



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

*neuropsychiatrie
de l'enfance
et de l'adolescence*

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence xxx (2018) xxx-xxx

Article original

Équipements de protection individuelle et outils de sécurisation alternatifs à la contention dans la prise en charge des troubles graves du comportement des personnes avec autisme et déficience intellectuelle (partie 2 : perspectives des soignants)

Personal protective equipment and restraints alternatives in the management of challenging behaviors in inpatients with autism and intellectual disability (Part 2: Caregivers' perspectives)

J. Lefèvre-Utile^{a,*}, V. Guinchat^a, L. Wachtel^c, D. Cohen^{a,d}, A. Perron^e, M. Montreuil^{f,g}, F.A. Carnevale^f, A. Reyre^{h,i}

^a Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, université Pierre-et-Marie-Curie, AP-HP, 47-83, boulevard de l'hôpital, 75013 Paris, France

^b Département de recherche en éthique, université Paris-Sud/espace éthique IDF, 1, rue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

^c Kennedy Krieger Institute, Johns Hopkins School of Medicine, 707 North Broadway Street, Baltimore, MD21205, États-Unis

^d Institut des systèmes intelligents et robotiques, CNRS UMR 7222, Sorbonne université, 1, place Jussieu, 75005 Paris, France

^e École des sciences infirmières, faculté des sciences de la santé, université d'Ottawa, 451 chemin Smyth, Ottawa, ON K1H 8M5, Canada

^f Ingram School of Nursing, McGill University, 3506 university street, Montréal, Québec, H3A 2A7, Canada

^g Institut universitaire en santé mentale Douglas, 6875 boul. LaSalle, Verdun, Québec, H4H 1R3, Canada

^h Service de médecine et psychiatrie des addictions, hôpital Avicenne, université Paris 13, AP-HP, Bobigny, France

ⁱ CESP-INSERM U1178, Villejuif, France

Résumé

Contexte. – La prise en charge des troubles graves du comportement (TGC) des personnes avec autisme et déficience intellectuelle (DI) peut conduire à une surenchère de mesures d'isolement et de contention, voire de maltraitance. Dans ce contexte, nous proposons de colliger la littérature et les expériences pratiques, associées à l'utilisation d'équipements de protection individuelle (EPI) et d'outils de sécurisation alternatifs à la contention. **Méthode.** – Une revue exhaustive de la littérature a été conduite ainsi qu'une étude ethnographique de trois unités spécialisées dédiées, complétée par 37 interviews de professionnels soignants.

Résultats. – Nous avons distingué les EPI pour les patients et les soignants. Au-delà de leur description, qui est corrélée à la topographie des blessures des patients et des soignants, que nous avons répertoriées, le modèle fonctionnel associé à leur utilisation permet d'appréhender en fonction de la cible clinique (automutilation, Pica, hétéro-agressivité) comment ces EPI peuvent contribuer à la restauration d'un raisonnement clinique utile à la prise en charge des TGC des personnes avec autisme et DI.

Discussion. – Les EPI nous apparaissent un progrès d'un point de vue de l'analyse bénéfique/risque puisqu'ils permettent moins de blessures et moins de contraintes physiques. Ils permettent de rassurer les soignants qui peuvent alors mieux évaluer et réduire les TGC, et promouvoir des pratiques de sécurisation moins restrictive au sein de l'institution. Enfin, d'un point de vue éthique, ils contribuent à valoriser le meilleur intérêt de l'enfant et la reconnaissance du concept de vulnérabilité partagée.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Équipement de protection individuelle (EPI) ; Autismes ; Déficience intellectuelle (DI) ; Trouble grave du comportement (TGC) ; Automutilation ; Contention ; Infirmier ; Éthique du soin

* Auteur correspondant. Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, université Pierre-et-Marie-Curie, AP-HP, 47-83, boulevard de l'hôpital, 75651 Paris cedex 13, France.

Adresse e-mail : jean.lefevreutile@aphp.fr (J. Lefèvre-Utile).

Abstract

Context. – The management of severe behavioral disorders (SBD) in people with autism and intellectual disability (ID) can lead to an escalation of seclusion and restraints, even to abuse. In this context, we offer a literature review regarding the use of personal protective equipment (PPE), as well as the practical experiences associated with their use.

Method. – An exhaustive review of the literature was conducted as well as an ethnographic study of three specialized units, supplemented by 37 interviews of healthcare professionals.

Results. – We have distinguished between patients' PPEs and caregivers'. Their description is correlated with a detailed topography of patients' and caregivers' injuries. The functional model underpinning their use makes it possible to better capture, according to clinical targets (self-harm, Pica, hetero-aggression), how PPEs can contribute to the restoration of clinical reasoning useful for the management of SBDs among people with autism and ID.

Discussion. – PPE appears to be a step forward from a risk-benefit point of view since it leads to fewer injuries and less physical constraints. They reassure caregivers who can better assess and reduce SBDs and foster less restrictive protective measures within the institution. Finally, from an ethical point of view, they contribute to promote the child's best interest and to recognize of the concept of shared vulnerability.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Personal protective equipment (PPE); Autism; Intellectual disability (ID); Challenging behaviors; Self-injuries behaviors (SIB); Restraints; Caregivers; Nursing ethics

1. Résultats (2^e partie : perspectives des soignants)

1.1. Les EPI-soignants dans la prise en charge de l'hétéro-agressivité

1.1.1. Les EPI-soignants du quotidien

1.1.1.1. *Le port des manchettes.* Dans l'unité française, les EPI les plus utilisés au quotidien sont les manchettes (Kevlar[®] sleeve) (Fig. 8). Cet EPI évite les blessures les plus fréquemment rencontrées lorsque l'équipe est confrontée à des gestes hétéro-agressifs. Les manchettes [1] sont utilisées par une grande partie de l'équipe et les soignants en sont satisfaits puisqu'elles protègent de nombreuses séquelles plastiques (ex. cicatrices au niveau des avant-bras et des mains). Ces blessures sont consécutives à des comportements d'agrippement (griffures, pincements) ou de morsures (Fig. 2, partie 1 [2]). Lorsque l'hétéro-agressivité est quotidienne, les manchettes permettent aux soignants de se sentir suffisamment protégés pour être en capacité d'investir la relation de soin avec moins d'appréhension. Certains d'entre eux évoquent même le fait qu'avec cet outil, ils observent une amélioration de la communication infraverbale avec les patients non verbaux. Cet effet positif participe d'une réassurance mutuelle au quotidien, qui désamorce les situations où des renforçateurs sociaux sont présents et accentués lorsque les soignants se sentent menacés.

1.1.1.2. *Le port de vêtements de protection.* Dans l'unité française, à la place des manchettes, certains soignants préfèrent porter un vêtement de cycliste (ex. sous-vêtement manches longues vélo DECATHLON[®]) qui recouvre l'ensemble des bras et évite également les blessures au niveau du cou. À Baltimore, la majeure partie des professionnels de proximité portent des vestes en jean avec des mitaines et des protège-bras pour pallier à l'hétéro-agressivité. Certains portent même des salopettes en tissu résistant pour se sentir protégés intégralement lors des contextes d'apparition des TGC (ex. transition de lieu).

1.1.1.3. *Dispositifs antiscalp.* Comme de nombreux patients présentent des gestes hétéro-agressifs d'agrippement (ex. tirer les cheveux), il existe un risque important de blessure au cuir chevelu (Fig. 2, partie 1 [2]). Le port de cagoule (aux États-Unis), de « tuque » (au Québec) ou de charlotte (en France), permet d'éviter ce type de blessure, notamment lorsque les cheveux sont longs.

1.1.1.4. *Dispositif anticrachat.* En France, lorsque les patients crachent sur les soignants, il y a trois possibilités d'EPI : les soignants portent des masques de protection (habituellement utilisé pour les soins stériles) avec une charlotte et si nécessaire une casaque. L'unité américaine utilise quant à elle des combinaisons jetables avec capuche et visière en plastique (face shield). Leurs ports sont généralement préconisés pendant les soins.

1.2. Les EPI-soignants en contexte d'évaluation et d'interventions

À Baltimore, une équipe de professionnels est dédiée aux programmes d'interventions éducatives intensives (Fig. 8). Ces intervenants effectuent des analyses fonctionnelles tout en proposant des traitements comportementaux comme les procédures de renforcement différentiel des autres comportements (DRO). Lors des séances le risque de blessures est important et une panoplie complète d'EPI peut être nécessaire pour protéger l'ensemble du corps [3].

Les cagoules, tours de cou ou masques de motard permettent de pallier aux blessures encore possibles malgré le port d'un casque intégral (ex. lorsque les patients passent leurs doigts au travers de la visière). Dans l'unité française, l'utilisation du masque d'escrime permet d'évaluer la sensibilité du patient aux interactions interpersonnelles, en supprimant tout contact oculaire pouvant correspondre à des renforçateurs sociaux des TGC. Le masque d'escrime est idéal en contexte d'évaluation et d'intervention : il permet une protection complète de l'intervenant en répartissant les chocs jusqu'aux épaules, il n'y

a pas de prise possible et la visibilité est bonne. En revanche, ils sont très chauds et à ce titre, la question de l'ergonomie et de la différenciation des usages (toute la journée ou en intervention ponctuelle) est importante.

Lorsque le risque de morsure est présent, il existe d'autres types d'EPI remboursés (mitaines, protège-bras, protège-tibia...) dont le port est préconisé lors des interventions éducatives à risque où les intervenants doivent rester vigilants à ne pas renforcer des renforçateurs sociaux. Ces EPI complémentaires garantissent les conditions de sécurité suffisantes au bon déroulement de l'évaluation fonctionnelle où le risque de blessures est plus important. En contexte de grande agressivité par exemple, pour répondre à l'impulsivité des patients et limiter les contre-attitudes (ex. lorsqu'un soignant s'interpose en ayant recours à la force), d'autres EPI sont employés : vestes antimorsures (BitePRO®), vestes remboursées dont l'épaisseur est ajustable sur mesure en fonction de l'intensité de la violence (StealthWear™).

Le casque à bulle peut également être préconisé de façon ponctuelle lors d'accompagnement à risque (ex. douche). Certains intervenants de l'unité américaine portent un casque lors des déplacements avec les patients sensibles aux microruptures dans leur habitude quotidienne.

Dans l'unité française, le port complet d'EPI (plastron, casque avec visière, jambières de criquet) est utilisé pour initier une procédure de décontention ou de « désensibilisation à la violence » en protégeant le personnel afin d'éviter des blessures graves (fracture de côtes, contusions à la face). Cette panoplie d'EPI permet alors d'identifier si les automutilations sont sensibles aux renforçateurs sociaux lorsque les patients ont été contentonnés ou mis en isolement de façon prolongée. Ces EPI-soignants s'inscrivent dans une logique de prévention tertiaire pour répondre à des situations de stress post-traumatique des patients non verbaux.

1.3. Les EPI-soignants en contexte de gestion de crise comportementale

1.3.1. Boucliers Pao

En France, les boucliers Pao sont régulièrement employés en contexte de gestion de crise pour pallier à l'imprévisibilité de certains gestes hétéro-agressifs (Fig. 8). Ils sont répartis uniformément dans le service pour être à portée de main des soignants et rapidement opérationnels. Au Québec, cette utilisation des Pao est controversée : pour certains professionnels, ce type de bouclier favorise un usage abusif de la force lorsque par exemple, les soignants cherchent à se protéger en repoussant le patient. Pour d'autres soignants, les Pao permettent au contraire de « rediriger » l'hétéro-agressivité vers des cibles autres que des personnes (ex. « punching ball mural »). Cette procédure de redirection [4] consiste dans un premier temps à amortir les coups pour ensuite rediriger le patient vers une situation dans laquelle les soignants pourront lui donner une issue positive et sans conséquence lésionnelle. Par exemple, avec l'utilisation d'outil de communication Picture Exchange Communication System (PECS). Les pictogrammes offrent alors la possibilité d'aboutir



Fig. 7. Outils de sécurisations innovants dans la prise en charge des troubles grave du comportement des personnes avec DI/TSA.

à un renforcement positif en travaillant sur la symbolisation de la violence et la distinction « personne » vs « environnement matériel ».

Un autre dispositif semblable mais plus maniable que le Pao est utilisé aux États-Unis : le Safe Crisis Management® Impact Cushion. Son utilisation dynamique permet de « capotonner » l'espace sur mesure : lors des transitions de lieu, ce petit « bouclier » sert alors d'interface pour amortir l'impact des coups et réduire la gravité des automutilations.

1.3.2. Ballon thérapeutique ITCA

Ce ballon géant (OMNIKIN®) est utilisé au Québec [5] pour répondre à l'hétéro-agressivité des patients (Fig. 7). Son utilisation a un triple objectif de protection : protéger le soignant, protéger le patient, préserver la relation. L'utilisation du ballon thérapeutique en contexte de gestion de crise favorise la désescalade en maintenant une perspective de négociation dédiée aux patients non verbaux (ex. technique de pacification avec l'usage d'outils de communication alternative comme le MAKATON). Le ballon permet aux soignants de limiter la contrainte pour le patient et le risque de maltraitance. En protégeant l'autre, tout en se protégeant soi, le ballon thérapeutique permet de sauvegarder la possibilité de la relation de soin. Son utilisation nécessite néanmoins une unité de soin spacieuse (diamètre du ballon = 1 m).

1.3.3. Paravent HOPLON

Ce bouclier molletonné et à trois volets (NOVATEX MEDICAL®) est utilisé dans l'unité française lorsque les tentatives de médiation par la parole ont échoué (Fig. 7). Modulable et couvrant une large surface, ce bouclier cloisonne des espaces pour mettre immédiatement en sécurité un groupe d'individus et temporiser la situation de crise avant d'envisager, si nécessaire, d'autres interventions plus invasives. Il permet alors à l'équipe de soin de se protéger tout en gardant un contact visuel avec le patient (fenêtres intégrées) pour s'assurer qu'il ne se blesse pas. À la différence de l'Écran de protection ADHESIA®



Fig. 8. Équipements de protection individuelle pour les soignants intervenant auprès de personnes avec DI/TSA présentant des troubles grave du comportement.

(Fig. 8) qui favorise l'immobilisation du patient, l'HOPLON a pour objectif de limiter l'usage de la force portant atteinte à l'intégrité physique des patients et des soignants. Ce n'est qu'en dernier recours qu'il est utilisé pour une immobilisation verticale (souvent vécue comme moins contraignante et moins traumatisante qu'une immobilisation couchée au sol). Lorsque cela s'impose, il peut servir de tapis pour une immobilisation au sol (ex. si le patient s'automutile et présente un risque de blessures irréversibles).

Sa conception facilite la résolution des crises comportementales et l'accompagnement des transitions de lieu, en réduisant les renforçateurs sociaux et sensoriels de l'environnement. Tout comme le ballon thérapeutique, l'HOPLON constitue une alternative aux mesures extrêmes de contention ou d'isolement,

souvent vécues comme aliénantes par les patients et leur entourage. Sa présence dans l'unité de soin contribue à l'amélioration d'un environnement de travail plus sûr, dont les conditions de sécurité permettent le maintien d'un lien plus humanisé entre un patient et ses soignants.

2. Discussion

2.1. Implications cliniques : balance bénéfices/risques et indications des EPI

2.1.1. Indication de protection : moins de blessures & moins de contraintes

Les EPI permettent de passer d'une réponse institutionnelle univoque d'isolement ou de contention à une réponse

individualisée et circonscrite, en fonction des comportements repérés. Lorsque les EPI sont utilisés, les blessures des patients et des soignants sont moins sévères et les mesures de contrainte moins systématiques. Cela favorise le déploiement d'une multitude de pratiques de sécurisation moins restrictive : en ciblant chaque blessure, les EPI optimisent le degré de restriction de liberté et la marge de mouvement possible pour le patient. Ils favorisent ainsi un cadre de soin plus ouvert [6] et respectueux de la liberté d'aller et venir au sein de ces unités fermées.

Dans l'unité américaine, les procédures spécifiques aux usages des EPI (ex. contingent PPE, restraint fading) favorisent leur innocuité par leur caractère transitoire, gradué et réversible. Ces protocoles concernant l'usage des EPI sensibilisent les soignants aux effets préjudiciables de la contrainte et limitent le risque de maltraitance. En proposant des solutions alternatives à la contention, les EPI évitent aux patients non coopérants l'administration d'autres thérapeutiques complémentaires et invasives. Ils évitent par exemple l'administration de traitement par injection intramusculaire (ex. les anticoagulants nécessaires pour prévenir les effets iatrogènes consécutifs à l'immobilisation prolongée).

Lorsque le retrait d'un EPI est difficile, la possibilité de fabriquer sur mesure des dispositifs d'orthèse reste encore à développer pour améliorer le confort du patient. Cette optimisation de l'ergonomie préserve une qualité de vie tout en maintenant des conditions de sécurité suffisantes.

2.1.2. Rassurer les soignants pour mieux évaluer et réduire les TGC

Les EPI sont recommandés en contexte d'évaluation et d'intervention à risque pour les soignants [1,3]. Ils garantissent des conditions de sécurité nécessaires à l'identification des mécanismes d'extinction des renforçateurs et favorisent la mise en œuvre d'interventions éducatives auparavant compromises par l'intensité de la violence (ex. les procédures de renforcement différentiel).

Parallèlement à ces interventions, une réévaluation des thérapeutiques médicamenteuses est également rendue possible. Si les soignants se sentent suffisamment protégés et rassurés, ils sont davantage en mesure de reproblématiser les situations dites « sans solution ». Lorsque par exemple, l'expression comportementale des troubles est en lien avec des comorbidités somatiques ou psychiatriques (non encore diagnostiquées), les indications thérapeutiques habituellement refusées du fait de l'agitation des patients peuvent être reconsidérées. En modifiant la perception de la violence, les EPI-Soignants aident au diagnostic et limitent le risque d'acutisation des troubles (ex. constipation) dont les répercussions peuvent être majeures (ex. occlusion intestinale). En affinant la compréhension des étiologies comportementales [1], l'utilisation des EPI pallie le risque de perte de chance important pour ces patients [7], et évite le développement ou l'aggravation des comportements « maladaptifs » lorsque des comorbidités sont présentes.

2.1.2.1. « Déplacements thérapeutiques » et indication de soin.

Certains outils de sécurisation comme le papoose board (Fig. 5, partie 1 [2]) présente parfois un effet thérapeutique (ex.

diminution de l'anxiété) lorsque le patient est contenu de façon serrée [3]. Dans ces situations certes rarissimes, la justification thérapeutique de cette modalité de contrainte physique est controversée et non consensuelle [8].

Lorsque le port de certains vêtements de protection induit une diminution des automutilations par un mécanisme d'extinction des renforçateurs sensoriels, des convergences avec certains dispositifs ergo-thérapeutiques sont possibles (ex. pouf cocon, veste lestée, manipulation d'objet vibrant). Dans de telles circonstances, les EPI assurent alors une double fonction de protection et de soin. Au sein de l'unité française, de telles améliorations favorisent la mise en place de prises en charge en psychomotricité (ex. balnéothérapie) qui réduisent les renforçateurs sensoriels et facilitent par la suite le retrait définitif des EPI.

La distinction entre les indications de soin et les indications de protection est difficile. Dans l'unité américaine, les objectifs sécuritaires se distinguent des objectifs thérapeutiques dès lors que les EPI sont protocolisés (ex. restraint fading). Ces procédures systématiques sont nécessaires à l'évaluation des TGC : l'utilisation des EPI constitue alors une variable permettant d'objectiver la prise en charge globale et d'ajuster les interventions éducatives ou les thérapeutiques médicamenteuses. Par exemple, lorsque les gants sont préconisés de façon transitoire (contingent gloves), leur retrait est possible avec l'introduction d'activités de loisirs qui renforcent les capacités de socialisation et valorisent les préférences de la personne. Il faut donc distinguer les usages des EPI où la contrainte correspond à une indication de protection des blessures, de leur utilisation parfois en lien avec un « effet thérapeutique ».

Les conceptions sémiologiques associées aux EPI correspondent à des cultures de soin particulières : « EPI & sensorialité » en France vs « EPI & Applied Behavior Analysis (ABA) » aux États-Unis. Ces approches correspondent toutes deux à des justifications thérapeutiques différentes et complémentaires.

2.1.2.2. Effets collatéraux et approche pragmatique-empirique.

Avec le port des EPI il est parfois observé un déplacement des blessures (shifting topography) [9,10] qui nécessite un réajustement par du matériel de protection différencié. La panoplie complète des EPI permet alors aux soignants de répondre de façon graduée à la violence des TGC en s'adaptant au stade de la crise, tout en préservant l'intégrité du patient. Les effets collatéraux des EPI peuvent également correspondre à un déplacement des conséquences lésionnelles vers la destruction de l'environnement matériel, voire modifier les comportements envahissants comme les self-restraint [11]. La diversité des EPI permet alors de répondre à l'ensemble de ces situations en diminuant la contrainte sans augmenter le risque de blessures.

L'association adaptée et individualisée des EPI limite effectivement le recours à l'isolement et à la contention en optimisant leur caractère transitoire (retarde leur mise en place et favorise leur levée). Le caractère modulable des EPI maintient par ailleurs les équipes de soin dans une dynamique d'observation descriptive (topographie des blessures) et compréhensive des TGC (mécanismes d'extinction des renforçateurs). L'utilisation

Tableau 7

Résumé de la littérature sur les EPI des soignants dans la prise en charge des gestes hétéro-agressifs des personnes DI/TSA.

EPI-Soignants	Références	Participants (n, sexe, âge, diagnostic)	Bénéfices observés et justifications
Manchette et Mitaines	Daraiseh et al., 2016 [1]	29 soignants de neuropédopsychiatrie	Un kit d'EPI associé à une évaluation systématique du risque de blessures permet de prévenir efficacement les blessures des professionnels de santé d'un service pédiatrique de neuropsychiatrie. Ce kit est dédié à la prise en charge des patients avec double diagnostic. Il est favorablement accepté par les soignants
	Parenteau et al., 2013 [10]	1 garçon, 9 ans, PDD, PTSD, ADHD	Les EPI réduisent la gravité des blessures les plus fréquentes mais surexposent les professionnels à d'autres blessures auparavant non observées, sur d'autres parties du corps non protégées
	Luiselli, 2013 [27]	220 professionnels d'un établissement spécialisé dans l'accueil d'enfants et d'adolescents DI/TSA	Un plan de réduction des blessures du personnel est possible avec certains EPI. Il garantit des conditions de sécurité nécessaire à la prise en charge de l'hétéro-agressivité
Panoplie complète	Fisher et al., 2013 [3]	Guidelines	L'analyse fonctionnelle de l'hétéro-agressivité peut nécessiter le port d'EPI combinés entre eux pour protéger les intervenants en contexte d'évaluation : casque à bulle, plastron, pao, mitaines, protège avant-bras, genouillères et protège-tibia
Gants	Lin et al., 2012 [16]	1 garçon, 11 ans, TSA	Les gants suppriment les blessures fréquemment rencontrées au niveau des mains ce qui garantit un environnement de travail plus sûr, favorable à la compréhension des TGC
Protège-bras et Casquette	Urban et al., 2011 [17]	1 garçon, 9 ans, TSA	Ces EPI protègent efficacement des gestes d'agrippement (griffure, cheveux arrachés) et réduisent la fréquence et l'intensité des blessures (bras et cuir chevelu). L'hétéro-agressivité est moins fréquente lorsque les intervenants portent des EPI
Bouclier	Sanders, 2009 [19]	Soignants de psychiatrie, spécialisés dans la prise en charge des personnes DI/TSA	La diminution des blessures (mains et bras) et du recours à la contention peut s'effectuer de façon conjointe. Un tel programme de prévention garantit un environnement de travail plus sûr et préserve le respect de la dignité des personnes hospitalisées

ADHD : attention deficit hyperactivity disorder ; DI : déficience intellectuelle ; EPI : équipement de protection individuelle ; PDD : pervasive developmental disorder ; PTSD : post-traumatic stress disorder ; TSA : trouble du spectre autistique.

des EPI associés au modèle fonctionnel valorise une compréhension des TGC à travers leurs impacts sur les patients et les soignants, notamment en s'intéressant à la façon dont les TGC peuvent contribuer à leur propre renforcement. Le modèle fonctionnel associé aux EPI-soignants insiste sur l'importance des renforçateurs environnementaux et affine la balance bénéfices/risques en permettant aux équipes de tolérer davantage la violence par des dispositifs de protection moins abusifs.

En valorisant l'évaluation fonctionnelle des TGC, l'utilisation des EPI repose sur une approche pragmatique-empirique dont le raisonnement clinique favorise l'élaboration d'hypothèse : « Lorsque le patient présente un TGC est-ce pour obtenir ou éviter quelque chose ? L'événement désirable ou indésirable est-il alors en lien avec un renforçateur social ou sensoriel ? ».

2.2. Implications institutionnelles : prévenir la violence et les mesures de contrainte

Le recours aux EPI est une réponse à la violence des TGC et constitue également une alternative en réponse aux violences institutionnelles, lorsque les mesures de contrainte se prolongent. Pour limiter les risques de maltraitance institutionnelle sans compromettre l'accueil des situations de soin en impasse thérapeutique [12,13], les EPI, en diminuant les blessures des patients et des soignants, préservent la capacité des équipes de

soin à désamorcer le processus « agression/répression » présent dans le parcours de soin des patients avec DI/TSA. Le déploiement des EPI favorise par exemple la levée des traitements sédatifs à haute dose pour permettre la mise en place d'une fenêtre thérapeutique nécessaire à l'évaluation des TGC. Les EPI contribuent alors à un environnement de travail propice à l'observation et à la compréhension des troubles psychiatriques à expression comportementale, en prenant également en compte la dimension de stress post-traumatique (PTSD) présente chez certains patients avec DI/TSA, qui font souvent l'objet d'abus dans les institutions [14].

Dans l'unité américaine, le recours quotidien aux EPI correspond à une stratégie de « prévention active » qui se caractérise par le suivi systématique des blessures et une traçabilité exhaustive de l'utilisation des EPI. L'incidence des EPI à différents niveaux : prévention tertiaire (diminuer la gravité des blessures) [15] et prévention secondaire (éviter la survenue de blessures nouvelles) [16,17].

En matière de prévention primaire, d'autres dispositifs de sécurisation innovants sont en cours de développement : la technique de psychomonitoring avec l'utilisation d'un tee-shirt connecté [18] permet d'objectiver l'état d'anxiété des patients non verbaux pour anticiper et mieux contextualiser la survenue de leurs crises.

L'ergonomie et le design des EPI-soignants sont encore à améliorer afin d'encourager les équipes à les utiliser plus

fréquemment au quotidien. L'invention de nouveaux outils favoriserait aussi une dynamique créative autour des questions de sécurisation. Une réflexion sur l'espace et la façon dont les EPI s'y intègrent, permettrait une meilleure disponibilité de ces outils (à proximité immédiate) pour répondre à l'imprévisibilité des crises comportementales.

Les EPI permettent ainsi une prévention globale de la violence, prenant en compte la pénibilité au travail et le turnover important dans ces services. Par ailleurs, pour un investissement faible, ils sont potentiellement un facteur d'efficacité clinique et d'efficience économique [19].

2.3. Meilleur intérêt de l'enfant et reconnaissance de la vulnérabilité partagée

Accueillir et comprendre la violence des TGC nécessite une analyse critique de ces situations énigmatiques.

La logique de protection moins restrictive qui caractérise les EPI, reflète une mentalité prudente en matière de sécurité.

Dans l'unité américaine (où les sangles de contention n'existent pas), lorsque les conséquences lésionnelles peuvent être irréversibles (ex. énucléation), les EPI s'associent en dernier recours à une mesure d'isolement. Les soignants veillent alors à ce que le caractère transitoire de cette stratégie de retrait (time out) reste favorable à l'extinction des renforçateurs des TGC et se distingue d'une stratégie punitive d'enfermement.

Pour contenir les grands états d'agitation, l'esprit plus « égalitaire » qui consiste à déplacer la contrainte habituellement exercée sur le patient en équipant les soignants, inscrit les professionnels dans un rapport de réciprocité. Le port des EPI-soignants est ainsi favorable à un questionnement sur le devoir de protection et d'assistance à personne en danger, lorsqu'il correspond à des interventions physiques. L'usage de la force est-il inéluctable pour préserver la relation d'aide ? N'est-ce pas après une meilleure prise en compte des risques psychosociaux [20,21], qu'une politique institutionnelle de moindre recours à l'isolement et à la contention pourra être développée efficacement au sein de ces unités de soin spécialisées ?

3. Conclusion

L'utilisation des EPI favorise la mise en place d'investigations approfondies pour comprendre comment les patients avec DI/TSA répondent à leurs besoins. Les EPI contribuent au développement d'une expertise spécifique et d'une modélisation sémiologique qui répond aux intrications étiologiques de ces situations complexes. Leur usage contribue ainsi au progrès d'une prise en charge intégrative des TGC et permet à l'ensemble des soignants d'améliorer leur compréhension des mécanismes d'extinction des renforçateurs. L'étude et la pratique des EPI mériteraient d'être explorées en collaboration avec les parents [22,23] pour développer leurs applications au domicile (Tableau 7).

Penser la relation d'aide en se protégeant pour protéger l'autre, c'est se prémunir d'une violence mettant en péril le lien nécessaire à l'accompagnement. Ces situations de soin difficiles témoignent d'une vulnérabilité partagée [24,25] entre soignants

et soignés. S'élabore ainsi une compréhension de la relation où l'extrême dépendance des patients et la vulnérabilité des soignants doivent être pensées conjointement. La reconnaissance de cette vulnérabilité partagée préserve le droit [26] pour ces personnes à être respectés.

Remerciements

Nous remercions le collectif VOICE (Views On Interdisciplinary Childhood Ethics) pour son aide sur le plan méthodologique, l'espace-éthique/IDF et la Direction des soins et des activités paramédicales (DSAP) de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) pour leur financement dans le cadre de l'appel à candidatures doctorat en recherche infirmière AP-HP 2017.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Daraiseh NM, et al. Selection of employee personal protective equipment based on aggressive behavior in pediatric neuropsychiatry. *Dev Neurorehabil* 2016;1-8.
- [2] Lefèvre-Utile J, Guinchat V, Wachtel L, Cohen D, Perron A, Montreuil M, et al. Équipements de protection individuelle et outils de sécurisation alternatifs à la contention dans la prise en charge des troubles graves du comportement des personnes avec autisme et déficience intellectuelle (partie 1 : perspectives des patients). *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.08.001>.
- [3] Fisher WW, Rodriguez NM, Luczynski KC, et al. The use of protective equipment in the management of severe behavior disorders. *Handb Crisis Interv Dev Disabil* 2013;87-105.
- [4] Willaye É, Magerotte G. Évaluation et intervention auprès des comportements-défis : déficience intellectuelle et/ou autisme. *De Boeck*; 2013.
- [5] Intervention thérapeutique lors de conduites agressives (ITCA). <http://www.itca.ca/>.
- [6] Diaz L, Guinchat V, Lorilleux A, Alati J, Lefèvre-Utile J. Gestion de la violence. *J Psychol* 2018;358:20-6.
- [7] Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Sur la situation en France des personnes, enfants et adultes, atteintes d'autisme. *Avis n° 102*; 2007.
- [8] HAS. Recommandation de bonne pratique-Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent; 2012.
- [9] Fisher WW, Piazza CC, Bowman LG, Hanley GP, Adelinis JD. Direct and collateral effects of restraints and restraint fading. *J Appl Behav Anal* 1997;30(1):5-120.
- [10] Parenteau RE, Luiselli JK, Keeley M. Direct and collateral effects of staff-worn protective equipment on injury prevention from child aggression. *Dev Neurorehabil* 2013;16(1):73-7.
- [11] Vollmer TR, Vorndran CM. Assessment of self-injurious behavior maintained by access to self-restraint materials. *J Appl Behav Anal* 1998;31(4):647-50.
- [12] Cravero C, et al. Management of severe developmental regression in an autistic child with a 1q21,3 microdeletion and self-injurious blindness. *Case Rep Psychiatry* 2017;2017:1-8.
- [13] Wachtel LE, Contrucci-Kuhn SA, Griffin M, Thompson A, Dhossche DM, Reti IM. ECT for self-injury in an autistic boy. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18(7):458-63.

- [14] Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Dalloz; 2016.
- [15] Richmond G, Schroeder SR, Bickel W. Tertiary prevention of attrition related to self-injurious behavior. *Adv Learn Behav Disabil* 1986;5:97–108.
- [16] Lin T, Luiselli JK, Gilligan K, Dacosta S. Preventing injury from child aggression: a single-case evaluation of the effects of staff-worn protective equipment. *Dev Neurorehabil* 2012;4:298–303.
- [17] Urban KD, Luiselli JK, Child SN, Parenteau R. Effects of protective equipment on frequency and intensity of aggression-provoked staff injury. *J Dev Phys Disabil* 2011;23(6):555–62.
- [18] Palix J, Akselrod M, Cungi C, Giuliani F, Favrod J. Changes in heart rate variability recorded in natural situation with T-Shirt integrated sensors and level of observed behavioral excitation: a pilot study of patients with intellectual disabilities and psychiatric disorders. *Front Psychiatry* 2017;8:p.4.
- [19] Sanders K. The effects of an action plan, staff training management support and monitoring on restraint use and costs of work-related injuries. *J Appl Res Intellect Disabil* 2009;22(2):216–20.
- [20] Perron A, Jacob JD, Beauvais L, Corbeil D, Bérubé D. Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et d'agressivité. *Rech Soins Infirm* 2015;120(1):p47.
- [21] Carnevale FA. Confronting moral distress in nursing: recognizing nurses as moral agents. *Rev Bras Enferm* 2013;66(SPE):33–8.
- [22] Carnevale FA, Teachman G, Bogossian A. A relational ethics framework for advancing practice with children with complex health care needs and their parents. *Compr Child Adolesc Nurs* 2017;40(4):268–84.
- [23] Challenging behaviors Tool Kit - Autism Speaks. http://www.autismspeaks.org/sites/default/files/challenging_behaviors_tool_kit.pdf.
- [24] Delassus É. Parler de sa propre voix : être acteur de sa maladie à l'enfance et l'adolescence 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.04.007>.
- [25] Le Blanc G. Que faire de notre vulnérabilité ? Bayard; 2011.
- [26] Perron A, Rudge T, Holmes D. Citizen minds, citizen bodies: the citizenship experience and the government of mentally ill persons. *Nurs Philos* 2010;11(2):100–11.
- [27] Luiselli JK. Descriptive analysis of a staff injury-reduction intervention in a human services setting for children and youth with intellectual and developmental disabilities. *Behav Modif* 2013;3(5): 665–79.