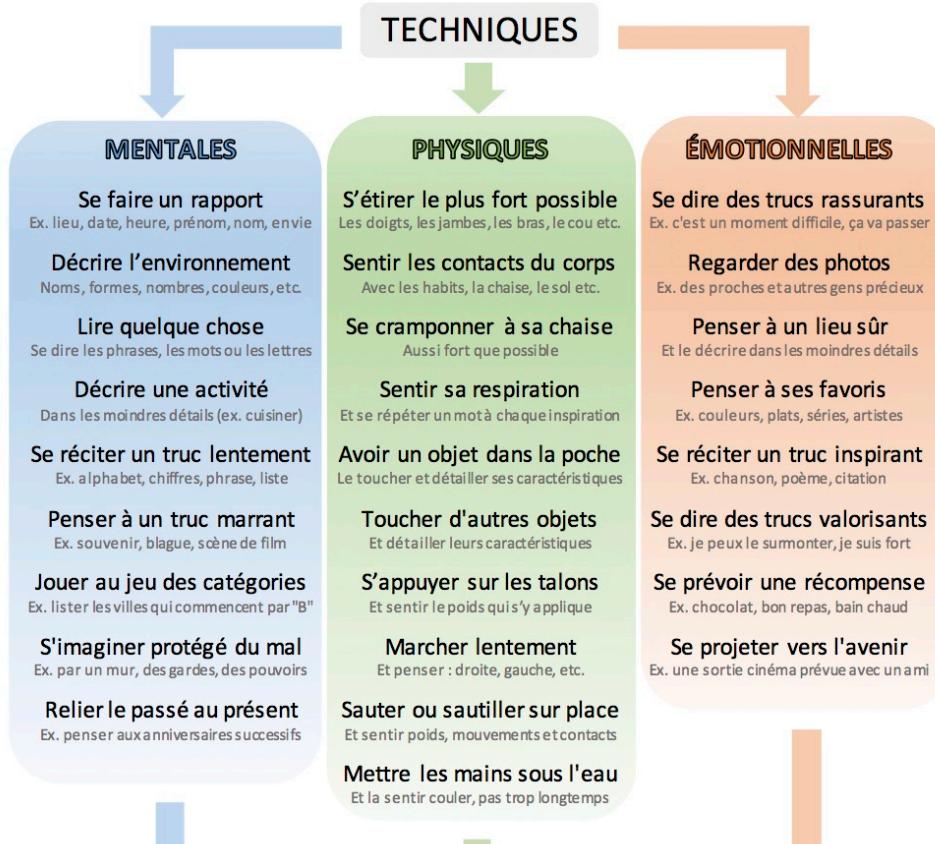
Pendant plusieurs minutes

4. Entrainement attentionnel



L'ANCRAGE

Comment se détacher de la souffrance émotionnelle



Pour plus d'efficacité, pratiquer :

SOUVENT : plus c'est répété, mieux ça marche

RAPIDEMENT : moins il y a de préliminaires, mieux ça marche

LONGTEMPS : plus c'est long, mieux ça marche

CONSCIEMMENT : plus les bénéfices sont constatés, mieux ça marche

ORIGINALEMENT : plus les techniques sont personnalisées, mieux ça marche

PRÉCOCEMENT : plus c'est prématûré, mieux ça marche

4. Internet

Quelques applications
francophones :

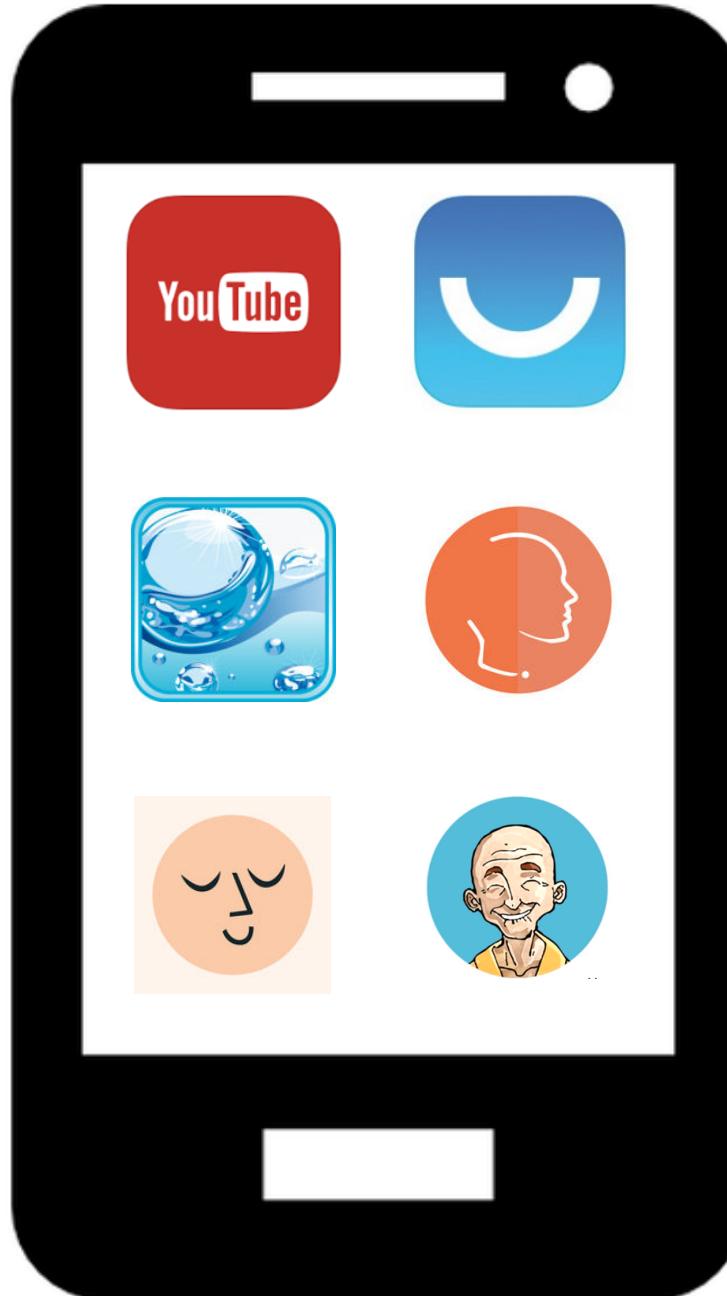
EMOTE

RESPIRELAX

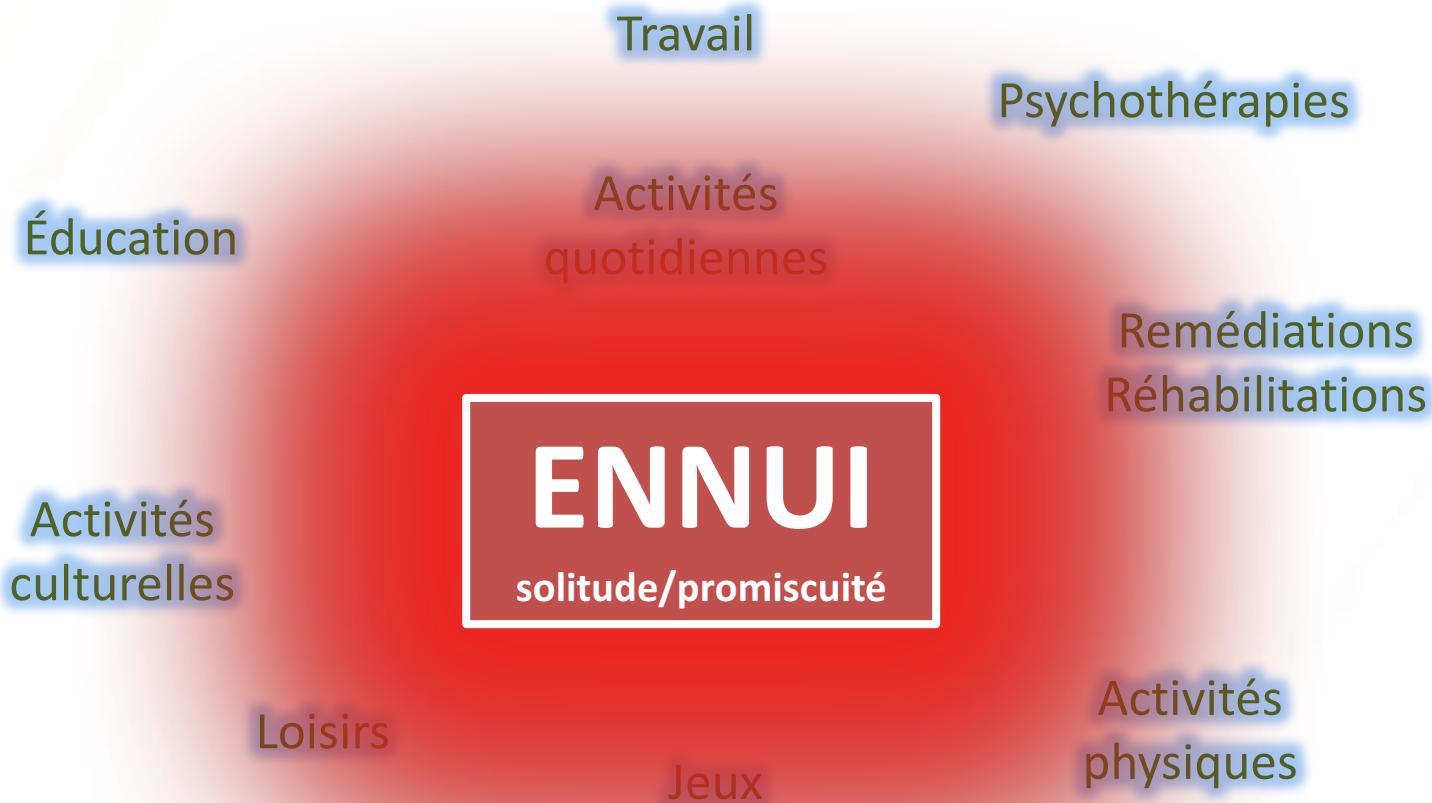
PETIT BAMBOU

MIND

ZENFIE



5. Thérapie occupationnelle ?



5. Espace d'apaisement



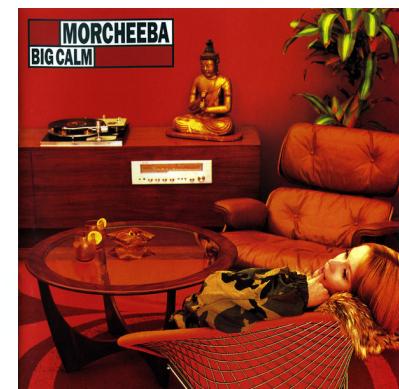
Objectifs

- *Proposer aux patients des solutions pour faire face aux moments de tension émotionnelle et des occasions d'apprendre à prévenir eux-mêmes les pertes de contrôle.*
- *Donner aux professionnels un outil concret pour réduire cette tension et moins recourir aux mesures de contention et d'isolement*



Aménagement en collaboration avec les patients

- *Favoriser le calme et le confort*
- *Fauteuil et/ou canapé*
- ~~Neutralité et dépouillement~~
- *Vue: couleurs, éclairage, décoration*
- *Ouïe : musique, ambiance sonore*
- *Toucher : balles antistress, couvertures*
- *+/- objets personnels, écriture*



5. Espace d'apaisement

Modalités d'utilisation

- *Volontaire ou suggérée*
- *Préventive plutôt qu'alternative*
- *Ouverte à la suggestion des usagers et de leurs représentants*
- *Surveillée (30 min) + bouton d'appel à l'aide*

Questions et précautions

- *Risque de transformation ?*
- *Entretien et maintenance ?*
- *Emplacement ?*
- *Objets personnels ?*
- *Nombre de personnes ?*
- *Compatibilité clinique ?*
- *Utilisation excessive ?*



6. Soins centrés sur la personne

Médecin

Santé

Activité

Personne

Environnement

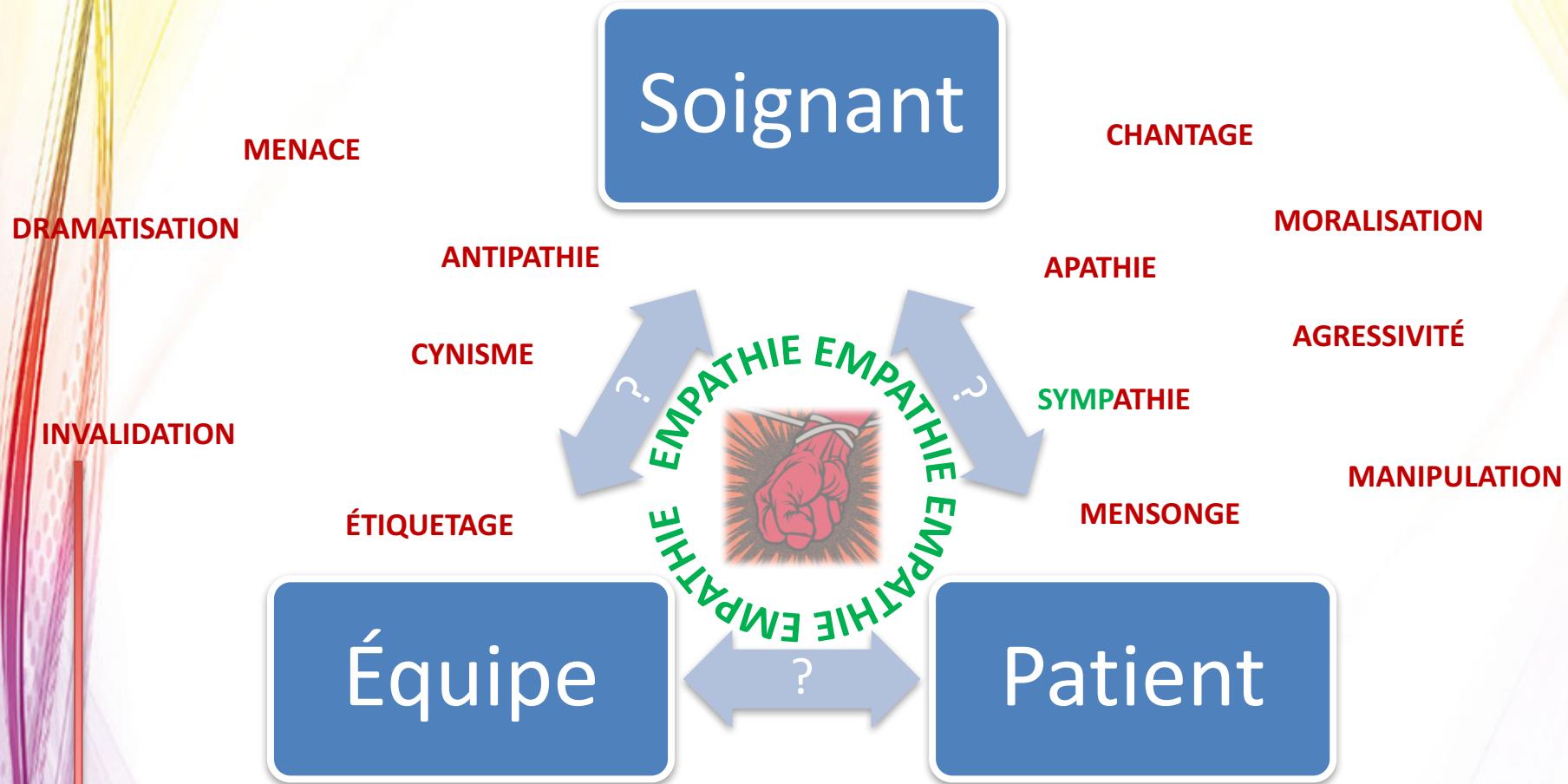
Communication

ÉQUIPE

6. Soins centrés sur la personne

SOINS TRADITIONNELS	SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE
Patient passif	Usager actif
Le soignant s'adapte à la maladie	Le soignant s'adapte à l'usager
Soins centrés sur le traitement de la maladie	Soins centrés sur la qualité de vie
Correction de problèmes et de déficits	Utilisation et acquisition de compétences
Le soignant parle et décide	Le soignant écoute et offre des choix
Le patient écoute et obéit	Le patient collabore à la prise de décision
Dépendance	Entraide et autogestion
Opacité	Transparence
Communication limitée aux RDV	Utilisation de nouvelles technologies

7. Communication

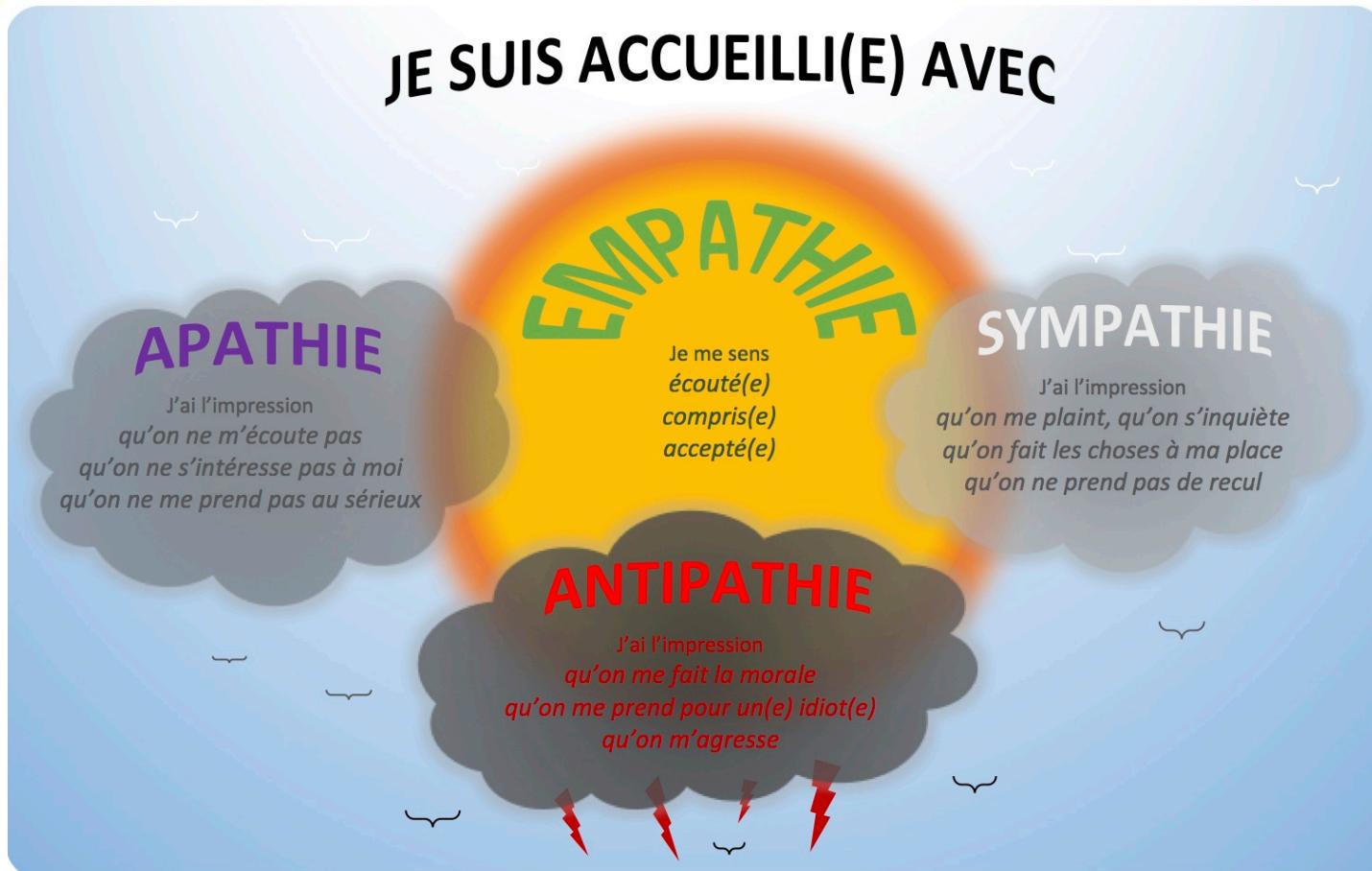


REJET : « vous n'avez pas l'air d'aller mal », « ce n'est pas si grave »

PUNITION : « Si ça continue c'est l'isolement », « vous n'êtes pas capable de rester calme »

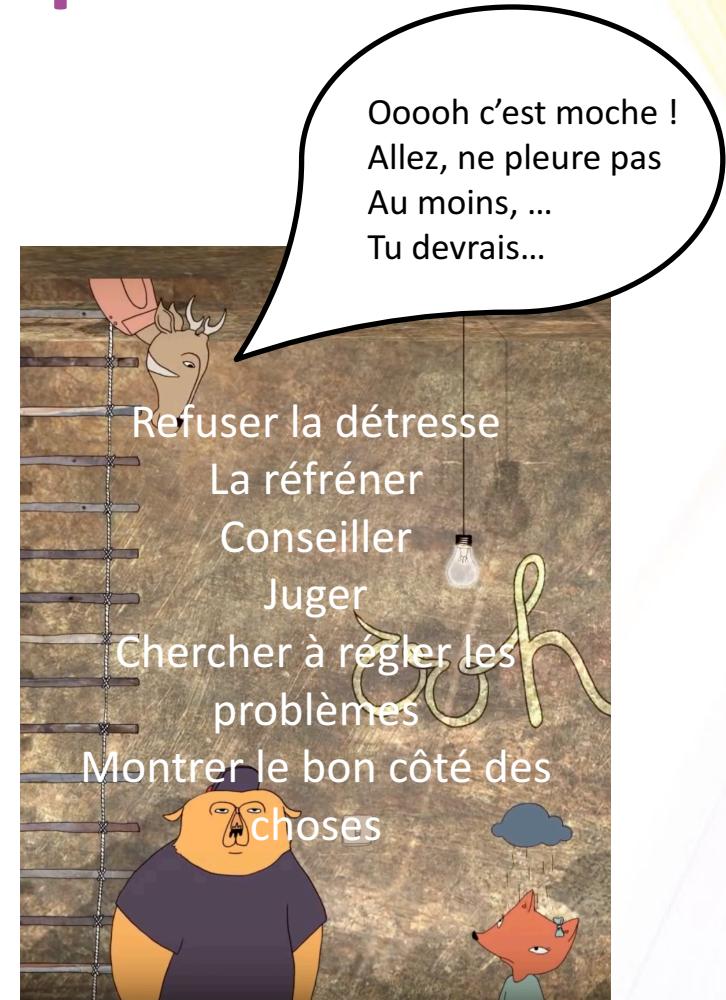
SURSIMPLIFICATION : « Allez vous allonger un peu », « vous ne voulez pas vraiment aller mieux »

7. Empathie



7. Empathie vs. sympathie

CONNEXION
RELATION
CONFiance
ALLIANCE



*I can tell you all I know, the where to go, the what to do
You can try to run but you can't hide from what's inside of you*

7. Validation ?

EMPATHIE ACTIVE	ACCEPTATION RADICALE
Communiquer en priorité à l'interlocuteur ce que l'on comprend de sa réaction.	Communiquer en priorité à l'interlocuteur ce en quoi sa réaction est réelle, logique et compréhensible.
<p>Attention : écoute active</p> <p>Regards, hochements, brèves marques d'intérêt/d'approbation</p> <p>Reflet comportemental : reformulation, description</p> <p><i>"Si j'ai bien compris, vous dites que ..."; "Vous venez de ..."</i></p> <p>Reflet émotionnel : reflet des sentiments</p> <p><i>"J'ai l'impression que vous ressentez ..."</i></p> <p>Compréhension : remise dans le contexte historique/bio</p> <p><i>"Au vu de votre expérience/fragilité, je comprends que ..."</i></p> <p>Normalisation par rapport aux autres</p> <p><i>"Beaucoup de gens ressentiraient la même chose dans la même situation"</i></p> <p>Normalisation par rapport à soi</p> <p><i>"Si j'étais à votre place, je ressentirais probablement la même chose"</i></p>	<p><i>Valider ≠ être d'accord</i></p> <p><i>Valider ≠ juger</i></p>

7. Assertivité/affirmation de soi

REFUS

DEMANDE

COMPLIMENT

~~Agression (domination par la force)~~

~~Soumission~~

~~Manipulation (domination par la ruse)~~

Caractéristiques non verbales

Écoute active

Honnêteté radicale

Expression des sentiments

CRITIQUE

RÉSOLUTION DE
CONFLITS/PROBLÈMES
DÉSÉSCALADE

7. Transmissions positives ?

Résolution de problèmes

FAITS RAPPORTÉS ?

Développement de compétences

NÉGATIFS

(rares)

ÉTIQUETAGES

« menteuse »
« simulatrice »
« manipulateur »
« pervers »
« hystérique »
« psychotique »

PERCEPTION NÉGATIVE

PESSIMISME & CONFLITS

Temps de parole

Langage

CPT vs. PERS

POSITIFS

(fréquents)

PERCEPTION POSITIVE

OPTIMISME & ALLIANCE

8. Impliquer les « aidants »

CONNAISSANCES



MONDE EXT

ENTRAIDE

SOUTIEN

Opacité & Mise à l'écart

« Laissez nous faire notre travail »

Transparence & Implication

« Travaillons ensemble »

SOIGNANTS

PATIENT

HÔPITAL

Visites

Sorties



9. Traumatisme

50 à 80%
des patients

ÉVÈNEMENT

ABUS

Emotionnel
Sexuel
Physique
Domestique
Institutionnel
Autrui
Harcèlement

STRESS CHRONIQUE

Pauvreté
Racisme
Communautaire
Historique
Médical
Substances famille

EXPÉRIENCE

PERTE

Décès
Abandon
Négligence
Séparation
Accident
Catastrophe
Terrorisme
Guerre

MENACE

Vie
Intégrité physique
Intégrité mentale

SUBMERSION

Dépassement
Incapacité à faire face
Humiliation

TÉMOIGNÉE

Vue
Entendue
Côtoyée

CONSÉQUENCES

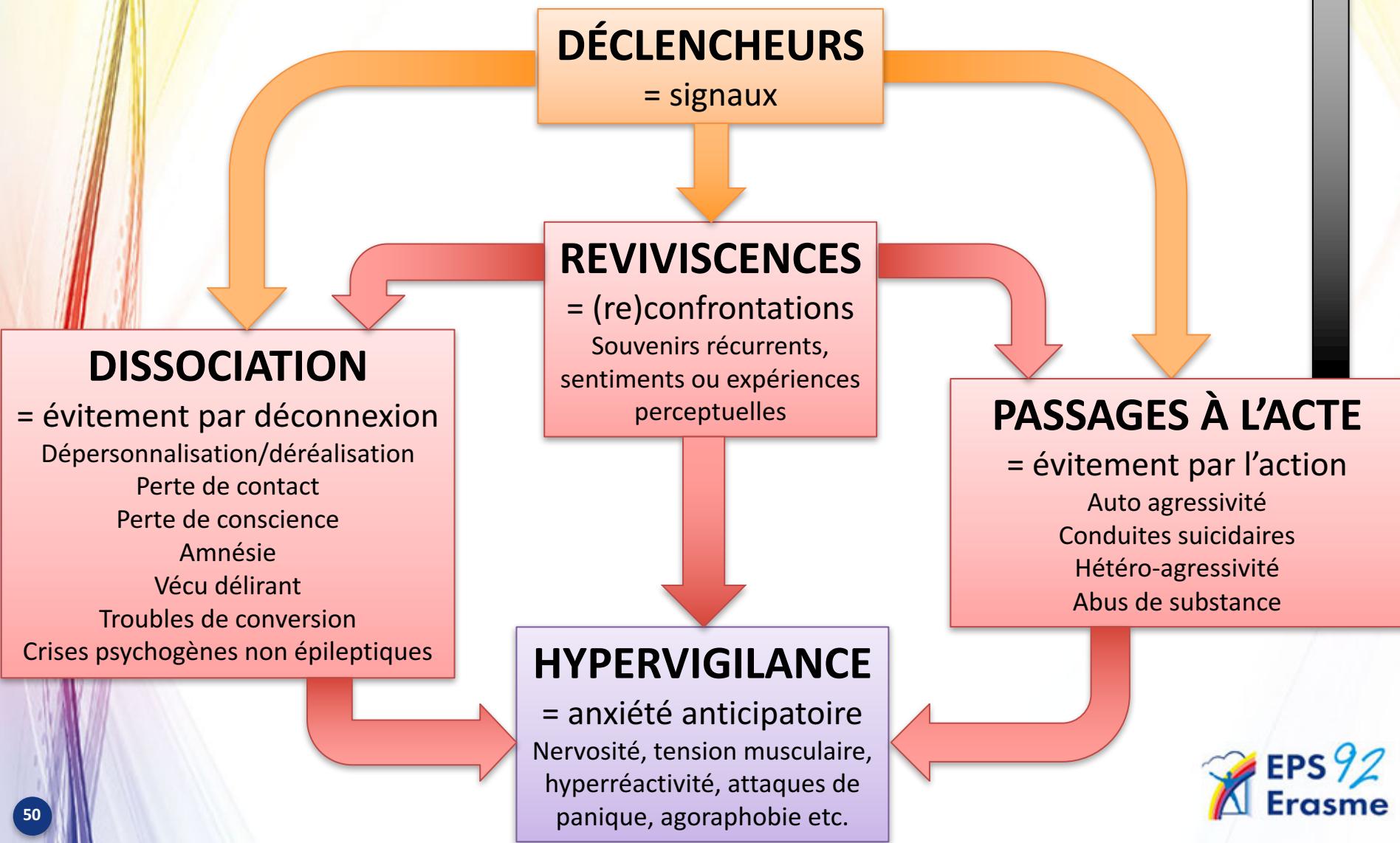
SOCIALES

PHYSIQUES

PSYCHIATRIQUES

Stress aigu
Stress post-traumatique
Troubles anxieux
Troubles psychotiques
Abus de substances
Troubles dissociatifs
Etc.

9. Post-traumatisme



9. Re-traumatisme

SOIGNANT
Éthique & compassion

Dissonance cognitive



Frustration
Impuissance
Désespoir

INSTITUTION
Règles & Sécurité

DÉCLENCHEURS

Médication forcée
Contention
Isolement
Chantage
Intimidation
Menace
Froideur
Punition
Dissimulation
Négligence
Etc.

La fin justifie les moyens ?

PATIENT
Souffrance & incompréhension

Re-traumatisme



Frustration
Impuissance
Désespoir

9. Prise en compte du trauma

1. Reconnaître le traumatisme (existence et conséquences)
2. Résister au re-traumatisme (coercition et contrôle)
3. Prendre en compte le contexte (culture, genre, histoire)
4. Faire confiance et preuve de transparence
5. Collaborer et favoriser la réciprocité
6. Offrir du choix, de l'autocontrôle, du pouvoir
7. Procurer un sentiment de sécurité
8. Favoriser les partenariat avec les pairs
9. Orienter vers des soins spécifiques au trauma

10. Le rétablissement

Aller mieux
Aller bien
S'épanouir

- Le rétablissement peut se produire avec ou sans intervention professionnelle
- Le dénominateur commun est la présence de gens qui soutiennent et croient en la personne qui en a besoin
- Le concept de rétablissement ne se base pas sur une théorie causale des maladies mentales
- Le rétablissement peut se produire même si les symptômes réapparaissent
- Le rétablissement modifie la fréquence et la durée des symptômes
- Le rétablissement n'est pas un processus linéaire
- Il est parfois plus difficile de se rétablir des conséquences de la maladie que de la maladie elle-même
- Se rétablir d'une maladie mentale ne signifie pas que l'on n'était « pas vraiment malade »

Injections

Isolement et contention

Contrainte

Surveillance

Trauma

Entraide

Empathie

Apprentissage

Rétablissement



COERCITIONS
« alternatives »



EFFORTS
« préventifs »

