Centre Ressource Métiers et Compétences en psychiatrie



Isolement et contention:

Repères pratiques pour en limiter le recours

CRMC – Mars 2017



SOMMAIRE

PREAMBULE3			
INTRODUCTION			
1 PREVENTION PRIMAIRE	8		
1.1 L'institution			
1.1.1 La politique d'établissement			
1.1.2 Les droits du patient			
1.1.3 Les indicateurs			
1.1.4 Ethique et formation			
1.1.5 L'organisation des renforts			
1.1.6 L'architecture et synchronisation des temps professionnels	12		
1.2 L'équipe, l'unité de soins	14		
1.2.1 Des fonctions repères	14		
1.2.2 Echanges au sein de l'équipe	15		
1.2.3 Une culture partagée	16		
1.2.4 Dimension institutionnelle	17		
1.3 Les organisations de travail	17		
1.3.1 Les facteurs organisationnels	17		
1.3.2 les pratiques professionnelles	22		
1.4 Le professionnel : connaître et se connaitre	27		
1.4.1 Connaître	27		
1.4.2 Se connaitre	27		
1.5 Former les professionnels	28		
1.5.1 La formation initiale	29		
1.5.2 Consolidation des savoirs et tutorat	29		
1.5.3 Formations specifiques	30		
1.6 Observation clinique du collectif patient	30		
2 PREVENTION SECONDAIRE	32		



	2.1	Phase d'activation	33
	2.1.1	Indicateurs d'alerte et collectif « équipe »:	34
	2.1.2	les actions	34
	2.2	Phase d'intensification	36
3	PREV	ENTION TERTIAIRE :	39
	3.1	Le patient connu (ou représenté comme tel) pour avoir des interactions violentes	39
	3.2 l'après	La situation de mise en place de mesures de contrainte pour un patient : penser le pendant et préparer	40
ΡI	ERSPECT	IVES	41
В	IBLIOGR <i>A</i>	APHIE	42
٨	NINIEVE 1	· MEMBRES DI I GROUDE DE TRAVAII	47



PREAMBULE

Dès décembre 2015, le conseil d'administration du Centre Ressource Métiers et Compétences en psychiatrie a souhaité voir inscrit au programme d'action de celui-ci, la question de l'isolement et de la contention physique. Plus précisément, les attentes étaient centrées sur des repères permettant de déployer une réflexion au sein des établissements favorisant un moindre recours à ces pratiques.

Ainsi, depuis mars 2016, un groupe pluriprofessionnel¹ se réunit mensuellement afin de réfléchir, croiser ses expériences et formaliser un certain nombre de propositions.

L'actualité, au travers, d'une part, de la promulgation de la nouvelle loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et notamment de son article 72² et, d'autre part, du récent rapport du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL)³, est venue renforcer la nécessité de mener cette réflexion.

La loi du 26 janvier 2016 identifie cette pratique comme « une pratique de dernier recours »⁴, ce qui est le cas en effet et en général pour les professionnels qui y sont confrontés. Mais ce texte ne nous dit pas comment éviter ce dernier recours et surtout quels sont les autres recours qui le précèdent. On retrouve cependant des éléments concernant ces alternatives dans les récentes recommandations de la Haute Autorité de Santé⁵⁶. La volonté du législateur est marquée par une exigence de traçabilité dans le recours à ces mesures. L'objectif affiché de limitation et de réduction est notamment porté par l'injonction de décrire les recours préalables qui ont été tentés.

Par ailleurs, ce texte règlementaire invite les établissements à se doter d'une politique visant à limiter le recours à ces pratiques de contraintes, en menant une réflexion institutionnelle et médicale sur le sujet.

Ce présent document constitue une synthèse des échanges riches⁷ issus de ce groupe de travail et de la recherche bibliographique conduite parallèlement.

A noter que simultanément, une enquête proposée aux établissements sur la recherche infirmière et paramédicale a fait apparaître la question de l'isolement et de la contention physique comme prioritaire pour beaucoup d'entre eux. Une recherche en soins infirmiers inter-établissement a vu le jour en septembre 2016, parallèlement à ce groupe de travail. Elle n'a pas la même temporalité, ni le même focus (focus plus précis de la question de recherche) mais son objectif est de rechercher et de caractériser les savoirs infirmiers en jeu dans ces interactions, lesquels pourront venir alimenter ces travaux ou les interroger à nouveau d'ici quelques années.

¹ Annexe 1

² Article 72, loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, journal officiel du 27 janvier 2016 (n° 22).

³ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale »*, Editions Dalloz, 2016, 126 pages.

⁴ Op. cit

⁵ Haute Autorité de Santé (HAS), « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie », Guide méthodologique, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie, septembre 2016, 61 pages.

⁶ HAS – « Isolement et contention en psychiatrie générale – méthode recommandations pour la pratique clinique » http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-

^{03/}isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf

⁷ Certaines phrases dans le document sont en italiques et entre guillemets sans référence. Il s'agit de la restitution de propos de membres du groupe de travail.



INTRODUCTION

L'isolement ne correspond pas forcément à un échec des capacités contenantes individuelles et collectives des soignants. Il s'agit plutôt d'un dépassement de la limite du seuil de la capacité à contenir de l'unité. Il convient de laisser à l'équipe la gestion de ce seuil. Ce seuil est en effet basé sur deux *a priori*: une confiance faite à l'équipe par l'encadrement et le médecin sur le niveau d'alerte et une capacité de l'équipe à s'interroger sur les limites de ce qu'ils peuvent contenir.

L'isolement peut s'imposer dans certaines situations, lesquelles nécessiteraient toutefois d'être approchées de manière rigoureuse au regard de l'importance des variables locales.

Ainsi, il ne s'agit pas ici de stigmatiser une pratique ayant toujours existé en psychiatrie, au-delà du geste inaugural de J-B Pussin et Philippe Pinel en 1793, mais bien de s'interroger sur les motifs d'un constat assez unanime (même s'il est insuffisamment argumenté quantitativement), celui d'une recrudescence et d'une banalisation de ces pratiques au sein de nos établissements. Ainsi, le CGLPL, note dans son rapport :

« Sur l'évolution des pratiques, les professionnels rencontrés affirment que le recours à la contention et à l'isolement augmente sans pouvoir le quantifier faute de traçabilité au sein de l'établissement et au niveau régional ou national. Les entretiens conduits avec les soignants font apparaître que la pratique s'est banalisée.»

Les associations d'usagers et des familles ont également fait ce constat et se sont également élevées contre cette banalisation.

Les données disponibles actuellement sont celles du RIM-P.

M. COLFEDY ⁹ pointe que ces données constituent sans doute une estimation basse et qu'elles doivent être relativisées au regard d'une variété des modalités d'enregistrement par les établissements. Elle souligne cependant une augmentation régulière de l'isolement depuis 2011.

Nous constatons par ailleurs une sensibilisation et une interrogation plus importante des soignants sur ces pratiques, en lien sans doute avec des préoccupations sociétales, mais aussi en lien avec une diminution de la durée moyenne de séjour. Cette diminution a pour effet, dans une même unité, d'avoir à prendre en soin des patients en phase aigüe plus nombreux.

Toutefois, la question demeure au sein de nos établissements sur l'objectif de ces mesures dans ses composantes thérapeutiques et/ou sécuritaires, voire punitives ? Les termes utilisés dans l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé¹⁰ semblent orienter leur vocation vers le sécuritaire : ainsi il est parlé de « pratique » qui est mise en œuvre sur « décision médicale » et non plus sur prescription. L'abandon de la référence à la prescription et à sa valence thérapeutique permet de rouvrir la nécessaire discrimination entre ses polarités thérapeutiques, sécuritaires et punitives.

Il n'existe à ce jour aucune étude prouvant l'intérêt thérapeutique de cette mesure comme le rappellent G. Klein et D. König dans leur article :

«Deux revues Cochrane concernant l'isolement et la fixation chez les patients atteints de troubles mentaux graves concluent qu'il n'existe aucune preuve de l'utilité thérapeutique de ces mesures de contraintes en psychiatrie \mathbf{x}^{11} .

⁸ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale », 2016, page 25

⁹ Colfedy Magali, « les données administratives de l'isolement », Santé mentale, Septembre 2016, 210, pp 46-49.

¹⁰ Loi de Modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, Journal officiel du 27 janvier 2016 (n° 22).

¹¹ Klein Georges, König Damian, « Mesures de contraintes à l'hôpital psychiatrique, perspective clinique », *Swiss Médical Forum*, 2016, 16(6) page 138.



Pour André Laubscher, ancien directeur des soins à Genève, l'énoncé est pragmatique : ils travaillent avec des chambres fermées avec ou sans programme thérapeutique facilitant ainsi la distinction du thérapeutique du sécuritaire12. En France, les motifs restent imbriqués et la question de la mesure punitive peut également affleurer. « L'affirmation du primat du thérapeutique ou de soins intensifs, quand il est insuffisamment démontré, peut virer à l'incantation, laquelle fragilise la clinique »

Par contre plusieurs études insistent sur le vécu « négatif » des patients ayant eu l'expérience de mesures de contrôle. Ainsi, Paul MORIN et Cécile MICHAUD recensent dans leur article ces différentes études¹³. Il en ressort globalement des sentiments négatifs vécus par les patients à type de colère, de sentiment d'injustice, voire de violence et d'abus. Dans sa revue de littérature, Jérôme PALAZZOLO note en conclusion:

« The use of seclusion and restraint can have substantial deleterious physical and (more often) psychological effects on both patients and staff, and it's these effects which are emphasised by the psychiatric consumer/survivor movement. »¹⁴ « L'utilisation de l'isolement et de la contention peut avoir des effets physiques et (plus souvent) psychologiques délétères sur les patients et l'équipe, et ce sont ces effets qui sont soulignés par les usagers et « survivor*» de la psychiatrie »

*Le mouvement des survivants de la psychiatrie, né dans les années 1970, est répandu au Canada et aux USA. Ils se définissent comme une communauté de patients et ex-patients partageant leurs expériences de la psychiatrie et du système de santé mentale pour supporter les néo-patients.

Ils proposent aux patients et aux familles un environnement où se rencontrer sans jugement.

L'adhésion à ce mouvement est libre, les adhérents se considèrent eux même comme des « survivants de la psychiatrie ».15

En miroir, le vécu soignant est souvent difficile. BONNER et Al (2002), cité par P. Morin et C. Michaud¹⁶, parlent de partage des mêmes émotions entre patients et soignants : « détresse, peur et honte ».

Plus près de nous, nous pouvons citer la thèse de Raphaël Carré¹⁷, soutenue en septembre 2014, consacrée au vécu des patients, dont le résumé converge avec les précédentes sources documentaires :

« La contention physique reste une préoccupation majeure en psychiatrie. Une revue de la littérature révèle l'absence d'étude faisant la preuve de son efficacité clinique et montre au contraire qu'elle peut être responsable d'effets indésirables graves. L'objectif de cette étude qualitative est d'analyser le discours de patients ayant vécu la contention physique a posteriori de cette expérience. Les résultats révèlent un vécu essentiellement négatif avec la prédominance de thématiques d'impuissance, de perte d'autonomie, de solitude, de déshumanisation, de sanction/punition, d'humiliation, d'abandon et de violence. Les participants ont pu également exprimer leur avis sur des perspectives d'alternatives et d'amélioration. A la lumière de ces résultats, la question de l'utilisation de la contention comme mesure thérapeutique ou comme mesure de protection se pose et il semble nécessaire de limiter au maximum sa pratique ».

¹² Laubscher, André, « Vers une psychiatrie sans contention », article disponible sur le site de Neptune, http://www.forumpsy.net/t145-vers-une-psychiatrie-sans-contention-andre-laubscher-directeur-des-soins-infirmiers-a-

¹³ Morin Paul, Michaud Cécile, « Mesures de contrôle en milieu psychiatrique : trois perspectives pour en guider la réduction, voir l'élimination », Santé mentale au Québec, Vol. 28, n°1, pages 133-134

¹⁴ Palazzolo, Jérôme, « Restraint and seclusion in psychiatriy in the elderly: review of the literature, Ann Depress Anxiety », 2015; 2(2), http://austinpublishinggroup.com/depression-anxiety/fulltext/depression-v2-id1044.php, page 5 ¹⁵ http://www.pso-ottawa.ca/pso-code-of-conduct - http://www.mindfreedom.org http://www.mhinnovation.net

¹⁶ Morin Paul, Michaud Céline, Op. cit., page 134

¹⁷ Carré, Raphaël, thèse soutenue le 29 septembre 2014, "Revue de littérature et étude qualitative du vécu des patients", Université Toulouse 3, 234 pages. http://thesesante.ups-tlse.fr/632/1/2014TOU31565.pdf



C'est à la suite et en complément de cette étude que la FERREPSY¹⁸ a choisi d'orienter ses premiers travaux de recherche sur l'usage de la contention en psychiatrie. Ce programme de recherche a pour objectif d'observer et d'identifier, devant les grandes disparités entre les établissements et parfois entre unités d'un même établissement, les situations de recours à la contention physique. L'étude prospective, coordonnée par le Dr Radoine HAOUI, Président de la Conférence régionale des Présidents de CME, et le Dr Raphaël Carré en partenariat avec l'Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées, devrait permettre de caractériser ces situations. Elle impliquera les treize établissements membres de la FERREPSY et a été lancée le 15 septembre 2016 sur le CH Marchant.

Du côté des familles et de l'entourage (notamment lorsqu'elles sont à l'origine d'une hospitalisation sous contrainte), la perception de la mise en œuvre de ces mesures d'isolement et de contention est également négative.

Notons, dans le même temps, le lancement en Aquitaine, d'une campagne eForap¹⁹ pour réduire ces recours. Les professionnels de santé peuvent s'interroger sur leurs pratiques dans l'utilisation de la contention et de l'isolement des patients et des résidents, à l'initiative du Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA)²⁰.

Ainsi, ce sont autant de constats et d'arguments qui doivent nous conduire à interroger nos pratiques professionnelles, mais aussi nos institutions, dans le but de réfléchir à l'identification et au déploiement d'autres alternatives.

Nous avons souhaité ouvrir notre sujet à partir d'un renversement de notre questionnement de départ. Ainsi, certains établissements ou unités n'utilisent que très peu l'isolement et quelquefois pas du tout la contention mécanique. De même, dans nos expériences, nos confrontations et nos travaux, nous remarquons que certain(e)s infirmier(e)s²¹, même en exercice isolé la nuit, n'ont (ou n'ont eu) que très peu recours à l'appel à renfort. Comment font-ils pour arriver à compter sur les doigts d'une (ou des deux) mains ces appels à renfort dans leur carrière? Quels savoirs ont-ils alors déployés ? Où passent le repérage et la valorisation de ces savoirs ?

La question du repérage de ces savoirs n'est que très peu travaillée dans nos institutions. Elle n'apparait alors que dans le défaut de son déploiement. Elle est rarement repérée et soutenue. A la différence du recours à l'isolement et à la contention physique, les actions issues de ces savoirs ne sont pas mises œuvre sur prescriptions. Elles mobilisent les savoirs soignants, dont ceux du rôle propre infirmier.

L'investissement de cette réflexion reste difficile. Interroger sa pratique comporte le risque de pointer la défense : serions-nous de mauvais soignants ?

On peut cependant s'interroger sur ces deux aspects :

- Qu'est-ce qui, au sein de nos institutions, peut favoriser un moindre recours à ces pratiques ?
- Quels savoirs et compétences, individuels et collectifs, sont déployés pour un moindre recours à ces pratiques ?

Evoquer un dernier recours suppose qu'il y a un premier recours et une gradation dans les différents niveaux de recours. La question devient alors la délimitation de l'espace entre premier et dernier recours. Cet espace comporte donc un répertoire de ressources. C'est ce dernier qui est à identifier. Nous faisons l'hypothèse que plus ce répertoire est riche et diversifié, en termes de mesures de prévention, de désamorçage, de mesures de remplacement, et de réintérrogations cliniques contextualisées, et plus le recours à l'isolement et à la contention physique diminue.

¹⁸ Fédération de recherche en psychiatrie et en santé mentale d'Occitanie (FERREPSY) , http://www.chmarchant.fr/web/Gerard_Marchant/193-recherche-la-ferrepsy.php

¹⁹ Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé (Forap)

²⁰ Campagne eForap 2016, Contention et isolement dans les établissements et services sanitaires, sociaux et

Médico-sociaux, 6 pages, http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/note_de_cadrage_campagne_contention_et_isolement_2016_0.pdf

²¹ Lire partout infirmiers et infirmières



En d'autres termes, « plus la boite à outils professionnelle comporte de matériel, plus les réponses peuvent connaître une gradation ». Et pour reprendre les propos d'un participant, « Inversement, si nous n'avons qu'un marteau dans nos boites à outils, on a vite fait de voir tous les problèmes en forme de clous ! »

Il n'est pas dans l'intention des auteurs de ce travail d'édicter des normes sur ce qui serait « bon ou mauvais ». Il s'agit de proposer et d'étoffer des ressources à un niveau institutionnel, collectif (équipe ou unité de soins), individuel.

Nous nous placerons pour cela sur l'amont de l'épisode de tension pouvant conduire à un recours à la contrainte en définissant et en dépliant trois niveaux de mesures préventives (à l'image des niveaux identifiés par la HAS dans ses dernières recommandations²²):

- Prévention primaire: Elle concerne les actions qui peuvent être mises en place en amont de toute situation, au sein de chacune de nos institutions pour favoriser des alternatives à ces pratiques ou permettre la rencontre du patient dans une attitude favorisant la relation. La prévention primaire intervient en amont de la phase d'activation d'une situation de tension avérée.
- **Prévention secondaire**: La situation avec le patient est installée. La tension relationnelle est présente. Quelles actions de prévention, de désamorçage, de désescalade, de remplacement? La prévention secondaire intervient sur les phases d'activation et surtout d'intensification de ces montées de tensions.
- **Prévention tertiaire**: lorsque le patient est connu pour des interactions violentes, présenté comme tel ou lorsque l'isolement et/ou la contention ont dû être mis en place : quel travail sur nos représentations et celles du patient ? Cette prévention tertiaire intervient en aval des phases de crises, lors des phases de stabilisation et surtout lors des temps de reprises et d'élaboration autour des interactions ayant conduit à une mise en isolement avec ou sans contentions mécaniques.

²² Haute Autorité de Santé (HAS), « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie », Guide méthodologique, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie, septembre 2016, 61

pages.



1 PREVENTION PRIMAIRE

1.1 L'INSTITUTION

1.1.1 LA POLITIQUE D'ETABLISSEMENT

Nous nous intéresserons aux déterminants de la politique institutionnelle qui devraient présider à toute autre forme d'action plus individualisée. Comme le dit, Dennis C. DONNAT,

« When reducing the reliance on seclusion and restraint is clearly established as a priority by such leaders, such a reduction typically follows 23 .

("Quand réduire le recours à l'isolement et à la contrainte est clairement établi comme une priorité par de tels dirigeants, une réduction suit généralement »). Il parle ainsi du « clinical and administrative leadership » (leadership clinique et administratif).

Cette politique se déclinera ensuite au niveau des pôles puis des unités de soins.

- ✓ Le refus de la banalisation des pratiques d'isolement et contention : ces pratiques privatives de liberté doivent relever de l'exceptionnel et être énoncées comme telles. L'augmentation durable du recours à ces pratiques au sein d'une unité, et/ou leur application simultanée, a aussi valeur de symptômes en termes institutionnels et à ce titre, nécessite une analyse circonstanciée et collective.
- ✓ La nécessité d'un **engagement de la direction dans un changement des pratiques,** lequel passe par des objectifs définis. Ainsi, Justin Newton Scalan propose :
 - « Changes implemented by local leadership include: (i) directing that seclusion and restraint must be reduced, (ii) reducing the maximum time of order seclusion and/or restraint(...)(iii) setting targets for reduction of seclusion and restraint (...), (iv)removing seclusion rooms."²⁴
 - "Les changements portés par le leadership local comprennent : (1) décider que l'isolement et la contrainte doivent être réduits, (2) réduire au maximum la durée de l'isolement et/ou de la contrainte, (3) fixer des objectifs en matière d'isolement et de contraintes, (4) supprimer les chambres d'isolement »
- ✓ **Une institution soutenante et accompagnante :** Ainsi, ce qui émerge très vite des débats est la question de la responsabilité :
 - « Jusqu'où je peux aller en prenant des initiatives ? Est-ce que l'institution, le cadre de santé, mon équipe d'appartenance, vont me suivre ? Et si la décision de ne pas isoler ou contenir, d'attendre et de laisser la place à une autre évolution, avait pour conséquence la fugue du patient, le passage à l'acte auto ou hétéro agressif ? Inversement si l'analyse clinique est pertinente et la prise de risque bien apprécié, lorsque la situation connait une issue favorable, quel retour de la part de cette même institution ? »
 - Au-delà, parfois, de la peur physique lors d'un épisode de tension, la question est aussi et souvent celle de savoir quelle va être la réaction de la hiérarchie en regard de ces initiatives. Même si cela n'est pas toujours conscient, ces doutes viennent interférer dans le raisonnement clinique du soignant. Il est question ici de la dimension de **contenance institutionnelle**. Si celle-ci n'est pas opérante, le soignant ne sera pas suffisamment sécure dans son évaluation consistant à prendre certains risques, à s'engager, à s'investir dans cette latitude décisionnelle pour

²³ Donnat, C. Dennis, « An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital », *psychiatric services*, august 2003, Vol54 n°8, page 1119.

²⁴ Scalan, Justin-Newton, « Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: What we now so far a review of the literature » *International Journal of social psychiatry*, Juillet 2009, p 3.



mettre en œuvre son rôle propre. Si l'institution n'est pas rassurante, contenante, le soignant sera insécure. « *Pour être contenant, il faut être contenu »*. Pierre DELION dans la préface du livre de T. NAJMAN, évoque ainsi cette évolution :

- « ...Ce qui faisait contenance dans la relation avec les patients s'est progressivement extériorisé sous formes de protocoles....Ces exosquelettes de surmoi, mal intégrés par des professionnels apeurés par ces menaces administratives, ont plongé les soignants dans l'enfer des fantasmes de procès intentés personnellement contre eux, et ont eu raison des risques « bien tempérés » que tout soignant se doit de prendre pour soigner un patient qui s'en remet à lui ».²⁵
- ✓ La mise en place d'une réflexion institutionnelle : Cette réflexion doit pouvoir s'installer en continu au sein des établissements. Elle doit être portée, par la communauté médicale (Commission médicale d'établissement) comme le préconise le CGLPL dans son rapport ²⁶ ainsi que la conférence des présidents de CME de CHS, ²⁷ mais également, par la communauté paramédicale (Commission des soins infirmiers de rééducation et médicotechniques CSIRMT) assortie d'un fort soutien et engagement des équipes de direction.

La place de la direction des relations avec les usagers lorsqu'elle existe mais aussi **des usagers** eux-mêmes doit y être privilégiée. Dans le cadre de cette réflexion dont la dimension institutionnelle est soulignée, il apparaît important de **redéfinir** les situations qui peuvent conduire à un isolement à l'échelle de l'établissement en s'appuyant sur les différentes conférences de consensus^{28 29}mais aussi le référentiel ANAES ³⁰ (qui devrait être réactualisé dans les mois à venir).

Le propos introductif de ce référentiel, signé du Professeur Yves Matillon, posait des finalités : « Je formule le vœu que ce travail permette aux professionnels de psychiatrie d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, dans le respect du souhait de chacun d'entre eux, et conformément aux attentes de la société, en pratiquant l'isolement **thérapeutique le moins souvent possible** mais de la manière la plus appropriée possible »³¹.

Force est de constater que ce référentiel a nourri les protocoles et les procédures, mais que la grande majorité des applications s'est tenue éloignée de **l'esprit de réduction énoncé** dans la première partie du propos.

1.1.2 LES DROITS DU PATIENT

✓ Développer la conscience aigüe de la notion de droits du patient : Le patient devenant sujet du soin. Cela nécessite une formalisation institutionnelle qui permet l'appropriation concrète de ce que les droits du patient signifient. Avant les droits du patient, ce sont des droits de la personne et du citoyen dont il s'agit. Principes de base, démarche permanente, il faut que cette notion soit incarnée au-delà du simple paragraphe dans le projet d'établissement.

La personne soignée, quel que soit son état, reste un citoyen en souffrance. Il est essentiel de ne pas rajouter de la souffrance (liée à une perte d'autonomie et de libertés) à la souffrance (liée aux troubles psychiques).

²⁵ Delion Pierre, in Najman Thierry, « Lieu d'asile : Manifeste pour une autre psychiatrie », Editions Odile Jacob, septembre 2015, p. 16.

²⁶ Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, *op. cit,* page 119

²⁷ Ce point est relevé dans la mesure 11 item, des *Principes généraux concernant les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie,* édicté par la Conférence des présidents de CME de CHS, le 18 mai 2016, page 3, http://www.cme-psy.fr/?ANPCME=detail&publication=164

²⁸ **Société Francophone de Médecine d'urgence**, « Conférence de consensus sur l'agitation en urgence », 2002 ; 42 pages

²⁹ ANAES, « conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir », version courte, 2004, 24 pages.

³⁰ **ANAES,** « Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie », juin 1998, 97 pages.

³¹ Ibid, page 6.



Cette démarche devrait nous permettre d'interroger toute systématisation de pratiques à destination du collectif patient (non individualisée et donc sans lien avec la singularité de la problématique patient). Ainsi en est-il du port du pyjama systématisé, des interdictions de visite, de téléphone (ou dans un créneau horaire donné), de la confiscation du portable, des fermetures des portes des chambres, des ouvertures réduites des douches, jusqu'aux prescriptions durables du nombre de cigarettes... autant de pratiques qui contraignent le quotidien du patient mais aussi celui du soignant, exposant le premier à l'infantilisation et à la frustration, le second à une activité de refus, de relai téléphonique, de décompte de cigarettes et de rapport de force dont l'utilité mérite d'être réexaminée.

✓ De la même façon, il conviendrait d'interroger la pratique de fermeture des unités. Cette question est à accompagner au niveau institutionnel. L'argument de fermeture repose sur la crainte de sorties sans autorisation (ou fugue) plus nombreuses. T. Najman s'appuyant sur les études existantes affirment que le taux de départs des services ouverts n'est pas supérieur à celui retrouvé dans les unités fermées. Il est même quelquefois inférieur. Il propose à cet effet différentes hypothèses de compréhension de cette absence d'écart.³² Il pointe par ailleurs : « L'ouverture des portes est de nature à favoriser un climat de confiance entre l'équipe et le public accueilli »³³.

1.1.3 LES INDICATEURS

- ✓ La réflexion s'alimentera du suivi d'indicateurs afin de valoriser certaines réflexions et initiatives au sein de chaque unité :
 - o nombre d'appels à renfort à des professionnels hors unité,
 - nombre de recours au système d'alerte,
 - o nombre d'évènements indésirables liés à l'isolement, la contention,
 - o nombre de patients isolés sans contention/mois,
 - o nombre de patients isolés avec contention/mois,
 - o nombre d'heures d'isolement/patients/mois,
 - o nombre de patients isolés provenant d'autres unités de l'établissement.
 - Suivi pour un patient donné du nombre de fois où la contention et/ou l'isolement a été utilisé pendant son hospitalisation (prises en charge complexes)
- ✓ Comme évoqué plus avant, une recrudescence des pratiques doit interroger, mais inversement, il est également pertinent d'analyser **une baisse de ces pratiques** dans une unité, qui pourrait signer l'existence de pratiques professionnelles et mesures alternatives efficaces.
- ✓ Par ailleurs, l'analyse des « non incidents » ou « presque incidents », c'est-à-dire des épisodes aigus n'ayant pas conduit à une mesure de restriction de liberté devrait pouvoir être valorisée. L'arrêt et la volonté réflexive sur les savoirs d'actions participe aussi d'une forme de rupture épistémologique. Elle permet aussi de s'arrêter sur ce qui fonctionne, marche, réussit à des fins de soutien, de valorisation, de reprises et d'appropriation collective à la place ou à côté de cette attention portée à ce qui dysfonctionne, échoue, fait défaut...
 - Il y a une possibilité de créer **une dynamique positive** à partir de ces réussites au quotidien. Ce sont celles-ci qui construisent le plus sûrement les équipes et les collectifs de travail, où se transmettent les savoirs, où se valident

³² Najman, Thierry, « Lieu d'asile – Manifeste pour une autre psychiatrie », Editions Odile Jacob, septembre 2015, pp. 109-141

³³ Op.cit., p. 211



les savoir-faire professionnels et où se renforcent le sentiment d'efficacité collectif et la satisfaction au travail. La reconnaissance de ces contributions réunit la latéralité du jugement de beauté et la verticalité du jugement d'utilité. Nous rendons à Christophe Dejours la paternité de ces repérages quand il nous dit : « Pour la psychodynamique du travail, la reconnaissance du travail passe par la formulation de deux formes de jugement qui témoignent de la valeur accordée par autrui à la contribution du sujet à l'organisation du travail. Le jugement d'utilité technique, sociale ou économique est formulé par la hiérarchie, les subordonnés ou parfois même les clients. Le jugement de beauté porte quant à lui sur la qualité du travail («beau boulot?», «belle présentation?») qui témoigne à la fois de la conformité du travail avec les règles de l'art comme de son originalité par rapport aux réalisations canoniques du corps de métier ».³⁴

1.1.4 ETHIQUE ET FORMATION

- ✓ La réflexion doit être également menée de manière concomitante mais indépendante au sein des **comités de réflexion éthique** des établissements. Il importe de s'interroger à un niveau éthique sur le sens et les modalités de ces mesures de privation de liberté. ³⁵

 Cette réflexion éthique n'appartient pas qu'aux seuls comités d'éthique. Il importe en effet que celle-ci soit
 - Cette réflexion éthique n'appartient pas qu'aux seuls comités d'éthique. Il importe en effet que celle-ci soit présente chez tous les soignants
- ✓ Il appartient également à l'établissement d'organiser la **formation des professionnels** (voir 1-5 Former les professionnels) sur la prise en charge en psychiatrie : tutorat d'intégration, transmission des savoirs, supervisions ou analyse de la pratique afin de favoriser au mieux la prévention des situations aigues par une meilleure connaissance de la psychopathologie, de la clinique... On cible ici les jeunes professionnels paramédicaux mais aussi médicaux. Paul MORIN et Cécile MICHAUD évoquent cette question :

 « Les formations pour le personnel axées sur la gestion de l'agressivité des personnes hospitalisées ont indéniablement leur utilité mais nous apparaissent faire porter une responsabilité démesurée sur les épaules des intervenants, s'il n'y a pas un processus structurant au niveau de la culture organisationnelle » ³⁶.

Nous notons, à ce propos, que certaines formations incluent l'expérimentation de la contention physique et de l'isolement afin de travailler sur un recueil des vécus. Les enseignements sont alors particulièrement riches et participent à l'objectivation de la pratique. Ils sont de plusieurs ordres : sur les éprouvés (sentiments de vulnérabilité ou d'impuissance ressentis), physiques (défense et lutte contre la restriction de mobilité), sensoriels (perception de la temporalité). Ce type de formation ne laisse pas indifférent, il permet alors de travailler à partir des perceptions et des ressentis au plus près de l'expérience vécue et partagée avec le patient.

³⁴ Dejours, Christophe, Gernet, Isabelle, « Évaluation du travail et reconnaissance », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2/2009(n°8), p. 27-36.DOI:10.3917/nrp.008.0027

URL:http://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2009-2-page-27.htm

³⁵ Voir à ce propos la qualité de la réflexion de certains Comité d'Ethique, ainsi : http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/HDSM_INTERNET/Ressources/FCKfile/Porfessionnels%20de%20sant%C3%A9/Comit%C3%A9%20%C3%A9thi que%20-%20avis%20n%C2%B04.pdf

³⁶ Morin Paul, Michaud Céline, Op. cit, page 141.



1.1.5 L'ORGANISATION DES RENFORTS

✓ La constitution d'équipes transversales « de renfort »: Il s'agit d'un choix fait par plusieurs établissements, à partir d'une certaine taille critique. Cependant le cadre d'intervention de ces équipes doit être travaillé. On peut ainsi constater que la création de ces équipes, si elles participent par leurs expertises acquises d'une sécurisation des soignants, fait naître un besoin. Mais elle peut aussi générer un désinvestissement des implications sur ces situations de crise par les référents qui peuvent déléguer entièrement la gestion de la crise à l'équipe transversale. Ces délégations créent ainsi une discontinuité dans la prise en charge avec une multiplication des intervenants auprès du patient (division du travail par taches, par genre et sous-traitance). On assiste ainsi à une perte de continuité dans le lien au patient, voire à une perte dans l'acquisition collective de ces savoirs. L'équipe de renfort vient en support et non en substitution en tenant compte de la clinique.

Par ailleurs, La façon de penser le renfort a un impact sur la suite qui sera celle de l'intervention : en effet, quelles missions donne-t-on à ces équipes de renfort ? Il conviendrait de leur confier la mission de **médiatiser une relation** devenue complexe entre équipe et patient à des fins d'apaisement. L'intervention de l'équipe transversale de renfort doit être clairement située en amont d'une décision d'isolement.

Le choix de cette organisation n'est pas la seule solution, ainsi sur certains établissements, **tous les professionnels** de l'équipe pluri-professionnelle sont concernés par les renforts. Le nombre (mur blanc³⁷) peut aider à border ou à calmer l'agitation du patient sans recours à l'intervention physique (contenance externe). La mixité des métiers qui interviennent vient faire contrepoint pour les soignants aux vécus de délégation de l'exposition physique aux risques. Pour patients et soignants, il y a alors une représentation incarnée du corps de l'équipe pour prendre « à bras le corps » si besoin la situation où « l'accord » fait défaut.

L'appel aux forces de l'ordre ne se conçoit que quand il existe une notion de risque létal ou lorsque les ressources de l'institution sont débordées dans leur capacité à répondre.

1.1.6 L'ARCHITECTURE ET SYNCHRONISATION DES TEMPS PROFESSIONNELS

✓ L'architecture et la synchronisation des temps professionnels sont en lien direct avec la conception du soin hospitalier: Quel modèle véhicule-t-on à travers la conception d'unités où les bureaux médicaux et des autres professionnels (psychologues, rééducateurs) sont séparés du lieu d'hospitalisation? Un hébergement d'un côté avec prédominance du modèle de la consultation comme soin de l'autre?

La réunion de ces deux axes avec l'intégration de l'environnement et du quotidien dans la dimension d'un soin institutionnel viendrait marquer un choix différent.

Ces choix ont forcément un impact sur les collaborations entre professionnels mais aussi sur la contenance du lieu.

Nous nous arrêtons ici sur cette organisation géographique des locaux (avec la présence du médecin dans les services). Quand le bureau médical est au sein du service, la gestion des crises peut s'en trouver facilitée. Pour les patients il est important aussi de voir le médecin, de le savoir présent. Les patients se plaignent de ne pas voir le médecin même physiquement (pas forcément en entretien). Il est souligné l'importance de cette présence médicale qui « *imprègne* » le service.

12

³⁷ L'expression « mur blanc » vient ici imager la perception qui est celle du patient devant un grand nombre de soignants en blouse blanche.



En mettant au centre de l'unité les lieux tels que les bureaux des différents professionnels nous constatons que cela génère un croisement des fonctions d'hébergement et de soins de consultations. Si les bureaux sont extériorisés, cela favorise une coupure avec la dimension institutionnelle des soins et de l'hébergement, du quotidien. La variable réside bien sûr dans la mobilité des professionnels, entre ceux qui font appeler les patients au téléphone depuis leurs bureaux de consultation et ceux qui sont présents dans l'unité et auprès des équipes.

Certaines fonctions se prêtent-elles plus à l'**externalisation** ? On peut par exemple trouver du sens à sortir de l'unité pour aller voir l'assistante sociale.

On peut lire également sous cet angle les mouvements d'agglutination des patients dans le hall d'entrée ou près du bureau infirmier. Le lieu est propice au repérage des professionnels exerçant en journée et ouvre à de possibles accès directs à ceux-ci.

Psychologues, assistantes sociales, secrétaires ont également un rôle à jouer dans la fonction contenante collective et la dimension de soin institutionnel.

Les **professionnels ASH** sont souvent en contact avec les patients et se retrouvent ainsi au plus près d'eux. A ce titre, les patients les sollicitent. Ils sont dépositaires d'éléments d'alerte qui nécessitent la structuration d'un espace d'échange avec le reste de l'équipe.

✓ Le recours à l'isolement fait l'objet dans certaines organisations et dispositions architecturales de réponses graduelles et modulables, en fonction des situations de soins rencontrées et de leurs appréciations contextualisées.

Ainsi **la chambre d'apaisement**³⁸ peut être proposée. Son objectif est de limiter les stimulations et d'éloigner le patient de la source de certaines tensions. Cette orientation graduée permet également de mieux discriminer dans cet arbitrage central ce qui est de l'ordre du thérapeutique, du sécuritaire et du punitif dans la décision. Si l'équipe considère que la chambre d'isolement est une mesure trop lourde, l'orientation peut se faire sur la chambre d'apaisement.

Toutefois devant le primat de l'urgence, les modalités les plus lourdes ont tendance à prendre le pas sur les modalités plus « légères ». Alors, la distinction entre ces modalités s'érode pour disparaitre. La chambre d'apaisement pouvant répondre à une fonction de chambre d'isolement (voir la thèse de D. Moreau³⁹ à ce sujet). Cette question de l'isolement et de l'utilisation d'autres lieux non prévus à cette fin vient interroger le manque d'espaces intermédiaires au niveau architectural. L'idée est de garder la **fonction** d'un lieu qui ne puisse pas être traduit de manière plus lourde (en chambre). Par exemple, un espace type « salon » où le patient peut être accompagné par un soignant ou même par un membre de sa famille sur une modalité moins contraignante (avec la possibilité pour le patient d'en sortir). L'absence de lit dans cet espace garantit alors la préservation de sa fonction.

Il est à noter que lorsque l'architecture le permet (chambres individuelles) la chambre du patient peut également devenir lieu d'apaisement.

Cette notion de « fonction » du lieu permet également d'approcher la grande variété d'appellation que peut recouvrir la chambre d'isolement dans le discours de différentes équipes nonobstant l'appellation officielle locale. Ainsi, cette dénomination des « chambres d'isolement » varie selon les services, les établissements, les

³⁸ Haute Autorité de Santé (HAS), « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie », Guide méthodologique, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie, septembre 2016, outil n° 6

³⁹ MOREAU, Delphine, « Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile », Thèse pour l'obtention du grade de Docteure de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), discipline sociologie, EHESS, Décembre 2015, pages 244-247



cultures locales, les moments. On parle alors de « chambre de sécurité », « chambre de soins intensifs », « chambre de réflexion », « chambre de retrait », « chambre de méditation », de « cellule », de « chambre de contention », « chambre de soins obligatoires », « chambre de soins sécurisés », « d'isolement thérapeutique », de « pièce de mousse »... la liste est ouverte. L'apparition de la « chambre d'apaisement » correspond à ce souci de différenciation.

La dénomination de ce lieu peut apparaître, comme signifiant pour une équipe de son intentionnalité et de son utilisation préférentielle. Il est important de bien penser ces espaces intermédiaires. L'idée est de recréer des espaces transitionnels et de se doter de modalités de réponses différenciées.

✓ A l'échelle de l'établissement, il importe de définir les zones d'accordage, de convergences, de **synchronisation** qui font que le collectif fonctionne et sécurise.

1.2 L'EQUIPE, L'UNITE DE SOINS.

1.2.1 DES FONCTIONS REPERES

- ✓ Le binôme médecin/cadre: Son rôle est d'incarner un véritable moteur au sein de l'unité de soins, c'est à ce binôme que va pouvoir se référer l'équipe. Porteurs de repères mais aussi du sens de l'action collective, médecin et cadre participent à la fois à la cohérence des actions entreprises mais en sont également les garants. Ainsi, ils peuvent valoriser la créativité d'une équipe en la soutenant dans les actions qui visent à proposer un soin de qualité et la recherche d'une alliance thérapeutique avec le patient.

 Ce binôme est une des lignes d'organisation significatives pour l'équipe et le patient. Ainsi, en cas d'absence du médecin, c'est vers le cadre que l'équipe ou les patients vont se tourner. Il est alors important que la parole soit commune, et que des lignes de pensées soient soutenues, dans le sens d'une conception partagée du soin.

 « La qualité de collaboration du binôme cadre-médecin est gage d'une cohérence des activités de soins et de la cohésion d'équipe. Aussi pouvons-nous avancer que les fonctions de contenance psychique et de management ne sont pas séparées l'une de l'autre »⁴0
- ✓ Le psychologue au sein de l'équipe : Il constitue au même titre que le médecin et le cadre une fonction repère. Au-delà de sa fonction clinique, Il assure une fonction de disponibilité, de soutien, d'accompagnement des équipes (en collectif ou individuellement) dans sa fonction contenante (mise en sens, réassurance, recours à un tiers théorique).
- ✓ La nécessité d'une **réelle implication médicale** qui permet de porter **le projet** de soins de l'unité et les **orientations cliniques**. L'objectif poursuivi est l'existence au sein de l'équipe, d'une représentation des finalités, c'est-à-dire d'une mise en perspective pour garder **le sens de l'action**. « Dans quoi mon action s'inscrit-elle ? Dans quoi je m'inscris en tant que professionnel ? ». Il s'agit ici d'avoir une représentation partagée du soin qui sécurise les professionnels soignants dans la pertinence de leurs actions. Redonner du sens, c'est également, créer la dynamique d'équipe autour du **projet de service**, **d'unité**, **de soins**. Ces projets sont structurants pour les équipes. La question de la contrainte doit y être travaillée.

⁴⁰ Perrin-Niquet Annick, Chazalet Nathalie, « Le management, un outil de contenance », *Soins psychiatrie,* novembre/décembre 2014 (n° 295), p 32.



1.2.2 ECHANGES AU SEIN DE L'EQUIPE

- ✓ **Formaliser des temps d'échanges en équipe :** restaurer la place de la singularité de la parole de chacun lors des réunions cliniques et de synthèse qui permettent la prise de recul, la distanciation par rapport aux symptômes de la souffrance psychique et leur mise en sens.
- ✓ Connaître et valoriser la fonction et la valeur des temps d'échanges informels interprofessionnels : ces temps impliquent notamment la disponibilité des professionnels médicaux en dehors des consultations ou temps de réunions formalisés. Ils constituent de vrais espaces ouverts d'échanges à bas seuil (Espaces intermédiaires, informels, entre médecins et équipe infirmière) où peut se dérouler une mise en mots précoce sur des situations qui alertent les soignants.
 - Ces temps participent de la mise en sens, de la construction et de la cohésion d'équipe, par un ajustement entre les temporalités liées à la séquence (médicale et cadre) et la permanence (soignante) favorisant la signification des repérages de signaux d'alerte. Ils participent également à la synchronisation des temps médicaux et infirmiers.
- √ Réhabiliter la « dispute professionnelle » au sens d'Yves CLOT⁴¹, la confrontation des avis qui ne soit pas un affrontement mais une mise en commun d'analyses diverses donnant lieu à des argumentations au sein de l'équipe.
- ✓ Mettre en place des supervisions, des analyses de pratiques professionnelles: La difficulté réside dans l'abandon de cet outil quelquefois au niveau des institutions mais également par les professionnels eux-mêmes. Dans le dernier cas, nos établissements sont alors en difficulté. En effet, l'injonction à la parole est impossible. A un niveau individuel, la difficulté réside dans une évolution sociétale (confidentialité, culture de la performance, évolution du travail, difficulté à subjectiver son travail) mais il existe aussi la question de la dimension institutionnelle de la parole.
 - Cette parole partagée quel que soit le statut, le métier, pour qu'elle soit utilisée comme matériel clinique, doit pouvoir s'exprimer librement. Elle ouvre ainsi l'accès aux ressentis, aux vécus, aux associations, puis aux réflexions et aux propositions. Pour que cette expression sur le métier soit possible, il lui faut une garantie, celle que cette parole soit accueillie et contenue et non utilisée à d'autres fins. Ce statut de la parole constitue sans doute une fragilité de nos établissements à l'heure actuelle.
- ✓ Valoriser la collaboration avec le collectif patient autour de temps d'échanges qui permettent aux patients d'interroger le fonctionnement, de déposer leurs attentes et d'être entendus afin de pouvoir bénéficier d'explicitations. Ces temps constituent un véritable espace de régulation collectif. Ils peuvent s'inscrire dans une offre de disponibilité informelle ou, centrée sur la vie quotidienne et les expériences de chacun en lien avec la maladie, voire se formaliser sous forme de groupe de parole ou de réunions dédiées « Soignants/Soignés ».

4

⁴¹ Clot Yves, « Réhabiliter la dispute professionnelle », *Le journal de l'école de Paris du management*, 1/2014 (N° 105), p. 9-16.



1.2.3 UNE CULTURE PARTAGEE

Une culture partagée se construira notamment autour du questionnement et d'un retour sur la phase d'intensification particulièrement entre le médical et les soignants

Les temporalités médicales et soignantes ne sont pas identiques. L'OSV du CH de Saint Cyr au Mont d'Or⁴² constate « qu'une montée pulsionnelle qui avait été repérée au niveau clinique par le soignant agressé et qui n'a pas connu une prise en compte ou une réponse, majore péjorativement les conséquences pour la personne agressée ». Le sentiment de ne pas avoir été écouté, la perception que les indicateurs n'ont pas été relayés et donc que la situation aurait, peut-être, pu être corrigée sont de nature à alimenter cette majoration. La question de la synchronicité dans une lecture partagée de la phase d'intensification, et donc de sa réponse, est soulevée. Le partage de vue et l'appréciation circonstanciée du risque ne se réalisent pas uniquement sur la gradation de cette phase d'intensification, mais bien en regard de la réunion de ces deux temporalités : La temporalité soignante, linéaire, s'étaye sur le quotidien et la permanence des soins. Cet étayage permet de prédire la progression de l'intensification, entendu souvent dans le repérage, « il, elle monte, cela monte... ça grimpe, ça flambe». En cela elle diffère de la temporalité médicale liée à une lecture tournée vers l'instant et l'immédiateté de l'évaluation.

Ces deux temporalités nécessitent de se rencontrer et se retrouver dans une évaluation conjointe et circonstanciée, seule à même de fixer le niveau de risque encouru. Une des missions importantes du cadre de santé est aussi d'accompagner auprès du médecin le discours et les observations de l'équipe et de favoriser le croisement de ces temporalités (diachronie des équipes fondée sur la permanence et synchronie des temps médicaux et autres fondée sur la séquence). Cette remise en synchronicité participe d'une appréciation plus fine d'indication et de recours, ou non, à la chambre d'isolement.

✓ Sortir de la culture de la faute : Il s'agit de valoriser l'apprentissage par l'erreur, et non pas de désigner un coupable au travers de l'analyse des situations ayant conduit à une privation de liberté chez un patient. L'idée organisatrice est la suivante, s'il y a eu erreur dans l'appréciation de la situation et de la réponse, l'erreur ne constitue pas une faute, on corrige et on réfléchit cette expérience, sans cela, seule la persistance dans l'erreur est constitutive de la faute.

Il s'agit aussi d'analyser, dans le même registre d'importance en équipe, les situations permettant d'approcher ce « qui a bien fonctionné ». On peut ainsi imaginer qu'à chaque analyse d'évènement indésirable soit associée l'analyse d'un « événement désirable » ou « de réponse d'un fonctionnement suffisamment bon » Au travers de cela, il n'est pas que question de modélisation mais aussi de valorisation de ce que l'équipe propose pour contenir le patient. La reprise des situations repérées qui se sont bien déroulées participe de la construction du groupe au travail : généralement, cela se passe au sein de l'équipe (jugement de beauté⁴³). Mais reste au sein de l'équipe. Peu de reconnaissance hiérarchique (jugement d'utilité⁴⁴). Le rôle des cadres de santé, psychologues et médecins est prépondérant dans ce travail.

⁴² Bilan 2012 de l'Observatoire des Situations de Violence, Centre Hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or, 33 pages, page 27.

⁴³ Lanquetin Jean Paul, Tchukriel Sophie, *op.cit.*, p. 233.

⁴⁴ Languetin Jean Paul, Tchukriel Sophie, *op.cit.*, p. 233.



DIMENSION INSTITUTIONNELLE

- Quelle dimension institutionnelle du soin? Lorsque nous sommes dans une médecine de vacation, où chaque référent médical prend en charge ses patients, les voit en consultation et s'en va, à qui échoit la gestion de la dimension institutionnelle du soin? celle du groupe?... Qui porte la responsabilité de cette dimension? Aujourd'hui, cette dimension institutionnelle contenante est moins présente. Elle mériterait au titre de cet effet contenant d'être renforcée et affirmée dans son référencement.
- ✓ Créer une dynamique, une confiance au sein de l'équipe. La qualité de travail au sein d'une équipe participe également de la capacité de cette équipe à accueillir la souffrance et à se réguler pour maintenir une homéostasie à la fois parmi l'équipe de professionnels mais également avec le collectif patient. Ces éléments sont constitutifs d'une ambiance de travail et de soins. Cette dynamique sera d'autant plus facile à mettre en œuvre que les professionnels seront plus stables au sein des équipes. Une certaine forme de stabilité participe d'un cercle vertueux dont les conditions sont aussi celles précitées.

1.3 LES ORGANISATIONS DE TRAVAIL

1.3.1 LES FACTEURS ORGANISATIONNELS

- Réaffirmer la dimension individuelle du soin au travers notamment du projet de soin individuel. Les organisations doivent être centrées sur le soin au patient et ses besoins
- Dégager du temps soignant auprès des patients. Les soignants sont parfois éloignés de ces derniers du fait entre autres d'une charge administrative⁴⁵. Restituer du temps soignant auprès du patient en étudiant les possibilités de transfert des tâches administratives vers les fonctions supports. La relation client/fournisseur doit pouvoir se concrétiser dans nos établissements. Les fonctions supports sont au service de la tache primaire de nos établissements et donc aussi des unités de soins.
- ✓ Dans les tâches « administratives » ne pouvant être transférées, quelles sont celles qui peuvent être médiatisées dans la relation au patient ? Par exemple, la rédaction de l'observation relative au patient en compagnie de celui-ci.
- ✓ Réintroduire de la continuité dans la référence médicale. « Ce n'est pas mon patient » est une affirmation souvent entendue par les équipes lorsqu'elles sollicitent un médecin. La question de la permanence de la représentation des soins doit être portée, et aussi partagée, au sein de l'unité. Au-delà d'une présence physique médicale c'est aussi la question du portage médical de la dimension institutionnelle qui est convoquée. Il s'agit ainsi de pouvoir « organiser la présence dans l'absence ». Cela peut avoir un rôle de réassurance et sécurisation des professionnels soignants.

⁴⁵ A ce propos, voir aussi l'article de Florent Poupart, psychologue, dans lequel il développe le constat que le refuge derrière la bureaucratie peut aussi constituer une défense de métier inadaptée. « La bureaucratie, menace sur les soins infirmiers », revue Santé Mentale, n° 182, novembre 2013, pp 12-15.



✓ La prescription « si besoin » de l'isolement et de la contention doit disparaître des prescriptions médicales. L'HAS préconise dans son guide « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie » la disparition de ce type de prescription 46. Cette recommandation est réitérée également dans le guide — « Isolement et contention en psychiatrie générale — méthode et recommandations pour la pratique clinique ». En effet, il est précisé : « Aucune mesure d'isolement ou de contention ne peut être décidée par anticipation ou « si besoin » 47

Toutefois, notre réflexion étant préalable à ces dispositions, nous souhaitons la faire apparaître. Les applications de cette réflexion peuvent en effet dépasser le recours aux mesures de contraintes, et concerner par exemple le traitement « si agitation ».

En effet, La prescription « si besoin, si agitation » délègue à l'infirmier la possibilité de recourir aux mesures de contraintes et de traitements dans un cadre prédéfini en regard d'une appréciation et d'une évaluation d'une situation clinique bruyante. Utilisée avec discernement et de manière isolée ou limitée ponctuellement à un ou deux patients, cette prescription donne aux soignants une marge d'appréciation et d'action supplémentaire dans la gradation de la réponse et des alternatives en amont qu'ils peuvent apporter sur une situation sensible. L'appréciation du recours aux prescriptions « si besoin » perd cette signification quand elle est trop fréquente. Ainsi, lorsque le recours à cette prescription concerne un volant important de patients, et dans tous les cas si elle dépasse un seuil (que nous pouvons fixer à titre de repère à trois indications) le message du « si besoin », ou du « en cas d'agitation...» se transforme.

En effet, que veut dire la multiplication de ces prescriptions potentielles ? Que tous les patients peuvent s'agiter potentiellement et simultanément ? Que les soignants évoluent dans un univers mouvant ou les présentations bruyantes et multiples sont la règle ? Bref que l'explosion couve et qu'elle ne pourrait être qu'imminente ? En tout état de cause, cela peut alors traduire un état d'inquiétude et non sécure de l'équipe du côté de la capacité contenante du groupe qui en vient à interroger le prescriptif. La confrontation d'une équipe peu expérimentée à des prescriptions anticipées fréquentes et répétées peut contribuer à mettre les professionnels en difficulté dans leur évaluation de la situation clinique.

Dans ce contexte de prescriptions multiples de « Si besoin, en cas de..., », JP Lanquetin écrivait : « Leur nombre et leurs additions pourraient-ils alors constituer un indicateur de niveau de tension retrouvé dans l'unité ? Comme pourrait l'être également le niveau de fermeture retrouvé dans l'unité ? L'infirmier interroge la prescription comme si elle pouvait être la solution, alors que nous savons tous qu'elle n'est qu'un élément de la solution, la prescription ne dégageant pas de la prise en main ».⁴⁸

Le recours au prescriptif « si besoin » pouvant alors réduire les possibilités vers des réponses alternatives.

⁴⁶ Haute Autorité de Santé (HAS), « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie », Guide méthodologique, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie, septembre 2016, 61 pages.

⁴⁷ HAS – « Isolement et contention en psychiatrie générale – méthode recommandations pour la pratique clinique » http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-

^{03/}isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf. Page 5.

48 Lanquetin Jean Paul, « L'agitation en psychiatrie : quels repères pour quels soins ? », in Alain Pidolle et Carole Thiry-Bour, Droit d'être soigné, droits des soignants, ERES « Etudes, recherches, actions en santé mentale en Europe », 2003, pp 187-197, page 190.



Notons enfin que cette question du « Si besoin » en lien avec l'isolement et la contention, a été reprise par la conférence des présidents de CME de CHS dans son énoncé des principes généraux concernant les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie. Le point 3 énonce en effet, « La décision d'isolement ou de contention ne peut être anticipée (dites si besoin) ou systématisée [...] »⁴⁹. Ce point est en cohérence avec les conclusions du CGLPL concernant les formes de la décision médicale quand il recommande que « Aucune décision de contrainte physique ne peut être prise par anticipation ou avec l'indication si besoin »⁵⁰

✓ **Organiser la rencontre** avec le patient :

- L'organisation du service doit permettre d'accueillir le patient entrant et son entourage (communiquer à celui-ci les coordonnées d'associations de familles pair-aidantes) dans des conditions de disponibilité satisfaisante (sorties le matin et entrées l'après-midi par exemple).
- Nous pouvons citer la mise en place d'un « tour médical» dans certaines unités avec l'objectif que tous les patients soient rencontrés. Cette organisation, dans le sens où elle va au-devant des patients, peut contribuer à limiter l'expression symptomatique bruyante pour attirer l'attention (qui est aussi le langage culturel de l'hôpital et des tensions naissantes issues des agrégations dues au déséquilibre attente/offre). On observe ainsi comment les patients se retrouvent nombreux devant les bureaux lorsque la disponibilité médicale ou soignante est faible.
- Organiser le tour soignant de l'unité constitue un élément de prévention primaire. Il s'agit d'aller rencontrer un bref instant chaque patient pour se présenter et organiser sa séquence de travail en lien avec les indications de la relève mais aussi de ses propres observations issues de ce temps. Cette appréciation individualisée et collective des situations ne se limite pas au tour post ou pré-relève mais peut s'organiser à d'autres moments. Ainsi, Justin Newton Scalan constate dans sa revue de littérature :
 - « Increased interaction between staff and consumer is generally associated with lower rates of seclusion and restraint (...) and the reduction of adverse events such as seclusions, and restraint increases the amount of time that staff have to engage with consumers in a more productive way which may lead to better outcomes"51
 - « L'augmentation des interactions entre l'équipe et les patients est généralement associée avec des taux plus faibles d'isolement et contention (...) et la réduction des effets indésirables comme l'isolement et la contention augmente la quantité de temps que l'équipe peut mettre à disposition des patients d'une manière plus productive ce qui peut conduire à de meilleurs résultats »

De leur côté, Jean-Paul Lanquetin et Sophie Tchukriel (2012) constatent que cette pratique forme un invariant opératoire dans le cadre de leur recherche. C'est-à-dire, une pratique qui a été retrouvée sur tous les sites étudiés et auprès de tous les professionnels sur toutes les séquences de travail du nycthémère (matin, AM, nuit). Ils relèvent « Ce temps de localisation est accompagné d'un temps de contact préalable. Celui-ci fait exister plusieurs fonctions. Il renseigne le ou les patients sur les infirmiers présents sur la séquence, il peut affirmer une matérialité des effets d'une permanence soignante, il constitue le temps propice pour reformuler si besoin les modalités de soins propres à chacun ou de les expliciter. Il favorise également un abaissement du seuil d'interpellation et d'ouverture à la relation [...] Cette activité ouvre aux soignants différents registres d'action dans ce temps de rencontre initiale. Ces registres peuvent prendre la forme d'un temps de reprise des informations éventuelles, d'une fonction d'immersion dans cette mise en disponibilité pour des patients, ainsi qu'une fonction d'observation qui s'active à une lecture sémiologique

⁴⁹ Ce point est relevé dans la mesure 3 des *Principes généraux concernant les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie,* édicté par la Conférence des présidents de CME de CHS, le 18 mai 2016, page 2, http://www.cme-psy.fr/?ANPCME=detail&publication=164

⁵⁰ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale* », 2016, 126 pages, page 117.

⁵¹ Scalan, Justin-Newton, op. Cit., p.4



elle-même basée sur une lecture du registre habituel/inhabituel. Toutes les fonctions en lien avec ce premier travail peuvent s'activer –ici, l'anticipation déduite éventuellement de la lecture des éléments d'observation et l'adaptation de mesure corrective ou d'accompagnement à prévoir. La deuxième opération déterminante liée à cette pratique du tour est en lien avec la programmation du **prévisionnel d'activité** »52.

En finir avec les bureaux dont les portes sont fermées (hormis la nécessité de confidentialité) avec les soignants à l'intérieur. La porte ouverte permet la perméabilité, le contact et localisation réciproque permettant à la fois une réassurance du patient mais également une amélioration de la vigilance de la part des soignants. Pour Lanquetin-Tchukriel (2012), les portes ouvertes invitent à une clinique du coin de l'œil et « suggèrent alors une présence manifeste qui limite les besoins d'avoir à manifester sa présence [...]Les portes ouvertes dans les unités d'hospitalisation temps plein adultes sont alors l'expression d'un fonctionnement d'unités et celle d'un niveau de disponibilité et d'accès à l'autre. [...] Les portes ouvertes parlent du cadre de soins des unités et ont un effet-cadre dont les aspects structurants se situent à notre sens dans leurs potentiels symboligènes»^{53.}

✓ Les effectifs soignants :

Il conviendrait de définir des **effectifs de soins** et non pas de sécurité comme cela est le cas actuellement dans nos établissements.

Le groupe de travail ne peut pas se prononcer sur un effectif théorique tant celui-ci dépend des organisations de travail, des patients accueillis et de la capacité en lits de l'unité. Toutefois, il s'accorde à dire qu'une étude devrait pouvoir être conduite afin d'émettre des préconisations sur ce sujet sur des bases objectives.

Un effectif soignant en nombre suffisant favorise la réflexion sur l'utilisation des ressources (la question de préserver le temps soignant à la disposition de l'ensemble des patients peut ainsi interroger la nécessité d'un isolement).

Un effectif trop réduit, quand il entame une disponibilité « suffisante » de l'équipe en service, peut entraîner un recours à l'isolement plus fréquent.

Parfois, l'effectif supérieur à celui qui est habituel peut être désorganisateur de la programmation du travail. La superficie de nouveaux bâtiments rend difficile la présence soignante. Cela nécessite une activation de la fonction « sociofuge » (Aller vers...) de la part de l'équipe.

Le prendre soin d'un **patient en isolement**, quand il se répète trop souvent, **est chronophage** pour les équipes soignantes, particulièrement quand les mesures de prescription de surveillance sont pluri horaires, surveillance tous les quarts d'heures, voir toutes les 10 minutes, soit 96 fois par 24 heures, mobilisant deux infirmiers pour chaque passage! Comme le souligne Anne BARDET-BLOCHET, « *Il est peu fait mention de la surcharge au niveau du travail infirmier qu'entraîne une mise en chambre fermée, en raison de la surveillance et des soins accrus qu'elle est censée exiger »⁵⁴. Le moindre recours à cette pratique renforce la présence et la disponibilité de ceuxci auprès des patients et renforce la capacité préventive.*

✓ Si l'aspect quantitatif est important au sein de l'équipe, les aspects **qualitatifs** doivent être aussi pris en compte : ainsi le nombre de vacataires ou intérimaires, l'expérience, la formation des professionnels sont autant de facteurs pouvant favoriser une moindre capacité contenante de l'équipe.

⁵² Lanquetin Jean Paul, Tchukriel Sophie, *op.cit.*, pp 350-368, page 359.

⁵³ Lanquetin Jean Paul, Tchukriel Sophie, *op.cit.*, pp 333-335, page 334.

⁵⁴ Bardet-Blochet Anne, « les chambres fermées en psychiatrie : poursuivre le débat pour dépasser le conflit », Schweizer archiv für neurologie und psychiatrie, n°160,2009, p9



L'affirmation de l'isolement comme temporairement limité dans la prise en charge : Le maintien de la disponibilité du lit du patient pendant son séjour en isolement est un indicateur de cette volonté. En effet, le maintien d'un patient en isolement pour des raisons de manque de place est délétère pour l'évolution psychique du patient mais il l'est aussi pour la disponibilité des équipes. En outre, il favorise une banalisation de l'isolement. C'est d'ailleurs le sens des dernières recommandations de la HAS : « La mesure ne doit pas être maintenue plus longtemps que nécessaire. »55

A titre d'exemples, certains établissements ont mis en place des mesures spécifiques destinées à préserver la chambre du patient :

- Choix de rajouter des lits supplémentaires pour les nouvelles entrées afin de maintenir disponible la chambre du patient en isolement.
- O Choix de « débaptiser » la chambre d'isolement et de la renommer « espace». Espace, qui vient signifier que l'isolement n'est qu'un passage et non pas le lieu de l'hospitalisation.
- O Geler les lits des patients isolés et mettre en place une gestion « en tension » permanente avec un travail renforcé auprès des structures d'amont et d'aval.
- ✓ L'utilisation du salon d'apaisement, espace ouvert, accompagné ou non de soignant est une alternative permettant un moindre recours à l'isolement. La protection sonore de ce lieu doit être recherchée afin de favoriser une moindre stimulation du patient.
- ✓ **Limiter les occasions de rupture et favoriser la continuité du soin** dans le soin hospitalier et le lien thérapeutique. Il s'agit d'éviter les changements d'unité pendant le séjour du patient.
 - Cette même continuité peut d'ailleurs être évoquée dans le lien entre Hôpital et structures ambulatoires tant la qualité de ce lien peut participer à construire de véritables alternatives à l'hospitalisation en urgence. Cette question invite alors à une réflexion en amont de l'hospitalisation, concernant le parcours du soin du patient. Dans le cadre du travail de notre groupe, notre approche et notre réflexion s'est centrée sur la phase hospitalière, lieu du déroulement des séquences d'isolement.
 - Une des bases qualitatives du soin en psychiatrie, qui n'interdit pas la pluralité d'interlocuteurs, reste l'établissement de continuités relationnelles construites sur une histoire partagée. Ainsi en est-il de la formulation entendue du côté des équipes soignantes « C'est notre patient ». Cette expression parle du niveau d'implication des soignants qui se traduit par un souci sur le devenir du patient.
 - Inversement, la convocation de la dimension du secteur pour signifier que le patient « n'est pas de notre secteur », vient limiter les effets et le déploiement d'une possible implication. Il est toujours plus difficile d'investir une prise en soins quand on sait que l'on ne verra pas forcément les bénéfices de ses actions et de ses contributions. La question du souci du devenir du patient se résume alors à la seule question de sa destination, entendue du côté de la sortie du patient de l'unité.

03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf. Page 11.

⁵⁵ HAS – « Isolement et contention en psychiatrie générale – méthode recommandations pour la pratique clinique » http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-



1.3.2 LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

1.3.2.1 EN DIRECTION DU PATIENT

- ✓ Réaffirmer la nécessité d'évaluation clinique (avant admission, avant isolement, en cours d'isolement...):
 - o A l'admission, lorsque le patient arrive contenu (en provenance des urgences par exemple) il est nécessaire qu'une évaluation soit systématisée.

o L'indication des mesures de contraintes doit s'assortir d'objectifs liés à ces contraintes et de repères

permettant de décider de la fin de ces mesures.

Par exemple, la fonction « butoir » de la chambre d'isolement a été repérée dans les travaux du groupe. Le recours à la chambre d'isolement est utilisé ici afin de signifier les limites de l'équipe devant un mouvement sthénique ou d'exaltation débordant. Ce recours vise à border ce mouvement et en constitue une butée. L'effet de cette butée est de permettre une inversion du mouvement dynamique de l'exaltation, et de signifier que la présentation n'ira pas plus loin. Lorsque l'observation sémiologique valide cette inversion et l'amorce d'une phase de récupération, le recours à l'isolement est levé. Le recours aura duré quelques

minutes. Il faut isoler aussi souvent que possible mais pas plus de 5 minutes. Cette idée est reprise à Hermann Simon cité par Philippe Paumelle quand il fait référence à la technique de ce dernier avec l'isolement : « (...) une application systématique de l'isolement de 5 minutes ». Il note ainsi un recours à l'isolement devenu exceptionnel quelques années après. 56

Dans son livre daté de 1929, lequel contenait bien des ferments de ce qui allait féconder la psychothérapie institutionnelle, Hermann Simon précise : « La durée maxima de l'isolement est limitée chez nous à 30 minutes, avec cette réserve qu'il faut le faire cesser plus tôt si le malade se calme ». Et de rajouter : « [...] ils ne doivent pas devenir des méthodes normales de traitement schématiques des malades, car c'est ce qui arrive trop facilement si on n'exerce pas un contrôle permanent ». ⁵⁷ Près de 30 ans avant l'avènement de la chlorpromazine, la traçabilité et l'évaluation serrée de l'isolement et de sa levée sont de rigueur. Près de notre idée de fonction « butoir », Hermann Simon, ajoute : « Si l'isolement est efficace et produit réellement un effet sédatif, on peut le constater au bout de quelques minutes : les notes toujours relevées avec une grande exactitude indiquent une durée moyenne de 18 à 20 minutes ». ⁵⁸

 L'équipe soignante dans son rôle d'évaluation peut interroger la pertinence de reconductions de mesures de contrainte.

⁵⁶ Paumelle, Philippe, « Essai de traitement collectif du quartier d'agités", Editions EHESP, 1999, 158 pages, page 118, citant Hermann Simon, « Une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique », ouvrage non publié en France.

⁵⁷ Hermann Simon, « *Une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique »,* traduction française, hôpital psychiatrique de Saint Alban, 223 pages - traduction dactylographiée non datée – Centre de documentation du CH St Anne à Paris (75) ⁵⁸ Op.cit., p. 136



- O Un travail d'évaluation plus rigoureux avec utilisation de grilles d'évaluation viendrait objectiver des ressentis ou des observations même si elles reposent sur une observation fine. Fréderic Millaud et Jean Luc Dubreucq dans un article de 2012 ⁵⁹ en proposent une large palette. De même, l'HAS préconise l'utilisation de ces outils dans son audition publique sur la dangerosité psychiatrique : «L'évaluation des facteurs de risque de violence doit correspondre à une démarche clinique rigoureuse, régulièrement renouvelée, considérant le sujet dans son histoire et son environnement de façon dynamique et en y associant une dimension éthique» 60. Par exemple, un établissement dit utiliser la grille START (Canada), il existe également des grilles de lecture issues de la formation APIC.
- Définir l'indication de mesure de contraintes doit entrainer la même définition pour leurs levées, avant que la pression du quotidien et le primat de l'urgence ne s'en chargent. En effet, la levée de mesures d'isolement sous la contrainte de l'urgence devrait nous interroger. Il serait intéressant d'effectuer une analyse des suites de ces sorties « par défaut » pour en tirer des enseignements (suivi d'indicateurs, par exemple : taux de réintégration en isolement dans les 12 h)
- ✓ S'intéresser au patient et non pas à l'acte ayant nécessité l'hospitalisation. Sans ignorer ce dernier, le patient ne doit pas être réduit à son acte. Dans cette approche, en attribuant l'étiquette liée à un acte à un individu, c'est-à-dire à voir un acte avant de voir le sujet auteur d'un acte, le risque existe de s'exposer à des mécanismes inductifs qui peuvent favoriser par la suite l'émergence de situations que l'on voudrait réduire. La condensation et la spécularité (la réponse en miroir) sont des mécanismes activés dans les situations d'interaction de tensions et d'agressivité qui peuvent précéder un recours à l'isolement et à la contention.
 Si les antécédents d'actes ou d'agir sont des éléments à prendre en compte dans la prédictibilité, la réduction de la personne à ce symptôme est de nature à contribuer à la réification de celui-ci et donc indirectement à sa reproduction. Citons Michel Combret quand il observe, en s'appuyant sur les travaux de l'Ecole de Chicago « la stigmatisation apparaît comme une prophétie qui contribue à sa propre réalisation, en devenant prédiction créatrice »⁶¹. Dans ce cas, la prévision contribue alors à entraîner la réalisation de l'évènement.
- ✓ L'investissement du champ de la psycho-éducation : il s'agit de faire valider ses observations par le patient, lui donner la possibilité de co-construire, et améliorer ainsi ses capacités d'insight, de connaissance de ses troubles et de son fonctionnement. Il s'agit d'impliquer le patient dans un plan de prévention partagé de la crise, d'identifier et de renforcer ses capacités d'autocontrôle. Il est question, en quelque sorte, et dans une forme d'assertion, de directives anticipées au sens de Morin et Michaud : « La personnalisation des soins...comprend une meilleure connaissance des antécédents du patient et un contrat de désescalade de comportements violents ou de colère... Ces contrats peuvent être considérés comme des directives anticipées »⁶² . Nous parlerons plutôt de « directives partagées » pour éviter la confusion avec le terme règlementaire de directives anticipées faisant référence à des choix liés à la fin de vie. Ces directives partagées constituent une ressource et un tiers lors de la survenue d'une crise.

⁵⁹ Millaud, Frédéric, Dubreuc, Jean Luc, « Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites », *L'information psychiatrique*, 2012/6 (Volume 88), p. 431-437.

⁶⁰ Haute Autorité de Santé (HAS), « Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro agressive chez des personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur », Site de l'HAS, mars 2011. Page 17.

⁶¹ Combret, Michel, « Regard sociologique sur les malades mentaux « dangereux », *Soin Psychiatrie*, N°261, avril/mai 2009, page 18-21.

⁶² Morin Paul, Michaud Céline, Op. cit., page 142



- Rendre le patient acteur, lui faire confiance, travailler avec une notion de crédit de confiance et pouvoir parler la nécessité ou pas de la contention mécanique et de l'isolement : S'autoriser un questionnement de base : « Que va-t-il se passer si je vous détache ? » (à l'arrivée d'un patient contenu). Délivrer une information juste et adaptée au patient. Les agitations peuvent aussi naître de l'incertitude liée à un manque d'information, mais également, on le voit parfois lors des admissions, d'informations déloyales fournies au patient par les tiers envoyeurs.
- ✓ L'importance de la rencontre et de structurer une pensée préalablement à cette rencontre.
 - Notamment la première rencontre: la sécurisation ne doit pas primer sur la nécessité de cette rencontre avec l'autre souffrant. L'espace de cette première rencontre doit être préservé. En cela, les contraintes liées à l'organisation ne doivent pas prendre le pas sur cet espace. La disponibilité du soignant dans ce moment inaugural permet une accroche relationnelle constitutive de l'alliance thérapeutique. Voir à ce propos les recommandations de l'HAS dans son guide méthodologique sur la prévention et la prise en charge des moments de violence paru en septembre 2016⁶³.
 - O Primauté de la rencontre humaine : accueillir les patients dans leur humanité, « Prendre le risque de l'autre » : La connaissance du patient et de son histoire favorise pour les soignants une capacité de contenance psychique. Il s'agit de connaitre quelques « clés relationnelles ». De la même façon, être en capacité d'accueillir et accompagner la symptomatologie (même bruyante des patients), plutôt que de vouloir les « cacher » ou les « faire taire ».
 - C'est aussi la rencontre au quotidien, la disponibilité soignante et la fonction « sociofuge » (aller vers) de celui-ci, c'est-à-dire, se situer aussi à l'initiative de la rencontre. Il s'agit d'assurer une présence dans les lieux du soin. Florent Poupard, cité plus haut, évoque dans son article la difficulté des soignants à cet égard : « Leur engagement immodéré dans les tâches administratives traduit aussi leur difficulté à entrer en contact avec les malades. L'ordinateur, le téléphone, les documents administratifs sont autant de paravents derrière lesquels se cachent les soignants, désemparés face aux manifestations psychopathologiques des malades »⁶⁴
 - Restaurer la médiation, la transitionalité dans la relation : créer l'espace transitionnel, le lien. Créer un espace informel, autour du quotidien, avec des médiations simples (lecture du journal par exemple). Ce sont des initiatives spontanées au décours de la journée qui permettent une mise à disposition du patient. Quelle autorisation de l'équipe, de la hiérarchie pour cela? Plus la proposition sera personnalisée et individualisée plus son effet sera contenant. Quelle place pour produire des liens et ne pas uniquement produire des actes de soins?

24

^{63 63} Haute Autorité de Santé (HAS), « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie », Guide méthodologique, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie, septembre 2016, page 27.

⁶⁴ Poupard, Florent, « La bureaucratie, menace sur les soins, infirmiers », *Santé Mentale*, Novembre 2013, n° 182, page 14.



1.3.2.2 L'ORIENTATION « EQUIPE »

- ✓ Le renfort préventif: Nous parlons ici d'une forme de renfort spontané basé sur l'entraide et lié à une identification perceptive des enveloppes sonores habituelles⁶⁵. Ce type de renfort ne passe pas par un appel et se situe en amont de celui-ci. D'ailleurs, il n'en revendique pas le terme, nous sommes sur un registre d'entraide, bien peu valorisé également. Précipitations, claquements de portes ou tous signaux sonores, voir visuels, quand les unités sont architecturalement disposées en vis-à-vis, et plus généralement tous signaux inhabituels qui se détachent ainsi du fond sur lesquels ils se déploient.
 - Cette action ne se fait pas en direction d'un patient mais plus largement. Le déplacement et l'apport de professionnels supplémentaires, le fait de se « montrer » au sein des différents espaces du service peut apporter un apaisement de la situation. L'intervention ne se fait pas sur la scène, mais à la périphérie, on rend visite aux collègues. Cela nécessite de réinstaurer une confiance et des liens entre unités de soins.
- ✓ La reprise des situations telle qu'évoquée précédemment est aussi une occasion de pouvoir interroger des pratiques individuelles et collectives autour de situations vécues. Des temps de recul et des espaces de pensée où peuvent se repérer des mécanismes de contre-attitudes et se confronter les regards et les différents jeux relationnels sont importants à maintenir.

On peut se référer ici à l'article de Ahmed BENAÏCHE, parlant de l'outil qu'il a créé :

- « Cette grille est une sorte de fenêtre sur les échanges cliniques pour collectivement verbaliser le positionnement de chacun face à une agitation et donc amener une lecture institutionnelle de cette réalité. ... Cette grille est, pour le jeune soignant, un support qui pourrait l'amener à développer ses compétences... »⁶⁶
- ✓ La culture de l'urgence et de l'immédiateté de la réponse : réapprendre à différer pour pouvoir échanger en équipe. Tout n'est pas à traiter dans l'urgence.
- ✓ Le travail autour du cadre. Il s'agit de la capacité et de la possibilité pour les soignants de travailler sur le bord du cadre. Il existe ici une notion de ductilité du cadre. C'est en adaptant le travail à la réalité donc en dépassant le cadre initial ou prescrit que le travail réel peut se faire. Le cadre n'est pas fait pour être respecté à la lettre, il est là pour faire tiers dans la relation. Le cadre est un outil sur lequel nous pouvons compter pour repérer les évolutions, permettre et limiter les mouvements psychiques. Il constitue la partie fixe, le non-processus dans lequel nous pouvons observer les processus.

Pour Laurent Morasz, « Le cadre institutionnel avec son cortège d'institué permet de prendre le risque de la relation avec les patients [...] Mais en même temps, c'est un travail difficile, car si le cadre est permanent, il est diffus et discret »⁶⁷

⁶⁵ Lanquetin Jean Paul, Tchukriel Sophie, « *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie »,* rapport de recherche, février 2012, voir la fonction thermométrique, pages 249-251.

⁶⁶ Benaïche, Ahmed, « Evaluer la relation de soins face à l'agitation », revue Santé Mentale, avril 2014, n° 187, page 63.

⁶⁷ Morasz, Laurent, Perrin-Niquet, Annick, Vérot, Jean-Pierre, Barbot, Catherine, *L'infirmier(e) en psychiatrie*, Edition Masson, Paris, 2004, 297 pages, page 147..



A ce stade, il est important de revenir sur les différents cadres utilisés dans nos pratiques :

- o **Le Cadre institutionnel**: il s'agit d'un système concret lié aux obligations réglementaires et/ou légales qui incombent à chaque citoyen et aux établissements. C'est un organisateur social dont Michèle Tortonèse en propose cette définition, « La question du cadre doit d'abord se regarder du côté de l'organisation humaine structurante en termes de lois, de règles et d'interdits, de normes et aussi de coutumes. Tout sujet y est confronté et doit, autant qu'il le peut, s'y conformer. C'est la dynamique surmoïque [...] ». ⁶⁸
- o Le cadre clinique qui se décline en 2 volets complémentaires
 - Le Cadre des soins : cadre mis en place par l'équipe infirmière et cadre de santé principalement, dans le cadre du rôle propre. Il gère beaucoup d'aspects liés au quotidien.
 - Le Cadre thérapeutique : cadre lié au prescriptif et aux indications médicales.
- Le Métacadre : Il s'agit d'un cadre implicite en lien avec la tache primaire et la raison sociale de nos établissements de santé : le soin.
- Enfin il faut noter l'importance du cadre interne sans lequel le soin psychique se vide de sens.
 La fonction soignante, les actes thérapeutiques s'inscrivent dans la rencontre entre le cadre interne des soignants et le cadre externe de l'institution.

A la lecture de ces propositions de définitions, on voit l'interpénétration du cadre de soins et du cadre thérapeutique.

Comment en apprendre les subtilités ? L'art et la manière liées à ces rappels du cadre, ses agencements ? Poser un cadre est une chose, savoir en sortir est aussi important. Comment se situer entre « règles du jeu » et du « jeu dans les règles », entre fermeté des repères et souplesse quant à leurs abords ?

Il ne s'agit pas d'être au garde à vous devant le cadre, le soignant n'est pas la loi, il en parle parce qu'il est luimême soumis à cette loi (triangulation). Sinon, le cadre perd sa fonction de tiers dans ce phénomène de condensation. La particularité et la difficulté du travail avec les cadres en psychiatrie réside sans doute dans la capacité à repérer les « transgressions novatrices » ⁶⁹ où le frayage du patient avec les limites du cadre parle le conflit psychique, et la « transgression transgressive » (Ibid) qui constitue un dépassement clair d'un interdit lourd, nécessitant d'être repris et contenu.

Le but du cadre en psychiatrie n'est pas uniquement d'être respecté, mais surtout de permettre dans cette fonction tierce une internalisation et une structuration des règles, et de la loi. Il faut un cadre pour le soin, que Paul-Claude Racamier définissait de la sorte : « Le soin est un entourage. Pour mieux dire, il est un entourement. Il lui faut un espace, il lui faut un cadre. Le soin est un processus. Or, il n'y a pas de processus qui puisse se dérouler dans le vide ou dans l'abstrait : là encore il lui faut un cadre ».

✓ Valoriser **le travail informel** de gestion, d'encaissement, d'amorti du travail de l'équipe. Quelquefois ce travail au bénéfice du patient se fait au détriment d'activités plus formalisées. Les deux tensions d'activité sont ainsi en travail. On assiste à une survalorisation de la technicité (le formel, le quantifiable et traçable) au détriment de ces espaces informels qui participent de la contenance institutionnelle du collectif.

A ce sujet, les priorités doivent être évaluées à la fois par l'équipe mais aussi organisées en amont par le cadre de santé en collaboration avec le médecin.

⁶⁸ Tortonèse, Michèle, *«Cadre thérapeutique et accompagnement infirmier »*, EMC (Elsevier Masson SAS Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-725-B-50, 2011, p.2.

⁶⁹ Morasz, Laurent, *Comprendre la violence en psychiatrie* – Edition DUNOD - Paris 2002.

⁷⁰ Paul-Claude Racamier, « L'esprit des soins - Le cadre », les éditions du collège, 2001, 124 pages.



1.4 LE PROFESSIONNEL : CONNAITRE ET SE CONNAITRE

1.4.1 CONNAITRE

- ✓ Les connaissances théoriques, cliniques et la connaissance du patient et de son entourage constituent les bases d'un soin de qualité.
- ✓ La question du rôle propre: La perte d'une inscription individuelle dans le soin se traduit par une demande croissante de prescription. Il est nécessaire que l'infirmier et avec lui les autres membres de l'équipe (nous pensons ici aux aides-soignants qui aujourd'hui assurent une disponibilité importante aux patients) se réapproprient leur rôle propre. Ce rôle propre, ce travail autour de l'informel, a été décrit de façon très rigoureuse et scientifique dans le rapport de recherche de S. TCHUKRIEL et JP LANQUETIN⁷¹. Une réappropriation de ce travail a été faite par des professionnels belges sous la forme d'un carnet intitulé « SocleCare »®⁷², que l'on pourrait traduire par « le socle du prendre soin en psychiatrie ».
- ✓ La fonction de disponibilité : se rendre disponible implique une capacité à développer une présence au patient ou au groupe de patient. Cet aspect est là encore très bien caractérisé dans le travail de LANQUETIN et TCHUKRIEL⁷³.

Il s'agit d'une fonction importante que celle de la présence, de la disponibilité. Elle permet une capacité de pareexcitation, d'abaisser le seuil d'interpellation, de se rendre accessible, et d'être au plus près d'une sémiologie en formation. Se rendre disponible n'est pas défini comme une réponse à tout, tout de suite, la disponibilité s'inscrit dans un rapport d'incomplétude, comme la garantie que toute sollicitation ou demande connaîtra sa réponse.

1.4.2 SE CONNAITRE

- La connaissance de soi permet d'être plus apaisé donc les patients le sont également : savoir qu'on est les acteurs du soin (présence, parole) invite à penser ses actions, soit dans le cadre du service soit à l'extérieur. Cette prédiction socratique d'un « Connais-toi toi-même », cette connaissance sur soi est un des moteurs de la professionnalisation. Laurent Morasz et al, précisent à ce propos : « Comprendre ses réactions, c'est ainsi se donner les moyens de les maitriser, 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. »⁷⁴
- ✓ **La peur**: Il est important de souligner que la sollicitation de l'isolement ne vient pas toujours parler de la peur : elle intervient aussi sur la base d'observations cliniques faites par les soignants dont il convient de tenir compte afin de mettre en place une stratégie thérapeutique adaptée.

⁷¹ Lanquetin Jean Paul, Tchukriel Sophie, *op.cit, dans la recherche, l'informel a été retenu comme une porte d'entrée par l'analyse du travail pour approcher les dimensions du rôle propre infirmier en psychiatrie.*

⁷² Le projet « SocleCare »®, site internet, http://soclecare.eu/le-projet-soclecare/

⁷³ Lanquetin Jean Paul, Tchukriel Sophie, *op.cit.*, pages 192-203

⁷⁴ Morasz, Laurent, Perrin-Niquet, Annick, Vérot, Jean-Pierre, Barbot, Catherine, *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie,* Edition Elsevier Masson, 2ème édition, Paris, 2012, 336 pages, page 107 et 294.



Cette peur (ou plutôt insécurité) peut prendre sa source dans la confrontation du soignant à un manque d'adossement que ce soit en termes de formation, de clinique, institutionnel. Ce n'est pas seulement la peur de la violence de l'autre.

Il ne faut pas disqualifier la place et la fonction de la peur : c'est un indicateur d'alerte important et partagé. Il s'agit de connaître et reconnaitre la nature de sa peur. Le sentiment d'insécurité, c'est la peur d'avoir peur. Le sentiment de sécurité : c'est la maîtrise de sa peur, c'est-à-dire, accepter l'espace nouveau qui se crée quand on accepte une part d'insécurité, sans se mettre dans une position hypovigilante de surexposition. Reconnaître cette forme de peur permet de gagner en congruence et d'aller vers le patient en renouvelant ses modes d'accès à l'autre. La peur ne conduit pas forcément à l'isolement. Le CGLPL cite dans son rapport la phrase de Jean Claude Penochet, président d'un syndicat de psychiatre : « Quand une équipe a peur il est certain que le médecin va prescrire des contentions »⁷⁵

- ✓ Nous ne pouvons pas écarter la question des contre-attitudes, transfert/contre transfert. Ces mouvements traversent toutes les situations de soin. Le problème réside dans la prise de conscience, la capacité de recul. Il faut un nécessaire décalage, une distance, pour que la relation se situe à un autre niveau qu'en similarité ou miroir.
 - JP Lanquetin remarque par ailleurs : «Lorsque nos capacités contenantes sont mises à mal, attaquées, débordées sous l'emprise émotionnelle, il se forme une collusion entre le « Moi professionnel » et le « Moi personnel ». Le temps de cette collusion est souvent le lieu d'une augmentation de la présentation exaltée, voire le moment productif d'une geste agressif. Cet instant agit comme un moment de bascule »⁷⁶. Cette collusion représente alors la disparition du tiers professionnel précipitant la relation dans une frontalité organisée sur un mode du « lui ou moi ».
 - La difficulté et l'exigence du travail des soignants réside dans la capacité à discriminer entre les différents recours, les parts relevant de la thérapeutique, du sécuritaire et du punitif.
- ✓ La question du **pouvoir soignant** peut être aussi centrale dans le phénomène de l'isolement. Isoler, contenir mécaniquement un patient est une relation de pouvoir. Afin de préserver les intentions soignantes, l'enjeu est de pouvoir border, borner et réguler la dissymétrie de la relation (tout en l'assumant). L'ensemble des professionnels doit pouvoir interroger ces aspects au sein d'un espace pouvant accueillir, traiter, élaborer les conflits de valeurs.

1.5 FORMER LES PROFESSIONNELS

Aujourd'hui, les formations paramédicales et médicales ne préparent que très peu à l'exercice en milieu psychiatrique et à la gestion et l'élaboration des moments de tension inhérents à la souffrance psychique. Le défaut d'alternatives connues et éprouvées, majore les possibilités que ces moments de tension trouvent leur issue dans la mise en place d'une contrainte.

Un des points de la problématique réside aussi dans le départ (en retraite ou par mutation interne vers les structures ambulatoires) d'un certain nombre de professionnels porteurs de compétences infirmières en psychiatrie. Avec le départ de cette classe d'âge, la transmission ou transfert de compétences par compagnonnage ne se fait plus entre professionnels expérimentés et jeunes professionnels au sein des unités. Dans certains services ou la moyenne

⁷⁶Lanquetin Jean Paul, « *L'agitation en psychiatrie : quels repères pour quels soins ?* », *Ibid*, page 191.

⁷⁵ CGLPL, op.cit., page 105.



d'ancienneté est très peu élevée (parfois moins de trois ans), les professionnels nouvellement arrivés en psychiatrie peuvent se sentir souvent démunis, éprouver un sentiment de peur et une perte de repère.

On s'attardera ici plus particulièrement sur les besoins en formation des professionnels paramédicaux, avec cependant en filigrane la possibilité de transposer, voir mutualiser certains dispositifs pour des professionnels médicaux débutants.

1.5.1 LA FORMATION INITIALE

Comme évoqué précédemment la formation initiale ne répond qu'en partie aux exigences de l'exercice professionnel en psychiatrie. De nombreux corps constitués de la discipline et plusieurs rapports récents préconisent la mise en place d'une spécialisation en psychiatrie à l'issue de cette formation initiale.

Au-delà, certains points pourraient être travaillés au sein de ces formations initiales :

- ✓ Il conviendrait d'engager une réflexion sur le contenu de cette formation concernant les pratiques d'isolement, de recours aux contentions mécaniques mais cet enseignement ne doit pas être détaché de la question de la prévention de la violence, des connaissances psychopathologiques, des aspects réglementaires, des principes fondamentaux de respect des libertés individuels et d'une réelle valorisation de la relation dans les soins. La prévention du recours à la contrainte physique doit constituer une priorité.
- ✓ Il conviendrait également de renforcer les accueils en stage à la fois en termes quantitatifs et qualitatifs (parcours de stage). Autour des stages, une pratique au sein de l'IFSI d'élaboration des pratiques de stages doit être systématisée, temps où la question des éprouvés et de l'évolution des représentations associées doit pouvoir être travaillée. Les liens entre IFSI et terrain de stage doivent être renforcés dans ce cadre notamment au travers de l'intervention des professionnels de la psychiatrie au sein des IFSI. Les temps d'enseignement cliniques notamment groupaux constituent également un espace favorable à ce travail.
- ✓ De manière générale, un renforcement de l'articulation entre IFSI et établissement doit être recherché quant à l'enseignement de la psychiatrie (stage et contenus pédagogiques).

1.5.2 CONSOLIDATION DES SAVOIRS ET TUTORAT

- ✓ Maintenir la consolidation des savoirs: Ce cycle de formation consécutif à la prise de poste doit être systématisé. Il comprend des formations pratiques très rapidement à la prise de poste puis d'autres plus à distance. Ce parcours doit être revu, reconstruit à la lumière de l'actualité de nos établissements et formalisé. Cette formation continue doit comporter entre autres des apports sur :
 - L'affirmation des dimensions du rôle propre infirmier en psychiatrie disponible à partir des résultats de recherche en soins.
 - La clinique : l'évaluation des comportements, des signes cliniques.
 - Des connaissances en matière de vie psychique du patient psychotique et les symptômes qui y sont associés. L'expression de la pathologie (délire par exemple) doit être accueillie et non pas forcément abrasée.



- La crise entendue comme un élément clinique non isolé d'un avant et d'un après. Il s'agit de réintroduire un continuum. La crise sera entendue comme un épisode du parcours du patient (non synonyme de rupture).
- ✓ Maintenir et redéfinir le tutorat et sa fonction au sein de l'établissement, particulièrement en lien avec la reconduite d'un financement en région ARA pour la période 2017-2021. Ce dispositif permet la valorisation de l'expérience de terrain : L'éprouvé trouve alors une mise en sens dans l'échange avec le pair tuteur expérimenté. Cela permet au soignant de trouver des ressources internes mais aussi au sein de son environnement. Ce dispositif contribue à renforcer le sentiment de légitimité perçu par le professionnel nouvel arrivant dans l'exercice de son rôle propre.

1.5.3 FORMATIONS SPECIFIQUES

- ✓ Mettre en place des formations d'équipe et notamment en ce qui concerne des formations à la « gestion de la violence » (Self Sauvegarde®, APIC®, OMEGA®,...) qui incluent l'apprentissage de techniques de désescalade. Cela est nécessaire mais non suffisant. L'efficacité de ces formations sera en effet potentialisée par la transversalité de cette formation incluant médecins notamment mais aussi les autres catégories professionnelles. Il s'agit de favoriser une dynamique du collectif.
- ✓ Proposer des formations permettant de décoder la clinique de l'agressivité et de la violence afin de mieux contextualiser l'apparition de ces situations.
- ✓ Proposer des formations permettant d'accompagner la réflexion éthique des professionnels.
- Former en interne par des pairs dans chaque établissement, à la mise en place des matériels de contentions (sans oublier la réactualisation en cas de modification de matériel) : il y a en effet nécessité d'évacuer la question de la technique pour laisser la place à la relation, utile dans ce que nous avons qualifié de « prévention tertiaire ». Cette formation doit pouvoir s'adresser aux personnels paramédicaux et cadres mais aussi médicaux et être mise en place rapidement à la prise de poste (voir aussi page 11 paragraphe 1.1.4)
- ✓ Revaloriser **la formation individuelle** afin de pouvoir transposer un « talent personnel » dans le soin. Rendre le soignant acteur de son rôle propre.
- ✓ L'évaluation de l'effet des formations sur les pratiques professionnelles pourrait être renforcée, notamment à distance.

1.6 OBSERVATION CLINIQUE DU COLLECTIF PATIENT

✓ L'équipe est attentive à la qualité de l'accordage entre patients. Ainsi peut se créer une capacité
d'autorégulation du groupe favorisée par une ambiance patients/soignants favorable. Cette qualité d'ambiance
favorise la mise en place alors d'un repérage précoce, d'une régulation, voire d'une intervention des autres
patients lors de la phase d'activation. Lors de la phase de crise, on voit aussi des interventions physiques de
patients qui visent à protéger les soignants.



- ✓ L'équipe conserve une vigilance pour **les patients les plus connus, qui pourraient être oubliés**, lesquels risquent de se manifester pour être entendus. Cette vigilance portera également dans l'identification et la reconnaissance du rôle des patients « *thermomètres* » (voir 2-1 phase d'activation page 34).
- ✓ Mener une réflexion sur le dimensionnement des unités de soins : conduire une réflexion sur un nombre de lits « seuil » par unité afin de limiter l'impact du nombre sur le collectif patient, l'ambiance de l'unité et la qualité des soins. Nous pouvons revenir à cet endroit sur la jauge de 20 à 25 lits que le déploiement de la psychiatrie de secteur avait favorisé suite à la période de désinstitutionalisation des années 1970-1980. Cette jauge garantit la possibilité d'une meilleure attention individualisée au patient.



2 PREVENTION SECONDAIRE

Le renforcement de la capacité à accueillir au sein même de l'unité les manifestations de la souffrance psychique (délire, déambulations, confusion psychique...) qui peuvent devenir des motifs d'isolement ne sera pas abordé dans ce chapitre. Toutefois, nous retrouverons dans les éléments ci-dessous des actions permettant de graduer des actions thérapeutiques lorsque ces manifestations deviennent anxiogènes pour les autres patients et risquent de compromettre un niveau de quiétude propice à l'ambiance de soin.

Nous nous baserons sur le développement des épisodes de violence tant il existe un lien étroit aujourd'hui entre violence (ou perception d'un risque de violence) et recours à l'isolement comme mode de réponse souvent préférentielle. En effet, si agitation, violence, agressivité, mise en chambre d'isolement et mise en place de contentions mécaniques constituent des manifestations et des réponses qui possèdent leurs distinctions, le groupe constate que ces différentes étapes fonctionnent aujourd'hui **préférentiellement comme un bloc.** Cette évolution nécessite de repenser des modes de réponse alternatifs ou de remplacement.

Jérôme PALAZZOLO, dans sa revue de littérature affirme ainsi : « It is clear that seclusion and restraint are primarily used to contain agitated, disruptive, excited behavior that is detrimental to the therapeutic milieu and presents a potential danger of escalation into violence" ⁷⁷

(Il est clair que l'isolement et la contention sont prioritairement utilisés pour contenir le comportement agité, perturbateur, excité, qui est préjudiciable au milieu thérapeutique et présente un danger potentiel d'escalade de la violence)

Ainsi, nous reprendrons l'approche psychodynamique de la violence en 6 phases développées par Laurent MORASZ dans son ouvrage. ⁷⁸ La pertinence de cette lecture des phases de l'interaction violente réside dans sa transférabilité et son application dans la lecture d'un grand nombre de situations.

- Phase d'activation
- Phase d'intensification
- Phase de crise, passage à l'acte ou agir (ou pas suivant les modes de réponses) avec ses possibilités de réplique
- Phase de stabilisation technique
- Phase de récupération
- Phase de reprise et d'élaboration qui devrait permettre d'éviter la répétition.

Nous retrouverons la correspondance de ces phases avec les niveaux de prévention en fin d'introduction (page 7).

Un préalable nous semble également devoir être fait sur la **question du genre** dans l'intervention en direction du patient. Ainsi, le Docteur CARRE dans son travail de recherche lors de sa thèse⁷⁹ évoque « *l'influence de la présence de soignants masculins dans l'utilisation plus fréquente de la contention* » à partir d'une revue de littérature réalisée sur 49 études. Il apparaît en effet pertinent d'interroger la question du genre dans ces situations. La question de l'agitation, et de la prise

⁷⁷ Palazollo, Jerome, « Restraint and seclusion in psychiatriy in the elderly: review of the literature », *Ann Depress Anxiety*, 2015; 2(2), http://austinpublishinggroup.com/depression-anxiety/fulltext/depression-v2-id1044.php, p. 3.

⁷⁸ Morasz, Laurent, « Comprendre la violence en psychiatrie : approche clinique et thérapeutique », édition DUNOD, 2002.

⁷⁹ Carre, Raphaël, « Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients », Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, septembre 2014, page 26.



en charge de cette agitation (avec isolement ou pas) est souvent, par délégation, l'affaire des professionnels masculins. Le noyau central des représentations sociales lié au genre est particulièrement actif à cet endroit (homme = protection /sécurité/force et femmes = attention/ soin du corps/ moindre force musculaire). Voir également à ce propos la thèse de D. Moreau⁸⁰.

L'approche du patient n'est ainsi pas la même. La fonction d'apaisement est portée par les infirmières (les femmes) dans des situations de crise alors que pour un infirmier (un homme) c'est plus souvent la question de la confrontation physique qui est posée, quand elle n'est pas convoquée.

2.1 PHASE D'ACTIVATION

Nous situons donc le début de cette prévention secondaire au moment du repérage de tensions groupales ou individuelles, lesquelles peuvent éventuellement caractériser une phase d'activation. Les modes d'expression peuvent être variés mais alertent toujours l'équipe par leur caractère « inhabituel » : c'est-à-dire, des manifestations qui se détachent du fond « habituel » d'où elles proviennent.

Nous situons la pertinence de ce repérage dans des organisations qui composent avec la nécessité de « laisser vivre les incidents », quand ils sont évalués comme mineurs ou acceptables. Ces « incidents » font l'objet d'une prise en compte, d'une observation et d'un raisonnement clinique. Le processus décisionnel peut se situer dans le choix d'une absence de réponse. En effet, il faut garder à l'esprit la nécessité d'accueillir les manifestations de la souffrance (voir de la vie en communauté). Fonction cathartique d'une agitation groupale qu'il conviendrait de laisser se dérouler ? Quel seuil d'acception pour l'équipe, les patients ?

Nous évoquerons parmi ces repérages :

- ➤ Une tension est repérée avec diffusion dans le groupe patient, voire soignant : éclats de voix, accélérations, déambulations, portes qui claquent... ici c'est la fonction de *thermométrie*⁸¹ décrite par JP LANQUETIN et S. TCHUKRIEL qui entre en action.
- Ou bien, une sémiologie qui interpelle chez un patient donné: Rupture relationnelle, multiplications de demandes, repli....
- Nous pouvons aussi souligner l'existence de patients thermomètres ou « starter » : Ceci nécessite une certaine connaissance des patients qui se confronte aujourd'hui au turn-over important au sein de certaines équipes. Cette fonction existe aussi du côté des professionnels. Ainsi en est-il de certains soignants plus sensibles à ce décryptage précoce. Ils prennent de ce fait cette fonction d'alerte et de sentinelle.

Nous soulignons toutefois que cette fonction de repérage peut être mise à mal par une tendance à la sécurisation excessive des lieux. Cette sensation d'avoir « tout sécurisé » peut induire une hypovigilance, une « désensibilisation » du soignant à l'inhabituel. La croyance de sécurisation maximale et de maîtrise des risques priverait ainsi le soignant de la possibilité d'alerte de niveau bas.

MOREAU, Delphine, « Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile », Thèse pour l'obtention du grade de Docteure de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), discipline sociologie, EHESS, Décembre 2015, pages 284-286

⁸¹ Lanquetin, Jean Paul, Tchukriel Sophie, « *L'impact de l'informel dans le soin infirmier en psychiatrie »*, Rapport de recherche, 2012, page 249



2.1.1 INDICATEURS D'ALERTE ET COLLECTIF « EQUIPE »:

Dans le cadre d'une perception par un soignant du caractère inhabituel de manifestations, il peut être intéressant de confronter et de recenser les avis (si cela est possible). Ainsi une échelle analogique de mesure du sentiment de sécurité ou du sentiment d'insécurité pourrait être construite (à l'image des échelles de la douleur).

Cet outil pourrait se révéler intéressant pour créer une discussion sur les écarts de perception et susciter une invitation à les mettre en mots mais aussi pour porter l'attention sur un patient ou éveiller la vigilance de l'équipe. La mise en mots argumentée du sentiment de sécurité ou d'insécurité des soignants (métaconnaissance) peut être source d'enseignements. Ces derniers favoriseraient l'objectivation et le partage des éléments constitutifs des sentiments de sécurité et d'insécurité.

Nous constatons que lorsque le repérage est partagé au-delà du groupe infirmier et pas forcément verbalisé, nous assistons à un phénomène de clôture des espaces (fermeture des bureaux de secrétariats, psychologues, ASH) créant une espèce de « no man's land » occupé par les acteurs infirmiers et patients où va pouvoir se dérouler la scène attendue autant que redoutée.

Le repérage des éléments d'alerte nécessite la mise en récit au sein du collectif et la mise en place d'actions alternatives (autre que l'appel à renfort et attente des renforts).

2.1.2 LES ACTIONS

L'articulation au sein de l'équipe est importante : il s'agit de se répartir les rôles. Il y a nécessité de « dépersonnaliser le conflit ». L'organisation de l'équipe basée sur une logique de coopération doit prendre en compte les compétences et ressources de chacun (meilleure connaissance du patient, capacité momentanée à contenir une situation, antériorité de connaissance de « clés relationnelles »).

Un signal d'alerte partagé implique dans un premier temps, **d'aller vers** la situation et d'essayer d'en identifier les sources: il s'agit de faire preuve d'une certaine réactivité. Cet « aller vers » aura plusieurs buts et plusieurs conséquences en fonction de la situation et de l'analyse de cette situation par le professionnel : Est présenté ici un éventail des possibles dans cette situation de tension, ni hiérarchisés, ni priorisés, ils sont à mettre en œuvre dans le cadre d'une relation singulière et une évaluation de la situation. La question de la réactivité engage aussi celle de la connaissance clinique du patient.

- Commencer un travail de décryptage : origine de l'agitation ? Evaluation de la situation : niveau d'agitation psychomotrice ? habituel ? remettre dans le contexte du patient, de l'unité... Source individuelle ou groupale ?
- Etre là, présent, Renforcer l'offre de disponibilité⁸². pas forcément dans un engagement direct : présence dans les lieux un peu à distance, présence détournée (présence dans les locaux communs, lecture du journal par exemple), accompagner éventuellement la situation suivant son acceptabilité, son origine, ses effets...
- Interagir avec le groupe : D'abord de façon indirecte et tierce, si la situation n'est pas encore établie. Quel est le niveau de quiétude du groupe, quelle est son niveau de « perturbation » ressenti ?

_

⁸² Languetin, Jean Paul, Tchukriel Sophie, op. cit., page 194



- Approcher le patient, engager une relation (importance de la connaissance du patient, de son projet pour cette intervention). Echanger autour de ce qui se passe dans la pièce (la télé, le jeu de carte....). Utiliser l'environnement dans la relation au patient. S'appuyer sur le contexte sans interpeller directement sur la situation de tension et repérer ainsi son niveau d'attention.
- Intervenir directement sur l'environnement : proposition d'une activité. Faire rupture, distraire, faire diversion. Il s'agit de la notion de dérivation⁸³ : proposer autre chose (faire un tour à l'extérieur, boire un café ou toute autre activité support immédiatement accessible). Cela nécessite une connaissance du patient. On utilise alors ce que le patient apprécie (clé relationnelle). Cela peut-être le punching-ball, écrire, dessiner, coudre, courir, taper dans un ballon, jouer aux boules, tricoter, regarder une revue, inviter à une partie de cartes, préparer un jus de fruits, proposer un en-cas alimentaire, favoriser un lien interne ou externe, écouter une chanson, chanter, proposer la narration d'une blague, accompagner à la cafétéria, jouer de la guitare, marauder un chocolat, recentrer sur tout autre support d'investissement potentiel du patient...⁸⁴

Cette fonction de dérivation est définie ainsi : «Elle agit un peu sur le modèle du déplacement réussi où l'énergie pulsionnelle incontrôlable sur la représentation de l'instant va trouver un canal de dérivation en se rattachant à une autre représentation proposée par l'infirmier pour une représentation beaucoup moins excitante pour la personne ou le groupe »85.

Il s'agit d'une capacité à s'adapter et adapter ses actions en appui sur une évaluation circonstanciée d'un risque potentiel. Les actions mesurées, les initiatives mises en œuvre par le soignant doivent être autorisées et soutenues au sein de l'équipe et par la hiérarchie (voir page 25 : valoriser le travail informel).

- Evaluer la capacité du patient à verbaliser et le solliciter : est-ce que vous nous confirmez que vous n'allez pas bien ? Que pouvons-nous faire pour vous aider ?
 Cette capacité à verbaliser peut-être également sollicitée lorsque le patient réclame lui-même l'isolement ou la contention : de quoi a-t-il besoin à ce moment-là ? Quelle est sa demande réelle ?
- **Proposer** un deuxième niveau de prise en compte avec **une médiation verbale** : entretien dans un bureau, dans le couloir ou déambulatoire quand il s'agit de prendre en considération le besoin de décharge motrice.
- Adapter sa communication en fonction des capacités du patient avec si besoin des techniques alternatives ou complémentaires (non verbales, expression gestuelle, toucher etc.).
- > Signifier au patient que son action s'inscrit dans le collectif « équipe » : faire vivre l'enveloppe, le tiers de l'équipe, l'institution afin que le patient se sente contenu par un dispositif à la fois soignant et solide.
- Penser, apprécier individuellement et singulièrement la situation : 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. Il est intéressant de se pencher sur l'article de Mario COLUCCI sur cette thématique : Faire le choix de ne pas contenir physiquement et développer une véritable « *clinique de la négociation* »⁸⁶.

⁸³ Lanquetin, Jean Paul, Tchukriel Sophie, op. cit., page 146

⁸⁴ Tous ces éléments ont été cités à un moment ou à un autre par les participants du groupe de travail CRMC.

⁸⁵ Lanquetin, Jean Paul, Tchukriel Sophie, op. cit., page 146

⁸⁶ Colluci, Mario, « Italie. Contention physique et fonction de contenant : notes pour une clinique de la négociation », *VST – Vie sociale et traitements*, 2011/4 (n° 112), pp 23 à28.



Se réapproprier la notion de **cadre.** Celui-ci n'est pas rigide comme l'illustre M. COLUCCI : « Ainsi, cette phrase, énoncée, à partir d'un règlement rigide et appliqué sans bon sens : « Si vous ne vous levez pas, nous allons appeler les renforts ! » Cette phrase est la mort de la négociation ; elle est l'indicateur d'un non-savoir à prendre le temps et à avoir le courage de la relation à l'autre ».⁸⁷

L'observatoire des situations de violence au CH de Saint Cyr au Mont d'Or a procédé à un travail de catégorisation des situations de violence. Celles qui, avec un tiers des situations déclarées, arrivent en tête, concernent les réactions agressives à une frustration, presque toujours en lien avec un rappel du cadre. Ce constat délimite alors une zone sensible à risque.

Il arrive par exemple que le patient refuse que ce soit l'infirmier présent qui s'occupe de lui mais réclame la présence d'un autre soignant. Il y a alors nécessité d'identifier ce qui se passe dans la relation transférentielle. Il est important d'apaiser le patient et mettre en place un relai. Si le relai est impossible ou non souhaitable, l'expliciter au patient.

- > Théâtraliser, mettre en scène, « jouer » ou « sur-jouer » en ayant aussi recours à l'humour.
- Recourir à une forme « d'autorité » et de fermeté rassurante : pour « *border* »⁸⁸ le développement de l'agitation et favoriser la désescalade.
- Faire appel aux ressources internes au service : médecins, cadres. Il ne s'agit pas ici de renforts mais de la mise en œuvre d'une fonction symbolique et tierce.

2.2 PHASE D'INTENSIFICATION

Il s'agit de mettre en place dans le repérage de cette phase **un soin intensif** qui va mobiliser l'équipe : Le maintien du lien regard, parole, gestes avec le patient est primordial.

- ✓ Proposer au patient une invitation à se soustraire du groupe, des stimuli du groupe et aussi de l'image et du rôle éventuel que le patient peut se donner vis-à-vis du collectif patients. En tout cas, il s'agit d'intégrer les éléments de cette dynamique dans la proposition.
- ✓ Reconnaitre son inquiétude et/ou sa préoccupation de soignant, devant le côté inhabituel de la présentation du patient, et les verbaliser à celui-ci, en congruence avec son ressenti... Cela remet de la symétrie dans la relation avec le patient.
- ✓ 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. En effet, Raphaël CARRE dans sa thèse rapporte le sentiment des patients de ne pas avoir eu d'alternative véritable. Il rapporte ainsi les propos de l'un d'entre eux lorsqu'il les sollicite sur les alternatives : « On aurait pu me parler déjà. Me demander pourquoi j'ai eu cet accès de rage, de colère. »⁸⁹
- ✓ Instaurer une proximité physique dans un contact physique gradué avec le patient en fonction du contexte de la situation et de la connaissance que l'on a du patient.

1010 p. 20

⁸⁷ Ibid p. 26

⁸⁸ Lanquetin, Jean Paul, Tchukriel, Sophie, op. cit., page 148

⁸⁹ CARRE, Raphaël, « Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients », Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine, Université Toulouse III, Paul Sabatier, Facultés de médecine, septembre 2014, page 132.



- ✓ Instaurer un dialogue de crise®. Le Dialogue de Crise (DC)90 est une méthode créée par un médecin de santé public et deux infirmiers (ère) en psychiatrie de Lausanne. Cette méthode s'inspire des travaux cliniques d'Henri Grivois, psychiatre parisien qui s'est penché sur la rencontre avec les patients au point d'apparition d'un épisode psychotique aigu. Les quelques phrases qui composent ce dialogue ont été soigneusement choisies et testées dans plusieurs hôpitaux psychiatriques, en consultations privées et dans un service d'appel d'aide téléphonique. Ce dialogue propose de s'intéresser à l'expérience phénoménale que vit le patient en lui donnant toute la place nécessaire. Il ne remplace aucune méthode usuelle pratiquée aujourd'hui, mais propose de se focaliser sur l'alliance thérapeutique, préalable indispensable à tout acte de soins. 91
- ✓ Intervenir physiquement et opérer une contention par immobilisation manuelle. Cette intervention ne doit pas être pensée comme nécessairement suivie d'isolement. Cette intervention physique constitue une étape de la contenance. Ainsi, M. COLUCCI dans son article en décrit les bases théoriques parlant d'un épisode de soin avec une patiente agitée, hurlant, menaçant de s'échapper :
 « Le médecin et les infirmières la bloquent et la tiennent fermement dans une « accolade » qui dure presque une heure, pendant laquelle ils continuent à lui parler sur un ton calme (...) Cette procédure pour faire contenance que nous pouvons définir comme holding, dans l'acceptation de Winicott, lors du fort et empathique soutien-accolade à valeur maternelle n'a rien à voir avec la contention physique et a été dans ce cas particulier, une alternative à celle-ci »⁹²

Jean-Paul LANQUETIN, dans un article sur les éléments repères lors d'une agitation apporte cette observation : « Quand la peur n'a pas totalement envahi notre espace psychique, on utilise la parole dans une sorte de congruence avec l'action. Une parole qui accompagne, qui commente, explique faisant rupture avec la scène violente qui est toujours une absence de mots, de paroles. Nous pouvons observer que parfois la mise en contention (ici en immobilisation, NDA) se transforme en scène ludique, engageant alors un contact chaleureux, pour l'un comme pour l'autre, sans doute distancié de nos fantasmes réciproques de dangerosité »93

La reconnaissance de ces différentes phases gradue la gestion de la situation et repositionne le recours ou non à des mesures de contraintes. Il s'agit de dimensions cliniques. La façon dont est géré ce moment est important : le maintien du lien pendant et après est primordial. Le soignant va être traversé par de nombreux questionnements : Quelle est la part agie de ma contre attitude ? Quels mots pour accompagner cet acte et préserver sa valence thérapeutique ? Quelle est mon intention, mon souci réel du patient ? Quelle est ma connaissance de ce que je fais et comment je le fais ?

Dans le prolongement de la citation précédente, nous citerons ici un extrait de l'article de Suzanne LALOYE relatant l'agitation d'un jeune adolescent en ITEP : « Je fais appel aux éducateurs en réunion. Deux d'entre eux,.., interviennent au moment où la violence monte d'un cran. Les deux éducateurs l'immobilisent physiquement, l'un l'oblige à plier les jambes, l'autre retient son buste : tous deux l'accompagnent dans sa chute, l'entourent de leurs bras. L. est au sol, sa référente à côté de lui. Les trois éducateurs lui parlent sans arrêt. ... La contention est éprouvante physiquement et émotionnellement, elle dure. Très réqulièrement, les éducateurs

⁹⁰ 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. URL : http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-90.htm

⁹¹Voir aussi sur le dialogue de crise, Gilles Bangerter, Bertrand Graz, John Laurent, Alexia Stantzos, « Consentir au dialogue », *revue Santé Mentale*, n°161, octobre 2011.

⁹² Colluci, Mario, « Italie. Contention physique et fonction de contenant : notes pour une clinique de la négociation », VST – Vie sociale et traitements, 2011/4 (n° 112), pp 23 à28, page 26

⁹³ LANQUETIN, Jean Paul, « L'agitation en psychiatrie : quels repères pour quels soins ? », Ibid, page 196.



interrogent L. sur sa capacité à reprendre son calme, plusieurs tentatives sont effectuées mais sa rage reste intacte. La contention reprend.

Je prends du recul et observe l'harmonie entre ces trois éducateurs, leur confiance mutuelle, le respect avec lequel ils s'adressent au jeune, la reconnaissance de l'autonomie de sa volonté dont ils ne le privent à aucun instant, l'effet apaisant enfin, qui lentement opère sur le jeune »⁹⁴

Cet enveloppement n'est pas « technique » (au sens des techniques proposées par certaines formations dont APIC®, OMEGA®). Ainsi, certains soignants appartenant à des équipes transversales de « renfort » refusent-t-ils ce type de formation pour « garder leur maladresse de soignants » dans leur adresse au patient et sans doute, leur capacité d'improvisation face à chaque situation singulière.

L'appel aux renforts ou à l'équipe transversale : cet appel n'a pas comme finalité unique la mise en œuvre de contraintes. Il se doit avant tout d'être une proposition supplémentaire de contenance qui peut permettre la restauration du dialogue avec le patient. L'effet apaisant éventuel du « mur blanc » peut en effet permettre une nouvelle possibilité de dialogue et de recherche d'alternatives à la contrainte. Surtout quand la signification centrale du message est passée, quand accepter le patient n'est pas « tout » accepter du patient et que cette expérience peut être à même de contenir, voire d'inverser le mouvement dynamique et pulsionnel engagé.

⁹⁴ LALOYE, Suzanne, « Le dimanche matin, c'était bagarre.... Quand le collectif autorise une régression réparatrice », *Empan*, 2015/3, n°99, page 82.

³⁸



3 PREVENTION TERTIAIRE:

Cette prévention tertiaire se situe soit lorsque le patient est connu par l'équipe comme ayant des interactions violentes, soit représenté comme tel. Il s'agit aussi des situations où des mesures contraignantes ont été mises en place.

3.1 LE PATIENT CONNU (OU REPRESENTE COMME TEL) POUR AVOIR DES INTERACTIONS VIOLENTES

C'est une situation bien connue de nos services, le retour d'un patient en hospitalisation pour lequel la mise en œuvre de contraintes a déjà été nécessaire par le passé. Cela concerne également le patient arrivant via les urgences (en placement sous contrainte souvent) accompagné d'un discours « inquiétant » de la part des urgentistes.

- ✓ Le rôle de **l'équipe pluri-professionnelle** : Il est nécessaire de désamorcer dans ce cas-là l'anxiété légitime qui risque de parcourir l'équipe. Ainsi, la prise de recul par rapport à ce sentiment ne pourra se faire tout d'abord que par des échanges associant les différentes catégories de professionnels autour des représentations des uns et des autres. Ces échanges doivent permettre une objectivité mais aussi une conceptualisation passant par un travail sur la psychodynamique du patient.
- ✓ L'élaboration des contre-attitudes: Au niveau des équipes des situations répétées de passages à l'acte peuvent générer un développement de contre-attitudes (liées aux sentiments de méfiance, de peur, de colère, de blessure narcissique dans son rôle soignant) vis-à-vis d'un patient connu comme « difficile ». Ces attitudes sont retrouvées à l'égard des patients au profil psychopathique où les expressions par l'agir, la violence, se répètent. Les capacités d'empathie ainsi attaquées, peuvent s'émousser et entraîner aussi un recours préférentiel à des réponses comportementalistes de type restrictions et contraintes.

 Il s'agit de « travailler sur les représentations avec les équipes de façon à ce que ces antécédents restent prédictifs et non pas prophétiques ». Il s'agit, devant un phénomène de répétition, de limiter la participation des soignants à l'entretien de ce phénomène.
- Le refus de la systématisation : « Aux urgences, la contention est aussi en lien avec le placement du patient, hospitalisation sans consentement = contention ». Il existe, alors, une prévalence de la situation administrative sur la situation clinique. Systématiser, c'est encore une fois ne plus considérer la singularité de la situation et celle du patient, c'est figer la pensée à une étape de la réflexion et freiner son mouvement dynamique. C'est prendre le retour sur une situation passée comme une référence pour toutes les situations à venir. Il n'y a pas de systématisation de l'appréciation du singulier.
- L'accueil du patient connu prendra là aussi tout son sens et la référence à ses « antécédents » se devra d'être explicite en lui restituant son autonomie, son libre arbitre et sa possibilité de proposer des alternatives. « Nous savons tous les deux que cela a été compliqué lors de votre précédente hospitalisation. L'équipe a du vous contenir physiquement. Quel souvenir en avez-vous ? Comment peut-on éviter cela à l'avenir ?... » Voir à ce propos, les recommandations de la Haute Autorité de Santé dans son guide méthodologique sur la prévention et la prise en charge des moments de violence publié en septembre 2016⁹⁵.

⁹⁵ **Haute Autorité de Santé (HAS), «** Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie », Guide méthodologique, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie, septembre 2016, page 27.



✓ Entretien de renforcement des capacités d'auto contrôle : Décrire avec le patient hors situation de crise installée, les mesures alternatives qui pourront prévenir et éviter le passage à l'acte, et qui pourront être utilisées comme tiers dans une situation de tension.

3.2 LA SITUATION DE MISE EN PLACE DE MESURES DE CONTRAINTE POUR UN PATIENT : PENSER LE PENDANT ET PREPARER L'APRES

- ✓ Lors de la situation de contention physique ou d'isolement avec appel de renforts, il apparaît primordial que l'équipe référente ne délègue pas, ne se soustrait pas de la gestion du moment de crise. Cette gestion de crise doit s'inscrire dans une continuité d'intervention si nous souhaitons lui conserver une intention thérapeutique. En effet, et indépendamment de la sévérité de la présentation initiale, ces moments sont souvent évoqués a posteriori par le patient (qui se rappelle qui était là, qui a fait quoi, et qui a dit quoi...). Il s'agit d'un moment important dans la vie du patient, parfois inaugural de la rencontre avec la psychiatrie et les soignants, sa trajectoire de soin. La référence à ce moment va s'inscrire également dans son lien à l'équipe. Cela permettra un construit commun a posteriori.
- ✓ La construction d'une histoire commune pourra avoir un effet de contenance a postériori. « *Vous vous souvenez la dernière fois que vous n'étiez pas bien ? Comment peut-on ensemble résoudre cette situation différemment aujourd'hui ? »*. Cette fonction a été caractérisée dans la recherche sur l'informel et nommée « *Historisation en lien avec la confrontation des expériences subjectives ».* ⁹⁶
- ✓ La reprise pourra se faire dans trois directions :
 - En direction des intervenants (y compris équipe de renfort): Il s'agit de la reprise de la situation « à chaud ». Elle a pour objectif la mise en mots et circulations des vécus et intentions des professionnels.
 Cette reprise permet également de souligner la dimension d'entraide collégiale
 - o **En direction de l'équipe référente :** On parle ici de **reprise à distance**. Elle permet une analyse de l'enchaînement des faits, en se posant la guestion « Aurions-nous pu faire autrement et comment? »
 - En direction du patient: La reprise du vécu et des ressentis du patient à la sortie de chambre d'isolement. Cette reprise permet également de restituer au patient son autonomie, mais aussi sa part de responsabilité: « comment aurait-on pu éviter cela ? »

La question de la sédation ou contention chimique n'est pas évoquée dans ce document. Non pas qu'elle n'ait pas traversé la réflexion en positif comme en négatif. Certains participants parlent « d'hypo-sédation » voir de « dys-sédation ». Il existe des publications et études concernant cet aspect. Ainsi, Alexandre BARATTA, explique : « Nous pourrions envisager une diminution de la prévalence de la mise en chambre d'isolement en modifiant certaines pratiques, dont le recours plus fréquent aux APA⁹⁷ en traitement de fond, l'administration de benzodiazépine en phase aigüe » De manière générale, l'accord du groupe porte sur une sédation significative sur les premières heures ou dans les tout premiers temps de l'isolement et surtout lors de la mise en place des mesures de contention mécaniques.

⁹⁶ Languetin, Jean Paul, Tchukriel Sophie, op. cit., page 220.

⁹⁷ APA: Antipsychotiques atypiques

⁹⁸ Baratta, Alexandre, « L'utilisation de la chambre d'isolement comme soin en psychiatrie adulte. Partie 1, étude pilote au centre de Brumath (EPSAN Alsace nord) », *Perspectives Psy* 2009/3 (Vol. 48), p. 283.



PERSPECTIVES

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 l'objet d'une interpellation de fond sur ces pratiques au travers des recommandations du CGLPL, de la loi de modernisation de notre système de santé parue le 26 janvier 2017 (article 72), et de l'actualisation des recommandations de l'HAS en février 2017⁹⁹.

Ces questionnements viennent essentiellement de l'extérieur de notre discipline. Dans notre champ disciplinaire, cette réflexion reste difficile tant elle mobilise, voire oppose les professionnels. Certains argumentent que nous ne pouvons pas faire autrement (réalité des troubles oblige). D'autres tentent la mise en place d'alternatives, ouvrant des possibilités de faire autrement. L'échec, parfois, des alternatives pour un patient donné, vient alors conforter le discours des premiers annulant par-là, l'efficacité de ces mesures pour tous les autres patients.

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, identifier ce qui relève de l'indication (ou de la décision) en tenant compte de la part des défenses de métier et du poids de certains habitus, conjuguer le sécurisant avec certaines pressions sécuritaires.

Les mesures de sécurité quand elles sont excessives, lorsqu'elles obéissent à un principe de précaution poussé à l'extrême, font peser des contraintes inutiles sur les soignants et les patients. On assiste alors à une dégradation de la qualité des soins, et ici de la qualité du soin. Les pratiques sécuritaires visant à atteindre le risque zéro, pour illusoire que soit cet objectif, accentuent les risques d'atteinte aux libertés fondamentales et sont paradoxalement susceptibles de majorer les risques de survenue de ces situations. Il s'agit donc de privilégier le dialogue sur le protocole.

Le versant sécuritaire des procédures et des mesures de sécurité ne peut être envisagé que sous un double regard, celui d'une dignité et d'un respect du patient qui doivent toujours sous-tendre les actes posés et celui d'une appréciation circonstanciée et collective du risque. En regard de cette dernière précision, le risque principal réside aujourd'hui sans doute dans cette volonté d'éviter tous les risques.

Lors des travaux de ce groupe CRMC, provenant de différents établissements et de différents métiers, nous avons travaillé à partir des expériences et des réflexions de chacun. Nous avons travaillé sur les différentes phases, en amont du recours à l'isolement et à la contention, sur l'aval, le pendant et l'amont. Un enseignement s'impose à nous. Pour chaque item retenu, pour chaque élément de ce processus décisionnel, en isolant chaque variable, en repérant chaque paramètre, nous constatons qu'avec une approche rigoureuse et exigeante, chaque item peut constituer en soi un facteur de moindre recours. Dès lors, l'addition de ces éléments peut venir étoffer un répertoire de ressources alternatives, susceptible d'impacter significativement nos pratiques et les évolutions vers un moindre recours.

A l'issue de de travail, 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.

⁹⁹ HAS – « Isolement et contention en psychiatrie générale – méthode recommandations pour la pratique clinique » http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-

^{03/}isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf



BIBLIOGRAPHIE

REGLEMENTATION - TEXTES OFFICIELS:

- Loi de Modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, Journal officiel du 27 janvier 2016 (n° 22).
- Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg en Bresse), JO du 16 mars 2016, NOR : CPLX1605078X

LIVRES:

- **NAJMAN Thierry,** « Lieu d'asile : Manifeste pour une autre psychiatrie », Editions Odile Jacob, septembre 2015, 232 pages.
- MORASZ, Laurent, « Comprendre la violence en psychiatrie : approche clinique et thérapeutique », édition DUNOD, 2002, 272 pages.
- PAUMELLE, Philippe, « Essai de traitement collectif du quartier d'agités", Editions EHESP, 1999, 158 pages.
- RACAMIER, Paul-Claude, « L'esprit des soins Le cadre », les éditions du collège, 2001, 124 pages.
- **SIMON,** Hermann, « Une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique », traduction française, hôpital psychiatrique de Saint Alban, 223 pages traduction dactylographiée non datée Centre de documentation du CH St Anne à Paris (75)

ARTICLES

- BANGERTER Gilles, GRAZ Bertrand, LAURENT John, STANTZOS Alexia, « Consentir au dialogue », revue Santé Mentale, n°161, octobre 2011.
- **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. URL: http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-90.htm
- **BARATTA, Alexandre,** « L'utilisation de la chambre d'isolement comme soin en psychiatrie adulte. Partie 1, étude pilote au centre de Brumath (EPSAN Alsace nord) », *Perspectives Psy* 2009/3 (Vol. 48), p. 278-285.
- **BARDET BLOCHET, Anne,** « Les chambres fermées en psychiatrie : poursuivre le débat pour dépasser les conflits », *Schweizer archiv für neurologic und psychiatrie »,* n° 160, 1/2009, p. 4-11.
- BENAÏCHE, Ahmed, « Evaluer la relation de soin face à l'agitation », Santé mentale, n° 187, 2014, p.60-65
- **CANO Nicole, BOYER Laurent,** « Evolution des pratiques institutionnelles : questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement », *L'information psychiatrique*, 2011/7 (Volume 87), p. 589-593.
- CARIA, Aude, LETAILLEUR, Céline, LOUBIERES, Céline, « Liberté et psychiatrie : les mots des usagers », Santé mentale, Juin 2015, n°199, p. 46-49.
- **CHAZALET Nathalie, PERRIN-NIQUET Annick,** « Le management, un outil de contenance », *Soins psychiatrie,* novembre/décembre 2014, n° 295, p 30-32
- CHAZALET Nathalie, PERRIN-NIQUET Annick, « Vécu des soignants lors de la réponse à la violence », EMC Savoirs et soins infirmiers, 2013 ; 8 (3) : 1-5 [article 60-70S-G-10]
- **CHOBEAUX François,** « Chambres d'isolement : la contagion dans les têtes », *VST_ Vie sociale et traitements,* 2015/1, n°125, p 3-4



- CLOT Yves, « Réhabiliter la dispute professionnelle », Le journal de l'école de Paris du management, 1/2014 (N° 105), p. 9-16.
- **COLFEDY Magali,** « Les données administratives de l'isolement », Santé mentale, septembre 2016, n° 210, p 46-49.
- Collectif des 39, 39 Alerte, « non à la contention », Vie sociale et traitements, 2015/4, n°128, p.10.
- **COLUCCI Mario**, « Italie. Contention physique et fonction de contenant : notes pour une clinique de la négociation », *VST Vie sociale et traitements*, 2011/4 (n° 112), p. 23-28.
- **DAVID Michel,** « Peur sur la psychiatrie : contention et contraintes collectives », *Pratiques en santé mentale,* 2014/4 (60e année), p31-34
- **DEJOURS, Christophe, GERNET, Isabelle**, « Évaluation du travail et reconnaissance », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2/2009(n°8), p. 27-36.DOI:10.3917/nrp.008.0027
- **DONNAT, Dennis,** « An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital », *Psychiatric services*, Août 2003, Vol 54, n° 8, p. 1119-1123.
- **DUMONT Anne**, GILOUX Nathalie, TERRA Jean Louis « Observation et évaluation d'une pratique clinique : l'isolement à l'unité médicale d'accueil du Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron », L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 8/2012 (Volume 88) , p. 687-693
- **FRIARD Dominique,** « Le soins portes ouvertes : une pratique honteuse ? », Santé mentale, n° 199 juin 2015, p 58-64.
- **GASKIN, C.J, ELSOM, S.J, HAPPEL B,** « Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. Review of the literature », *The British Journal of Psychiatry*, Sep 2007, 191 (4) p. 298-303.
- **HYVERT Laurent**, « Soins contenants, alliance thérapeutique et bientraitance », *Soins psychiatrie*, septembre/octobre 2014 (n° 294), p. 21-24
- **HOLMES Dave, PERRON Amélie, GUIMOND Pierrette, «** Le personnel infirmier et l'isolement en psychiatrie : critique du processus de décision », *Santé mentale*, Mars 2007 ,n°116, p 17 à 23
- **KLEIN Georges, KÖNIG Damien,** « Mesures de contrainte à l'hôpital psychiatrique, perspective clinique », Swiss Medical forum, 2016, 16(6), p. 137-144
- **LALOYE Suzanne,** « Le dimanche matin, c'était bagarre.... Quand le collectif autorise une régression réparatrice », *Empan*, 2015/3, n°99, p.80-88.
- **LANQUETIN Jean Paul,** « L'agitation en psychiatrie : quels repères pour quels soins ? », *in* Alain Pidolle et Carole Thiry-Bour, Droit d'être soigné, droits des soignants, ERES « Etudes, recherches, actions en santé mentale en Europe », 2003 p 187-197.
- MARCIANO, Vincent, KIEFFER, Anne-Sophie, CHAMPSAUR, Carole, BALDO, Elisabeth, « Contenance et contention aux urgences : Considérations pratiques et éthiques », *Pratiques en santé mentale*, 2014/4, 60ème année, p.25-30.
- **MILLAUD, Frédéric, DUBREUCQ, Jean Luc**, « Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites », *L'information psychiatrique*, 2012/6 (Volume 88), p. 431-437.
- **MORIN Paul, MICHAUD, Cécile,** « Mesures de contrôle en milieu psychiatrique : trois perspectives pour en guider la réduction, voir l'élimination », *Santé mentale au Québec*, Vol. 28, n° 1, 2003, p. 126-150.
- ODIER, Bernard, « Commentaire du texte de Michel PINARDON », Le carnet PSY,2016/8, n°202, p.29-31.
- PERRON Amélie et al, « Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perception du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et de dangerosité », Recherches en soins infirmiers, 2015/1 n° 120, p47-
- **PINARDON, Michel,** « Esquisse d'une réflexion à partir d'une patiente mise sous contention », *Le carnet PSY*, 2016/8, n°202, p. 27-28.
- POUPARD, Florent, « La bureaucratie, menace sur les soins, infirmiers », Santé Mentale, Novembre 2013, n°
 182, page 14.
- **SCALAN, Justin-Newton,** « Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: What we now so far a review of the literature » *International Journal of social psychiatry,* Juillet 2009, 12 pages.



- **SENON, Jean-Louis**, « Moins recourir à l'isolement et à la contention », *Revue Santé mentale*, Septembre 2016, n° 210, p.22-28

THESES - MEMOIRES - RAPPORTS DE RECHERCHE:

- CARRE, Raphaël, « Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients »,
 Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine, Université Toulouse III, Paul Sabatier,
 Facultés de médecine, septembre 2014, 175 pages.
- LANQUETIN, Jean-Paul, TCHUKRIEL Sophie, « L'impact de l'informel dans le soin infirmier en psychiatrie », Rapport de recherche en soins infirmiers réalisée dans le cadre du conseil scientifique de la recherche du CH « Le Vinatier », 29 février 2012, 425 pages, disponible sur https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/Rapport-GRSI-Impact-Informel-Infirmier-Psychiatrie-2012.pdf
- MOREAU, Delphine, « Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile », Thèse pour l'obtention du grade de Docteure de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), discipline sociologie, EHESS, Décembre 2015, 521 pages.

SOURCES ELECTRONIQUES:

- **ANAES (HAS),** « conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir », version courte, 2004, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_court.pdf, 24 pages.
- **ANAES (HAS),** « Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie », juin 1998, http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf, 97 pages.
- La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, « Agitation dans les démences », 29 pages, 2011,
 - http://catalogue.cssslaval.qc.ca/GEIDEFile/Doc_151687.pdf?Archive=192374691055&File=Doc_151687_pdf
- Association Neptune
 - http://www.forumpsy.net/f70-abolir-la-contention-par-attachement-en-psychiatrie
- Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « rapport : isolement et contention dans les établissements de santé mentale », juin 2016, http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/07/CGLPL_Rapport-isolement-etcontention Dalloz.pdf, 136 pages.
- **C.R.M.C.,** « résultats de l'enquête menée par le CRMC sur la recherche en soins », http://crmc-psy.fr/wp-content/uploads/2016/04/Enquête-CRMC-recherche-en-soins-fevrier-2015.pdf, février 2016, 5 pages.
- Department of health, Royaume Uni, « Positive and proactive care: reducing the need for restrictive interventions »;
 Avril
 - $https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/300291/JRA_DoH_Guidance_on_RH_Summary_web_accessible.pdf$
- **EL MUNDO,** Psiquitria sin llaves ni cerrojos http://www.elmundo.es/baleares/2016/03/21/56efb389268e3ede088b456c.html
- FNAPSY, Etude « La contention en psychiatrie : il faut désormais respecter la loi » http://www.fnapsy.org/tc/FNAPSY_Contention_Psy_GD.pdf, 15 pages
- **Haute Autorité de Santé (HAS) :** « Isolement et contention en psychiatrie générale méthode recommandations pour la pratique » http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-3/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf



- **Haute Autorité de Santé (HAS) :** Note de cadrage « Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/p »lace de la contention et de la chambre disolement en psychiatrie note de cadrage.pdf
- Haute Autorité de Santé (HAS), « Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro agressive chez des personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur », Site de l'HAS, mars 2011, 29 pages.
- Haute Autorité de Santé (HAS), « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie », Guide méthodologique, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie, septembre 2016, 61 pages.
- **Hôpital Louis-H Lafontaine, université de Montréal,** « perception des patients à l'égard de l'application des mesures d'isolement avec ou sans contention », 2012, 61 pages http://www.iusmm.ca/documents/RapportperceptionFINAL.pdf
- **Hôpitaux de Saint Maurice, Comité d'éthique** « Lorsqu'un patient est mis en chambre de soins intensifs, doit-on en avertir ses proches ? », avis n° 4, Mars 2012. http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/HDSM_INTERNET/Ressources/FCKfile/Porfessionnels%20de%20sant%C3%A9/Comit%C3%A9%20%C3% A9thique%20-%20avis%20n%C2%B04.pdf
- **KLOPP, Serge,** « L'éthique : un levier pour réinventer une psychiatrie humaine ! », intervention du 18 octobre 2016, Villejuif, http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=8409
- **LAUBSCHER, André, «** Vers une psychiatrie sans contention », http://www.forumpsy.net/t145-vers-une-psychiatrie-sans-contention-andre-laubscher-directeur-des-soins-infirmiers-a-geneve, 2013,
- **Le projet « SocleCare »®,** site internet, http://soclecare.eu/le-projet-soclecare/
- **Libération :** Tribune : « Il faut en finir avec la psychiatrie fondée sur la contention », collectif des 39, http://www.liberation.fr/debats/2016/03/31/il-faut-en-finir-avec-la-psychiatrie-fondee-sur-la-contention_1443105
- **MIND,** « Mental health crisis care: physical restraint in crisis. A report on physical restraint in hospital settings in England ", Juin 2013, https://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf
- PALAZZOLO, Jérome, « Restraint and seclusion in psychiatriy in the elderly: review of the literature », Ann Depress
 Anxiety, 2015; 2(2), http://austinpublishinggroup.com/depression-anxiety/fulltext/depression-v2-id1044.php, 7 pages.
- Santé mentale : Isolement et contention restent des prescriptions possibles (retour sur le communiqué SPH hospimedia du 24 mars 2016)
 - http://www.santementale.fr/actualites/isolement-et-contention-restent-des-prescriptions-possibles.html
- **Société Francophone de Médecine d'urgence**, « 9^{ème} Conférence de consensus sur l'agitation en urgence », décembre 2002, http://www.sfmu.org/upload/consensus/cc_agitation-court.pdf

AUTRES SOURCES:

- Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS), « Enquête sur les hospitalisations d'office dans quatre régions françaises »
- **Comité contre la torture,** « 57^{ème} session, examen périodique de la France, contribution du contrôleur général des lieux de privation de liberté »
- Conférence nationale des présidents de CME de CHS, « Principes généraux concernant les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie », 18 mai 2016, 3 pages.
- Direction générale Soins de santé primaires et gestion de crise (Belgique), Rapport final, Commission technique de l'art infirmier : contention et isolement, Octobre 2007



- **DUJARDIN Valériane**, « Isolement et contention : Références juridiques et jurisprudentielles françaises, scientifiques, européennes », EPSM Lille Métropole, 04 décembre 2015, 40 pages.
- Hôpital Louis-H Lafontaine, université de Montréal, « Qualité des interventions infirmières dans un épisode d'isolement avec ou sans contention en contexte psychiatrique : points de vue d'infirmières et de patients », 2009. 35 pages.
- Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETEMIS), center hospitalier universitaire de Québec, « Evaluation de la surveillance constante et des technologies d'aide à la surveillance comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez des adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement, Août 2012. 65 pages.
- LALANCETTE Diane, « Est-il approprié d'exiger d'un patient présentant une déficience intellectuelle qu'il retire ses vêtements afin de revêtir une jaquette ou un pyjama de l'institut lors de sa mise en isolement », Note informative (ET20-0114), institut universitaire en santé mentale de Québec, 2009.
- VIDON G, LEGENDRE L., FROT Y.M., GRELIER S., NAUDET C., DIDAILLER G., BERTHET F., « Mission relative aux pratiques de recours aux chambres de soins intensifs », Hôpitaux de Saint Maurice, Août 2014, 39 pages.



ANNEXE 1: MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

- ALBAN Brigitte Directrice des soins centre Psychothérapique de l'Ain
- BELAIAN Lydie Cadre de santé CH « Annecy-Genevois »
- BOUCHET Corinne Cadre supérieur de santé CH « Le Vinatier »
- CHAMBRE Camille Psychologue CH « Le Vinatier »
- DA SILVA Patricia Cadre supérieur de santé CHS de la Savoie
- GELINEAU Jean Infirmier CH « Annecy-Genevois »
- GOLLIET Edwige Aide-soignante CH « Annecy-Genevois »
- GOMMET Maud Cadre de santé ESM « Portes de l'Isère »
- JOURNAL Olivier Infirmier CH Alpes Isère
- LANQUETIN Jean Paul Infirmier praticien chercheur CRMC/GRSI
- LADJALLI Eric Infirmier CH « Annecy-Genevois »
- LEFEBVRE Martin Infirmier CH « Annecy-Genevois »
- MARCHAND Dominique Cadre de santé CH « Le Valmont »
- NICOLAS Michel Directeur des soins CRMC
- POTHAIN Alexandre Cadre de santé CH « le Valmont »
- ROMO Régis Cadre de santé ESM « Portes de l'Isère »
- SALVARELLI Jean Pierre Médecin Psychiatre CH « Le Vinatier »
- SAUTEREAU Marie Médecin psychiatre CH « Le Vinatier »
- SERNA Ludovic Cadre supérieur de santé CH « Saint Jean de Dieu »
- VON RAESFELDT Julien Cadre administratif CRMC

Relecture et contribution:

• RICHARD Marie-Jeanne – Administrateur UNAFAM

CONTACTS:

- michel.nicolas@crmc-psy.fr
- grsi@ch-st-cyr69.fr

SITE INTERNET:

www.crmc-psy.fr