



CENTRE HOSPITALIER
Saint-Cyr au Mont d'Or

Rue Jean-Baptiste Perret
69450 Saint-Cyr au Mont d'Or
04 72 42 19 19

Le moindre recours à l'isolement et à la contention

3 août 2018 - Version 1.8

Loïc Rohr
Infirmier Diplômé d'État
Groupe de Recherche en Soins Infirmier

Avec la participation de Jean-Paul Lanquetin
Infirmier de Secteur Psychiatrique
Praticien Chercheur

Sommaire

Introduction	p 3
Cadre législatif	p 4
La contrainte en psychiatrie	p 7
- La contrainte	p 7
- La chambre d'isolement	p 8
- La contention	p 10
- Vécu	p 11
- Vécu de patients ayant fait l'expérience de l'isolement	p 11
- Vécu de patients ayant fait l'expérience de la contention	p 12
- Témoignages de patients	p 13
- Vécu des soignants	p 16
- Les mesures de restriction de libertés	p 18
- L'impact des contraintes dans le soin	p 19
Clinique et moindre recours	p 20
- La relation	p 20
- Rôle de l'infirmier	p 22
- Qualités de l'infirmier	p 22
Prévention au recours à l'isolement et à la contention	p 25
- Prévention primaire	p 25
- Prévention secondaire	p 29
- Prévention tertiaire	p 34
Conclusion	p 36
Bibliographie	p 38
Annexes	p 41

Introduction

La Nouvelle Zélande prévoit d'abandonner le recours à l'isolement et à la contention en 2020, la Suisse commence à ne plus l'utiliser; la Finlande, l'Islande et bien d'autres pays ont interdit ces mesures depuis plusieurs années. Ces expériences internationales nous montrent que la réflexion sur la réduction de ces pratiques est développée et nous prouvent que l'isolement et la contention ne sont pas des outils de soin indispensables en psychiatrie.

Une réflexion et des modifications de pratiques que l'on retrouve à intervalle régulier, et bien avant l'arrivée des neuroleptiques, dans l'histoire de la psychiatrie contemporaine depuis Jean-Baptiste Pussin et Philippe Pinel en 1793, puis cité par Dominique Friard¹, les travaux des psychiatres Maximien Parchappe (1853)², Paul Sérieux (1903)³, Philippe Paumelle (1953)⁴.

Dans ce mouvement, en lien avec un contexte réglementaire conséquent, la France amorce un virage culturel dans ses hôpitaux psychiatriques, notamment en faisant valoir les droits du citoyen et donc du patient. Diverses initiatives sont en cours, comme au Centre Psychothérapique de l'Ain, pour envisager le soin autrement : redonner du sens au travail soignant en valorisant le rôle propre infirmier et les interventions aides-soignantes.

Au Centre Hospitalier de Saint-Cyr au Mont d'Or, il existe une volonté institutionnelle d'être acteur de l'évolution des pratiques en psychiatrie en interrogeant la question du moindre recours à l'isolement et à la contention.

Non sans difficulté, nos pratiques, nos réflexions commencent à évoluer sur ce sujet, mais doivent se poursuivre, voire s'intensifier afin de permettre des soins de qualité à nos patients.

¹ Friard, Dominique, De l'agitation à la violence, revue Santé Mentale, N°187, avril 2014, pages 20-24

² Parchappe, Maximien, *Les principes à suivre dans la fondation et la construction d'asiles d'aliénés*, 1853

³ Sérieux, Paul, *Assistance aux aliénés*, rapport au Conseil Général de la Seine, 1903.

⁴ Paumelle, Philippe, *Essai de traitement collectif du quartier d'agités*, Edition ENSP, Rennes, 1999.

Cadre législatif

Suite à l'interpellation du Contrôleur Général des Lieux de Privations de Libertés sur certaines pratiques dans les hôpitaux psychiatriques de France, le législateur a renforcé, par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 Janvier 2016, sa volonté de préserver les droits des patients souffrant de troubles mentaux au même titre que n'importe quel citoyen. Une des évolutions notables est l'encadrement des mesures de recours à l'isolement et à la contention mais également l'obligation de définir une politique de moindre recours :

Loi du 26 Janvier 2016 : Article L. 3222-5-1⁵

*L'isolement et la contention sont des pratiques de **dernier recours**. Il ne peut y être procédé que pour **prévenir un dommage immédiat ou imminent** pour le patient ou autrui, sur **décision d'un psychiatre**, prise pour **une durée limitée**.*

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1.

⁵ Code de la Santé Publique, Loi n° 2016-41 du 26 Janvier 2016 - Article L. 3222-5-1

➤ **Pour aller plus loin... :**

<<**Pratiques de dernier recours**>> : implique qu'il y ait eu au préalable mise en place de tous les dispositifs possibles afin de tenter de prévenir une situation de contrainte. Les tentatives d'apaisement de la situation doivent être tracées afin de pouvoir justifier du dernier recours.

<<**Prévenir un dommage immédiat ou imminent**>> : implique que l'isolement doit être utilisé uniquement à titre préventif d'un passage à l'acte hétéro ou auto agressif en cours ou sur le point de se réaliser. La chambre d'isolement, comme tout recours à une restriction de libertés, est ainsi définie comme une mesure sécuritaire et non thérapeutique.

➤ Exemples d'indications:

- Prévention d'un passage à l'acte auto ou hétéro agressif après avoir vainement utilisé tous les dispositifs disponibles.
- Prévention immédiate d'un risque suicidaire.

➤ Exemples de contre-indications:

- Isolement punitif, "pour marquer le coup" : retour de fugue, isolement post passage à l'acte, etc...
- Troubles du comportement sans mise en danger (patient en épisode maniaque, patient souffrant de démence, etc...)
- Patient en état de morcellement, patient trop sensible aux stimuli (risque de majoration des troubles du fait l'isolement avec augmentation des perceptions corporelles, (perte de repères, désorientation, troubles liés à l'enfermement : agressivité/violence, effondrement psychique...)
- Patient dépressif sans risque immédiat ou imminent de passage à l'acte (risque de majoration des troubles dépressifs et éventuellement passage à l'acte en chambre d'isolement)

- Les mesures d'isolement ou de contention programmées ou "si besoin" sont à proscrire.
 - Le recours à l'isolement et à la contention ne doit en aucun cas être utilisé pour résoudre des problèmes administratifs, institutionnels, organisationnels ou pour répondre à une rareté des effectifs intervenants.
- <<sur décision d'un psychiatre>> : le choix du mot décision à celui de prescription n'implique donc pas la qualité thérapeutique de cette mesure et renforce l'intention sécuritaire. Ce choix des mots de la part du législateur est notamment étayé par la faiblesse de la preuve du bénéfice thérapeutique rapporté dans la littérature internationale. De plus, cela ouvre la voie du recours devant le juge administratif.
- <<une durée limitée>> : la question de la durée n'a pas été définie par le législateur et reste à l'appréciation d'un juge, le cas échéant. Cependant, il est entendu par <<durée limitée>>, le temps le plus court possible, se limitant au moment de la crise.
- <<Un registre>> : La tenue d'un registre est exigée par les autorités. Il permet un contrôle en quantifiant et en identifiant certaines circonstances de mise en place d'isolement et de contention afin de prévenir toute utilisation abusive. Des contrôles ont déjà été réalisés par le CGLPL et l'ARS.

La contrainte en psychiatrie

Nous avons choisi pour sa clarté les repérages de Negroni A.A., professeur à l'Université de Gênes en Italie dans le département du Droit, lequel définit le concept de la contrainte en psychiatrie et le décline en 5 catégories⁶ :

➤ **La contrainte physique**

- Contrainte manuelle : utilisation de n'importe quelle méthode manuelle ou physique permettant d'immobiliser ou de réduire la capacité d'un patient à bouger ses bras, ses jambes, son corps ou sa tête.
- Contrainte mécanique : utilisation de tout appareil mécanique, matériel ou équipement permettant d'immobiliser ou de réduire la capacité d'un patient à bouger ses bras, ses jambes, son corps ou sa tête.
- Contrainte physique psychologique : utilisation de l'intimidation, d'ordre ou de pression psychologique par un ou plusieurs membres du personnel sur un patient dans le but de le forcer à faire (ou ne pas faire) quelque chose.

➤ **La contrainte chimique** : utilisation d'un médicament afin de gérer le comportement d'un patient ou de restreindre sa liberté de mouvement, et qui n'est pas utilisé à un dosage thérapeutique.

➤ **La contrainte environnementale** : restriction du libre accès d'un patient à tous les espaces.

➤ **La contrainte psychologique** correspond aux régimes, programmes thérapeutiques privant le patient de privilèges comme la participation aux activités.

➤ **La contrainte psycho-environnementale** : est une mesure de contrainte qui, au moyen d'une action sur une personne et sur ce qui l'entoure et/ou toute forme de pression psychologique qui a pour but et/ou effet de limiter la liberté de mouvements et/ou de choix de la personne.

⁶ Negroni A.A., On the concept of restraint in psychiatry - The European Journal of Psychiatry 2017

L'isolement

Défini par l'HAS, l'isolement est le placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement, lequel est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté.

<< L'isolement est une mesure limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation de l'isolement représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance.... Réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétences et de responsabilité. >>⁷

« Primum non nocere » (“En premier ne pas nuire”) est un principe admis en médecine qui signifie que toute pratique doit avoir prouvé son efficacité, sinon son innocuité avant d'être utilisée à des fins thérapeutiques.

Dans le cas de l'isolement et de la contention, les études s'y intéressant sont peu nombreuses et n'ont pas permis, et ne permettent pas à ce jour, de démontrer un intérêt thérapeutique à ces mesures. Certains leur attribuent cependant des vertus reposant sur la restriction de l'environnement, la diminution des stimulations extérieures, la régression en lien avec la relation maternante entretenue par les soignants ou encore la séparation physique des autres personnes. Ces bénéfices relevés sont à ce jour non fondés.

➤ Intérêts de l'isolement:

- Prévention d'un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui (bien que cela reste à démontrer) = fonction sécuritaire

⁷ Haute Autorité de Santé - Isolement et contention en psychiatrie générale - Méthode recommandations pour la pratique clinique - Février 2017

➤ Les complications de l'isolement:

- Traumatismes physiques (œdèmes, cyanoses, ulcères, troubles respiratoires, lésions hépatiques, blessures scapulaires, syndrome confusionnel, ...)
- Traumatismes psychiques (impact psychologique négatif : sentiments de peur, de colère, d'humiliation, de démoralisation, de déshumanisation, de dégradation, d'impuissance, de stress, de gêne, de "viol d'intégrité", résurgence d'événements de vie traumatiques, anxiété majeure, syndrome de stress post-traumatique...)
- Décès (risque thrombo-embolique, rhabdomyolyse, effets indésirables des neuroleptiques, lésions compressives la poitrine, asphyxie, syndrome confusionnel avec agitation...)
- Agitation
- Bris de matériel
- Tentative de suicide / suicide
- Fractures

L'HAS préconise également qu'une chambre soit toujours disponible pour accueillir un patient en vue d'une sortie de chambre d'isolement.

La contention mécanique

Définition HAS : Il existe plusieurs types de contentions, dont les contentions physiques et mécaniques :

- Contention physique (manuelle) : maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique.
- Contention mécanique : utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.

La définition de l'HAS pour la contention mécanique est identique à celle de l'isolement.⁸

➤ Complications liées à l'utilisation de contentions

- Traumatismes physiques (œdèmes, cyanoses, ulcères, troubles respiratoires, lésions hépatiques, blessures scapulaires, syndrome confusionnel, ...)
- Traumatismes psychiques (impact psychologique négatif : sentiments de peur, de colère, d'humiliation, de démoralisation, de déshumanisation, de dégradation, d'impuissance, d'atteinte à la dignité, de stress, de gêne, de "viol d'intégrité", résurgence d'événements de vie traumatiques, anxiété majeure, syndrome de stress post-traumatique...)
- Décès (risque thrombo-embolique, rhabdomyolyse, EI des neuroleptiques, lésions compressives la poitrine, asphyxie, syndrome confusionnel avec agitation...)

⁸ Haute Autorité de Santé - Isolement et contention en psychiatrie générale - Méthode recommandations pour la pratique clinique - Février 2017

Les vécus

- Vécu de patients ayant expérimenté l'isolement

Éléments issus de la littérature

L'isolement est vécu par la majorité des patients comme une expérience négative. Ils ressentent principalement un sentiment de punition et une majoration des angoisses. Il est également repéré un vécu traumatique⁹, augmentant la durée d'hospitalisation¹⁰.

L'étude française de Cano et Al en 2011 a mis en avant que les mesures coercitives allaient parfois à l'encontre des droits du patient : les patients expriment n'avoir pas pu bénéficier de suffisamment d'informations lors de leur placement en isolement, estimant que le motif justifiant de l'isolement n'était pas clair.

Les conditions d'isolement ont également été critiquées, notamment autour du confort qui semble parfois rudimentaire. Un quart des patients concernés par l'étude décrit l'espace d'isolement dans un état de "saleté", de "dégradation", comme un lieu "non vivable", associant la chambre à un "cachot" ou une "prison". Dans certaines chambres d'isolement, l'impossibilité d'avoir accès aux toilettes ou à un point d'eau a été relevée.

Là où la chambre d'isolement est parfois décrite comme un soin intensif, Drozdek en 2012 décrit dans son étude¹¹ le vécu de séparation des patients avec les soignants. Il met également en avant des ressentis d'humiliation.

⁹ Meehan T, Bergen H., Fjeldsoe K. Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed? - Issues and innovations in nursing practice 2004 p34

¹⁰ Cano N., Boyer L, Garnier C, Michel A., Belzeaux R., Chabannes J-M., Samuelian J-C., Harle J-R, 2011 - L'isolement en psychiatrie: point de vue des patients et perspectives éthiques. L'encéphale, 55.

¹¹ Drozdek D., Les chambres de soins intensifs en psychiatrie: étude descriptive du vécu des patients et de l'évaluation de l'effet thérapeutique par les soignants - Mémoire de Master 2012 – Université de Lausanne - Suisse

➤ Vécu des patients ayant expérimenté la contention

En 2010, une revue de littérature¹² répertorie des études faites entre 1966 et 2009 sur le vécu des patients ayant subi un épisode de contention physique.

Les résultats provenant d'une inclusion de 12 études ont été identifiés et regroupés en quatre thèmes :

- L'impact psychologique négatif (décrit par tous les participants des études),
- La « retraumatisation »,
- Les perceptions de pratiques non éthiques
- La sensation « d'esprit brisé »

Les vécus récurrents cités sont la colère, la peur, l'humiliation, le sentiment de déshumanisation, la démoralisation, l'impuissance, la détresse, l'embarras et le sentiment que l'intégrité de leur personne a été violée.

Bien que certains participants aient pu rapporter des ressentis positifs comme la réduction du risque de blessures physiques, un sentiment de sécurité, l'impression d'être davantage aidé par l'équipe soignante, les ressentis négatifs sont prédominants (seuls 3 études rapportent des ressentis positifs, là où nous retrouvons des effets négatifs dans les 12 études)

Pour certains participants, l'expérience de contention leur a rappelé des traumatismes vécus dans leur histoire de vie, notamment des violences tel que des viols ou des abus.

Dans la moitié des études, les patients ont eu le sentiment d'être punis, d'être victimes de pratiques inacceptables de la part des soignants. Pour certains, ils se sentaient menacés par l'équipe de soin, ou encore avaient l'impression d'être un animal de laboratoire, soumis à des expériences.

Autres aspects mis en évidence dans ces études, le sentiment d'impuissance, de soumission. Il est évoqué l'impression d'avoir l'esprit brisé. Il a également été observé, pendant la période de contention, une acceptation progressive devant le ressenti inéluctable de la mesure.

Dans le cas de contention répétée, il a été observé une certaine habitude, abolissant les impacts émotionnels.

Une étude française¹³ met en avant une certaine relation dominant/dominé, de pouvoir des soignants à l'encontre des patients dans les épisodes de contention. L'impuissance et la déshumanisation citées

¹² Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. Int J Ment Health Nurse. Décembre 2010

¹³ Palazzolo. J, Lachaux.B, Chabannes.J.P, Isolement, Contention et Contrainte en Psychiatrie, Rapport du CPNLF, Média Flash, Paris, 2000

précédemment y sont également retrouvées. Aucun des patients n'a ressenti d'effets positifs à la contention, ni de sécurité ou de réconfort mais au contraire, un important sentiment de peur et de vulnérabilité.

➤ Témoignages de patients

Voici quelques témoignages¹⁴ de personnes ayant fait l'expérience de l'isolement et/ou de la contention :

« Le gros problème que j'ai avec les contraintes, c'est que vous commencez à vous sentir vulnérable et vous commencez à penser à des choses imaginaires comme des gens qui vont vous blesser, notamment le personnel. Puisqu'ils sont tenus par la loi de toujours vous surveiller, vous les voyez toujours vous regarder par la fenêtre pendant que vous êtes allongé là, vous savez , c'est effrayant. Très effrayant.»

Homme, isolé à l'adolescence (12 ans)

« J'ai été placé dans une unité psychiatrique pour adolescents. J'étais là dans un contexte d'abus et pendant mon séjour on m'a mis en isolement, que nous avons appelé la pièce capitonnée. On m'a mis là-bas et je me suis déshabillé, et j'ai été obligé d'y rester pendant 5 heures parce que j'ai refusé de regarder une vidéo d'agression sexuelle. Au lieu de me laisser rester dans ma chambre et de parler à mon infirmière à ce moment-là, ils m'ont dit que si je ne suivais pas les règles c'était là où je devais aller. »

Femme isolée et contenue pendant l'adolescence

« Je pense qu'ils devraient te parler quand tu veux qu'ils te parlent. Fondamentalement, vous êtes un être humain, pas un animal. Même si un animal était attaché à plat sur le sol, la Humane Society aurait un problème avec cela. »

Homme

¹⁴ Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), (2005) Roadmap to seclusion and restraint free mental health services. DHHS Pub. No. (SMA) 05-4055. Rockville, MD: SAMHSA. http://www.asca.net/system/assets/attachments/2661/Roadmap_Seclusion.pdf?1301083296 (Accessed 20 January 2017)

« Ils disent agir comme un adulte. S'ils veulent que je me comporte comme un adulte, ils devraient me traiter comme tel. La façon dont je devrais être traité et la façon dont vous voudriez être traité. »

Femme

« J'ai été dans en isolement environ sept fois. J'ai eu des expériences où j'ai eu 7 ou 8 personnes qui m'ont forcé à me rentrer en isolement, parfois ils étaient moins. C'est très dégradant parce que quand on vous y met même en tant que fille ou femme, il ne vous reste plus que vos sous-vêtements, une chemise de papier et un matelas qui n'a rien dessus. »

Femme

« La peur est fondamentalement une grande chose. Tu es vulnérable. La chambre d'isolement est parfois utilisée comme une punition et non comme une thérapie. Je ne pense pas que le fait de traiter quelqu'un comme un animal est vraiment une thérapie. Je pense que beaucoup de membres du personnel ont peur des patients. Et ils réagissent à cette peur en contrôlant les patients et en n'essayant pas de les traiter. »

Homme

« La seule façon de survivre là-bas était de me replier sur moi-même et cela m'a mis plus en colère. »

Femme isolée et contenue pendant l'adolescence

« Ensuite, ils ont ces contraintes ; ils sont vraiment sadiques d'une certaine manière. Vous êtes étalé de sorte que vous ne pouvez vraiment pas bouger. Vous ne pouvez pas avoir de circulation. Tu ne peux rien faire. Et ils le font et quand ils le font sur le ventre, vous ne pouvez même pas respirer. Et l'instinct humain quand vous êtes écartés est de vous lever pour que vous luttiez constamment contre ces choses. »

Homme

« J'ai entendu parler de gens qui essayaient de se libérer de leurs contraintes et qui se blessaient. Je n'ai jamais essayé, mes pieds sont trop grands et j'avais peur de les perdre. »

Homme

« Je finissais toujours par me faire plus de mal à cause de ce qu'ils faisaient, au lieu de moins »

Femme

« C'est le facteur de la peur. Je deviens paranoïaque et c'est pourquoi je me soigne dans un endroit comme ça. Je deviens plus paranoïaque pendant que je traverse ce processus parce que, en raison de mon niveau d'énergie, j'effraie les gens. Je ne suis pas une personne méchante. Je ne blesse pas les gens. Je n'arrache pas les ailes des mouches. Je suis un gars sympa ; Je ne chasse et ne pêche même pas. Je ne mets même pas de vers sur les crochets ; ce n'est pas mon truc. Mais je suis très bruyant et très énergique et cela effraie les gens. Et je suis assez grand et cela effraie aussi les gens. Mais à moins que je ne suive un régime, que mes cordes vocales soient coupées, et que je perde mes jambes juste pour pouvoir me faire soigner dans un hôpital d'État quand je suis paranoïaque. »

Homme

« Ils ont dit que dès que j'arrêteraient d'être en colère, ils me laisseraient sortir. Pendant ce temps, vous êtes nu sur votre lit, attaché avec votre porte ouverte et ils se demandaient pourquoi vous ne vous calmez pas. »

Femme

« Adolescent dans la retenue et dans la solitude. En chambre d'isolement, c'est la même chose mais avec des gens qui vous regardent. Ils vous regardent toujours avec leurs yeux perçants. C'est très effrayant. C'est très effrayant. »

Homme

« Après avoir ouvert la porte et m'avoir traîné à l'intérieur, ils ont dit : « Eh bien, vous ne pouvez pas garder vos vêtements pour des raisons de sécurité. Et ils m'ont fait me déshabiller. Il y avait une caméra de vidéo-surveillance constamment pointée sur moi. Pour une fille qui est maladroite et qui est là pour des problèmes d'abus à la maison, tout ce que j'ai fait c'est prolonger ma haine. »

Femme ayant vécu une période d'isolement pendant l'adolescence

« Je sais que cela a aggravé ma peur. J'étais là pour obtenir de l'aide afin de ne plus me blesser et devenir

une meilleure personne. Il m'a juste rendu plus en colère et n'a rien fait pour rien.»

Femme

« Si c'était vraiment dur, je dirais que c'est une forme de pratique paresseuse et nuisible qui produit un effet similaire, donc si vous ne pouvez pas enfermer quelqu'un dans une petite pièce, vous pouvez le soigner au point qu'il ne puisse à peine bouger »

Femme

"J'étais attaché encore et encore. C'était terrifiant, déshumanisant, dégradant, et douloureux. Avec les contentions, j'ai reçu une injection forcée d'Haldol. Non seulement le cuir mordait dans mes poignets, mais mon corps était envahi par une substance qui a causé un sentiment de violation interne intense.

"

"L'isolement ? c'est l'enfer"

Homme

➤ Vécu des soignants

D'autres études centrées sur les infirmiers en santé mentale montrent qu'ils sont également affectés par les mesures d'isolement et de contention. 22% d'entre eux auraient été blessés lors de leur dernière utilisation de mesures de contention¹⁵. Des conséquences psychologiques ont également été observées chez des infirmiers, directement en lien avec les mesures de contention. Il a été exprimé de l'anxiété, une sensation inconfortable, de la frustration, de la colère, de l'impuissance, et également de la

¹⁵ Stubbs B. (2009), the manual handling of the aggressive patient: A review of the risk of injury to nurses. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16(4), 395-400

Lee S., Gray R., Gournay K., Wright S., Parr A., Sayer J. (2003), View of nursing staff on the use of physical restraint, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 10(4), 425-430

retraumatisation pour ceux ayant vécu un traumatisme antérieurement¹⁶. Certains de ces symptômes peuvent caractériser un syndrome de stress post-traumatique¹⁷.

Divers mécanismes de défenses sont employés par les soignants afin d'occulter ces ressentis négatifs, notamment dû au conflit de valeurs professionnelles de l'infirmier (alliance thérapeutique, empathie...) et le besoin d'assurer et de maintenir un certain contrôle et la sécurité¹⁸. Pascale Corneau et al note « *l'impact négatif sur la relation infirmier(ère)-patient* » et les effets connus « *pour enclencher un cycle « agression-coercition » entre les patients et le personnel infirmier* »¹⁹. De même, ces auteurs constatent que « *selon les travaux de Festinger²⁰ sur la dissonance cognitive, l'inconfort psychologique engendré par l'application de la contention mécanique est réduit, entre autres, grâce aux stratégies de justification « rationalisantes » observées chez les participants.* »

On retrouve l'humour pour dédramatiser certaines situations²¹ ou encore une sorte de banalisation de la contention, utilisée dans un fonctionnement automatique, de manière désaffectivée²²

¹⁶ Bigwood S. & Crowe M., (2008) it's part of the job, but it spoils the job: A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing* 215-222

Bonner G., Lowe T., Rawcliffe D., Wellman N. (2002), Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 465-473

Fish R. & Culshaw E. (2005), the last resort? *Journal of Intellectual Disabilities* 93-107

Gelkopf et al., (2009); Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in Mental Health Nursing* 758-763

Sequeira H. & Halstead S., (2004) The psychological effects on nursing staff of administering physical restraint in a secure psychiatric hospital: «When I go home, it's then that I think about it», *British Jnl Forensic Practice* 3-15

¹⁷ Moylan & Cullinan, 2011, Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 526-534

¹⁸ Bigwood & Crowe, 2008. *Ibid*

¹⁹ Pascale Corneau et al. « Contentions mécaniques en psychiatrie : étude phénoménologique de l'expérience vécue du personnel infirmier », *Recherche en soins infirmiers* 2017/1 (N° 128), p. 41-53. DOI 10.3917/rsi.128.0041, page 43

²⁰ Festinger L. *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford university press; 1962.

²¹ Sequeira & Halstead, 2004. *Ibid*

²² Sequeira & Halstead, 2004. *Ibid*

Les mesures de restrictions de Libertés

L'interpellation du Contrôleur général des Lieux de Privations de Libertés²³ a mis en avant la restriction des libertés des patients exercée dans les hôpitaux psychiatriques et la nécessité de réinterroger ces mesures. Le patient en psychiatrie, comme tout patient, et comme tout citoyen est une personne de droit. Il bénéficie notamment du droit d'aller et venir, de communiquer avec ses proches par exemple, sauf contre-indications médicales argumentées et justifiées.

Il est aujourd'hui difficile de justifier le port du pyjama à un patient (hors comme vêtement de nuit).

Nathalie Giloux écrit dans la revue Santé Mentale suite à un travail autour de ce vêtement sur CH du Vinatier : « Dans ce contexte [pyjama hospitalier uniformisé, mal taillé, matières inconfortables...], le pyjama n'est alors plus un habit douillet pour le confort du lit et de la nuit, il est plutôt une forme d'assujettissement du patient au soin. Le pyjama vient signifier la restriction de liberté quand le « droit à la santé » s'impose au-delà du libre arbitre. Ce vêtement est alors celui de la soumission au soin. Il ne doit pas cependant traduire la sanction et l'humiliation par une uniformisation dégradante »²⁴

Il en est de même pour les moyens de communication. Cela devrait également être applicable pour des patients en chambre d'isolement.

Chaque élément constituant des mesures de contraintes et de restrictions de libertés (visite/sortie/appel/vêtements/affaires personnelles/, etc.), en cas de nécessité circonstanciée et individualisée de restriction, doit être distinctement justifié et argumenté pour une durée limitée.

²³ Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, *Rapport d'activité 2016*

²⁴ Nathalie Giloux, «Le pyjama Hospitalier», *Revue Santé Mentale*, N° 206, Mars 2016

L'impact des contraintes dans le soin

Une revue de littérature permet de mettre en avant que les contraintes subies par les patients impactent significativement la qualité relationnelle et soignante durant leur hospitalisation.

Aux Etats-Unis, une étude²⁵ montre que 70 % des patients ont vécu une hospitalisation traumatisante ou angoissante. Les expériences traumatiques mises en avant sont les soins sans consentement, les mesures d'isolement et de contention, ou encore l'obligation de prendre un traitement.

En Angleterre, une étude²⁶ sur le vécu des patients hospitalisés sans consentement, réalisé dans 22 hôpitaux, pointe le fait que les patients, ayant mal vécu leur hospitalisation, pensaient que leur situation pouvait être gérée de manière moins coercitive (mesures alternatives)²⁷.

En Suisse et en Allemagne, des études ont comparé les unités de soins fermées et ouvertes et permettent de mettre en avant une diminution des situations d'agressivité, des mesures de contraintes, de l'administration de traitements forcée dans les unités ouvertes

Les conclusions de ces travaux permettent de dire que les mesures de contraintes ont un impact négatif sur l'adhésion aux soins des patients.

²⁵ Paksarian, Diana, Ramin Mojtabai, Roman Kotov, Bernadette Cullen, Katie L. Nugent, et Evelyn J. Bromet. « Perceived Trauma during Hospitalization and Treatment Participation among Individuals with Psychotic Disorders ». *Psychiatric Services* 65, n° 2 (février 2014)

²⁶ Katsakou, Christina, Diana Rose, Tim Amos, Len Bowers, Rosemarie McCabe, Danielle Oliver, Til Wykes, et Stefan Priebe. « Psychiatric Patients' Views on Why Their Involuntary Hospitalisation Was Right or Wrong: A Qualitative Study ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47, n° 7 (1 Juillet 2012)

²⁷ Jungfer, Hermann-Alexander, Andres R. Schneeberger, Stefan Borgwardt, Marc Walter, Marc Vogel, Stefanie K. Gairing, Undine E. Lang, et Christian G. Huber. « Reduction of Seclusion on a Hospital-Wide Level: Successful Implementation of a Less Restrictive Policy ». *Journal of Psychiatric Research* 54 (Juillet 2014)

Clinique et moindre recours

En 1992, la formation spécifique d'Infirmier de Secteur Psychiatrique en Psychiatrie est abandonnée laissant place à une formation généraliste d'Infirmier Diplômé d'État. Les enseignements en psychiatrie et santé mentale ont été drastiquement diminués, sans lien avec l'évolution des sciences et techniques alors que les missions sont croissantes et que la problématique psychiatrique, bien particulière, nécessite des savoirs spécifiques.

Réinterroger son rôle de soignant en psychiatrie et santé mentale est un axe indispensable du moindre recours à l'isolement et à la contention.

➤ La relation

La relation à l'autre est la base du soin en psychiatrie. Elle est le principe actif du soin (Jacky Merklings). Elle fait donc appel à des connaissances propres et des techniques spécifiques.

Tout d'abord, la relation soignant/soigné est singulière. Le patient, tout comme le soignant sont des individus avec chacun leurs vécus, leurs ressentis, leurs personnalités. Les interactions découlant de leur relation seront donc uniques.

L'objectif de cette relation est la recherche d'une alliance thérapeutique (AT). L'AT est définie comme une relation collaborative entre une personne soignante et une personne soignée pour ses troubles psychiques (Horvath, Greensburg, 1994)²⁸. Il s'agit de contribuer à la création d'une relation de confiance permettant au soignant et au patient de travailler ensemble à l'engagement de ce dernier dans un processus de changement et sa progression vers le rétablissement.

Cet objectif de rétablissement s'appuie sur les principes de Carl Rogers qui lui faisait dire que « *tout individu possède le potentiel pour trouver sa propre réponse à ses difficultés* ».

On peut différencier différents types de relation :

- La relation de civilité
- La relation fonctionnelle
- La relation de confiance
- La relation d'aide

²⁸ Horvath A. O., Greenberg L. S. (1994). *The Working Alliance : Theory, research and practice*. New York: Wiley.

Chacune de ces relations demandent une attention particulière de la part des soignants afin de les aborder dans une dimension soignante.

- **La relation de civilité** est la première rencontre avec le patient. Elle correspond, dans un premier temps, au moment où le soignant accueille le patient. C'est dans ces premières minutes après l'entrée du patient qu'il s'instaure, ou non, un climat de sympathie, de bonne ou de mauvaise opinion. Dans la majorité des cas, cela conditionnera la qualité, le vécu de l'hospitalisation. Accueillir le patient est une amorce du soin relationnel auprès de nos patients dont il est important de se saisir. Le soignant doit donc permettre au patient de se sentir à l'aise. Il salue, se présente, montre son intérêt, fait preuve de disponibilité. Cette relation de civilité se traduit également au cours de l'hospitalisation par le maintien de ce seuil minimal de la relation.
- **La relation fonctionnelle** a pour but de recueillir des données sur le patient pour mieux le connaître (problématique, environnement de vie, habitudes de vie...). Elle correspond au recueil de données, ou encore à la démarche de soins. Cette relation apporte réconfort et réassurance auprès du patient, car il est au cœur de la relation : *“on s'occupe de moi, on s'intéresse à moi”*. Pour les soignants, il est important de voir cette relation comme une recherche d'éléments permettant de comprendre une situation, d'investiguer des problématiques, dans le but d'accompagner vers un mieux-être et non pas uniquement comme un référencement de données anamnestiques.
- **La relation de confiance** permet au patient de se confier au soignant. La notion de confiance apparaît, nous sommes donc davantage dans l'intimité du patient, renforçant le lien de la relation. Cette étape est indispensable à l'alliance thérapeutique.
- **La relation d'aide** est un soin relationnel qui correspond à la capacité d'un soignant à amener toutes personnes en difficultés à mobiliser ses ressources pour mieux vivre une situation. Selon Carl Rogers, la relation d'aide est *“une relation permissive structurée de manière précise, qui*

permet au client d'acquiescer une compréhension de lui-même à un degré qui le rend capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation".

➤ Le rôle de l'infirmier

Parmi les nombreuses fonctions dévolues au Travail infirmier, nous retenons de manières préférentielles les fonctions suivantes :

- **Fonction contenante**, c'est à dire être en mesure de transformer les éléments bruts et négatifs du patient psychotique (éléments bêta) en éléments alpha, éléments assimilables et supportables pour le patient. Le soignant "détoxifie" la psyché du patient par la production d'éléments alpha lui permettant de vivre ses ressentis de manière moins violentes. (Bion²⁹)
- **Fonction maternante** est assurée notamment par l'approche corporelle du soin somatique, du nursing, et par la satisfaction des besoins primaires.
- **Fonction de répétition** scande le déroulement de l'institution, donne du sens au temps qui passe (éléments d'un entretien, cadre institutionnel...), fixe des éléments de stabilité. Permet le repérage dans le temps et dans l'espace, Mais c'est aussi mettre du sens à la répétition des mécanismes de défense des patients (répétitions des symptômes, des crises...) et de permettre par un accompagnement de faire rupture.

➤ Les qualités de l'infirmier

- **Empathie** : repose sur un désir et une capacité de compréhension de l'expérience de l'autre. Il s'agit d'avoir envie et d'être capable (en termes de capacités humaines, intellectuelles et affectives) de comprendre ce que l'autre vit. Il ne s'agit pas de vivre avec le patient ce qu'il ressent, ou de le vivre à sa place, mais de se mettre en position de chercher, de repérer, de

²⁹ Wilfred. R Bion – *Réflexion faite* - 1983 – Paris : Presses Universitaires de France – Le Développement de la pensée Schizophrénique (1956).

percevoir et de comprendre son ressenti et sa problématique. Cela permet donc de signifier au patient qu'il est important et qu'il peut se livrer davantage sur ce qu'il vit.

- **Chaleur** : témoigne de la sympathie, de l'intérêt que l'on peut avoir pour l'autre. Le soignant reconnaît que l'autre est unique et possède la capacité de faire ses choix. Il reconnaît que le patient possède en lui des qualités et des ressources. Ainsi, le malade reconnaît qu'il a le droit de penser différemment, qu'il a les moyens de faire ses propres choix, de mener sa vie comme il le souhaite et qu'il est digne d'attention.
- **Authenticité** : repose sur le souci d'un échange vrai, sincère, sans manipulation ni faux semblants. C'est avoir un discours et une présence adaptés au patient, à la situation clinique, au cadre de l'entretien, mais aussi à la contenance du soignant. C'est avoir une parole vraie. Cela permet au patient de voir que l'infirmier a la capacité à réfléchir, à ne pas avoir de jugement, à avoir du discernement, à faire preuve de discrétion.
- **Disponibilité** : capacité physique et psychologique d'être avec la personne. C'est une disponibilité dans le temps, dans l'espace, mais également intérieure pour être prête à accueillir ce que dit l'autre.
- **Créativité** : capacité à prendre des initiatives personnelles ou groupales en situation de soins, dans ou hors interactions avec le patient. C'est la capacité du soignant à créer, produire des idées neuves, réorganiser des éléments, diversifier et renouveler les modes d'accès au patient, combiner (au niveau relationnel, organisationnel, décisionnel...). La créativité alimente les répertoires de ressources individuels et collectifs.
- **La bonne distance ou encore juste présence** : concept qualitatif non mesurable, abstrait. Voici quelques définitions tentant de définir la juste distance :

Laurent Morasz : « *La bonne distance n'est pas une distance fixe à trouver, mais un objectif « théorique » à avoir en tête, pour nous rapprocher du patient quand nos « réactions » humaines*

tendent à nous en éloigner, et à nous en distancier quand ces mêmes « réactions » nous en rapprochent trop au risque de la confusion »³⁰

Pour Pascal Prayez :

- « *C'est la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places. »*

- « *C'est une qualité de présence favorisant la rencontre et le contact. L'affect n'est pas absent mais reste contenu, sans débordement de la part du professionnel, qui n'oublie pas la différence des places et le cadre de la rencontre. »*

- « *Donner un peu mais pas trop, être ni trop loin ni trop près ... Ces formulations restent quantitatives. Il s'agit d'être à la fois une personne qui échange spontanément avec autrui et un professionnel pris dans une norme d'emploi, d'être à la fois au contact des ressentis de chacun et à distance pour mieux observer et comprendre. »³¹*

Les jalons étant posés, nous pouvons aisément en faire ressortir les éléments relationnels initiaux contribuant au moindre recours à l'isolement et à la contention :

- Primat du mouvement d'aller vers, d'aller à la rencontre du patient afin de parvenir à une relation de confiance, en faisant preuve de certaines qualités.
- Parmi celles-ci, citons l'importance d'ouvrir des espaces transitionnels et de déployer une « transitionnalité de contact » (dimension et effets entactogènes)
- Aider le patient à contenir les éléments psychiques douloureux en faisant preuve de qualités relationnelles, de disponibilité.
- Importance d'accompagner le patient à son rythme, rythme qui lui est propre.
- S'appuyer sur l'équipe soignante comme ressource à la relation.
- Prendre des risques dans la relation, expérimenter, s'autoriser à, et être autorisé à.
- Importance de l'auto-évaluation individuelle, groupale (analyse de la pratique) et de la formation.
- Importance d'approcher le patient dans sa singularité et non de manière systématisée

³⁰ MORASZ, Laurent ; PERRIN-NIQUET, Annick. Et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie*. 2ème édition. France : Elsevier Masson. 2012. p.187

³¹ PRAYEZ, Pascal (coordonné par LORAUX Nicole). *Julie ou l'aventure de la juste distance, une soignante en formation*. France : Lamarre, 2005. p.213. ET PRAYEZ, Pascal (coordonné par SLIWKA Corinne). *Distance professionnelle et qualité du soin*. 2eme Edition. France : Lamarre. 2009. p.75

Prévention du recours à l'isolement et à la contention³²

La prévention du recours à l'isolement et à la contention se décrit sous 3 formes :

- **Prévention primaire** : comprend toutes les actions pouvant être mises en place en amont de toute situation.
- **Prévention secondaire** : comprend toutes les actions pouvant être mises en place lorsqu'une situation est installée.
- **Prévention tertiaire** : comprend toutes les actions pouvant être mises en place en aval des situations d'isolement et/ou de contention. Cela comprend les temps de reprise et d'élaboration autour des interactions violentes.

➤ Prévention primaire

- Politique d'établissement :
 - Refus de la banalisation : les pratiques d'isolement et de contention doivent relever de l'exceptionnel
 - Engagement institutionnel dans un changement des pratiques : EPP, groupes de travail, politique d'établissement
 - Soutien et accompagnement : réaction de la direction en regard aux initiatives soignantes.
 - Réflexion institutionnelle : CME, CSIRMT, recommandations...
- Droits des patients :
 - Prise de conscience de la notion de droits des patients afin d'interroger toutes pratiques systématisées, générant un effet sur les mesures de restrictions de libertés.

³² CRMC, Isolement et contention : Repères pratiques pour en limiter le recours, Mars 2017, 48 pages.
www-crmc-psy.fr

- S'appuyer sur des indicateurs :
 - Nombre d'appel à renforts, d'événements indésirables, de déclarations de situations de violences, de patients isolés, contenus, des durées de celles-ci, etc...
 - Analyse des situations aiguës n'ayant pas conduit à un recours à l'isolement et à la contention.

- Réflexion éthique sur les mesures de restrictions

- Formation des professionnels au moindre recours à l'isolement et à la contention, à la gestion de la violence, au désamorçage...

- L'organisation d'équipes transversales de renforts, versus apaisement, et d'assistance au soin

- Architecture et synchronisation des temps professionnels :
 - Rapprochement des bureaux médicaux, psychologues, assistants sociaux au sein des unités de soins
 - Espaces ouverts, favorisant la rencontre
 - Espaces d'apaisement

- L'équipe, unité de soin
 - Binôme cadre/médecin = portage de repère et sens sur le collectif
 - Implication médicale dans le portage du projet de soins de l'unité
 - Formaliser des temps d'échanges en équipes
 - Valoriser la valeur et la fonction des temps d'échanges informels interprofessionnels.
 - Permettre la confrontation des avis comme une mise en commun d'analyses diverses et donnant lieu à des argumentations
 - Supervision, analyse des pratiques
 - Favoriser le travail en collaboration avec les patients
 - Accordage entre la temporalité soignante et médicale : l'infirmier s'étaye sur le quotidien et la permanence des soins alors que celle du médecin est davantage tournée

vers l'instant et l'immédiateté de l'évaluation. Pertinence d'une synchronisation de ces temporalités dans les évaluations.

- Valoriser l'apprentissage par l'erreur en retour d'expérience, et non pas désigné un coupable/responsable au travers d'analyse de situation. L'erreur n'est pas constitutive d'une faute, c'est la persistance dans l'erreur qui le devient.

- Organisations de travail
 - Réaffirmer la dimension individuelle du soin
 - Dégager du temps de disponibilité soignante = disponibilité, contenance psychique
 - Permettre une continuité médicale (notamment en l'absence d'un médecin référent)
 - Arrêt des prescriptions "si besoin" d'isolement et de contention.
 - Permettre d'organiser la rencontre avec le patient:
 - accueil des patients
 - tour soignant
 - tour médical
 - ouvrir les portes des bureaux
 - Déterminer un effectif de soins, différent de l'effectif de sécurité
 - Affirmation de l'isolement comme temporairement limité dans la prise en charge
 - Maintenir une chambre pour accueillir un patient en attente de sortie d'isolement.
 - Utilisation d'espace d'apaisement, propre à chaque unité dans sa localisation et ses modalités
 - Limiter les ruptures et favoriser la continuité des soins et les continuités relationnelles
 - éviter au patient les changements de service

- Les pratiques professionnelles
 - Evaluation clinique : importance de la formation. Rôle d'évaluation de l'équipe soignante dans l'interrogation de la pertinence des mesures d'isolement et de contention.
 - S'intéresser au patient
 - Rendre le patient acteur

- Importance de la rencontre : première rencontre, connaissance du patient, historicisation du parcours du soin, des éléments intersubjectifs partagés. Renouveler la rencontre au quotidien
 - Restaurer et utiliser des médiations simples et facilement accessibles (Boissons, journal, et tout objet support...)
 - Renfort préventif / assistance au soin
 - La reprise de situations en équipe
 - Travail autour du cadre : travailler sur le bord du cadre
 - Valoriser le travail informel
- Le professionnel :
 - Connaissances théoriques, clinique et la connaissance du patient et de son entourage
 - La question du rôle propre
 - La fonction de disponibilité
 - La connaissance de soi, au sens défini par Laurent Morasz *“Comprendre ses réactions, c’est ainsi se donner les moyens de les maîtriser, et de les utiliser pour comprendre ce qui se passe pour le malade et entre le malade et nous. [...] Cette dimension analytique inhérente à tout exercice professionnel est exacerbée par la rencontre avec la maladie mentale.”*
 - Contre-attitudes, transfert/contre-transfert : prise de conscience, capacité de recul.
 - Question du pouvoir soignant = border, borner et réguler la dissymétrie de la relation.
- Formation des professionnelles, consolidation des savoirs, tutorat d’apprentissage et d’intégration
- Le collectif patient
 - Qualité de l’accordage entre patients = autorégulation du groupe favorisée par une ambiance patients/soignants favorable
 - Appui et valorisation des capacités « d’auto soin » des patients et du groupe patient.
 - Vigilance particulière pour certains patients (les plus connus, ceux qu’on oublie...)
 - Réflexion sur le dimensionnement des unités de soins, (jauge et surface).

➤ Prévention secondaire (Annexe 1)

- Description du logigramme
 - Situation d'agitation / troubles du comportement : Nous appelons « situation » tout épisode d'agitation, de trouble du comportement, ou toute autre manifestation dont la réponse préférentielle est le recours à l'isolement et à la contention. On peut citer par exemple : crise clastique, trouble du comportement de type manie, démence, agitation psychomotrice...
 - Evaluation :
 - La fonction de thermométrie³³ correspond à l'évaluation du niveau de quiétude du service, de l'ambiance, des tensions. C'est « *aller prendre la température du service* ». Elle peut être :
 - En lien avec le groupe de patient : se traduit par des informations non écrites, sonores, visuelles, tactiles, olfactives (ex : claquement de porte, cris, déambulation, démarches rapides, mouvements, regroupement, etc....). La sensibilité du soignant permettra de repérer précocement ces signaux, et ce décodage habituel/inhabituel.
 - En lien avec le groupe soignant : identité des collègues présents à la prise de poste, présence ou non des intervenants de l'équipe pluriprofessionnelle, état émotionnel du groupe de travail en lien avec les vécus professionnels et personnels. Cela traduit dans certains cas l'ambiance du service, mais pas nécessairement.
 - Il existe également les patients dits « thermomètres » : patients sensibles à l'ambiance du service, qui s'imprègnent des tensions. Nécessite une connaissance des patients.

³³ Jean-Paul. Lanquetin et Sophie Tchukriel, Rapport de recherche, L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie, 29 Février 2012 : Fonction mère: Thermométrie, page 249.

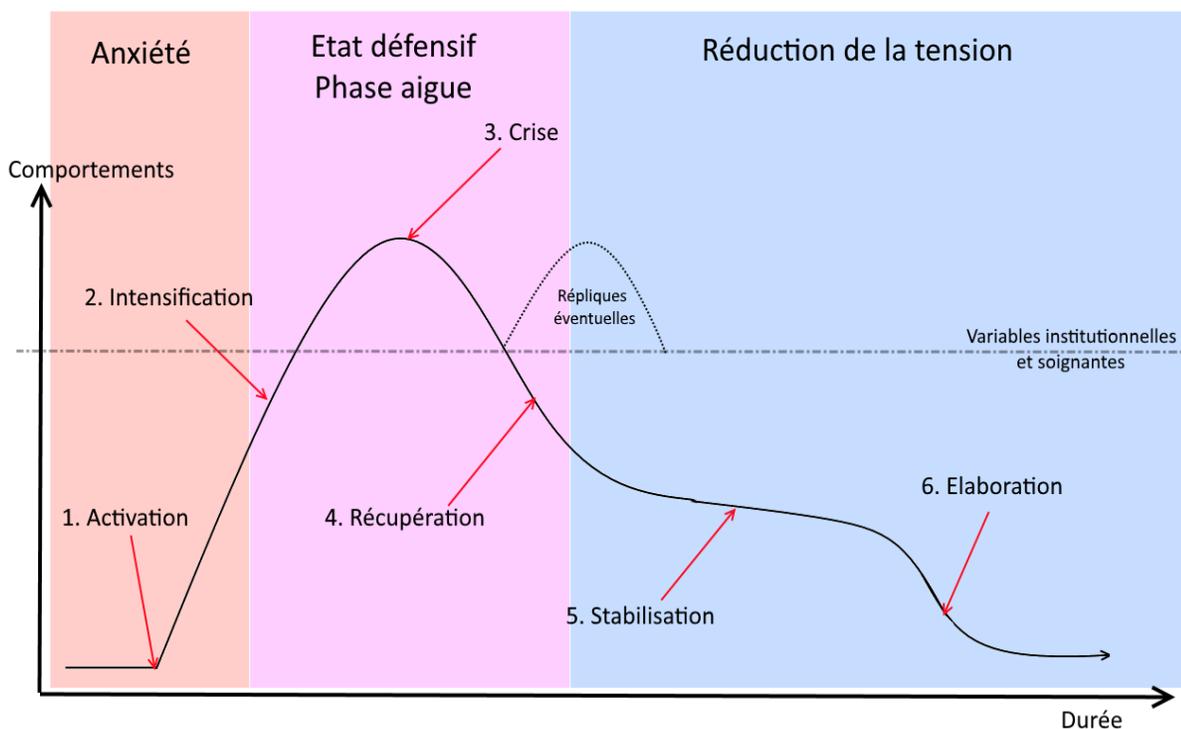
- Psychodynamique de la violence selon Laurent Morasz³⁴

Cette approche est décrite en 6 phases :

- ◆ **Phase d'activation** : lors de la survenue d'un fait ou d'un sentiment nouveau (peur, anxiété), un stress important apparaît
- ◆ **Phase d'intensification** : si la personne n'est pas capable de gérer ce stress, il va s'accroître et cela va provoquer une augmentation de la frustration, de l'excitation et la situation va s'intensifier
- ◆ **Phase de crise, passage à l'acte, agir avec ses possibilités de réplique** : c'est l'apogée de la situation dans laquelle il y a un débordement des tensions internes. La personne ne gère plus rien, et la crise explose, elle va se comporter de manière désinhibée
- ◆ **Phase de récupération** : après la phase intense de la crise, il est d'usage que la personne reprenne le contrôle de soi et de ses pulsions agressives. Cette phase est critique, car à tout moment, si de nouveaux stimuli apparaissent, la crise peut se déclencher à nouveau. C'est le principe d'un processus dynamique.
- ◆ **Phase de stabilisation technique** : l'irritabilité de la personne est suffisamment contenue pour qu'un intervenant puisse travailler l'acte violent avec la personne
- ◆ **Phase de reprise et d'élaboration** : permet de mettre en mots et comprendre ce qui s'est produit en faisant le lien entre l'acte violent et les processus psychiques afin de trouver un sens à ce qui s'est passé.

³⁴ Morasz, Laurent, « *Comprendre la violence en psychiatrie : approche clinique et thérapeutique* », édition DUNOD, 2002

Courbe psychodynamique de la violence



➤ Légende :

- Variables institutionnelles et soignantes : En fonction du degré d'application des préventions primaires, secondaires et tertiaires, cet axe peut monter ou descendre. Dans certains hôpitaux, certains services, une même situation ne sera pas perçue de la même manière et donc pour une même crise, les actions, les réponses ne seront pas forcément identiques
-

L'importance de connaître cette dynamique nous permet d'être en mesure d'intervenir non pas seulement au moment de la crise, mais plus précisément à trois niveaux : avant (prévenir), pendant (contenir) et après (élaborer) l'incident violent. Laurent Morasz (2002) préconise de travailler dès que possible à n'importe laquelle de ces étapes, voire même à plusieurs étapes afin d'obtenir des résultats concluants.

- Sémiologie particulière : implique une connaissance du patient. Exemples : rupture relationnelle, multiplication des demandes, repli, majoration des déambulations, cris, évitements etc...
- Repérage de patients "thermomètres" : permet un décryptage précoce de certaines situations en prenant une fonction d'alerte et de sentinelle.
- Indicateurs d'alertes : Importance de la mise en mots, de confrontations des avis, des ressentis des équipes soignantes. La mise en mots du sentiment de sécurité et d'insécurité peut être source d'enseignements. Quand ces repérages ne sont pas verbalisés, nous observons un phénomène de clôture des espaces (fermeture du bureau infirmier, isolement des soignants). La verbalisation et le réfléchissement des éléments de ressenti « *sécure* » contribue à la dimension contenante de l'équipe et des soins.
- Actions, Phase d'activation :
 - Aller vers la situation afin d'essayer d'en identifier les sources. Se déplacer physiquement. La réactivité des soignants à « *aller vers* » permet d'amorcer précocement un travail d'identification, de décryptage et de désamorçage. En fonction de l'analyse de la situation par le soignant, « *aller vers* » aura plusieurs buts et conséquences.
 - Décryptage : S'interroger sur ce qu'il se passe : origine de l'agitation ? Évaluation de la situation : niveau d'agitation psychomotrice ? habituel ? inhabituel ? remettre dans le contexte du patient, de l'unité.... Source individuelle ? groupale ?
 - Disponibilité : Être présent psychologiquement et physiquement. Pas forcément dans un engagement direct, présence aux abords de la situation, au sein du lieu, un peu à distance. Présence détournée (présence dans les locaux, occupation différenciée, lire le journal...), accompagner éventuellement la situation suivant son acceptabilité, son origine, ses effets...
 - Interagir avec le groupe : Quel est le niveau de quiétude/inquiétude du groupe ? Quelle est son niveau de perturbation ressenti ? Interagir de façon indirecte et tierce.
 - Approcher le patient, engager une relation : échanger sur ce qui se passe dans la pièce, utiliser l'environnement dans la relation. Privilégier une approche « oblique » et non

frontale. S'appuyer sur le contexte sans interpellier directement sur la situation de tension et repérer ainsi son niveau d'attention.

- Intervenir sur l'environnement : proposer une activité : faire rupture, distraire, faire diversion (évaluation de la distractibilité). Utilisation de clés relationnelles. Importance de la connaissance du patient. Capacité à s'adapter et adapter ses actions en appui sur une évaluation circonstanciée d'un risque potentiel. Importance d'un soutien hiérarchique.
- Capacité à verbaliser : Quelle est la demande du patient ? De quoi a-t-il besoin ? Que pouvons-nous faire pour vous aider ? Vous nous confirmez que vous n'allez pas bien ? Favoriser les interactions avec échanges confirmatifs.
- Médiation verbale : entretien dans un bureau, dans le couloir ou déambulatoire quand il s'agit de prendre en considération le besoin de décharge motrice.
- Apprécier la situation : individuellement et singulièrement. Refuser toute systématisation de réponse coercitive. Si les situations peuvent être semblables, elles ne sont jamais identiques et donc non systématisables.
- Gérer la frustration : ne pas opposer une fin de non-recevoir rigide qui va déclencher le mouvement agressif ou d'agitation. Fonction d'accompagnement au cadre³⁵.
- Autorité/fermeté rassurante pour « border » le développement de l'agitation et favoriser le désamorçage.
- Faire appel aux ressources internes du service : médecins, cadre, etc... On ne parle pas ici de renforts mais de la mobilisation des ressources réelles et symboliques propres à l'unité.
- Techniques de désamorçage : ensemble de techniques permettant l'apaisement d'une situation :
 - **Dérivation** : proposer autre chose, faire rupture, faire diversion
 - **Désescalade** : Rechercher un apaisement de la situation par palier
 - **Décalage** : provoquer la surprise chez le patient, interloquer
 - **Marche à petits pas** : accompagner le patient dans ses déambulations
 - **Espace d'apaisement**
 - **Accolade thérapeutique** : rapprochement d'un ou plusieurs soignants auprès du patient dans la recherche d'une contenance suffisante

³⁵ Jean-Paul. Lanquetin et Sophie Tchukriel, Rapport de recherche, L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie, 29 Février 2012 : Fonction primaire: Accompagnement au cadre, pages 150-152.

- **Dialogue de crise**
 - **Immobilisation thérapeutique** : immobilisation manuelle du patient afin d'obtenir un apaisement du patient (recherche d'un relâchement musculaire et psychique)
 - etc...
- Actions : Phase d'intensification
 - Soustraction : inviter le patient à se soustraire du groupe et de ses stimuli. Cela permet également de rompre parfois avec l'image et le rôle que peut se donner le patient dans le collectif.
 - Reconnaître son inquiétude afin de remettre de la symétrie dans la relation avec le patient. Exprimer sa préoccupation devant le côté inhabituel de la situation.
 - Rendre le patient acteur de son choix : faire le constat avec le patient de l'impossibilité pour lui de s'apaiser, de verbaliser. Le solliciter sur les alternatives.
 - Instaurer une proximité physique, dans un contact physique gradué en fonction du contexte, de la situation et de la connaissance du patient.
 - Instaurer un dialogue de crise : ce dialogue propose de s'intéresser à l'expérience phénoménale que vit le patient en lui donnant toute la place nécessaire³⁶.
 - Intervenir physiquement : Intervention qui ne doit pas être pensée comme nécessairement suivie d'isolement et de contention. C'est une étape de contenance.

➤ Prévention tertiaire

- Le patient connu pour avoir des interactions violentes
 - Rôle de l'équipe pluri-professionnelle = désamorcer l'anxiété de l'équipe
 - Elaboration des contre-attitudes : la répétition de passage à l'acte peuvent générer un développement de contre-attitudes, notamment pour les patients dits "difficile", déshumanisant le soin et facilitant l'accès aux mesures de restrictions et de contraintes.
 - Refus de la systématisation
 - Accueil du patient

³⁶ Bangerter Gilles, Graz Bertrand, Stantzios Alexia, « L'évaluation d'une technique d'entretien visant à améliorer l'accueil et le pronostic des patients en psychose aiguë », *Recherche en soins infirmiers*, 3/2012 (N° 110), p. 90-90.
URL : <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-90.htm>

- Entretien et renforcement des capacités d'autocontrôle

- Penser le pendant et l'après
 - Reprise de la situation : en direction des intervenants, de l'équipe référente, du patient
 - Utilisation d'outils (grilles de débriefing...)

Conclusion

Les pratiques d'isolement et de contention sont sans doute les pratiques psychiatriques les plus exposées au niveau médico-légal et éthique.

La discipline psychiatrique est actuellement l'objet d'une interpellation de fond à travers l'encadrement réglementaire, voir sur-réglementaire et juridique de pratiques restées dans un champ jusqu'alors sous réglementées en regard notamment des autres pays européens.

Ces questionnements viennent essentiellement de l'extérieur de notre discipline. Dans notre champ disciplinaire, cette réflexion est resté longtemps difficile, voire impossible tant elle mobilise tous les champs du soin et des valeurs (clinique, psychopathologique, environnementale, situationnel, interactionnel, organisationnel, réglementaire, institutionnel, administratif et éthique) et souvent oppose les professionnels.

Entre pratiques sécuritaires et pratiques de soins, entre nécessité du moment et volonté de réduire ces recours, un travail de réflexion sur ces questions constitue donc une invitation à rentrer dans ce cercle, pour en trouver de l'intérieur des points de ruptures. Ce contexte réglementaire et contraint peut constituer ainsi une fenêtre d'opportunité pour retrouver une confrontation de paroles et de retour d'expériences qui ont tant fait défaut ces dernières années dans les équipes et la discipline sur ces points.

Sur notre établissement, ce travail traduit une volonté de mise en formalisation de l'expérience de l'unité Hélianthe du Centre Hospitalier de Saint-Cyr au Mont d'Or (Annexe 2).

Rappelons que suite à une restructuration interne de l'établissement en septembre 2016, l'équipe soignante de cette unité à réinterroger le soin, le sens de ce dernier et particulièrement les dimensions du rôle de l'infirmier en psychiatrie. Cette expérience de modification de pratiques a permis de diminuer considérablement le recours à l'isolement et à la contention ainsi qu'à toutes mesures de restrictions de liberté des patients.

L'ensemble de l'équipe n'aurait pas imaginé de telles évolutions au début de cette réflexion il y a moins de deux ans particulièrement dans son pouvoir d'agir. Philippe Paumelle notait à ce propos à la fin de sa thèse (1953) que les équipes d'alors qui ont œuvrées dans ce sens ont fait preuve « *d'un étonnant oubli des étapes franchies, intriquées qu'elles étaient avec leurs propres évolutions affectives* »³⁷

Fort de cet enseignement, c'est dans une dimension institutionnelle que cette réflexion mérite maintenant d'être partagée.

³⁷ Paumelle, Philippe, *Essai de traitement collectif du quartier d'agités*, Edition ENSP, Rennes, 1999.

Notons que le vécu des soignants devant ce changement a été très bénéfique, objectivé par une diminution de l'absentéisme et un plaisir au travail. L'équipe infirmière a pu réinvestir son rôle propre, prendre des initiatives, des risques, soutenu par l'encadrement et le corps médical, et toujours dans l'intérêt de nos patients.

Nos prochaines étapes porteront sur la mise en place d'indicateurs en lien avec les effets liés à ces évolutions de pratiques de moindre recours, du côté des patients et des équipes ;

Nous pensons :

- A une traçabilité précise du moindre recours
- A une évaluation dans la construction de l'alliance thérapeutique
- A un suivi du parcours de soins en amont de l'hospitalisation temps plein dans l'adhésion au relai sur les structures ambulatoires.
- Aux modalités des ré hospitalisations, particulièrement en lien avec les taux de HSC (Hospitalisations sous contrainte)
- A une évaluation des durées moyennes de séjours
- A un relevé sur les taux d'absentéisme/présentéisme et à la stabilité des personnels
- A définir des indicateurs de qualité de vie au travail.
- Particulièrement en lien avec une meilleure adéquation du couple contribution/rétribution

A l'issue de ces évolutions, nous pouvons isoler une variable importante. Il s'agit du regard que nous portons sur le patient, et plus précisément, sur les éléments qui peuvent conditionner ce regard, en premier lieu desquels une approche situationnelle et interactionnelle.

Cette approche dans le sens d'une opposition fond/forme peut se traduire par cet aphorisme poétique de Berthold Brecht :

« On dit d'un fleuve emportant tout qu'il est violent, mais on ne dit jamais rien de la violence des rives qui l'enserrent. »

Bibliographie

➤ Ouvrages

- **Bion Wilfred. R.** - *Réflexion faite* - 1983 - Paris : Presses Universitaires de France - *Le développement de la pensée Schizophrénique* (1956)
- **Merkling Jacky** - *Le métier d'infirmier en santé mentale - Savoirs et pratiques* - Edition Seli Arslan - Février 2007
- **Moras Laurent & Cie** - *L'infirmier en Psychiatrie* - Elsevier Masson
- **Moras Laurent** - *Comprendre la violence en psychiatrie* - Edition DUNOD - 2002
- **Paumelle, Philippe**, *Essai de traitement collectif du quartier d'agités*, Edition ENSP, Rennes, 1999.
- **PRAYEZ, Pascal, Julie** ou *l'aventure de la juste distance, une soignante en formation. France : Lamarre, 2005. p.220*

➤ Articles

- **Bangerter Gilles, Graz Bertrand, Stantzos Alexia**, « *L'évaluation d'une technique d'entretien visant à améliorer l'accueil et le pronostic des patients en psychose aiguë* », *Recherche en soins infirmiers*, 3/2012 (N° 110), p. 90-90
- **Bigwood S. & Crowe M.**, (2008) *It's part of the job, but it spoils the job: A phenomenological study of physical restraint*. *International Journal of Mental Health Nursing* 215-222
- **Bonner G., Lowe T., Rawcliffe D., Wellman N.** (2002), *Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 465-473
- **Cano N., Boyer L, Garnier C, Michel A., Belzeaux R., Chabannes J-M., Samuelian J-C., Harle J-R**, 2011 - *L'isolement en psychiatrie: point de vue des patients et perspectives éthiques*. *L'encéphale*, 55.
- **Center for Mental Health Services**, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), (2005) *Roadmap to seclusion and restraint free mental health services*. DHHS Pub. No. (SMA) 05-4055. Rockville, MD: SAMHSA. http://www.asca.net/system/assets/attachments/2661/Roadmap_Seclusion.pdf?1301083296 (Accessed 20 January 2017)
- **Drozdek D.**, *Les chambres de soins intensifs en psychiatrie: étude descriptive du vécu des patients et de l'évaluation de l'effet thérapeutique par les soignants* - Mémoire de Master 2012 - Université de Lausanne - Suisse

- **Festinger L.** *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford university press; 1962
- **Fish R. & Culshaw E.** (2005), *The last resort? Journal of Intellectual Disabilities* 93-107
- **Friard, Dominique**, De l'agitation à la violence, revue Santé Mentale, N°187, avril 2014, pages 20-24
- **Gelkopf et al.**, (2009); *Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint*. *Issues in Mental Health Nursing* 758-763
- **Giloux Nathalie**, «Le pyjama Hospitalier», *Revue Santé Mentale* N° 206, Mars 2016
- **Horvath A. O., Greenberg L S. (1994)**. *The Working Alliance : Theory, research and practice*. New York: Wiley.
- **Jungfer, Hermann-Alexander, Andres R. Schneeberger, Stefan Borgwardt, Marc Walter, Marc Vogel, Stefanie K. Gairing, Undine E. Lang, et Christian G. Huber.** « Reduction of Seclusion on a Hospital-Wide Level: Successful Implementation of a Less Restrictive Policy ». *Journal of Psychiatric Research* 54 (juillet 2014)
- **Katsakou, Christina, Diana Rose, Tim Amos, Len Bowers, Rosemarie McCabe, Danielle Oliver, Til Wykes, et Stefan Priebe.** « Psychiatric Patients' Views on Why Their Involuntary Hospitalisation Was Right or Wrong: A Qualitative Study ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47, n° 7 (1 Juillet 2012)
- **Lee S., Gray R., Gournay K., Wright S., Parr A., Sayer J.** (2003), *View of nursing staff on the use of physical restraint*, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10(4), 425-430
- **Meehan T, Bergen H., Fjeldsoe K.**. *Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed? - Issues and innovations in nursing practice* 2004 p34
- **Moylan & Cullinan**, 2011, *Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 526-534
- **Negroni, A.A.** « On the Concept of Restraint in Psychiatry ». *The European Journal of Psychiatry* 31, n° 3 (Juillet 2017): 99104. -<https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.05.001>.
- **Paksarian, Diana, Ramin Mojtabai, Roman Kotov, Bernadette Cullen, Katie L. Nugent, et Evelyn J. Bromet.** « Perceived Trauma during Hospitalization and Treatment Participation Among Individuals With Psychotic Disorders ». *Psychiatric Services* 65, n° 2 (février 2014)
- **Parchappe, Maximien**, *Les principes à suivre dans la fondation et la construction d'asiles d'aliénés*, 1853

- **Phaneuf Margot** - *L'alliance thérapeutique comme instrument de soins* - Mars 2016
<http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf> consulté le 12/01/2018
- **Rohr Loïc et Lanquetin Jean-Paul**- *Moindre recours, comment faire? ...* - Revue Santé Mentale - Novembre 2017
- **Sequeira H. & Halstead S.**, (2004) *The psychological effects on nursing staff of administering physical restraint in a secure psychiatric hospital: «When I go home, it's then that I think about it»*, British Jnl Forensic Practice 3-15
- **Stubbs B.** (2009), *The manual handling of the aggressive patient: A review of the risk of injury to nurses*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16(4), 395-400
- **Strout TD.** *Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature*. Int J Ment Health Nurs. Décembre 2010

➤ **Rapports**

- **CARRÉ Raphaël**, *Contention physique : Revue de Littérature et étude qualitative du vécu des patients* - Travail de thèse 2014
- **Corneau Pascale** , *Contention mécaniques en psychiatrie : étude phénoménologique de l'expérience vécue du personnel infirmier*, Ecole des Sciences Infirmières, Ottawa, Canada, 2016
- **CRMC** - *Isolement et contention : Repères pratiques pour en limiter le recours* - Mars 2017
- **Lanquetin Jean-Paul et Sophie Tchurkiel** - *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie* - 29 Février 2012
- **Palazzolo. J, Lachaux.B, Chabannes.J.P**, *Isolement, Contention et Contrainte en Psychiatrie*, Rapport du CPNLF, Média Flash, Paris, 2000
- **Sérieux, Paul**, *Assistance aux aliénés*, rapport au Conseil Général de la Seine, 1903.

➤ **Textes réglementaires**

- **Article 72, loi 2016-41** du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, journal officiel du 27 Janvier 2016
- **Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté**, *Rapport d'activité 2016*
- **Haute Autorité de Santé** - *Isolement et contention en psychiatrie générale - Méthode recommandations pour la pratique clinique* - 2017

Annexes

Annexe 1 : Logigramme moindre recours :

Situation d'agitation / Troubles du comportement

Evaluation

Repérage:

- Fonction de thermométrie
- Détermination de la phase de l'interaction violente
- Sémiologie qui interpelle
- Indicateurs d'alertes

Phase d'activation

- Aller vers la situation
- Commencer un travail de décryptage
- renforcer l'offre de disponibilité
- Interagir avec le groupe
- Approcher le patient, engager une relation
- Intervenir sur l'environnement
- Evaluer la capacité du patient à verbaliser
- Proposer une médiation verbale (entretien)
- Apprécier la situation individuellement et singulièrement
- Gérer la frustration / négocier
- Recourir à une forme "d'autorité" et de fermeté rassurante
- Faire appel aux ressources internes au service

Techniques de désamorçage

Les stratégies alternatives ont été efficaces ?

Oui

Reprise de l'évènement avec le patient et le groupe patient

Non

Phase d'intensification

- Proposer au patient de se soustraire du groupe
- Reconnaître son inquiétude et/ou sa préoccupation de soignant
- Rendre le patient acteur de son choix
- Instaurer une proximité physique
- Instaurer un dialogue de crise
- Intervenir physiquement
- opérer à une contention par immobilisation manuelle

Techniques de désamorçage

Les stratégies alternatives ont été efficaces ?

Oui

Reprise de l'évènement avec le patient et le groupe patient

Non

Existe-il un risque de violence imminent pour autrui ou pour lui-même ?

Non

- Proposer d'autres stratégies ou interventions alternatives
- Réévaluation de l'efficacité des stratégies

Oui

- Initier l'isolement et / ou la contention
- Réévaluer la nécessité de l'isolement et / ou de la contention

Le maintien de l'isolement et / ou de la contention est-il nécessaire ?

Non

- Levée de la mesure dès que celle-ci n'est plus justifiée
- Reprise de l'évènement avec le patient

Oui

- Réévaluation des besoins du patient
- Surveillance
- Réévaluation constante de la nécessité de l'isolement et/ou de la contention

Annexe 2 :

**Synthèse du retour d'expérience du moindre recours à l'isolement et à la contention de l'unité
Hélianthe du Centre Hospitalier de Saint-Cyr au Mont D'or**

- ◆ Contexte de l'unité:
 - ◇ A l'origine : Unité fermée de 35 lits, comportant 2 chambres d'isolement et 2 chambres d'apaisement pour un effectif de 5 soignants par séquence de travail et 3 la nuit.
 - ◇ 2016 : restructuration de l'établissement de Saint-Cyr au Mont d'Or : suppression de 10 lits sur l'unité dont les 2 chambres d'apaisement. Suppression de postes soignants: l'effectif passe de 5 soignants par séquence de travail à 3 (de 3 à 2 la nuit)

- ◆ Questionnement :
 - ◇ Comment assurer des soins de qualités aux patients isolés toujours aussi nombreux sans délaissier les autres patients suite à la diminution des effectifs ?

- ◆ Actions :
 - ◇ Réinterrogation du rôle propre de l'infirmier en psychiatrie
 - ◇ Suppression de toutes les tâches afférentes au soin (tâches généralement liées aux mesures de restrictions de liberté : gestion téléphone, cigarettes, affaires personnelles, visites, sortie de l'unité...)
 - ◇ Ouverture de la porte d'entrée du service
 - ◇ Ouverture du bureau infirmier afin d'en faire un espace de rencontre pluriprofessionnelle/patients
 - ◇ Aménagement de l'unité afin d'habiter l'espace
 - ◇ Modification des pratiques d'isolement : arrêt des temps de sortie, amélioration du confort des patients, respect de la dignité.
 - ◇ Travail sur les différentes préventions (primaire, secondaire, tertiaire)

- ◆ Résultats préliminaires 2016/ 1^{er} semestre 2017
 - ◇ Diminution de 30% du recours à l'isolement
 - ◇ Diminution de 75% de la durée d'isolement
 - ◇ Diminution de 65% des journées totales d'isolement
 - ◇ Augmentation de 50% de la vacance des chambres d'isolement
 - ◇ Diminution majeure des situations de violence
 - ◇ Diminution de 30% de l'absentéisme
 - ◇ Plaisir au travail de l'équipe soignante, réappropriation du rôle propre de l'infirmier (clinique, décisionnel)

- ◆ Freins et limites:
 - ◇ Du fait d'une moindre occupation de nos chambres d'isolement, la mutualisation de ces dernières sur l'hôpital a multiplié par 3 les admissions de patients hors secteurs sur cette indication et sur l'unité Hélianthe. Cette situation nécessite alors de revoir une politique institutionnelle limitant ces effets de sous-traitance.
 - ◇ Réticences de certains professionnels face au changement (notamment médical)
 - ◇ Il persiste des patients dits «compliqués» ou «inadéquats» pour qui l'isolement et/ou la contention reste(nt) la réponse préférentielle en raison des difficultés à réinterroger ses propres ressources.