

■ FMC

Braitman A., Guedj M.J.

Mesures de contention sans isolement

Revue de la littérature et des recommandations en vigueur

Au-delà des controverses sur l'utilisation de l'isolement ou de la contention, la majorité des professionnels constate que ces mesures coercitives restent encore une nécessité thérapeutique dans certaines situations, en particulier dans le cadre des urgences psychiatriques (1, 10, 11).

Comme en témoigne la pauvreté dans la littérature des études cliniques à ce sujet, particulièrement en matière de contention sans isolement (5, 11), l'utilisation de ces mesures coercitives reste considérée comme l'héritage de la psychiatrie asilaire et marquée par le sceau du tabou. Par ailleurs, sans positionnement clair, la psychiatrie se voit donner un rôle de plus en plus important dans la maîtrise des troubles du comportement et ces pratiques la confrontent davantage à la question de ses limites. Le numéro de la revue Cochrane consacré à l'isolement et la contention conclut qu'il n'existe pas à l'heure actuelle d'étude contrôlée évaluant l'intérêt de ces procédés (20). En 1998, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a appliqué la méthode de l'audit clinique à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie afin de dégager des critères de qualité. A partir de l'expérience des professionnels, de l'avis d'experts et de l'analyse de la littérature, l'ANAES a proposé un référentiel destiné à évaluer

les pratiques professionnelles, mais la contention y est abordée uniquement comme une modalité éventuellement ajoutée à l'isolement. Pourtant, certains services pratiquent l'usage de la contention sans isolement. L'audit intitulé *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée* traite d'une population spécifique chez qui l'on vise principalement à prévenir les chutes traumatiques (8). En effet, la contention n'est pas une pratique exclusivement psychiatrique, elle concerne avec des indications différentes la gériatrie, la réanimation, l'orthopédie. Nous nous limiterons à aborder ici la contention dans le cadre de la prise en charge des troubles mentaux. Après une définition, un rappel historique et une brève revue des données épidémiologiques existantes, nous aborderons la démarche normative nécessaire à cette pratique sensible. Il n'existe pas encore en France de critères de qualité officiels concernant la contention en psychiatrie.

(suite page 3 ➡)

AU SOMMAIRE

FMC	
Mesures de contention sans isolement	p.1
REVUES	
L'union des oncologues et des psys	p.6
SANTÉ PUBLIQUE	
Epilepsie Euro Services	p.7
MÉDICO-LÉGAL	
Les nouveaux enjeux médico-légaux en psychiatrie (suite)	p.8
PHILOSOPHIE ET PSYCHIATRIE	
Phénoménologie des sentiments corporels	p.11

■ EDITORIAL

A. Gouiffès

Crise dans la psychiatrie. Laquelle ?

Les « Etats Généraux de la Psychiatrie » vont donc se tenir à Montpellier les 5, 6 et 7 Juin 2003 pour traduire ce qui serait une évidence : « La Psychiatrie est en crise ».

Réunir l'ensemble des organisations professionnelles de psychiatres avec toutes les associations et syndicats, des internes aux psychologues, infirmiers et travailleurs sociaux, est un tour de force qu'il convient de saluer vu l'état des dispersions professionnelles et divisions syndicales. Et pourtant il n'est pas possible de ne pas ressentir un sentiment de malaise devant cette belle façade d'unanimité consensuelle réalisée au prix de quelques oublis et silences. Quelle part avons-nous prise dans l'installation de la situation actuelle où les différences d'équipement soignant varient selon les secteurs (publics) de 1 à 9, où la rarefaction psychiatrique - y compris privée - dans un département comme l'Eure contraste aussi violemment avec l'offre de soins dans la capitale voisine ? La France est devenue le premier pays au monde pour le nombre de psychiatres eu égard au nombre d'habitants mais 10 % des postes dans le service public ne sont pas occupés. Bien sûr il convient de demander des moyens supplémentaires en rapport avec l'extension des demandes et les perspectives de démographie médicale. Mais il faudrait lier ceci à leur répartition (ce qui sera difficile, non populaire et peu consensuel) et oser procéder à des évaluations critiques au sein de nos instances professionnelles pour les situations qui font problème... Que valent des slogans comme « démocratie sanitaire », « égalité citoyenne dans l'accès aux soins », « patient (usager) au centre du système »... face à de telles distorsions ? Ceci conjugué à la traduction quotidienne des conditions d'application des 35 heures à l'Hôpital contribue à installer un marché de dupes où seul le cynisme trouve son compte. Car il convient de défendre aussi l'hospitalisation psychiatrique, tout en continuant de la transformer, en tenant compte de l'épuisement de l'idée sectorielle intra-hospitalière.

(suite page 2 ➡)

Suzanne Saint-Anne Dargassies et la naissance de la néonatalogie

■ BIOGRAPHIE

Bernard Andrieu

En 1895 Adolphe Pinard (1844-1934) introduit le terme de puériculture intra-utérine ou anténatale. Avant de pouvoir constituer un modèle clinique et expérimental, l'enfant doit son existence épistémologique aux travaux d'A. Pinard car il inventa un nouveau patient, le fœtus. Afin d'améliorer la survie des prématurés, un premier modèle de couveuse fut expérimenté à la maternité de Port-Royal en 1880. Etienne Tarnier (1828-1897) inspira à son interne Auvard l'idée d'une couveuse individuelle, réalisée en 1883. A. Pinard à Lariboisière et P. Budin à la Charité développèrent le principe d'un isolement du prématuré dans un milieu dont la température est stable et constante et dont l'air est humidifié ; Mme Henry, sage-femme en chef de la

Maternité de la Charité dirigea le service spécial des prématurés de 1891 à 1894 avant P. Budin de 1896 à 1907. E. Tarnier, quant à lui, ajouta au principe de l'isolement une hygiène pasteurienne et un régime alimentaire spécifique. Grâce à la couveuse, les statistiques de 1879 à 1882 dans les maternités de Port-Royal montrèrent la diminution de la mortalité des enfants, pesant moins de 2 kilos à la naissance de 66 % à 38 %.

Si l'immaturité était suffisamment reconnue pour définir les bases de la réanimation néonatale, C.M. Billard pouvait distinguer, dans le premier *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle* en 1828, la pathologie post-natale de la pathologie intra-utérine.

(suite page 14 ➡)

■ PÉDO-PSY

Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent p.12

■ BIOGRAPHIE



Suzanne Saint-Anne Dargassies et la naissance de la néonatalogie p.14

■ COLLOQUE

Naviguer à vue p.18

■ ANNONCES EN BREF

p.19

■ THÉRAPEUTIQUE

p.20

■ OFFRES D'EMPLOI

p.22

Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent

Pour la première fois en France, un document rassemble l'ensemble des données scientifiques et médicales existantes sur les troubles mentaux chez l'enfant et de l'adolescent. Des experts de plusieurs disciplines ont été réunis par l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), à la demande de la Canam (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs indépendants), pour analyser les publications internationales sur le sujet. L'expertise collective qui en résulte montre l'importance du dépistage précoce des problèmes psychiatriques. Elle souligne également les progrès récents des connaissances concernant leurs mécanismes d'apparition.

Plusieurs recommandations sont proposées par les experts à l'issue de ce travail, parmi lesquelles figurent :

- Une bonne information des parents, enseignants et éducateurs. En contact avec l'enfant, ils sont les plus à même de repérer les premiers signes d'un trouble mental.
- Une meilleure formation des médecins généralistes, pédiatres, médecins scolaires et de PMI au dépistage des troubles mentaux, pour une orientation plus rapide vers des structures spécialisées.
- Une accélération du transfert des derniers résultats de la recherche à la pratique clinique des pédopsychiatres.

(Lire page 12 ➡)

