

CROIX ROUGE FRANÇAISE

Étudiant en Soins Infirmiers

IRFSS

BEGLES

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES INFIRMIER

KINTSUGI

Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur »

Remerciements,

Je tiens à remercier :

Mme Dominique Chapin, ma référente mémoire,

Pour son accompagnement et sa disponibilité durant la réalisation de ce travail.

Les professionnels qui m'ont accompagné sur mes lieux de stages, et ceux qui ont pris le temps de répondre présent pour les entretiens,

Pour leur apprentissage, leur présence, et l'enrichissement qu'ils m'ont apporté.

Aux patients pris en charge durant ces stages en psychiatrie, notamment à B.J., sujet de la situation d'appel,

Pour la mise en pratique d'un enseignement théorique reçu durant la formation.

Flore, ma compagne,

Pour son soutien durant ces trois années de formation.

A Fred, Morgan et Titouan.

« Dans le Japon du XV^e siècle, lorsque qu'une céramique était brisée, les artisans les plus habiles en réparaient les fragments avec une jointure d'or.

C'est le Kintsugi. »

Table des matières :

I) Introduction :	1
A) La situation d'appel :	2
B) La contextualisation	3
C) La question de départ :	6
II) Les données théoriques :	7
A) L'infirmier en psychiatrie :	7
a) Son rôle général :.....	7
b) La prévention :.....	7
c) Les soins relationnels.....	8
d) La formation	9
B) Les alternatives à l'isolement et à la contention :	9
a) Le rôle de l'infirmier dans ces alternatives :	10
b) Les raisons d'éviter la contrainte :.....	11
c) Comment les éviter ?.....	11
d) L'importance de la formation :.....	12
C) Les mesures coercitives :	13
a) L'isolement :.....	13
b) La contention :.....	15
c) La notion de dernier recours :	16
d) Les limites de ces mesures coercitives :.....	17
D) L'alliance thérapeutique :	19
E) L'éthique :	20
a) L'Accès à l'information :	20
b) La libre circulation :	20
c) L'autonomie et la dépendance :.....	21
III) Les entretiens exploratoires :	22
A) L'analyse des entretiens :	23
B) De la problématique à la question de recherche :	25

IV)	Le cadre de référence et l'hypothèse de recherche :	26
A)	Le cadre de référence :	26
a)	La relation d'aide :	26
b)	Le raisonnement clinique :	28
B)	L'hypothèse de recherche :	29
V)	Le protocole de recherche :	31
A)	Objectif :	31
B)	Méthode :	31
C)	Outils :	32
D)	Echantillon :	32
E)	Lieux :	33
F)	Temporalité :	33
VI)	Conclusion :	34
VII)	Bibliographie	36
VIII)	Annexes	

I) Introduction :

Durant mes différents stages en psychiatrie, j'ai pu accompagner des professionnels de santé ainsi que des patients singuliers aux pathologies diverses. Les professionnels m'ont quant à eux, accompagné dans l'apprentissage de la prise en charge de ces patients, en m'orientant en fonction de leurs savoirs, des psychopathologies, des possibilités qu'offraient chaque situation et du fonctionnement de leur service. Ce multiple apport de connaissances et de savoir-faire m'a permis d'enrichir mes pratiques et de me questionner sur celles-ci en comparant la gestion de situations entre chaque lieu de stage qui m'a accueilli.

A la fin de ma deuxième année de formation en soins infirmiers, j'ai réalisé mon 7ème stage dans un service de psychiatrie, en Unité pour Malades Difficiles (UMD) en Gironde, où la situation suivante se déroule. Ce service accueille une patiente souffrant majoritairement de psychose et d'autisme, qui a déjà un long parcours dans différentes unités de psychiatrie et qui se montre particulièrement auto et hétéro agressive. Les moyens mis à disposition dans ce service, font que les soins peuvent être individualisés et ainsi plus de temps peut être consacré à chaque patient. En effet, la dizaine de patients du service est accompagnée par trois ou quatre soignants par amplitude horaire. Cela permet d'adapter au mieux la prise en charge de chaque patient et de lui fournir la contenance nécessaire.

Cependant, malgré la contenance, le professionnalisme et la disponibilité des soignants, certaines violences se perpétuent et imposent ainsi un isolement et une contention du patient. Ces mesures sous contraintes permettent ainsi de protéger le patient de lui-même, mais aussi les autres. Bien que les bénéfices de l'isolement et de la contention fussent flagrants, certaines questions ont émergé en moi. De plus, le stage suivant, également effectué en psychiatrie dans un établissement où la contention et l'isolement n'étaient pas du tout utilisés, a renforcé les questions que j'avais en moi.

Ce travail de fin d'étude réalisé entre recherches théoriques et entretiens avec des professionnels de santé exerçant en psychiatrie aborde ainsi l'isolement et la contention, les alternatives possibles à ces soins et l'importance du soin relationnel en psychiatrie.

A) La situation d'appel :

Une situation m'a particulièrement interpellé lors de ma deuxième semaine de stage en UMD. B. J. est un patient de 18 ans, psychotique, arrivé dans cette unité en Mars 2015, soit près de 3 ans avant mon arrivée. Ce jeune homme a un passé conséquent en psychiatrie, dans des unités de pédopsychiatrie ainsi que dans d'autres services de l'UMD. En effet, ce patient a connu très tôt les hospitalisations. Dès la petite enfance, ses parents ont pu repérer des troubles du comportement, ce qui lui a valu ses premières hospitalisations à 8 ans. Depuis le début de son adolescence, il est hospitalisé à temps complet, et est arrivé à l'UMD à 14 ans (qui est normalement réservée aux patients majeurs). Dans toutes les unités qu'il a fréquentées, il s'est montré particulièrement agressif envers lui-même avec des gestes auto-agressifs (comme des auto-mutilations par exemple), comme envers les autres avec des passages à l'acte violent. Depuis une tentative de passage à l'acte sur un soignant lors de ma première semaine de stage, B. J. est mis en isolement dans sa chambre, contenu aux 4 membres à raison de 23h30 par jour. La seule demi-heure où B. J. n'est plus maintenu est au moment de sa toilette du matin. L'isolement et la contention font qu'une surveillance somatique et psychique de B. J. est assurée plusieurs fois par jour. Nous l'aidons ainsi à verbaliser lors de ces échanges, et lors d'entretiens formels et informels qui ont lieu tous les jours, et parfois plusieurs fois dans la journée. En effet, la psychiatre qui a décidé de l'isolement et des contentions passe voir B. J. quotidiennement afin de décider de renouveler ou non la décision selon la nécessité.

Depuis peu, B. J. laissait entrevoir des signes d'aggravation de sa psychose, principalement avec des angoisses de morcellement, beaucoup de discordance (il nous explique qu'il va mal en arborant un large sourire) et d'ambivalence (il nous explique qu'il a besoin d'être maintenu et de rester dans sa chambre tout en nous demandant plus de possibilités de sortir). Ces angoisses de morcellement causant une profonde souffrance psychique, se sont ainsi manifestées avec des morsures sur ses épaules en alternant droite et gauche provoquant des plaies le faisant physiquement souffrir. Malgré cela, il continuait à s'automutiler, bien que contenu, afin de pouvoir « ressentir son corps » tout en étant conscient de la douleur qu'il allait ressentir. Nous nous occupons alors de panser ses plaies, et de soulager ses angoisses au travers d'échanges, tout en lui répétant qu'il est préférable qu'il nous interpelle pour nous parler de ses difficultés plutôt que d'arriver à reproduire ces passages à l'acte auto-agressifs. La persistance de ses automutilations ont fait que les décisions d'isoler et de contenir étaient quotidiennement renouvelées.

A la suite de ces multiples passages à l'acte auto-agressifs, l'équipe soignante s'est sentie démunie mais pas découragée. En effet, ni les traitements, ni la contention et l'isolement, et ni les entretiens quotidiens ne semblaient efficaces mais l'équipe continuait à réfléchir en pluridisciplinarité à de nouvelles solutions bénéfiques pour le patient qui ne freineraient pas l'alliance thérapeutique créée depuis le début de l'hospitalisation.

B) La contextualisation

De par son rôle, l'infirmier accompagne le patient dans sa maladie tout au long de la journée au travers des différents entretiens formels et informels mis en place, et des surveillances somatiques que l'administration de traitements et la contention exigent. L'équipe se relaie aussi pour l'accompagnement des gestes de la vie quotidienne. La prise en charge doit être adaptée et personnalisée en fonction de chaque patient et de sa pathologie. Pour cela, des techniques visant au mieux-être de la personne hospitalisée, à la stimulation de son autonomie et à son adaptation/insertion dans la vie sociale et professionnelle sont mises en place¹. En soins psychiatriques, la création d'une relation de confiance est primordiale, notamment pour l'alliance thérapeutique.

Les équipes soignantes travaillant en secteurs fermés prennent majoritairement en charge des patients qui sont hospitalisés sans leur consentement (soins à la demande d'un tiers SDT, en urgence ou non ; soins en cas de péril imminent SPI; soins sur décision du représentant de l'Etat SDRE)² et qui nécessitent une surveillance renforcée. Ces types de secteurs sont dit « fermés » car le patient n'est pas libre de quitter la structure et le service durant son hospitalisation³. Ces unités prennent généralement en charge les pathologies aiguës avec souvent un état de crise, ce qui justifie la surveillance dont ces patients ont besoin et l'absence de leur consentement.

Ce qui diffère une UMD d'une unité fermée classique est la patientèle accueillie. Selon l'article L.3222-3 du code de la santé publique : les UMD accueillent des patients qui « *présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique*⁴ ». Les soins en UMD

¹ Je réussis mon stage : psychiatrie addictologie, 2018

² Psycom.org

³ faitsdedroit.ca

⁴ legifrance.gouv.fr

suivent la «logique des 3 S » à savoir Soins, Surveillance et Sécurité⁵. Le soin constitue l'essence même de l'intervention thérapeutique et correspond à l'intégralité de la prise en charge de nature relationnelle et technique en intégrant la notion de prise en compte de la dangerosité du patient. Le projet de soins est centré sur la réduction des troubles du comportement, de la dangerosité et de l'intensité des symptômes induits par la pathologie du patient. La surveillance est clinique, elle est centrée sur le patient et sa pathologie, son comportement et son évolution. La sécurité est basée sur les structures, les équipements, les ressources, les moyens et comprend la vigilance accrue du personnel formé à cette patientèle.

En UMD, les patients accueillis sont tous souffrants de psychose (et plus rarement d'autisme). Cette pathologie se caractérise par une perte de contact avec la réalité associée à des symptômes psychotiques tels que des idées délirantes⁶. Ces idées délirantes sont une partie de la symptomatologie positive au même titre que la désorganisation, mais la psychose provoque aussi une symptomatologie négative comme par exemple un émoussement affectif, des barrages (interruption brusque en milieu de phrase) et fading (arrêt progressif des propos du patient avec une baisse de la tonalité)⁷, un déficit cognitif ou un isolement social.

La symptomatologie positive cause des angoisses profondes chez le patient psychotique. Selon le Dictionnaire de Psychiatrie aux éditions CILF, les angoisses psychotiques sont « *souvent désorganisantes et non régulées par des mécanismes de défense névrotiques*⁷ ». Parmi les angoisses psychotiques, nous trouvons l'angoisse de morcellement qui est typique des troubles psychotiques et qui est une « *angoisse vécue par des sujets psychotiques comme une menace vitale due à la perte de l'unicité ou au sentiment de néantisation. Elle peut être ressentie sous la forme d'une rupture de l'image du corps et d'une désorganisation des sensations.*⁸ ». Les impressions de se déconstruire et de se démembrer furent flagrantes lorsque le patient est sorti dans l'espace commun tout en étant contenu (contentions ambulatoires). La sensation de se démembrer s'est ainsi manifestée cliniquement : le patient est devenu blafard, la bouche entrouverte et le regard vide. Cette angoisse est une angoisse plutôt organisée car elle traduit la contenance et le rassemblement que le patient a connu et nous laisse comprendre qu'il y a eu une période de sa vie où le patient était plutôt non-morcelé. Les angoisses de morcellement infligent alors une douleur morale au patient qu'il essaie de calmer à travers ses propres moyens. Ici, sa solution, violente, est des passages à l'acte auto agressifs pour tenter de se rassembler.

5 Dr Justine Teterel, 2018

6 Référentiel de psychiatrie, 2014

7 Dictionnaire de la psychiatrie, 2000, CILF

8 Dictionnaire de psychiatrie, 2000, CILF

L'automutilation a un rôle de rassemblement dans le cas du morcellement. Plus généralement, le passage à l'acte est une tentative d'apaisement de la tension psychique qui est à ce moment-là intolérable. Ce raptus (passage à l'acte) est un acte soudain, impulsif, et violent⁹. Cette violence employée par le patient envers lui-même ou envers les autres entraîne des mesures spécifiques qui sont extrêmement règlementées et protocolisées. En effet, afin de préserver le patient de tous stimuli extérieurs, de le protéger de lui-même et de protéger les autres (patients ou soignants), la réponse à la violence peut être en dernier recours l'isolement et la contention.

Ces mesures de protection du patient et de l'environnement (humain et matériel) interviennent ainsi en période de crise. L'isolement se fait dans un espace adapté et qui est généralement spécifiquement dédié à cela. La pièce où l'isolement est organisé, empêche le patient d'en sortir et l'éloigne de tous stimuli extérieurs. L'isolement, comme les contentions, est décidé par le médecin psychiatre et est revérifié quotidiennement afin de le renouveler ou non. Lorsque l'isolement n'est pas suffisant à la sécurité du patient, les contentions peuvent alors être ajoutées, toujours sur décision médicale. Ici, les contentions étaient nécessaires afin de protéger le patient au maximum de ses auto mutilations induites par ses angoisses de morcellement.

En plus du rôle sur prescription, le rôle propre est mobilisé dans le cas de ces mesures coercitives. En effet, le patient étant contenu, ne peut pas agir de sa propre volonté et ne peut pas se mouvoir comme souhaité. Le patient contenu est alors entièrement dépendant de l'équipe soignante le prenant en charge. Pour ce fait, et selon l'article 4311-3¹⁰ du Code de Santé Publique, l'équipe s'organisait afin d'accompagner et de fournir l'aide nécessaire au patient, pour réaliser les gestes relatifs à ses besoins, et ainsi palier à son autonomie momentanément entravée.

De plus, la présence soignante induite par l'isolement, la contention mécanique et ses surveillances, fait qu'une contenance psychique est aussi présente. En effet, il y a toujours quelqu'un qui est présent à chaque passage, et qui le reste si le patient le demande. Cette contenance permet un soutien, un support¹¹ en bordant le psychisme de ce patient morcelé et désorganisé. Cette présence et les échanges qui en découlent permettent ainsi de parler de ses automutilations afin d'éviter une récurrence et de comprendre les prodromes qui ont amené à ce passage à l'acte, mais aussi de maintenir l'alliance thérapeutique créée jusqu'à présent.

9 Documents interne du CH de Cadillac, 2018

10 Leifrance.gouv.fr

11 Decoopman, F, 2010

La contention d'un patient en secteur fermé, bien que nécessaire dans certains cas, soulève ainsi la question de la dépendance dans un cadre qui le prive déjà de liberté totale de mouvement. L'équipe soignante fait ainsi face à des questionnements éthiques. D'autres questions ont émergé en moi, notamment à propos de la création de la relation avec un patient isolé et contenu, ou à propos de la contenance des angoisses d'un patient psychotique et de la prévention des comportements violents, mais aussi à propos de la contenance d'un service fermé. En effet, les mesures que sont l'isolement et la contention peuvent pousser l'infirmier agissant sur décision médicale à s'interroger sur ces pratiques. Comme le dit Lynda Sales Caires, infirmière en psychiatrie : « *D'un point de vue déontologique, le devoir du soignant est de respecter le principe d'égalité des hommes, et donc, d'égale valeur en dignité de toutes les vies humaines. Il s'agit aussi de respecter la liberté du patient et les droits du patient. La contention physique semble alors constituer une entorse à ces droits fondamentaux du patient car il s'agit d'une privation de liberté¹²* ». Cependant, dans certaines situations, les équipes soignantes ne peuvent pas faire autrement que d'isoler et de contenir.

C) La question de départ :

Alors que la part des patients hospitalisés à temps plein mis en chambre d'isolement ne cesse d'augmenter passant de 6.6% en 2011 à 8.3% 2015¹³, très peu d'études prouvent l'efficacité de cet isolement et des contentions. Cependant, des problèmes éthiques tels que la dépendance et la privation de liberté et aussi des questions traitant de l'alliance thérapeutique sont pointés du doigt. Après avoir pu constater que dans certains services l'utilisation de l'isolement et de la contention étaient proscrits, alors que dans d'autres non, je me suis interrogé sur les alternatives que peuvent avoir les soignants en psychiatrie afin d'éviter l'isolement et la contention.

Ma question de départ, initiatrice de mes recherches est alors : **Quel est le rôle infirmier dans la recherche d'alternatives à la mise sous contention et à l'isolement suite à un passage à l'acte auto et/ou hétéro agressif d'un patient psychotique en secteur fermé ?**

12 Lynda Sales Caires, 2017

13 RIM-P par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), 2015

II) Les données théoriques :

A) L'infirmier en psychiatrie :

La formation au métier d'infirmier offre la possibilité de travailler dans de nombreuses structures et dans divers domaines, principalement séparés entre le somatique et le psychiatrique. L'infirmier, de par son rôle propre et son rôle sur prescription, dispense des soins. Ces soins sont de nature préventive, curative et palliative. En plus de cela, l'infirmier se doit de participer à la promotion, au maintien et à la restauration de la santé.

Quatre objectifs peuvent aussi ressortir des soins infirmiers tel que le maintien de la santé et de l'autonomie, le recueil d'informations du patient, la mise en œuvre des traitements prescrits et la participation, la prévention et l'évaluation de la douleur et de la détresse physique et psychique.

a) Son rôle général :

Le rôle principal de l'infirmier exerçant en psychiatrie et santé mentale est d'accompagner le patient afin de soulager ses angoisses, et cela s'applique à toutes les pathologies rencontrées en service. En effet, l'infirmier, et plus largement l'équipe soignante, se doit d'être un bon conteneur de ces angoisses qui peuvent envahir le patient. De plus, la fonction contenante de l'équipe envers le patient est en étroite relation avec la cohésion du groupe et la cohérence dans les soins. Par ailleurs, dans ses recommandations, la Haute Autorité de Santé (HAS) évoque l'importance de cette cohérence ainsi que de la cohésion de l'équipe soignante¹⁴.

La psychose entraînant une perte de contact avec la réalité, l'infirmier se doit de palier à cela. En effet, l'équipe soignante doit maintenir un lien jugé acceptable entre le délire du patient et la réalité. Ce dernier ne devant pas devenir trop envahissant pour freiner les interactions sociales, la prise en charge et la vie du patient.

b) La prévention :

Au niveau de la prévention infirmière en psychiatrie, la prévention de la violence fait partie intégrante de celle-ci. Pour cela, l'équipe soignante se doit d'être disponible pour le patient. La contenance, qui peut se définir comme *«la fonction d'apaiser les tensions initiatrices*

14 HAS 2016 15 programmes d'amélioration des pratiques : violence en hospitalisation psychiatrique

de comportements impulsifs¹⁵», créée par la disponibilité permet ainsi un désamorçage des situations tendues. Cependant, cette présence du soignant auprès du patient est dépendante de l'organisation du service et de ses éléments structurels. En effet, la présence soignante peut être freinée par le manque de personnel du service.

La prévention de la violence s'organise sur trois niveaux :

- La prévention primaire qui permet d'éviter l'apparition de la violence et qui est mise en œuvre en amont.
- La prévention secondaire qui intervient lors de la crise d'un patient et lorsque les tensions sont déjà apparues. La prévention secondaire comprend, en dernier recours, la mise en chambre d'isolement (MCI) ainsi que la contention.
- La prévention tertiaire qui elle, intervient après la crise. Cette prévention permettra essentiellement de (re)créer l'alliance thérapeutique entre le patient et l'équipe soignante¹⁶, notamment en reprenant l'épisode avec le patient.

c) Les soins relationnels

En psychiatrie le soin relationnel est, peut-être plus que dans n'importe quel secteur, un impératif du soin. La relation soignant-soigné permet de créer un lien, et cela est primordial avant de prétendre soigner le patient. Pour cela, l'attitude de l'infirmier joue pour beaucoup, il doit ainsi pouvoir être apaisant et pouvoir mettre en confiance le patient. Cette relation se caractérisera par une disponibilité à l'autre, une vraie qualité de présence envers le patient. Les soins relationnels sont un élément central de l'exercice en psychiatrie et ont un rôle essentiel dans la prévention de l'agressivité et de la violence du patient. A défaut de freiner la relation à l'autre, cela entretiendrait ainsi une boucle car ce manque de relation favorise l'agressivité puis la violence, et ces comportements favorisent la MCI et les contentions, qui eux-mêmes freinent la relation soignant-soigné. En effet, la relation soignant-soigné permet aussi de favoriser la gestion de crise et le désamorçage des situations tendues. Le lien créé entre le patient et l'équipe permet ainsi de bien connaître le patient et donc de pouvoir décaler l'angoisse ou l'agressivité pour éviter une mesure coercitive.

Les relations entre l'équipe soignante et le patient, comprendre les types d'interactions en les liant aux pathologies et s'adapter au contexte ainsi qu'aux différents patients pris en

15 Dr Algranti, B

16 HAS 2016 15 programmes d'amélioration des pratiques : violence en hospitalisation psychiatrique

charge, exigent des connaissances de la part de l'infirmier en termes de psychopathologie et des compétences qu'il aura développées en amont.

d) La formation

Depuis près d'une trentaine d'années, l'enseignement théorique de psychopathologie des infirmiers en formation n'a cessé de diminuer, passant de 1000 heures de cours théorique en 1992 avec la formation d'infirmier en soins psychiatrique, à moins de 100 heures aujourd'hui, et ce depuis la suppression de la spécialité infirmier psychiatrique et la nouvelle réforme Licence Master Doctorat. Cela provoque, entre autres, un sentiment que le personnel paramédical est moins à même de relever les défis posés par les patients hospitalisés en psychiatrie et par leurs pathologies, particulièrement au niveau de la lecture clinique. Ce défaut de lecture clinique des psychopathologies et par extension, de l'agressivité provoquée par celles-ci, des personnes souffrantes favoriserait ainsi l'opération réflexe de certains actes tel que la MCI ou les contentions¹⁷. De plus, l'agressivité et la violence induites par les pathologies des patients hospitalisés en service de psychiatrie ne sont pas forcément interprétées comme étant l'expression d'un processus clinique mais comme étant des attaques. Cette interprétation de la part des soignants serait notamment due à un manque de définition clinique et thérapeutique du travail d'infirmier en psychiatrie¹⁸.

Selon D. Robilliard, qui était député chargé d'un rapport sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie : « *L'augmentation du recours à l'isolement et à la contention dans les hôpitaux psychiatriques témoigne d'une perte de la culture de la relation humaine dans les hôpitaux* ¹⁹».

B) Les alternatives à l'isolement et à la contention :

En 2017, 23551 cas d'atteintes aux personnes et aux biens ont été recensés au sein des établissements de santé français par l'Observatoire National des Violences en Milieu de Santé (ONVS). La majorité de ces cas (20%), soit 4401, ont été recensés en milieu psychiatrique²⁰. Le secteur psychiatrique est ainsi le plus touché et les professionnels y exerçant sont aussi les

17 M. Combret, Oser la relation pour moins de violence

18 Annick Perrin-Niquet, Former les soignants à mieux prévenir et répondre aux moments de violence

19 Natalie Giloux, Arguments cliniques pour ne pas isoler et/ou attacher un patient

20 Agence Régionale de Santé

plus à-même à y faire face, de par leur savoir-faire, leur savoir-être et leurs formations, ainsi que grâce aux moyens qu'ils ont à leur disposition et à leur expérience.

a) Le rôle de l'infirmier dans ces alternatives :

Le savoir-être de l'équipe soignante ainsi qu'une excellente lecture clinique en lien avec le patient et sa pathologie devront amener à pouvoir évaluer la relation entre ce patient et le soignant. Au moment de l'arrivée de la crise, l'équipe devra évaluer la situation et ainsi définir si le contact et la relation soignant-soigné permettent d'apaiser le patient. Cette relation, qui a une fonction contenante, pourra être insuffisante si un seul membre de l'équipe intervient, et donc la pluralité de l'équipe sera nécessaire. Afin de canaliser au mieux l'agressivité du patient, il est indispensable à l'infirmier de s'adapter à celui-ci et à sa temporalité. Par ce fait, le processus de désescalade qui amène à l'apaisement en trouvant des solutions au retour au calme peut durer longtemps. Par exemple, si un patient refuse son traitement, il est préférable de prendre son temps autour d'une négociation plutôt que d'en arriver à une administration coercitive qui se fera en voie intramusculaire. De plus, inclure la pluralité de l'équipe qui se rend disponible et mobiliser le temps nécessaire au personnel permet d'éviter une contention mécanique du patient en favorisant la contenance soignante.

Comme expliqué ci-dessus, l'équipe soignante se doit d'être psychologiquement parlant, contenante. Mais avant de pouvoir être contenante, le personnel exerçant en psychiatrie se doit d'avoir de solides connaissances théoriques et pratiques. Ces savoirs et savoir-être permettront de transformer les informations inorganisées transmises par le patient en informations sensées qui pourront être assimilées par celui-ci. Cela favorise ainsi la compréhension de la pathologie par le patient et lui est alors favorable à la gestion de son agressivité.

Selon les psychiatres A. Dumont et J.L. Terra, le rôle de l'infirmier et ses connaissances théoriques et pratiques dans la recherche d'alternatives à la contention et à l'isolement sont primordiaux. Ils affirment ainsi que : *« les alternatives à l'isolement et à la contention se construisent autour de toutes techniques susceptibles de procurer de l'apaisement au patient. Pour ce faire, il s'agit de bien « connaître » le patient et ses symptômes [...] identifier et reconnaître les signes précurseurs d'une urgence comportementale propre à chaque patient, et de développer des stratégies de « calmance » afin de désamorcer les situations à risques de violence »*²¹. Cependant, de par la baisse drastique des enseignements théoriques durant la formation initiale, les nouveaux infirmiers ne possèdent pas forcément les bases nécessaires à

21 Michel Combret, Isolement et contention, l'enjeu de la formation

la prise en charge de la symptomatologie des pathologies psychiatriques. Cela influe alors sur les MCI qui peuvent devenir l'unique réponse aux manifestations cliniques.

b) Les raisons d'éviter la contrainte :

Favoriser la désescalade et trouver des moyens d'expression autre que la violence permet aussi d'éviter l'isolement et la contention qui sont des mesures sous contraintes qui freinent l'adhésion aux soins. En effet, trouver des alternatives à ces mesures de derniers recours est un devoir pour l'équipe soignante qui doit limiter au maximum l'isolement et la contention. Le devoir de trouver des alternatives à ces mesures est dit dans l'article L3222-5-1 du Code de la Santé Publique (CSP) : «*L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours*²²». La notion de dernier recours implique ainsi les recherches d'alternatives au préalable qui permettront de préserver l'alliance thérapeutique entre le patient et l'équipe soignante. Cette dernière est d'ailleurs un poids considérable dans la prévention de crise chez le patient.

c) Comment les éviter ?

Afin d'éviter au maximum la survenue de ces passages à l'acte, et de les comprendre, la prévention détaillée ci-dessus est nécessaire. Le soin relationnel qui inclut une disponibilité de l'équipe créant une contenance psychique, sa vigilance, ainsi que l'anticipation des moments de crises et des passages à l'acte (pensée de manière collective en amont) sont les éléments clé de la prévention. En effet, la prévention primaire qui évite l'apparition de l'agressivité, et la prévention secondaire qui vise dans un premier temps à favoriser la désescalade permettent d'éviter ces actes de violence en contenant l'agressivité ou en trouvant un moyen d'expression autre que la violence. La prévention tertiaire permettra de comprendre en équipe et avec le patient les raisons de cette impossibilité à canaliser le passage à l'acte. Cela permettra ainsi d'apprendre de cette situation pour ne pas qu'elle se reproduise. Comme il est expliqué dans « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations dans les services de psychiatrie » par l'HAS en 2016 et « des activités « thérapeutiques » » Santé Mentale n°226 Mars 2018, les activités sont un facteur non négligeables dans la prévention de la violence. C'est pourquoi, certains établissements comme l'EPSM Lille Métropole ont fait de la lutte contre l'ennui une orientation dans l'organisation du soin. Cela implique la venue régulière d'intervenants externes qui

²² [Legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr)

participent à l'occupation des patients, et donc à leur contenance. Les activités, ou ateliers thérapeutiques, peuvent être facilités par l'utilisation de médiateurs relationnels tels que la musique, l'art plastique ou le sport. De plus, ils aident au renforcement de la relation soignant/soigné, et participent à la bonne ambiance du service. Cette bonne ambiance, entre les soignants, les patients et les patients entre eux, permet de créer un climat sécuritaire, contenant et ainsi évite les situations tendues. Les ateliers diminuent aussi l'ennui et l'isolement des patients, permettent de créer de la communication et de l'écoute lors des interactions sociales, et permettent aussi pour chaque patient de se revaloriser.

En plus de mobiliser l'ensemble de l'équipe soignante, les alternatives peuvent être trouvées en collaboration avec le patient lui-même en analysant les ressources qu'il peut réunir afin de gérer son comportement. Cela est d'autant plus bénéfique pour l'alliance thérapeutique. Dans certains services, comme c'est le cas pour EPSM Lille Métropole²³, la gestion de crise est aussi étayée par la famille ou l'entourage du patient. Les proches du patients sont autorisés à rester auprès de lui durant son hospitalisation afin d'avoir une fonction contenante supplémentaire, et différente, de celle de l'équipe soignante.

Dans les cas où le patient nécessite malgré la contenance psychique et/ou chimique, une contenance physique, certains soignants s'utilisent eux-mêmes pour canaliser l'angoisse du patient. Une contention très brève en immobilisant les membres du patient avec ceux du soignant permet un enrobage rassurant pour le patient, au même titre que le bordage du lit avec le patient allongé. Cela offre une contention alternative au patient qui évite le choc émotionnel et le traumatisme que la contention mécanique peut provoquer. Un isolement alternatif peut aussi être mis en place en écartant le patient du reste du groupe, en lui proposant d'aller dans une salle d'apaisement spécialement aménagée avec du mobilier en mousse, des couleurs et lumières apaisantes, ou dans un jardin par exemple.

d) L'importance de la formation :

Afin de rendre le savoir-faire des équipes soignants relatif à la gestion de crises encore plus performant, les hôpitaux psychiatriques proposent des formations internes à leur personnel. Ces formations permettent ainsi de développer les capacités relationnelles et d'analyse. Cela contribue aussi à la prévention en permettant un désamorçage des situations à risque et potentiellement violentes. Les formations offertes par les établissements psychiatriques accentuent les compétences de chaque infirmier, mais traitent aussi le travail en équipe en

23 C. Groulez, L. Defromont, B. Delerk, F. Tarlet, MY. Cousin, "Objectif zéro isolement, zéro contention"

abordant des items qui permettent d'harmoniser les pratiques collectives. Les résultats de ces formations en lien avec la gestion de la violence sont positifs. C'est notamment le cas pour une étude menée à Chicago en 2004 qui a montré une baisse de 98% des contentions physiques pour les mois suivants la formation²⁴.

C'est par exemple le cas de la formation Oméga conçue en 1999 par les membres de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail secteur affaires sociales (ASSTSAS) au Québec. Cette formation offre un apprentissage sur la sécurité du soignant et du patient en utilisant des techniques verbales, physiques et psychologiques adaptées pour faire face à la violence. Elle tend aussi à former l'équipe soignante sur l'évaluation de la dangerosité de la situation afin de mettre en place un « groupe de base » composé des soignants avec le plus d'expériences dans les cas les plus compliqués.

Une étude sur l'impact de cette formation a d'ailleurs été réalisée en 2014 afin d'évaluer le ressenti des personnes formées. Le rapport fait ainsi ressortir les effets positifs du programme pour le personnel soignant. Il nous montre que le personnel soignant qui a bénéficié de cette formation a le sentiment d'avoir été bien formé pour affronter des situations violentes, que le sentiment de confiance en soi est accru et qu'ils ressentent un meilleur bien-être au travail²⁵.

C) Les mesures coercitives :

a) L'isolement :

C'est au XIXe siècle que l'isolement est présenté comme un soin par l'aliéniste (ancienne appellation de psychiatre) Jean-Etienne Esquirol. Cependant, la vision du soin en psychiatrie et de l'isolement contemporaine à Esquirol font qu'il affirme que « *la stature et la physionomie du gardien d'asile doivent être propres à inspirer la terreur à l'aliéné* ²⁶».

Aujourd'hui, la Haute Autorité de Santé (HAS) donne comme définition de l'isolement : « *Tout patient dans une chambre dont la porte est verrouillée et qui est séparé de l'équipe de soin et des autres patients. Toutes les situations où le patient est placé, sur décision d'un médecin ou d'un soignant, dans un espace fermé qu'il ne peut ouvrir, qu'il s'agisse de sa propre chambre ou d'une pièce prévue à cet effet (chambre d'isolement, de soins intensifs, sécurisée, d'apaisement, de contention, etc.). Placer ou laisser une personne dans une chambre seule,*

24 JA. Jonikas, « A program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities »

25R. Boyer, S. Guay, J. Goncalves, « Evaluation programme de Formation Oméga pour prévenir et gérer l'agressivité des patients »

26 Vignat Jean Pierre, « Isoler pour soigner »

jour ou nuit, avec la porte de sortie fermée ou bloquée, de façon à empêcher la personne de sortir. Lorsqu'un usager est placé seul, dans une chambre, quel que soit le moment ou la durée, dont il ne peut pas sortir librement. Le confinement involontaire d'une personne, seule dans une chambre ou dans un espace dont elle ne peut pas physiquement partir. Une mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour une durée déterminée, d'où elle ne peut sortir librement»²⁷. Ainsi, l'isolement est une séparation entre le patient et les autres, que ce soit l'équipe soignante ou les autres patients, dans un espace fermé, qui a un but thérapeutique. Cet isolement est réalisé sur décision médicale.

Si l'isolement est pratiqué sous contraintes, le régime d'hospitalisation du patient doit alors être changé par le psychiatre, s'il est hospitalisé en soins libres. En effet, cette mesure, au même titre que les contentions, est une mesure coercitive qui n'est applicable que pour les patients hospitalisés sous contraintes, généralement en Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SDRE) ou en Soins à la Demande d'un Tiers (SDT).

L'Audit Clinique Appliqué à l'Utilisation des Chambres d'Isolement en Psychiatrie de 1998 réalisé par l'Agence Nationale de d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)²⁸ fait apparaître cinq indications à l'isolement :

- Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces, ni appropriés.
- Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins.
- Isolement intégré dans un programme thérapeutique.
- Isolement en vue d'une diminution des stimulations.
- Utilisation à la demande du patient.

A ces indications, le recours à la MCI est complété par des contre-indications établies par l'ANAES qui sont :

- Utilisation de la chambre d'isolement à titre de punition.
- État clinique ne nécessitant pas un isolement.
- Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe soignante ou pour son confort.

27 Haute Autorité de Santé, « isolement et contention en psychiatrie générale »

28 Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, « Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé »

- Utilisation uniquement liée au manque de personnel.
- Affections organiques non stabilisées
- Risque toxique.

b) La contention :

Initialement appelée fixation au XIX^{ème} siècle, la contention peut aujourd'hui être divisée en plusieurs catégories, dont la contention manuelle (un soignant immobilisant physiquement un patient) et la contention mécanique. La contention mécanique est quant à elle une mesure sécuritaire qui consiste en l'immobilisation d'une ou plusieurs parties du corps du patient à l'aide de divers moyens ou matériels. Ces immobilisations contre le gré du patient en font ainsi des mesures coercitives qui, comme la MCI, ne peuvent s'appliquer qu'aux patients hospitalisés sous contraintes.

Dans sa synthèse de la recommandation de bonne pratique concernant la contention mécanique en psychiatrie générale de Février 2017, l'HAS définit la contention mécanique comme : *« une mesure d'exception, limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, [...] dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation d'une mesure de contention mécanique représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique.²⁹ »*

De plus, la contention doit aussi se jumeler à l'isolement en étant pratiquée que dans le cadre de MCI, ainsi qu'à un traitement médicamenteux approprié, qui aidera à la sédation et/ou l'apaisement du patient. Cependant, l'isolement lors de la contention peut être levé dans certains cas exceptionnels. Ces exceptions sont notamment le cas d'actes auto agressifs qui se répètent malgré les contentions. Afin d'éviter la survenue de troubles somatiques induits par un décubitus prolongé, des contentions ambulatoires peuvent être utilisées.

L'HAS explique que la limitation temporelle est de 6 heures au début de la contention. La décision doit être renouvelée toutes les 24 heures si l'état du patient nécessite encore une contention mécanique. Selon les recommandations de bonne pratique de l'HAS, les mesures supérieures à 24 heures devront rester exceptionnelles et la levée des contentions se réalise sur avis du psychiatre. Durant l'amplitude horaire de la contention, le patient doit avoir au moins 2 visites médicales par 24 heures.

²⁹ Haute Autorité de Santé, « Synthèse de recommandation de bonne pratique : contention mécanique en psychiatrie générale »

Il y a ainsi, selon l'HAS, quatre indications à la contention mécanique qui sont³⁰ :

- Prévention d'une violence imminente du patient ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui.
- Uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.
- Exceptionnellement, en dernier recours, pour une durée limitée et strictement nécessaire, après une évaluation du patient, et uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement.
- Mesure pleinement justifiée par des arguments cliniques.

En plus de ces indications, l'HAS émet quatre contre-indications³¹ :

- Jamais pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination.
- En aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels.
- État clinique ne nécessitant pas une contention.
- Réflexion bénéfices-risques à mener lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave.

c) La notion de dernier recours :

L'ANAES indique dans les indications à l'isolement que cette mesure peut être utilisée en prévention d'un risque imminent. Selon ces écrits, il est implicitement dit que l'isolement doit alors être utilisé en dernier recours. La notion de dernier recours de la MCI et de la contention est appuyée par le droit français, notamment dans l'article L.3222-5-1 qui stipule que *«L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée³²»*. Par la notion de dernier recours qui

30 Haute Autorité de Santé, « Synthèse de recommandation de bonne pratique : contention mécanique en psychiatrie générale »

31 Haute Autorité de Santé, « Synthèse de recommandation de bonne pratique : contention mécanique en psychiatrie générale »

32 Legifrance.gouv.fr

inclut le dommage imminent, il y a une obligation de réduire la MCI et la contention aux situations d'urgence et aux situations ingérables par les autres moyens humain et matériel dont bénéficient les soignants.

La MCI et la contention étant des actes réalisés sur décision médicale, l'équipe soignante doit alors mettre en place ces mesures après avoir reçu l'aval et la notification médicale du psychiatre. Cependant, l'urgence de la situation peut faire en sorte que l'équipe soignante ne puisse attendre la décision médicale. Le psychiatre doit alors arriver dans les plus brefs délais afin de rencontrer le patient et de décider la MCI ou la contention selon différents critères (durée, surveillance...)

d) Les limites de ces mesures coercitives :

L'isolement et la contention, qui sont ainsi des mesures de dernier recours, présentent cependant des limites. Pourtant, les chiffres nationaux montrent que l'utilisation de la MCI est en constante augmentation avec 6.6% des patients hospitalisés qui ont été placés à l'isolement en 2011 contre 8.3% en 2015 pour une durée moyenne d'environ 15 jours. Pour comparer, la Suisse (en 2010) présentait un chiffre de 3.1% des patients hospitalisés qui ont été mis à l'isolement avec une durée moyenne de 49 heures³³. Cependant, les motifs de l'augmentation de la MCI n'ont pas été réellement éclaircis, mais une étude menée sur le CH de Cadillac en 2009 a montré que cet accroissement pouvait être en lien avec une « idéologie sécuritaire » relativement présente en psychiatrie ainsi qu'avec le déclin institutionnel de ce secteur³⁴. En revanche, aucun chiffre n'est disponible pour l'utilisation de la contention dans les services de psychiatrie.

En plus d'études qui montrent une utilisation en constante augmentation de certaines de ces mesures coercitives, aucune étude scientifique ne prouve le bénéfice qui est tiré de l'usage de l'isolement et de la contention. Les études menées à ce sujet-là ont d'ailleurs tendance à prouver le contraire comme c'est le cas de « A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient setting and emergency departments » qui regroupe 36 études. Celle-ci met en avant le fait qu'aucun résultat ne confirme que la contention mécanique et l'isolement sont sûrs et efficaces dans la gestion de la violence. La revue de littérature de Cochrane, en 2012,

33 Haute Autorité de Santé, « isolement et contention en psychiatrie générale »

34 Groupe pluri-professionnel du CH de Cadillac, « Réflexion sur la MCI au Centre Hospitalier de Cadillac sur Garonne »

affirme aussi la même chose³⁵ et met en avant les effets délétères de l'isolement de la contention. Ces résultats d'études font qu'aujourd'hui, ces mesures sont controversées, notamment pour les effets indésirables qu'elles provoquent ainsi que pour leur iatrogénicité.

Ainsi, l'isolement prolongé et la contention d'un patient majoreraient plusieurs des symptômes de types psychotiques dont il souffrirait déjà : la dépersonnalisation et les troubles du schéma corporel, et les hallucinations qu'elles soient auditives ou visuelles. Cela s'expliquerait par le fait que le manque de stimuli de la chambre d'isolement amplifierait les perceptions sensorielles.

La contention amène aussi a des effets indésirables au niveau somatique tels que des complications aux points d'attache (œdèmes, cyanose, ulcères...), des difficultés respiratoires ou des lésions hépatiques. De plus, l'alitement prolongé peut aussi entraîner un risque thromboembolique et de la rétention.

Les limites de la MCI et de la contention sont aussi exprimées par le patient. Le patient éprouve essentiellement un sentiment négatif après ces expériences. En effet, la revue de littérature de Strout³⁶ illustre le ressenti des patients et fait ressortir 4 grandes catégories de vécu après une contention : un impact psychologique négatif (avec principalement de la colère, de la peur, de l'humiliation, de la déshumanisation, de l'impuissance et du stress) ; une réexposition à un traumatisme ; une perception de la contention non éthique (sentiment de punition et d'abus) ; et un « esprit brisé ». Les sentiments relatifs au vécu post isolement ou contention exprimés par les patients sont opposés à ceux des soignants. En effet, bien que ces expériences soient aussi désagréables pour les équipes soignantes³⁷ et qu'elles soient majoritairement perçues comme un échec dans l'accompagnement³⁸, celles-ci ajoutent à ces mesures une intentionnalité qui peut se définir comme l'acte de prêter un sens. Le fait de prêter du sens à ces actes et donc d'ajouter l'intentionnalité aux soins, aide l'équipe soignante, qui a pour vocations de soigner et porter secours, à affirmer le but thérapeutique et apaisant de ces mesures. En revanche, après la MCI, une étude a montré que 36.7% des patients interrogés ont affirmé que l'isolement leur avait permis de retrouver un contrôle de soi, et 50% affirme mieux connaître leur pathologie et ses effets³⁹.

35 Cochrane, « Isolement et contention chez les patients atteints de troubles mentaux graves »

36 Strout TD. « Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature »

37 L'Encéphale, « Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspective éthiques »

38 Michel Combret, « Isolement et contention, l'enjeu de la formation »

39 L'Encéphale, « L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques »

En plus de nuire possiblement au psychisme et au physique du patient, la MCI ainsi que la contention nuisent également à l'alliance thérapeutique entre celui-ci et l'équipe soignante. Afin d'éviter cela, le soignant doit constamment tenter d'améliorer le contact avec le patient à chaque passage en chambre, malgré l'isolement. Mais cela ne semble pas suffisant et les mesures sous contraintes restent contre-productives⁴⁰ et apparaissent comme « *la pire façon de prévenir un risque de rupture thérapeutique* »⁴¹.

D) L'alliance thérapeutique :

L'alliance thérapeutique consiste en l'aide à la connaissance de la pathologie du patient, à la compréhension de ses troubles, à la détection des différents prodromes, au maintien de ses traitements et à la conservation d'une hygiène de vie qui lui apportera un mieux-être.

« *Un phénomène collaboratif, un partenariat [...] construit par le client et le thérapeute*⁴² » c'est ainsi que peut se définir cette l'alliance. Le partenariat et la collaboration de l'alliance thérapeutique intègre ainsi la participation du patient et de l'équipe soignante à la conception d'objectifs communs.

La contenance créée par le lien entre le soignant et le patient est garante du sentiment sécurisant de l'environnement pour le patient. Ainsi, le soignant doit s'assurer de l'aspect qualitatif de la relation soignant-soigné pour voir si elle contribue à maintenir une bonne collaboration entre l'équipe et le patient, et donc une alliance thérapeutique.

L'objectif de l'alliance thérapeutique est d'effectuer un travail d'élaboration sur la pathologie du patient en s'appuyant sur les ressources dont il dispose. Cela lui permettra alors de comprendre et de mieux gérer l'agressivité que la pathologie provoque. L'alliance thérapeutique permet aussi de donner du sens au soin, pour le soignant mais aussi pour le patient, en le clarifiant et en le rendant cohérent. Ainsi, Dominique Friard lie l'alliance thérapeutique à l'isolement en disant : « *L'isolement [...] ne devient thérapeutique que si nous mettons parallèlement en place un dispositif d'accompagnement qui permette au patient et à l'équipe de faire un retour [...] sur ce qui a motivé l'isolement, que si nous substituons à un acte imposé par la situation, une parole.*⁴³»

40 Natalie Girloux, « Argument clinique pour ne pas isoler et/ou attacher un patient »

41 Dominique Friard, « Limiter l'isolement, supprimer la contention »

42 De Roten Yves

43 Friard Dominique

E) L'éthique :

L'isolement et la contention mécanique sont deux des quatre mesures coercitives régulièrement utilisées en psychiatrie. A cela s'ajoute la contention médicamenteuse et le traitement sous contraintes. Cependant, elles font aujourd'hui l'objet de certaines remises en questions car elles peuvent aller à l'encontre des principes éthiques, des droits relatifs au patient et de la législation française.

a) L'Accès à l'information :

En effet, d'après la charte de la personne hospitalisée⁴⁴ le patient se doit d'être informé. Or, selon une étude menée par différents professionnels au sein d'un établissement psychiatrique de Marseille en 2011⁴⁵, 22 patients, sur 30 interrogés, ont affirmé avoir eu peu d'informations et ne pas en avoir bénéficié lors de la MCI. Cela affecte donc le patient sur la compréhension du soin en amont et pendant celui-ci. Cependant, après avoir fait un usage d'un soin sous contraintes (isolement et contention), l'équipe doit revenir sur cet épisode avec le patient pour en expliquer les raisons, les comprendre, et essayer de trouver des solutions au cas où des situations similaires se reproduiraient. Le fait que ce soit des mesures coercitives appliquées à des patients hospitalisés sous contraintes, les articles de la charte relevant du consentement du patient dans les soins ne peuvent pas être respectés car les patients sont pris en charge sans leur consentement.

b) La libre circulation :

L'isolement et la contention sont des mesures qui empêchent le patient de circuler librement. A cela s'ajoute l'hospitalisation sous contrainte et le secteur fermé qui font que le patient ne peut pas quitter le service et l'établissement sans autorisation du psychiatre. Ces paramètres entrent ainsi en opposition à l'article de la charte « la personne hospitalisée peut, à tout moment, quitter l'établissement » ainsi qu'aux libertés individuelles de circulation. C'est pourquoi, en 2016, le Contrôleur General des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) a livré un rapport concernant l'isolement et la contention où il dénonce que les droits des patients hospitalisés sous contraintes sont quasiment absentes du débat public⁴⁶. Pourtant, ces mesures posent la problématique de l'entrave des droits fondamentaux des patients.

44 Ministère de la Santé et des Solidarité, « charte de la personne hospitalisée »

45 L'Encéphale, « L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthique »

46 CGLPL, « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale »

L'article L3222-5-1 du Code de la Santé Publique stipule que toutes les mesures d'isolement et de contentions doivent être inscrites dans un registre qui doit, sur demande, être présenté au CGLPL⁴⁷. Cela permet ainsi de repositionner le respect de liberté d'aller et venir des patients hospitalisés en psychiatrie. Cependant l'état du patient au moment de la mise en place de ces mesures a rendu nécessaire ces privations de liberté.

c) L'autonomie et la dépendance :

L'autonomie peut se définir comme étant la « *capacité de se gouverner soi-même, de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement*⁴⁸ ».

La dépendance, quant à elle est définie par l'Université Médicale Virtuelle Francophone comme « *l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement*⁴⁹ ».

En l'occurrence, l'isolement et la contention, de par leurs aspects coercitifs et immobilisant altèrent ces concepts car le patient isolé et / ou contenu n'est pas en mesure de se mouvoir à sa guise et donc de subvenir à ses besoins. Ainsi, comme expliqué précédemment, le patient est totalement dépendant de l'équipe soignante qui se doit de subvenir aux besoins fondamentaux du patient, impossibles à réaliser de manière autonome pour le moment. Cela entre aussi en opposition avec les quatre principaux objectifs du soin infirmier, vu précédemment, qui explicite que l'infirmier doit participer au maintien de l'autonomie du patient.

47 Legifrance.gouv.fr

48 Médecine Sorbonne Université, « autonomie et dépendance »

49 Université Médicale Virtuelle Francophone, « autonomie et dépendance »

III) Les entretiens exploratoires :

La phase exploratoire de mon Mémoire de Fin d'Etudes a été réalisée à l'aide d'entretiens exploratoires. Ces entretiens permettent une comparaison entre le cadre théorique des concepts abordés et la réalité du terrain des infirmiers en psychiatrie. Ainsi, cinq entretiens semi directifs ont été réalisés auprès d'infirmiers exerçant en secteur fermé.

Mon mémoire de fin d'études abordant le sujet des alternatives à l'isolement et à la contention en psychiatrie, j'ai alors décidé de mener mes entretiens dans différentes unités fermées dont certaines furent mes lieux de stage. J'ai ainsi exploré l'avis de professionnels exerçant en pavillon d'admission fermée, en long séjour fermé, et en UMD. Afin de mettre en opposition ces services utilisant de manière régulière l'isolement et la contention, j'ai aussi interrogé des professionnels exerçant dans un équivalent d'UMD au Québec où l'approche de ces mesures diffère de celles de France, et dans un HDJ pour adolescents à orientation psychanalytique lacanienne, où l'isolement et la contention ne font pas partie de leur façon de travailler.

Ma question de recherche étant : «Quel est le rôle infirmier dans la recherche d'alternatives à la mise sous contention et à l'isolement suite à un passage à l'acte auto et/ou hétéro agressif d'un patient psychotique en secteur fermé ?», j'ai alors mené mes entretiens exclusivement auprès d'infirmiers.

Ayant choisi de m'entretenir avec des professionnels travaillant dans le service où j'ai été confronté à ma situation d'appel et dans d'autres services, j'ai ainsi contacté des infirmiers par mail afin de savoir s'ils accepteraient de collaborer. J'ai alors présenté le thème de mon mémoire de fin d'études à savoir les alternatives à l'isolement et à la contention.

Face à la difficulté de rencontrer les professionnels sur leurs lieux de travail, j'ai donc décidé de réaliser mes enquêtes lors d'entretiens téléphoniques pour quatre d'entre eux, et un entretien dans le service. Ainsi, j'ai pu poser les onze questions préétablies aux professionnels et me servir de leurs réponses pour étayer mes recherches du cadre conceptuel et ma question de recherche.

Les entretiens de cette enquête qualitative sont semi directifs. Cela permet ainsi de laisser la parole aux professionnels interrogés et à l'interaction. La majorité des questions présentées lors des entretiens sont ouvertes et permettent d'interroger les pratiques, les ressentis ainsi que les avis des infirmiers à propos de l'isolement, de la contention et des alternatives à ces mesures.

A) L'analyse des entretiens :

Tous les professionnels interrogés ont déjà été amenés à isoler et contenir des patients en psychiatrie.

Au niveau de l'aide de l'équipe soignante pour les gestes de la vie quotidienne, tous les professionnels ont rapporté qu'ils favorisent au maximum le maintien de l'autonomie du patient. Pour ce faire, les mains sont détachées pour les repas, et ils sont déçus pour la toilette. Les patients restent cependant encadrés et accompagnés par l'équipe soignante. Seulement un seul des professionnels, travaillant en admission fermée, a évoqué la notion du contexte et du risque lié au patient pour permettre, ou non, de le démaintenir.

Au niveau du ressenti des professionnels à propos de la dépendance induite par l'isolement et la contention, deux professionnels ont exprimé un ressenti de gêne, notamment en expliquant la nécessité de prendre du recul et que ces mesures renvoient une image négative du métier d'infirmier en psychiatrie. Par ce fait, trois infirmiers abordent l'importance de la bienveillance dans ce contexte et du respect du patient, notamment parce que ce dernier a été contraint. L'infirmier exerçant auprès d'une patientèle chronique, violente et chimiorésistante chez qui l'utilisation de contention et d'isolement est régulière n'exprime aucun ressenti négatif par rapport à ces mesures, mais parle au contraire de bons retours d'expériences sur les bienfaits que l'isolement et la contention apportent au patient.

Par rapport à la privation de liberté que provoquent l'isolement et la contention, deux infirmiers ont évoqué la nécessité de se remettre en question afin de faire mieux les prochaines fois, notamment en trouvant des alternatives à ces pratiques. Deux infirmiers ont évoqué le danger immédiat qui empêche de faire autrement que de contenir et/ou isoler. Un seul infirmier aborde le sujet du secteur fermé et de l'hospitalisation sous contrainte qui est déjà une privation de libertés du patient, et un seul aborde la notion de dernier recours.

Tous les professionnels interrogés ont déjà utilisé des alternatives à la contention et à l'isolement. Trois d'entre eux font part de l'importance de la contenance de l'équipe soignante au travers de la présence au patient et de la relation soignant-soigné. Un seul infirmier parle de la notion de dernier recours pour l'isolement et la contention.

Au niveau des alternatives qui ont déjà été utilisées, tous les professionnels évoquent le soin relationnel, avec principalement les entretiens infirmiers qui peuvent être mis en place ainsi que la présence soignante. Trois d'entre eux évoquent la distribution de traitements si besoin afin d'apaiser le patient, et trois d'entre eux évoquent la formation dont ils ont bénéficié. En

effet, cette formation qui est OMEGA, leur a permis de désamorcer des situations tendues grâce à la pacification. Deux infirmiers évoquent la notion d'isoler le patient des autres patients, sans que ce soit un isolement à proprement parler, et l'un d'entre eux évoque une brève contention manuelle le temps d'apaiser le patient. L'infirmier exerçant en HDJ à orientation psychanalytique lacanienne laisse le patient extérioriser son agressivité, ce qui lui permet de décharger et de retrouver son calme par la suite. Deux infirmiers, exerçant dans le même centre hospitalier, mais dans des services différents évoquent l'importance du raisonnement clinique dans la mise en place d'alternatives à l'isolement et à la contention.

Les mesures alternatives à la contention et à l'isolement que les infirmiers pensent pouvoir utiliser, en plus de celles ci-dessus, restent en rapport avec les soins relationnels. En effets, les réponses sont les mêmes que la question précédente, mais deux infirmiers (HDJ et Québec), abordent l'importance de l'alliance thérapeutique. Cette alliance est importante pour la compréhension de la maladie par le patient et ainsi pour qu'il puisse trouver des solutions à la gestion de son agressivité ou de ses angoisses par lui-même.

A l'unanimité, les professionnels interrogés affirment que les alternatives à la contention et à l'isolement ne sont pas possibles avec tous les patients. Trois d'entre eux situent cette impossibilité lors des phases aiguës qui altèrent la compréhension et l'analyse du patient. Deux d'entre eux évoquent aussi la prise de toxiques, et deux infirmiers parlent de la nécessité de connaître le patient et sa pathologie. La nécessité de connaître le patient et sa pathologie est évoquée par les deux professionnels exerçant en milieux diamétralement opposés et qui ont des façons de travailler qui sont elles aussi opposées : l'HDJ et l'UMD.

Tous les professionnels interrogés disent que la mise en place d'alternatives vient de l'infirmier et des moyens qui sont à sa disposition, que ce soit les moyens humains ou matériels.

Les raisons qui ont amené les professionnels à isoler et à contenir plutôt que de trouver des alternatives sont variées, mais trois infirmiers font ressortir la notion de dangerosité ou de violence. Deux infirmiers abordent les protocoles et habitudes de service et la prescription médicale. En revanche, un seul infirmier, celui exerçant en UMD, fait le lien avec la notion de derniers recours en expliquant que les alternatives précédant ces soins sous contraintes ont échoué. Deux infirmiers parlent du rôle de l'équipe et de sa concertation dans ces situations, et l'un d'eux précise que l'équipe a agi comme cela par fatigue ou par peur.

Tous les infirmiers répondent positivement au fait que l'isolement et la contention font partie de leur conception du soin en psychiatrie. Cependant, trois d'entre eux réinvestissent la notion de dernier recours et trois infirmiers expliquent que ces méthodes ne sont pas le soin central de la psychiatrie, qui est plutôt le soin relationnel. Parmi les infirmiers qui expliquent

que l'isolement et la contention ne sont pas des soins centraux en psychiatrie, l'un d'entre eux explique que cela fait même reculer la relation soignant-soigné. Deux infirmiers, travaillant dans les milieux les plus opposés (HDJ et UMD) affirment que l'isolement et la contention sont aussi demandés par les patients. Enfin, deux d'entre eux abordent la notion d'angoisses de morcellement, et le bénéfice de la contention.

B) De la problématique à la question de recherche :

Les entretiens exploratoires menés avec des infirmiers de différents services, qui sont tous des pavillons fermés, nous permettent de mettre en lien des données analysées dans la phase empirique.

La législation et la théorie nous disent que l'isolement et la contention sont des mesures de derniers recours à mettre en place uniquement lorsque tous les moyens alternatifs ont échoué. Cela nous est confirmé par les infirmiers interrogés. Tous favorisent les moyens alternatifs, que ce soit le traitement médicamenteux, une contention manuelle brève, ou des approches relationnelles au cours d'entretiens ou d'activités. A propos de l'approche relationnelle, la majorité des infirmiers ont évoqué l'utilité de la formation professionnelle dans le désamorçage de situations tendues. Ces formations, telle que la formation OMEGA, viennent ainsi renforcer les compétences, le savoir-être et le savoir-faire des infirmiers en bénéficiant. Cependant, bien qu'ils favorisent ces alternatives, par soucis légal ou éthique, tous se rejoignent en disant qu'elles ne sont pas possibles avec tous les patients, et dans toutes les situations.

Dans les questions relatives aux alternatives à l'isolement et à la contention, tous les infirmiers interrogés ont mis en avant l'importance du soin relationnel. Ce soin relationnel, qui est une des parties centrales du soin en psychiatrie permet d'amorcer la rencontre avec le patient. Cette rencontre amènera ensuite à la relation d'aide et à l'alliance thérapeutique. L'alliance thérapeutique est bénéfique à la mise en place d'alternatives à l'isolement et à la contention car il est important pour l'infirmier ainsi que pour le patient de connaître la pathologie dont il souffre. En effet, la connaissance de la pathologie par le patient permettra d'avoir une meilleure connaissance de ses symptômes et ainsi comprendre son agressivité, sa violence et les prodromes qui y mènent. Connaître sa maladie, et aussi se connaître à soi-même, aidera le patient à trouver des ressources en lui-même pour éviter les passages à l'acte. Ainsi, la relation d'aide est la fondation de l'alternative à l'isolement et à la contention.

Les infirmiers interrogés ont tous mis en avant que l'isolement et la contention sont des mesures de derniers recours utilisées qu'en phase aigüe lorsque le patient n'est plus raisonnable, et/ou que le danger pour lui-même ou pour les autres est trop grand. Ainsi, la prise de décision qui amène à ces mesures coercitives, ou qui au contraire, permet de trouver une alternative, est réfléchie par l'équipe soignante. L'équipe soignante, notamment l'infirmier, mobilise ses connaissances sur la psychopathologie du patient et met ainsi en place en processus de réflexion qui amène à la prise de décision. Cette lecture clinique de la situation et de la symptomatologie du patient est réalisée grâce au raisonnement clinique de l'infirmier.

Suite à ces réflexions, nous pouvons faire ressortir une question de recherche : **En quoi la relation d'aide créée avec le patient et le raisonnement clinique infirmier aident l'infirmier à la mise en place d'alternatives à l'isolement et à la contention des patients en psychiatrie ?**

IV) Le cadre de référence et l'hypothèse de recherche :

A) Le cadre de référence :

a) La relation d'aide :

« Une interaction particulière entre deux personnes, l'intervenant et l'aide, chacun contribuant à la recherche et à la satisfaction d'un besoin d'aide chez ce dernier. Cela suppose que l'intervenant adopte une façon d'être et la communique en fonction des buts poursuivis »⁵⁰. Voilà comment le psychologue américain Carl Rogers définit le concept de la relation d'aide dans les années 1950.

Afin de créer la relation d'aide entre le patient, ayant besoin d'étayage, et le soigné, des connaissances particulières des soins relationnels sont indispensables. Ces connaissances, qui s'acquièrent avec l'expérience professionnelles, sont aussi abordées lors de la formation initiale d'infirmier notamment lors de l'apprentissage des différents entretiens infirmiers ou de la posture soignante à adopter dans différentes situations. L'adaptabilité du soignant face à la situation en fonction de son analyse est ainsi requise. L'accompagnement du patient par le

50 PERUZZA.E et PITARD.L « Soins de confort et de bien-être, soins relationnels, soins palliatifs et de fin de vie »

soignant sera ainsi facilité et le patient pourra trouver lui-même des ressources et des solutions qui l'aideront à affronter lui-même les situations qu'il traverse.

La recherche de ressources personnelles par le patient lui-même est une notion importante dans la relation d'aide car l'infirmier ne doit pas décider à la place du patient. A l'inverse, la relation d'aide élaborée entre le soignant et le patient doit permettre à ce dernier d'analyser la situation problématique et ses émotions qui en découlent afin de tendre vers un mieux-être.

Comme tous les soins relationnels, la relation d'aide relève du rôle propre de l'infirmier et est ainsi abordée dans l'article R4311-5 du Code de la Santé Publique. Cet article dit en effet que « *dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants ; aide et soutien psychologique*⁵¹ ». Avant que les notions d'aide et de soutien psychologique soient utilisées, depuis le décret n°2004-802 de Juillet 2004, c'était le concept de relation d'aide thérapeutique qui était employé.

La relation d'aide intègre le besoin de présence et d'écoute du patient ainsi que les attitudes renvoyées par le soignant lors des différents échanges. Ainsi, la capacité d'écoute du soignant vers le patient qui en a besoin peut se définir comme étant « *l'attitude globale de celui qui écoute qui a un effet thérapeutique. Le soignant est centré sur la personne aidée, c'est à dire que pendant l'écoute, il est attentif à tout ce qu'est la personne, se focalise sur ses messages verbaux et non verbaux*⁵² ».

Parmi les attitudes et les actions soignantes à mettre en place durant la relation d'aide, nous pouvons retrouver la reformulation qui peut se définir comme « *dire avec d'autres mots ce qu'a exprimé la personne, ce que le soignant a entendu, perçu* »⁵³. La reformulation de l'infirmier lors des échanges avec le patient est une pratique importante car elle permet de montrer au patient qu'il a été écouté et compris.

L'empathie de la part du soignant est aussi une notion importante. Elle se définit comme étant « *le résultat d'une relation suffisamment proche entre deux personnes pour qu'elles ressentent de l'intérieur, le vécu de l'autre*⁵⁴ ». Ainsi, le soignant doit être en capacité de mettre de côté ses propres représentations afin d'entendre le patient sans le juger.

51 Legifrance.gouv.fr

52 Salvagnac E. « La relation d'aide en soins infirmiers »

53 Dayde MC, Lacroix M-L, Pascal C et Salabras Clergues E, « Relation d'aide en soins infirmiers »,

54 Manoukian A., Massebeuf A., « La relation soignant-soigné »

La congruence est aussi un des axes de la relation d'aide selon Carl Roger. La congruence, ou l'authenticité, est la cohérence entre ce qui est ressenti et ce qui est exprimé. Le manque de congruence face à un patient peut se remarquer et ainsi freiner la relation d'aide.

Selon Rogers, la relation d'aide émanant du soignant s'agence ensuite en plusieurs étapes :

- ▶ La première phase qui permet l'identification des besoins du patient ;
- ▶ La seconde succédant à la mise en place de la relation de confiance et qui est une étape de collaboration ;
- ▶ L'étape permettant au patient de trouver lui-même les solutions à ses situations pouvant poser problèmes, qui est une phase active. Le patient pourra trouver des solutions en lui-même grâce à la perception qu'il a de lui, cela s'appelle «l'insight» ;
- ▶ La dernière étape qui permet d'évaluer, selon le mieux-être du patient, le bénéfice de la relation d'aide.

b) Le raisonnement clinique :

Selon Margot Phaneuf, le raisonnement clinique est « *un processus intellectuel et délibéré, structuré selon des étapes logiquement ordonnées, utilisé pour planifier des soins personnalisés visant le mieux-être de la personne soignée*⁵⁵ ». Ainsi, le raisonnement clinique permet aux soignants de corriger les situations posant problème. Thérèse Psiuk, dans son ouvrage l'Apprentissage du Raisonnement Clinique le définit comme « *une démarche systématique qui intègre et met en lien, à partir d'un examen physique et d'une écoute active, les signes et symptômes recueillis, qui permet l'élaboration d'hypothèses de problèmes de santé réels ou potentiels et d'hypothèses de réactions humaines physiques et comportementales réelles ou potentielles, cette démarche se terminant par la validation de l'hypothèse la plus probable*⁵⁶ ». A la base du raisonnement clinique, il y a le recueil de données que l'infirmier met en place. En effet, le raisonnement clinique est divisé en trois domaines qui sont la symptomatologie de la pathologie, les risques qui y sont liés et enfin les réactions du patients face à ses problèmes⁵⁷.

Le raisonnement clinique peut aussi se diviser en deux types de raisonnement : le bas raisonnement clinique face à un patient peu communicant, où l'infirmier ne pourra

55 SFETD : « raisonnement clinique infirmier : quelques rappels »

56 Psiuk Thérèse, « l'apprentissage du raisonnement clinique »

57 Marchand C. Paucard-Dupont S. « Etude exploratoire du raisonnement clinique chez les étudiants en soins infirmiers à l'aide de la carte conceptuelle »

qu'observer et interpréter ; et le haut raisonnement clinique qui suivra les éléments recueillis par l'observation du patient et les échanges avec lui pour donner place à des hypothèses.

B) L'hypothèse de recherche :

Grâce aux concepts et aux différentes notions abordés ci-dessus, nous avons pu vérifier l'importance de l'adaptabilité des soins et de la prise en charge des patients hospitalisés en psychiatrie. Les patients hospitalisés en secteurs fermés, souffrant principalement de psychoses, perdent le contact avec la réalité. Les patients peuvent également avoir des troubles relatifs à leur enveloppe charnelle, comme lors des angoisses de morcellement par exemple. Ainsi, de par leur accompagnement, les soignants se doivent de (re)créer un lien entre le patient et la réalité.

Le lien entre le patient et la réalité est d'autant plus important qu'il permet la réinsertion du patient dans la vie sociale, mais facilite aussi la communication entre l'équipe et lui-même. Comme nous l'avons vu précédemment, la communication est une notion clé dans la relation soignant-soigné et donc dans la prise en charge des psychopathologies et dans le soin en psychiatrie.

Mais la relation soignant-soigné n'est pas toujours suffisante à la prise en charge du patient et de sa pathologie. A l'image des contentions ou des chambres d'isolement, des outils matériels peuvent être utilisés afin de prendre en charge un patient, mais il y a aussi les outils et connaissances relationnels. En effet, différents savoir-faire et pratiques, comme la relation d'aide et le raisonnement clinique, sont employés par l'infirmier pour l'aider dans la prise en charge.

Parmi les savoir-faire de l'infirmier exerçant en psychiatrie, la mise en place de la relation d'aide est indispensable. Cette relation, étayante pour le patient, et à l'origine de la relation de confiance, permet de calmer ses angoisses et ses souffrances psychiques qui peuvent amener plus ou moins progressivement à des situations violentes pour le patient, ou pour les autres. Ainsi, la relation d'aide vise au désamorçage de ces situations et permet d'éviter certains passages à l'acte. Cependant, certaines souffrances psychiques sont telles que le seul moyen d'apaisement du patient est un acte auto ou hétéro agressif.

De plus, l'infirmier se doit d'analyser les situations auxquelles il est confronté. Cette analyse mène alors à une réflexion et à un questionnement qui permettent d'orienter, de manière adaptée, la prise en charge du patient. Ainsi, l'analyse, le questionnement et la réflexion amènent au raisonnement clinique. Le raisonnement clinique permet de mettre en place des

actions adaptées au patient, à sa pathologie et au moment présent tout en répondant à des problématiques légales, éthiques, et possibles ou non. Le raisonnement clinique amène alors à des réponses à des situations de crises qui peuvent le plus souvent être gérées par un désamorçage, un atelier, ou un instant en salle d'apaisement. Cependant, certaines situations à risques induites par des phases particulièrement aiguës de la maladie imposent la mise en place de mesures sous contraintes comme l'isolement ou la contention. Cela est notamment le cas, comme traité dans la situation d'appel, lors d'angoisses de morcellement tellement ancrées qu'elles produisent des actes auto-agressifs.

Ainsi, la relation d'aide et le raisonnement clinique infirmier permettent d'émettre une hypothèse relative à la question de recherche : De par la relation d'aide créée entre le soignant et le patient qui permet un étayage et un soutien de ce dernier, et par le raisonnement clinique infirmier qui permet de trouver les solutions les plus adaptées à la situation, les alternatives à la contention et à l'isolement sont favorisées en tant que réponses à des situations à risques et potentiellement violentes. Bien que la mise en place d'alternatives à l'isolement et à la contention soit toujours privilégiée, le raisonnement clinique orienté par les besoins du patient ainsi que par la notion de bénéfice/risque peut aussi amener à une mesure coercitive qui peut être l'isolement ou la contention.

La mise en place de la relation d'aide et l'utilisation du raisonnement clinique infirmier permettent une analyse de la situation, des besoins du patient, et des possibilités qui découlent de ces deux éléments. Ainsi, la prise en charge du patient hospitalisé en psychiatrie est globale et adaptée de la meilleure façon possible à ce dernier. Le fait de comprendre la raison de l'utilisation d'une certaine mesure, que ce soit une alternative à l'isolement et à la contention ou une mesure sous contrainte, permet une meilleure acceptation de l'acte. L'acceptation d'une mesure coercitive vient du fait que l'acte a été raisonné, avant sa mise en place ou après lors d'un débriefing, et donc conscientisé.

De plus, la mise en place d'alternatives à la contrainte vient aussi du fait de l'aisance de l'équipe lors des situations d'urgence induites par la violence d'un patient. La nécessité d'agir vite implique aussi une corrélation entre la relation d'aide et le raisonnement clinique, et cela peut faire défaut.

V) Le protocole de recherche :

A) Objectif :

L'objectif du protocole de recherche est de tenter de répondre à l'hypothèse abordée à la suite de la question de recherche en tenant compte des deux éléments étudiés qui sont la relation d'aide et le raisonnement clinique. Les questions du questionnaire de recherche⁵⁸ répondent toutes à différents objectifs.

Les questions relatives à l'ancienneté de la pratique et de la formation en psychiatrie permettent de comparer les pratiques entre les nouveaux diplômés/employés et les plus anciens.

Les questions abordant le sujet des entretiens et des échanges permettent de comprendre la mise en place de la relation entre le patient et le soignant qui est une notion importante dans la recherche et la mise en place des alternatives aux mesures sous contraintes.

Les questions suivantes, permettent ainsi de comprendre le lien entre la relation élaborée entre le soignant et le patient et l'approche des situations pouvant amener à un isolement ou une contention. De plus, ces questions abordent aussi le raisonnement clinique infirmier en analysant si la mise en place d'alternatives est orientée par la situation et la pathologie du patient qui peut nécessiter une mesure sous contrainte plutôt qu'une alternative.

Enfin, la dernière question aborde le sujet de l'importance de la formation dans la gestion de situations à risque. En effet, comme vu précédemment, la formation infirmière de base peut faire défaut à cette gestion de crise, et la formation complémentaire en psychiatrie quant à elle, la favorise.

B) Méthode :

La réponse à l'hypothèse sera apportée grâce à un outil mis en place qui permettra de questionner un échantillon de professionnels, tous infirmiers, préalablement défini. Cette étude sera menée sur un lieu précis avec un temps défini.

⁵⁸ Annexe IV

C) Outils :

L'enquête par questionnaire transmis à l'ensemble des équipes du service sera utilisée pour ce protocole de recherche. C'est en effet l'outil semblant le plus adapté. Le questionnaire facilite ainsi le recueil d'informations qui pourront être analysées et exploitées. Le choix du questionnaire est aussi motivé par la praticité de celui-ci. Il permet en effet à l'infirmier d'y répondre lorsqu'il le peut, en plusieurs fois si nécessaire, sans avoir besoin de bloquer une plage horaire pour un échange verbal. De plus, l'envoi par mail permet d'éviter la perte du document comme cela pourrait être le cas en format papier.

Cependant, le questionnaire peut présenter certains freins. En effet, il pourrait y avoir un problème au niveau de la transmission aux différents professionnels devant le recevoir. Ainsi, la bonne réception et la prise en compte du questionnaire sera confirmée par un appel téléphonique à posteriori de l'envoi. Un autre frein, non négligeable, et qui diffère de l'entretien verbal, est le risque de mauvaise compréhension, voire d'incompréhension, des questions ou des attendus de celles-ci. Ainsi, le questionnaire transmis par mail, ne permet pas de réajuster ou de recadrer l'entretien.

L'enquête quantitative, et l'utilisation de questions fermées permet un dépouillement pouvant être comparé, analysé et classé en pourcentage. Cela facilitera ainsi la compréhension et la comparaison des questionnaires remplis.

D) Echantillon :

L'échantillon se composera uniquement de professionnels infirmiers exerçant en psychiatrie dans des services fermés. En effet, le protocole de recherche s'intéresse à la relation d'aide et au raisonnement clinique qui sont à l'origine de la mise en place par l'infirmier d'alternatives aux soins sous contraintes.

En prenant en compte les questionnaires qui ne seront pas renvoyés et le fait qu'un nombre d'infirmiers interrogés trop faible ne serait pas représentatif de l'échantillon ciblé ainsi que le temps d'analyse et de recueil des réponses trop important si l'échantillon est trop grand, une vingtaine d'envois de questionnaires semblerait intéressant.

E) Lieux :

Les questionnaires seront transmis à des services fermés de psychiatrie sur différents centres hospitaliers. Nous aurons ainsi l'expérience de soignants exerçant dans des établissements différents, et donc où les habitudes, protocoles et politiques de services, ainsi que les formations internes peuvent différer.

F) Temporalité :

Afin de prendre le temps d'envoyer les questionnaires d'enquête à tous les services des différents centres hospitaliers, de recevoir les réponses de chacun, de les analyser et d'en faire des graphiques, et d'attendre une probable réception tardive de certains questionnaires, il faudrait un certain temps. Ainsi, l'étude pourrait être menée sur un mois. Ce laps de temps n'est cependant pas fixe, mais il sera adapté au nombre de réponses reçues.

VI) Conclusion :

Le mémoire de fin d'étude concrétise, selon moi, trois années de formation et de réflexion professionnelle dont le but est une amélioration de mes pratiques. Au travers de ce mémoire, j'ai pu compléter mes savoirs acquis lors de mes différents stages avec les apports théoriques de mes recherches de ce travail de fin d'études. Ce complément d'informations a ainsi permis de continuer à me questionner sur mes futures pratiques professionnelles.

Mes études menées entre les lectures d'articles, d'ouvrages et d'enquêtes ainsi qu'au travers de mes entretiens exploratoires m'ont permis de me rendre en compte de l'importance du relationnel entre l'équipe soignante et le patient dans les services de psychiatrie. J'ai aussi pu vérifier la complexité du relationnel, notamment lors de l'accompagnement pendant une mise en chambre d'isolement et de mise en place de contentions où il est important de répondre à des contraintes imposées par un cadre légal, moral, mais aussi par la pathologie du patient.

Ces soins relationnels, comme la relation d'aide, permettent au patient d'extérioriser ses souffrances et ses angoisses au travers de moyens autres que la violence que peut induire la maladie. Celle-ci est alors bénéfique pour la prise en charge des patients hospitalisés en psychiatrie. Cependant, les soins relationnels ne sauraient répondre à des soins qualitatifs sans le raisonnement clinique infirmier qui permet de trouver les réponses et les solutions les plus adaptées au patient pris en charge.

Mes recherches m'ont aussi offert un nouveau regard sur les mesures coercitives. En effet, ma situation d'appel se déroulant dans un service accueillant une patientèle chronique, violente envers elle-même comme envers les autres, et souvent chimiorésistante, l'isolement et la contention y étaient réguliers du fait de l'impossibilité de faire autrement pour certains patients. Comme première expérience en psychiatrie, cela avait ainsi façonné mon image du soin et de l'accompagnement. Ce travail m'a permis de comprendre encore plus la notion de derniers recours, et surtout les effets délétères de ces soins pour les patients qui ont moins perdu le contact avec la réalité que ceux que j'ai pu prendre en charge.

Ce travail de fin d'étude m'a aussi permis de me rendre compte de la nécessité d'une formation spécifique pour les infirmiers exerçant en psychiatrie. Cette formation permet de pallier à différentes lacunes, personnelles ou institutionnelles comme le manque de soignants dans un service où la contenance de l'équipe est indispensable.

Ce travail m'offre ainsi une remise en question me permettant de modifier et de faire évoluer mes pratiques dans un secteur vers lequel je m'oriente professionnellement. En effet, rechercher et essayer de trouver des solutions aux problématiques des patients est essentiel dans le soin et cela n'est que bénéfique pour la prise en charge des patients.

Cependant, bien que mes recherches m'aient montré les aspects négatifs de l'isolement et de la contention, je reste témoin de cas où il fût nécessaire d'en faire usage, et de leurs bénéfices sur les patients que j'ai pu accompagner lors de mon premier stage qui a été très formateur.

- FIN -

VII) Bibliographie

Les lois :

- Article L3222-3 du Code de la Santé Publique
- Article L3222-5-1 du Code de la Santé Publique
- Article R4311-3 du Code de la Santé Publique
- Article R4311-5 du Code de la Santé Publique

Les livres :

- PSIUK THERESE, « L'apprentissage du raisonnement clinique », 2012, Edition De Boeck Supérieur
- MANOUKIAN.A, MASSEBEUF.A, « La relation soignant-soigné », 2008, Edition Lamarre
- DAYDE.M-C, LACROIX.M-L, PASCAL C et SALABARAS CLERGUES.E, « Relation d'aide en soins infirmiers », 2007, Edition Elsevier Masson
- PERUZZA.E et PITARD.L « Soins de confort et de bien-être, soins relationnels, soins palliatifs et de fin de vie », 2010, Edition Masson
- DECOOPMAN FRANCOISE, « La fonction contenante Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenante du thérapeute », 2010, Edition Société Française de Gestalt
- DE ROTEN YVES, « L'alliance thérapeutique: Fondements et mise en œuvre », 2011, Edition DUNOD
- ARNAUD GAUTIER, « Je réussis mon stage : psychiatrie addictologie », 2018, Edition Lamarre
- Référentiel de psychiatrie, 2014, Edition Presses Universitaire François Rabelais
- Dictionnaire de la psychiatrie, 2000, Edition CILF
- Documents interne du Centre Hospitalier de Cadillac, 2018

Les articles :

- MICHEL COMBRET, «*Oser la relation pour moins de violence*», Santé Mentale n°230, Septembre 2018, pages 48 à 54

- ANNICK PERRIN-NIQUET, «*Former les soignants à mieux prévenir et répondre aux moments de violence*», Soins Psychiatrie n°317, juillet/aout 2018, pages 20 à 24
- NATHALIE GILOUX, «*Arguments cliniques pour ne pas isoler et/ou attacher un patient*», Santé Mentale n°222, Novembre 2017, pages 22 à 28
- VIGNAT JEAN PIERRE, «*Isoler pour soigner*», Soins Psychiatrie n°294, octobre 2014
- MICHEL COMBRET, «*Isolement et contention, l'enjeu de la formation*», Santé Mentale n°222, Novembre 2017, pages 68 à 74
- C. GROULEZ, L. DEFROMONT, B. EKERF, F. TARLET, MY. COUSIN, «*Objectif zéro isolement, zéro contention*», Santé Mentale n°222, Novembre 2017, pages 56 à 63
- J. GUIVARCH, N.CANO, «*Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspective éthiques*» L'Encéphale, 2013
- N. CANO, L. BOYER, C. GARNIER, A. MICHEL, R. BELZEAUX, JM CHABANNES, JC SAMUELIAN, JB HARLE, «*L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques* », L'Encéphale, 2010
- DOMINIQUE FRIARD, « *Limiter l'isolement, supprimer la contention* », Santé Mentale n°222, Novembre 2017, pages 28 à 36
- MARCHAND.C PAUCARD-DUPONT.S «*Etude exploratoire du raisonnement clinique chez les étudiants en soins infirmiers à l'aide de la carte conceptuelle* », Recherche en soins infirmiers n°117 2014/2

Les sites internet :

- ActuSoins, toute l'actualité infirmière, « *La contention peut-elle rester éthique ?* » [en ligne]
<http://www.actusoins.com/310589/la-contention-peut-elle-rester-ethique.html>
- Dr Algranti, B, «*présentation des cours de pédopsychiatrie* » [en ligne]
<http://www.brigittealgranti.fr/436083036>
- Friard Dominique, « *La chambre d'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ?* »
http://ancien.serpsy.org/piste_recherche/isolement/sequestration.html
- Faitsdedroit, «*Etablissement psychiatrique/hôpital en milieu fermé* » [en ligne]
<http://faitsdedroit.ca/taxonomy/term/105>
- Cochrane, «*Isolement et contention chez les patients atteints de troubles mentaux graves* » [en ligne]

<https://www.cochrane.org/fr/CD001163/isolement-et-contention-chez-les-patients-atteints-de-troubles-mentaux-graves>

Les PDF :

- Haute Autorité de Santé, « *Isolement et contention en psychiatrie générale* »
- Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur : « *raisonnement clinique infirmier : quelques rappels* »
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, « *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé* »
- Ministère de la Santé et des Solidarités, « *Charte de la personne hospitalisée* »
- Médecine Sorbonne Université, « *Chapitre 8, Autonomie et dépendance* »
- Université Médicale Virtuelle Francophone, « *Autonomie et dépendance* »
- Haute Autorité de Santé, « *Synthèse de recommandation de bonne pratique : contention mécanique en psychiatrie générale* »
- Haute Autorité de Santé, « *15 programmes d'amélioration des pratiques : violence en hospitalisation psychiatrique* »
- Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, « *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale* »
- R. BOYER, S. GUAY, J. GONCALVES, « *Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, Evaluation programme de Formation Oméga pour prévenir et gérer l'agressivité des patients* ».
- Groupe pluri-professionnel du centre hospitalier de Cadillac, « *Reflexion sur le MCI au Centre Hospitalier de Cadillac sur Garonne* »
- Psycom.org « *Modalités de soins psychiatriques* »
- Strout TD., « *Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature* ».
- JONIKAS JA., COOK JA., ROSEN C., LARIS A., KIM JB., « *A program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities* »

Les cours :

- SALVAGNAC.E. « La relation d'aide en soins infirmiers », cours de 2ème année IFSI
Croix-Rouge française Bègles, 16 novembre, diapositif 5
- DR JUSTINE TETEREL, intervention sur le CH de Cadillac, Juin 2018

VIII) Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretiens :

Etudiant en 3ème année à l'IFSI de la Croix Rouge de Bègles, je souhaite, dans le cadre de mon travail de fin d'études, effectuer des entretiens avec des infirmiers au sujet de l'isolement, de la contention et des alternatives possibles à ces soins. Ces entretiens seront restitués de manière totalement anonyme.

- 1- Avez-vous déjà été amené à isoler et contenir un patient suite à un passage à l'acte auto/hétéro agressif, ou à un passage à l'acte imminent ? Si oui, pour quelle pathologie/symptomatologie ?

Objectif : Savoir si le professionnel est concerné par le sujet.

- 2- Comment faisiez-vous pour les gestes de la vie quotidienne ? (toilette, élimination, repas) ? Etait-ce une aide totale ou partielle ?

Objectif : Savoir comment le professionnel s'y prenait pour répondre aux questions éthiques relatives à la dépendance et l'autonomie.

- 3- Quel était votre ressenti à propos de l'aide apportée pour les gestes de la vie quotidienne à un patient rendu dépendant par le soin qui est la contention ?

Objectif : Interroger le ressenti du soignant à propos de la dépendance induite par les mesures coercitives.

- 4- Quel est votre ressenti sur la privation de liberté d'un patient suite à la mise en place de ces mesures ?

Objectif : Connaître les émotions et les ressentis du professionnel à propos de la privation de liberté induite par les mesures coercitives.

- 5- A l'inverse, avez-vous déjà pu éviter un isolement et une contention induits par un passage à l'acte réalisé ou imminent ?

Objectif : Savoir si le professionnel a déjà opté pour des alternatives à la contention et l'isolement, et des possibilités qui lui ont été offertes.

- 6- Si oui, par quels moyens y êtes-vous parvenus ? (uniquement votre expérience personnelle)

Objectif : Savoir comment le professionnel s'y est pris : moyen matériel, entretien...

- 7- Selon vous, quelles sont les mesures alternatives à l'isolement et à la contention ? (expérience personnelle + ce que pensez possible)

Objectif : Savoir si il y a d'autres alternatives que celles que le professionnel a déjà mis en place.

- 8- Selon vous, ces alternatives sont-elles réalisables avec tous les patients, et dans toutes les situations ?

Objectif : Connaître l'avis de l'IDE sur les limites des alternatives.

- 9- Selon vous, la mise en place d'alternatives vient-elle de l'infirmier lui-même ou des moyens qui sont à sa disposition ?

Objectif : Connaître les facteurs favorisant la mise en place d'alternatives à la contention et l'isolement lors de situations de crise.

- 10- Quelles raisons vous ont amenées à isoler et contenir un patient plutôt que de trouver une autre alternative ?

Objectif : Savoir pour quelles raisons le professionnel a contenu et isolé, afin de voir si cela était dû à des lacunes personnelles ou matérielles, à une politique de service ou à un tout autre facteur.

- 11- Pour vous, la contention et l'isolement répondent-ils à votre conception du soin en psychiatrie ?

Objectif : Connaître le ressenti globale du soignant face aux mesures d'isolement et de contention.

Je vous remercie de m'avoir accordé de votre temps pour répondre à mes questions.

Annexe 2 : Grille d'analyse des entretiens exploratoires :

Q1 : Avez-vous eu déjà été amené à isoler et contenir un patient suite à un passage à l'acte auto/hétéro agressif, ou à un passage à l'acte imminent ?			
1 •oui	2 •oui	3 •oui	4 •oui •autisme, psychoses infantile, schizophrénies résistantes •décharge physique de l'angoisse liée à un défaut d'élaboration
5 •oui			
Q2 : Comment faisiez-vous pour les gestes de la vie quotidienne ? (toilette, élimination, repas, habillement) ? Etait-ce une aide totale ou partielle ?			
<ul style="list-style-type: none"> •Binôme avec l'aide-soignant •Favorisant l'autonomie •inclure le patient aux soins •rendre le patient participatif •aide à la toilette quand le patient est détaché •aide partielle si l'état du patient le permet 	<ul style="list-style-type: none"> •patient-dépendant (dangerosité, contexte) •bassin pour continents, protections pour incontinents. •pour préserver dignité et autonomie : attendre décontention pour la douche (si court terme) •décontention momentanée pour douche (si long terme) •aide totale si contention longue •enfreindre le cadre légal en détachant une main pour favoriser l'autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> •Toilettes dans les chambres d'iso donc patients autonomes (lorsqu'il n'y a pas de contention) •Accompagnement par 3 ou 4 soignants lors des repas •Douche hors de la chambre, patient amené par l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> •isolement : les gestes de la vie quotidiennes effectués par le patient •contenus : aide au repas avec aide matérielle (rehausseur) élimination : urinal / bassin toilette au lit : extrêmement rare
<ul style="list-style-type: none"> •repas : aide partiel avec 2 soignants car le patient a les mains détachées. •toilette : tout seul, décontenu mais 2 soignants présents •élimination : bassin •réévaluation toutes les 12h 			
Q3 : Quel était votre ressenti à propos de l'aide apportée pour les gestes de la vie quotidienne à un patient rendu dépendant par le soin qui est la contention ?			

<ul style="list-style-type: none"> •difficile parce qu'il ne peut réaliser ses soins lui même 	<ul style="list-style-type: none"> •prise de recul nécessaire •image négative du travail renvoyé par le patient •essayer de réaliser le soin de la façon la plus humaine possible •peut provoquer un vécu difficile 	<ul style="list-style-type: none"> •primordial d'aider un patient qui a été contraint •devoir de respect du patient et de ses droits •devoir de s'assurer du confort du patient 	<ul style="list-style-type: none"> •bon vécu car soin temporaire •dépendance est secondaire à l'indication •expérience montre les bienfaits
<ul style="list-style-type: none"> •ressenti similaire que pour un patient rendu dépendant par la maladie •importance de la bienveillance 			
Q4 : Quel est votre ressenti sur la privation de liberté d'un patient suite à la mise en place de ces mesures ?			
<ul style="list-style-type: none"> •décision est collégiale •Conscience que c'est la meilleure des solutions pour protéger le patient et les autres 	<ul style="list-style-type: none"> •remise en question (aurait pu mieux faire si on avait agis autrement) •frustration lorsque ça aurait pu être évitable •dernier recours 	<ul style="list-style-type: none"> •nécessité de se re-questionner sur sa pratique et sur les alternatives à disposition 	<ul style="list-style-type: none"> •préservé le danger est primordial •hospitalisation sous contrainte + milieu fermé = déjà privé de liberté
<ul style="list-style-type: none"> •privation de liberté provisoire •surveillance intensive •contention brève donc pas d'impression de privation de liberté •plus douloureux la privation de liberté dans les services de réa par exemple 			
Q5 : A l'inverse, avez-vous déjà pu éviter un isolement et une contention induits par un passage à l'acte réalisé ou imminent ?			
<ul style="list-style-type: none"> •Oui •par la présence •par la proposition d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> •oui •présence et écoute •activités occupationnelles •plein d'étape avant contention 	<ul style="list-style-type: none"> •oui •formation OMEGA 	<ul style="list-style-type: none"> •oui •isolement et contention sont un dernier recours
<ul style="list-style-type: none"> •passage à l'acte réalisé = mise sous contention immédiate -> protection du patient et des autres •à adapter selon contexte et patient •moyens à disposition ? •relation avec le patient ? 			
Q6 : Si oui, par quels moyens y êtes-vous parvenus ?			
<ul style="list-style-type: none"> •raisonnement clinique •entretiens infirmiers •traitements médicamenteux •activités (ex : musique) 	<ul style="list-style-type: none"> •formation OMEGA •pacification •proposition de simple isolement •activités •entretiens •soins relationnels •raisonnement clinique •le temps soignant est nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> •Formation OMEGA •pacification •intervention pour apaiser 	<ul style="list-style-type: none"> •maintien physique bref •entretiens •traitements médicamenteux si besoin •formation OMEGA •mise à l'écart des autres patients

- connaissance du patient
- échange et écoute
- traitement si besoin
- isolement
- extériorisation de l'agressivité

Q7 : Selon vous, quelles sont les mesures alternatives à l'isolement et à la contention ?

<ul style="list-style-type: none"> •traitements médicamenteux •activités artistiques 	<ul style="list-style-type: none"> •traitements médicamenteux •pacification •proposition de simple isolement •activités •entretiens 	<ul style="list-style-type: none"> •pacification •traitements médicamenteux •permettre aux patients d'avoir des moments/endroits pour décompresser •collaboration avec le patient : éducation à sa maladie, établir plan d'action •cohérence de l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> •maintien physique bref •entretiens •traitements médicamenteux si besoin •formation OMEGA •mise à l'écart des autres patients
--	--	---	---

- disponibilité soignante
- empathie
- écoute
- activités
- trouver des solutions par le patient lui-même
- traitement si besoin
- laisser le patient décharger

Q8 : Selon vous, ces alternatives sont-elles réalisables avec tous les patients, et dans toutes les situations ?

<ul style="list-style-type: none"> •non •phase aigue •prise de toxiques 	<ul style="list-style-type: none"> •non •patient dément •phase aigue trop importante •dangerosité •nécessité de ne pas mettre le soignant en danger •nécessité d'avoir des outils adaptés 	<ul style="list-style-type: none"> •non •nécessité de remettre en cause la manière de travailler 	<ul style="list-style-type: none"> •non •nécessité de connaître le patient •nécessité de connaître la pathologie
--	---	--	---

- non
- altération de la compréhension et de l'analyse lors de phase aigue
- prise de toxique
- dangerosité : arme ou risque trop élevé
- patient que l'on ne connaît pas

Q9 : Selon vous, la mise en place d'alternatives vient-elle de l'infirmier lui-même ou des moyens qui sont à sa disposition ?

<ul style="list-style-type: none"> •moyen humains : nombre de personnel présent •moyens matériels à disposition 	<ul style="list-style-type: none"> •l'ide peut être acteur et proposer des solutions •concertation d'équipe •selon objectifs du service •dépend du cadre institutionnel 	<ul style="list-style-type: none"> •les deux 	<ul style="list-style-type: none"> •les deux •devoir d'analyse de la situation de la part de l'ide •locaux pas forcément adaptés •moyens humains limités (politiques économiques)
<ul style="list-style-type: none"> •les deux •moyens matériel •façon de travailler de l'équipe 			
<p>Q10 : Quelles raisons vous ont amenées à isoler et contenir un patient plutôt que de trouver une autre alternative ?</p>			
<ul style="list-style-type: none"> •la dangerosité pour lui-même ou pour les autres 	<ul style="list-style-type: none"> •prescription médicale •concertation d'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> •fatigue de l'équipe •habitude de l'équipe •peur de la situation •protocoles stricts 	<ul style="list-style-type: none"> •violence extrême •échec des autres tentatives d'apaisement •automutilation •angoisse majeure
<ul style="list-style-type: none"> •altération de la compréhension et de l'analyse lors de phase aigue •prise de toxique •dangerosité : arme ou risque trop élevé •patient que l'on ne connaît pas 			
<p>Q11 : Pour vous, la contention et l'isolement répondent-ils à votre conception du soin en psychiatrie ?</p>			
<ul style="list-style-type: none"> •oui •pour les patients psychotiques afin de lutter contre les angoisses de morcellement •pour les patients déficitaires 	<ul style="list-style-type: none"> •impression de se rapprocher des clichés de la psy •le soin est surtout dialogue, respect, reconnaissance •importance du lien soignant/patient •contention : fait reculer le lien •contention : qu'en dernière intention. 	<ul style="list-style-type: none"> •oui et non •ce sont des outils •lié au traitement médicamenteux •doit être utilisé en dernier recours •doit être bref dans le temps 	<ul style="list-style-type: none"> •oui •solution de gestion du danger temporaire •pas le soin central •constat de la nécessité de la contention par un « humaniste bienpensant moralisateur » anti-contention venu dans le service •dernier recours •régulièrement demandé par le patient
<ul style="list-style-type: none"> •oui •respect de la loi •respect de la prescription •infime parti du soin en psy •demandé aussi par les patients •lutte contre angoisses de morcellement/d'éclatement •bénéfice visible 			

Annexe 3 : Verbatim des entretiens exploratoires :

1 As-tu déjà été amené à isoler et contenir un patient suite à un passage à l'acte auto/hétéro agressif, ou à un passage à l'acte imminent ?

IDE 1 : oh oui ! Dans toutes ces situations. Auto agressif, hétéro agressif, passage à l'acte imminent. Plusieurs fois de chaque.

IDE 2 : Oui c'est déjà arrivé.

IDE 3 : Oui, à de nombreuses reprises, principalement dans le contexte hétéro-agressif.

IDE 4 : Oui pour auto et hétéro agressivité. Si par passage à l'acte imminent on entend agitation psychomotrice avec menaces, coups sur les portes, mobilier etc... oui. Mais la mise sous contentions pour un risque de passage à l'acte est légalement et déontologiquement impossible.

Puis les pathologies concernées, notamment par la dus à la spécificité du service sont l'autisme, psychoses infantiles, et les schizophrénies résistantes. Là on peut retrouver des idées délirantes interprétatives et de persécution, des injonctions mentales, des réactions à une intolérance à la frustration.... Là le point commun c'est une réponse par une décharge physique de l'angoisse liée à un défaut d'élaboration. Et pour les patients les plus déficitaires le vécu dangereux de l'environnement impose une défense agressive.

IDE 5 : Oui bien-sûr, mais que dans le service d'admission fermée où j'étais. Ici à l'HDJ, jamais. C'est pas l'orientation souhaitée par l'équipe, et on n'a pas non plus les moyens de contenir. Enfin dans des cas d'extrême violence on fait une contention manuelle, c'est-à-dire on immobilise le jeune nous-même, mais jamais on l'attache. Et pour l'isolement, on n'a pas de chambre, donc pas de chambre d'iso. Mais on a une salle de détente, ou le parc. Quand ils en sentent le besoin, on leur propose de s'isoler d'eux-mêmes, ou on les accompagne. Mais c'est pas un isolement à proprement parlé, qui doit être sur prescription.

2 Comment faisais-tu pour les gestes de la vie quotidienne ? (toilette, élimination, repas, habillement) ? Etait-ce une aide totale ou partielle ?

IDE 1 : Alors pour ces aides, on le fait toujours en binôme. On essaie d'être une infirmière avec une aide-soignante. Et on essaie de faire en sorte que ce soit de au maximum de l'aide, on essaie de favoriser l'autonomie du patient au maximum en le rendant participatif et donc l'inclure au soin. Mais par contre, l'aide est totale quand c'est une contention par 4. Quoi qu'on les détache d'un côté pour les tourner et leur laver le dos. Quand on fait ça on en profite pour qu'il se lave ce qu'il peut avec sa main libre. Enfin ça dépend de l'agitation et du risque aussi.

IDE 2 : Ca dépend du patient, de son niveau de dangerosité, du contexte : est-ce que cela faisait 2h qu'il était maintenu, ou près de 48h? Certains patients continents peuvent demander le bassin mais ceux incontinents portent des protections. Si une simple toilette au lit est nécessaire, on le fait, mais dans l'idéal, et pour préserver la dignité et l'autonomie du patient, si le temps de contention prescrit et nécessaire était assez court, il suffisait d'attendre la décontention pour une douche en bonne et due forme effectuée par le patient. Sinon, on peut interrompre la contention pour faire la douche en présence de renfort avant recontention. Encore une fois, ça dépend du contexte et du bénéfice/risque. On privilégie de toute façon des contentions de temps le plus court possible. Sinon, si celles-ci doivent être maintenues, on aide les patients de manière totale. Il arrive qu'une simple main de patient soit démaintenue pour qu'il puisse manger seul, mais c'est une évaluation qui peut être risquée, et qui est aussi illégale. Au moindre souci suite à cela, on peut avoir des ennuis.

IDE 3 : J'ai travaillé au Québec et en France, et la manière d'utiliser les mesures de contentions et d'isolement sont différentes.

En France, dans le milieu où je travaillais, nous utilisions peu les contentions, mais souvent l'isolement. Donc je vais te parler de l'isolement. Les patients pouvaient y être suite à des acting-out violents, ou dans le contexte d'un plan de traitement, ce qui était plus rare. Suite aux acting-out violents, c'était souvent un minimum de 24h, à quelques jours, voire quelques semaines, ou mois dans certains cas. Dans ce contexte, nous avions des chambres munies de toilettes. Les patients étaient donc autonomes pour l'élimination. Pour les repas, nous constituions une équipe de 3 à 4 soignants selon la prescription du psychiatre. D'ailleurs il était souvent précisé combien d'hommes étaient nécessaire). Quatre fois par jour, nous apportions aux patients le repas et restions le temps qu'il mange. S'en suivait habituellement une cigarette si le patient était fumeur. Pour la toilette, nous avions généralement une douche adjacente à la chambre d'isolement : les patients y étaient donc conduits tous les matins, après le petit déjeuner, s'ils le souhaitaient. Il pouvait nous arriver d'imposer la douche, après plusieurs jours de refus, quand il nous semblait que cela devenait nécessaire. Pour l'habillement, c'était selon prescription, mais la plus part du temps, il s'agissait d'un pyjama régulier, ou sécurisé.

Au Québec, l'utilisation de l'isolement et des contentions est abordée de manière différente. Déjà, il s'agit réellement d'un dernier recours. Nous les infirmières, on a la possibilité de prescrire l'isolement et la contention, dans un contexte d'urgence. J'entends par là acting out ou imminence d'un acting out. Dans la région de Montréal, la grande majorité des hôpitaux ont offre une formation, la formation OMEGA, qui vise à donner des outils aux membres du personnel afin de pacifier les situations, et donc éviter le recours à ces mesures. L'idée, c'est de mieux repérer la crise, afin d'intervenir en amont, ou, de réussir à diminuer la crise, afin d'éviter de recourir aux contentions et à l'isolement, qui sont une source de stress et de traumatisme pour les patients, mais aussi pour les membres du personnel, sans compter le risque de blessure lié aux interventions physiques. Un autre point est la durée d'utilisation des contentions et de l'isolement. Le cadre légal nous oblige à utiliser ce type de mesure en dernier recours, et pour la plus courte durée possible. Cela entend que lorsqu'il y a une situation problématique, qui débouche sur l'utilisation de contention ou isolement, le patient sera détaché dès qu'il semblera avoir repris le contrôle, quitte à le rattacher s'il s'avère que ce n'est pas le cas. Nous pouvons y aller par étape. On commence par détacher une main pour débiter par exemple, ou cesser les contentions mais garder l'isolement afin de s'assurer de l'état de contrôle qu'à retrouver, ou pas, le patient. Lorsque je travaillais sur un hôpital psychiatrique « traditionnel », on parlait d'un maximum de 2h d'utilisation de ces mesures. Dans les faits, la plus part du temps, les patients retrouve le contrôle. Ça c'était en service d'urgences psychiatriques. Il y a donc peu de soins d'hygiène à faire dans ce laps de temps. De même, nous leur donnons à manger une fois que le calme a été retrouvé. Pour ce qui est des toilettes : nous les accompagnons à leur demande. C'est souvent un moment qui nous permet d'évaluer si le patient a repris le contrôle, et d'adapter notre conduite à tenir en fonction.

Dans le contexte de l'institut PINEL, qui est l'équivalent des UMD en France, la dangerosité des patients, et leur état de santé mental grave et instable font en sorte qu'il est parfois plus difficile d'amener une reprise de contrôle rapide. Il arrive donc parfois que les isolements-contentions durent plus longtemps, mais cela reste rare. Là, toutes les chambres sont des genres de chambres d'isolement, avec une toilette. Il arrive donc que nous les utilisions comme une chambre d'isolement, suite à un acting out violent ou pour en prévenir un. C'est également possible dans le cas d'un plan de traitement.

IDE 4 : Pour les patients isolés les gestes de la vie quotidienne sont effectués par le patient. Mais la toilette nécessite une surveillance. Et si l'isolement est lié à un risque

suicidaire, là la surveillance sera plus prégnante. Pour les patients contenus une aide au repas sera nécessaire avec un rehausseur ou à deux. L'élimination est assurée avec un urinal ou un bassin. Rarement la toilette s'effectue au lit, je ne l'ai vu qu'une fois en 17 ans.

IDE 5 : Du coup, je vais te parler de l'admission fermée. Il s'agissait d'une aide partielle pour la prise des repas puisqu'on détachait les mains du patient. Il était installé au lit avec si plateau, et le repas se faisait avec deux soignants qui restaient avec lui. Après, pour la toilette, les contentions étaient enlevées et le patient faisait sa toilette seul au lavabo de sa chambre, enfin de la chambre d'isolement, toujours avec deux soignants qui gardaient un regard discret. Pour l'élimination, si la contention venait d'être mise en place, on lui donnait le bassin. La prescription médicale de contention est réévaluée toutes les 12h, du coup le médecin peut prescrire d'enlever les contentions pour les besoins de base. De façon générale, le patient est plutôt apaisé par ce soin qui est régulièrement évalué par l'équipe et aussi par le médecin.

3 Quel était ton ressenti à propos de l'aide apportée pour les gestes de la vie quotidienne à un patient rendu dépendant par le soin qui est la contention ?

IDE 1 : C'est jamais agréable ça. Par moment c'est difficile. C'est difficile de le voir attaché et de voir qu'il ne peut pas réaliser les gestes les plus simples, comme aller aux toilettes par exemple. Mais bon, c'est comme ça. On l'aide au maximum.

IDE 2 : Dans ce métier, il faut souvent prendre du recul pour éviter d'être débordé par des sentiments pénibles. D'autant que le patient peut nous traiter de tortionnaire ou des trucs comme ça. Là ça peut nous renvoyer une image très négative de notre travail. On effectue l'acte de la façon la plus humaine possible, mais quelqu'un d'habituellement indépendant qui se voit infliger ça alors que lui-même n'en voit pas l'intérêt dans le cas où il est souvent anosognosique, ça peut provoquer un vécu difficile pour tout le monde. Pour l'équipe comme pour le patient.

IDE 3 : Il est pour moi primordial de répondre aux besoins d'un patient que l'on contraint par la force. Dans la mesure du possible, le patient devrait avoir la possibilité d'effectuer ces gestes seuls. Ou du moins sous supervision, lorsque nous sommes dans une situation de crise. Il y a peu de raisons qui demandent à utiliser des contentions 24h/24 pendant plusieurs journées-semaines. Je crois qu'il s'agit ici de respecter le patient, avec ces droits. Mais il existe certains cas, où l'utilisation de contentions comme la ceinture-menottes ou ceinture abdominale, peut le nécessiter. Et là il est en effet de notre devoir de nous assurer du confort du patient dans ce contexte, et d'effectuer une surveillance régulière.

IDE 4 : Dans la mesure où je considère la contention comme un soin temporaire, je le vis bien. La dépendance engendrée est en principe de courte durée et devient secondaire au regard de l'indication : protection, diminution de l'angoisse et de l'agitation. L'expérience m'a permis de m'apercevoir des bienfaits d'un tel soin et de le vivre mieux qu'à mes débuts.

IDE 5 : Je pense que mon ressenti était le même que pour un patient rendu dépendant par la maladie. Il est important d'être bienveillant vis-à-vis du patient face à ce soin.

4 Quel est ton ressenti sur la privation de liberté d'un patient suite à la mise en place de ces mesures ?

IDE 1 : Là aussi ce n'est pas agréable à se dire ça. Mais c'est une décision qui est prise en équipe, et la décision finale appartient au psychiatre. Donc on peut en discuter et en débattre généralement, sauf quand la situation nécessite une intervention dans la seconde évidemment. Mais voilà quand on en parle tous ensemble avant de mettre l'isolement ou la contention en place on pèse le pour et le contre pour le patient. Du coup si la décision est prise

de l'isoler ou de le contenir, c'est bien que c'est la meilleure solution pour le protéger de lui-même, ou pour protéger les autres. Les autres patients, et nous aussi.

IDE 2 : Un ressenti qui varie selon les situations, parfois je suis intimement convaincu que l'on aurait pu éviter une contention si on avait pu passer plus de temps avec le patient. Mais on est peu nombreux, pris par plein de chose. Ce fichu téléphone qui n'arrête pas de sonner, les ordinateurs qui nous prennent la moitié du temps, les familles à qui il faut ouvrir, les patients déments qui posent en boucle les mêmes questions... Et au milieu de ça, un patient frustré que l'on ne voit pas et qu'on n'entend pas parce qu'il fait moins de bruit que les autres. Ou alors qu'il fait beaucoup de bruit mais que la situation est tellement habituelle qu'on laisse faire parce qu'il faut qu'on avance et cela fini par de la violence et de la contention. Dans ces moment-là, c'est très frustrant. Certaines fois, c'est nécessaire mais bon, on garde ça comme « l'acte ultime si tout a échoué jusque-là ». Mais on pense au cas de l'Italie qui a banni toute contention et ouvert ses hôpitaux psy... Mais à la vague de clochardisation et de morts de patients par centaine dans les rues. Bref, dossier complexe qu'il faut continuer d'interroger. Et mieux vaut continuer de penser que ce n'est pas normal, mais d'un recours par défaut à vite interrompre.

IDE 3 : Un des droits fondamentaux de l'être humain est la liberté. Lorsque nous, soignants, nous contenons ou isolons un patient, nous le privons de cela. Il est évident que cela est nécessaire dans certains cas. Mais je crois qu'il est de notre rôle que de se re-questionner régulièrement sur notre pratique, et sur les moyens alternatifs à notre disposition.

IDE 4 : Ces mesures sont mises en place pour protéger les autres du patient ou bien le patient de lui-même. Dans la mesure où il représente un danger la privation de liberté ne me pose aucun problème. Peut-on parler de liberté lorsqu'on est hospitalisé sous contrainte en milieu fermé même à l'extérieur de sa chambre ?

IDE 5 : Ben d'abord c'est une privation de liberté provisoire et c'est surtout un soin qui et prescrit donc le soignant n'est pas celui qui décide. Quand la contention est appliquée, telle que le définit la loi, l'encadrement soignant relève de la surveillance intensive avec un passage dans la chambre toutes les heures, puis réévaluée toutes les douze heures par le médecin. Et moi, je n'ai jamais vu de patient être contenu plus de 72h, donc j'ai pas l'impression de privation de liberté, mais juste de réaliser un soin comme un autre. Je trouve beaucoup plus douloureux, je veux dire moralement, la privation de liberté des patients qui peuvent rester des semaines entières dans des lits en réa par exemple.

5 A l'inverse, as-tu déjà pu éviter un isolement et une contention induit par un passage à l'acte réalisé ou imminent ?

IDE 1 : Oui bien sûr ça nous arrive aussi. Et heureusement qu'on trouve d'autres solutions à la contention. Là généralement, c'est l'échange qui débloque la situation. Donc on parle avec lui, on se montre encore plus présent que d'habitude s'il en ressent le besoin, puis on essaie de détourner la situation sur des activités.

IDE 2 : Bien sûr et heureusement ! La plupart du temps la simple présence, l'attitude d'écoute suffit. Des activités occupationnelles aussi. Il y a tout un tas d'étape avant la contention. La formation OMEGA effectuée à l'hôpital Charles Perrens nous fournit des outils de pacifications très utiles. Qui ne marchent pas pour tous les patients, notamment les déments, mais qui permettent de poser beaucoup de situations difficiles.

IDE 3 : Régulièrement depuis que je travaille au Québec, et que j'ai reçu la formation OMEGA.

IDE 4 : Bien sûr, l'isolement et surtout la contention sont utilisés en dernier recours et en cas d'échec de toute autre tentative d'apaisement.

IDE 5 : Souvent un passage à l'acte réalisé entraîne la mise sous contention immédiatement, donc elle est peu évitable. Elle permet de protéger les autres patients, le personnel et le patient lui-même. Un passage à l'acte imminent ça nécessite pas la mise sous

contentions immédiate mais elle est à adapter selon le contexte et la personne. Il faut se demander, est-ce qu'il y a assez de personnes pour être avec le patient ? Est-ce que c'est la nuit, le jour ? Il a-t-il vraiment un danger ? Savoir si le patient est un chronique aussi et du coup voir si il est connu du service ou c'est un nouvel arrivant ? Et surtout, quelle relation le soignant présent a-t-il pu tisser avec le patient ? Cette notion est super importante, en psy c'est la clé de beaucoup de chose.

6 Si oui, par quels moyens y es-tu parvenu ?

IDE 1 : Là comme je t'expliquais l'échange est la clé, tout le raisonnement clinique que l'on a permet de trouver les alternatives. Ce sont les entretiens infirmiers qu'on peut mettre en place qui permettent ça. Après quand la parole n'est pas suffisante, il y a le traitement médicamenteux. On propose le « si besoin » au patient qui peut l'accepter, ou non. Et là c'est la molécule qui va l'apaiser. Généralement là c'est avant le passage à l'acte bien-sûr, pas après. C'est quand on sent que ça monte, ou que le patient nous l'exprime lui-même. Et à l'entretien et au médicament, on peut aussi ajouter des ateliers ou des activités. Ça arrive aussi que le patient refuse de parler et de prendre son traitement, donc là c'est l'activité qui est la clé. Dans le service par exemple, on propose souvent des activités autour de la musique. On a de la chance d'avoir des guitaristes, donc ils interviennent, et ils les font participer, ou juste en guise de relaxation.

IDE 2 : Du coup, la formation OMEGA, la pacification, des propositions de simple isolement sur des temps bref, des activités, des entretiens, le raisonnement clinique, le soin relationnel principalement. Des tas de solutions existent, pour peu qu'on ait le temps.

IDE 3 : La pacification ! Il s'agit d'un concept assez vaste, mais dont les principes sont les suivants : réussir à évaluer une situation afin de s'assurer de notre sécurité et de celle de nos collègues et autres patients. Ensuite, intervenir de manière à favoriser un apaisement de la situation, en suivant une pyramide d'intervention. La pyramide d'intervention se compose comme : le socle c'est la pacification, le niveau au-dessus : la trêve, puis la requête alpha, le recadrage, l'alternative, l'option finale, et ça finit par l'intervention physique.

IDE 4 : Pour les patients les plus archaïques, un maintien physique de quelques instants avec nos bras peut suffire. Sinon des entretiens pour désamorcer une tension interne, un traitement si besoin peut aussi aider. Puis il y a aussi des méthodes plus techniques qui nécessitent une formation comme la pacification, des injonctions alpha... On voit ça sur la formation OMEGA pour info. Et sinon la mise à l'écart des autres dans une autre pièce ou une cour peuvent aussi suffire selon le degré d'agitation.

IDE 5 : Moi, par que je connaissais les patients du fait de leur ancienneté dans le service. Et du coup, en les incitant à parler, en les écoutant, en faisant un tour dans le jardin, en buvant un café avec eux. Après aussi en leur proposant le traitement si besoin ou un temps d'apaisement dans leur chambre. Ici à l'HDJ du fait de l'orientation et des moyens matériel, on est obligés d'éviter la contention et l'isolement. Ici on a de la chance d'avoir un grand parc avec des ballons, un terrain, des arbres et tout ça, donc souvent quand c'est limite, ils sortent s'aérer, ils courent, crient, cognent contre les arbres. Ils extériorisent leurs agressivités du moment à leur manière, et leur permettre de les laisser renverser les chaises ou cogner contre le tronc, ça les vide totalement en général, cet exutoire évite le passage à l'acte. Et dans ce cas-là, nous on intervient quand ils ont extériorisé et on commence le dialogue.

7 Selon toi, quelles sont les mesures alternatives à l'isolement et à la contention ?

IDE 1 : Bon je pense que je viens de te répondre en fait. Du coup le traitement et les ateliers adaptées au patient. Et la parole aussi. Très important ça, la communication.

IDE 2 : Des traitements adaptés, puis ce que je viens de te dire aussi.

IDE 3 : La pacification ! Avoir une médication adaptée et ajustée en amont. Mais là, attention, pas non plus trop importante. Avoir un staff formé et compétent, en nombre suffisant. Permettre aux patients d'avoir des moments où ils peuvent décompresser. Je pense par exemple à l'utilisation de salle de privation sensorielle, de manière volontaire, pour décompresser lorsqu'ils sentent qu'ils deviennent agités, soit en pouvant frapper sans conséquence dans un punchingball par exemple. Ou encore en ayant un espace avec une musique douce, et un lieu qui leur appartiennent. Agir en amont, en travaillant en collaboration avec le patient pour lui permettre de mieux comprendre sa maladie, mieux appréhender ses réactions. Il s'agit par là aussi d'établir un plan d'action en cas d'agitation. Par exemple : lorsque je ressens que je suis agité-énervé, ou tout autre symptôme spécifique au patient, je vais me retirer dans ma chambre, je permets aussi aux membres du personnel de me le faire remarquer via un signe déjà prévu, ou encore, utilisation de l'humour pour désamorcer une situation. Par exemple, je pense au cas d'un jeune ado à Pinel qui faisait des crises extrêmement violentes. Nous avons travaillé avec lui un plan d'intervention : lorsqu'on le sentait énervé-stressé, nous lui apportions un petit papier avec une blague écrite dessus. Il utilisait cela pour se changer les idées et se permettre de reprendre le contrôle, ainsi que pour recevoir le fait que nous le sentions stressé. C'était un moyen que lui-même avait trouvé, et qui a permis de travailler avec lui, afin de renforcer le lien, et d'éviter des acting out trop nombreux et violents. Avoir une équipe cohérente. J'entends par cohérente que les règles sont les mêmes pour tous, et dans tous les contextes, afin d'éviter le clivage, qui mène souvent à des agitations. Il faut cependant garder un peu de flexibilité dans les prises en charges, mais avec une cohérence d'équipe, toujours.

IDE 4 : Là je viens de t'y répondre je crois ...

IDE 5 : La disponibilité soignante, c'est super important ça. Puis l'empathie, l'écoute active aussi. Après quelque chose qui marche très bien aussi, mais ça faut connaître le patient par contre, c'est l'amener vers ses centres d'intérêts, que ce soit musique, jeux de société ou des trucs comme ça. On l'utilise beaucoup à l'HDJ, parce qu'on connaît les ados parfaitement, on les voit depuis des années, quotidiennement. Comme je t'ai dit aussi, la relation que tu tisses avec le patient est super importante en psy, et là cette relation tu dois la mettre à profit. Même en situation de crise faut que tu preserves l'alliance thérapeutique et donc te servir de ce qui est déjà créée. Par exemple, je mettais toujours l'accent sur les ressources que les patients ont en eux. Et là pour l'alternative tu peux l'inciter et valoriser le fait de trouver des solutions lui-même. Ca généralement tu y as réfléchis en amont avec lui sur ce qui est possible ou non. Quelque chose qu'on fait beaucoup ici, mais parce qu'on a la structure qui le permet et le personnel, au cas où, et que j'ai jamais vu faire en admission fermée, c'est laisser le patient extérioriser, mais vraiment Comme je t'ai dit, le laisser crier et taper partout, le faire décharger. Et après il y a toujours le traitement médicamenteux que tu peux proposer, le si besoin.

8 Selon toi, ces alternatives sont-elles réalisables avec tous les patients, et dans toutes les situations ?

IDE 1: Non, il y a des limites aux alternatives. Quand il y a un acte violent sur l'instant T on ne peut pas lui dire « asseyons-nous on va parler ». C'est l'urgence qui prime. Donc quand le patient est phase aigu je pense que c'est irréalisable. Pareil pour les patients qui sont sous l'emprise de toxiques. Il faut attendre qu'ils éliminent leurs consommations pour envisager autre chose.

IDE 2 : Encore une fois, tout dépend du contexte. Un patient complètement halluciné, qui se met à frapper dans tous les sens, qui est impossible à calmer, qui est dangereux pour lui-même et les autres, il semble difficile de faire autrement ; Après, on est censé être en sécurité nous même quand on agit. Un soignant blessé est un soignant en moins qui ne sera plus opérationnel par la suite.... Bref, Il arrive qu'on laisse un patient faire sa crise, taper sa tête contre les murs, au pire, il perd connaissance, et vu qu'il se situe dans un hôpital, cela reste

assez sécurisé. Mais je m'égare. Sinon, certains patients déments qui veulent absolument quitter l'unité et qui ne comprennent pas que cela est impossible sont parfois totalement impossibles à calmer. On m'a parlé aujourd'hui d'une EHPAD où ils simulent un quai de gare où les patients montent dans un faux train avec paysage défilant qui produirait de bons résultats chez ses patients qui n'aspirent qu'à « partir ». Du service en tous cas. Encore faut-il avoir des outils adaptés...

IDE 3 : Il existe bien évidemment des limites et nous ne pouvons pas enlever 100% des risques. Mais, en remettant en cause notre manière de travailler et notre « routine », nous pouvons évoluer et changer beaucoup de choses.

IDE 4 : Non absolument pas, il est nécessaire de connaître son patient pour savoir ce qui fonctionnera le mieux. Selon la situation une même alternative avec le même patient ne marchera pas forcément. Une connaissance de son patient et sa pathologie vont permettre de faire des liens et de s'adapter sur l'instant.

IDE 5 : Non, je pense vraiment pas. Quand la capacité de compréhension et d'analyse sont altérées par une phase aigüe de la maladie, c'est impossible. Quand le patient a consommé des substances altérant sa conscience également. Si le patient possède une arme, enfin, un couvert ou un bâton, ou quelque chose qui peut blesser en tous cas. Ou même sans objets dangereux, mais parce qu'on a évalué que le risque était trop important pour lui-même, les autres patients, ou les soignants. Et puis il y a aussi le fait du risque imminent de passage à l'acte d'un patient qu'on ne connaît pas du tout, chez qui on ne peut pas prévoir les conséquences de sa violence.

9 Selon toi, la mise en place d'alternatives vient-elle de l'infirmier lui-même ou des moyens qui sont à sa disposition ?

IDE 1: Je pense que ça vient surtout des moyens à disposition. J'entends par là les moyens humains, avec le nombre de soignants présents. Par exemple, si on est pas assez nombreux, c'est très compliqué de détacher au moins un infirmier le temps de passer la crise alors qu'il y a tout un service qui est là aussi. Puis il y a aussi les moyens matériels qui y jouent. Si la chambre d'iso est déjà prise par exemple, faut essayer de trouver une solution. Mais ça aussi c'est quand la situation le permet, sinon on se débrouille. Chaque lit a des contentions, donc on peut les contenir à leurs lits, mais on évite.

IDE 2 : On peut tous être acteur et proposer des solutions lors de réunions institutionnelles. Je vais d'ailleurs proposer à la prochaine la mise en place d'un stage expérimental avec un élève psychomotricien. Il pourrait proposer des activités avec ce type de patient comme des activités qui pourraient apaiser. Gratuit, car le statut d'élève psychomotricien est encore assez mal reconnu, mais avec comme soucis qu'on sortirait des objectifs de soin à court terme de mon unité d'admission fermée. Mais sachant qu'apparemment on doit se résigner à accueillir de plus en plus de patients déments, peut-être s'agirait-il de faire évoluer nos objectifs... Après, cela dépendra du cadre institutionnel. Chacun peut apporter sa pierre, mais nul ne peut agir seul.

IDE 3 : C'est un ensemble. Il y a plusieurs niveaux à modifier, comme je l'ai expliqué avant.

IDE 4 : Les deux, l'infirmier va devoir rapidement analyser la situation et faire le meilleur choix possible. Puis pour les moyens à disposition, vaste sujet : les locaux ne sont pas forcément adaptés et les moyens humains de plus en plus limités par les politiques économiques qui permettent pas d'avoir assez de monde pour gérer. Et en réalité éviter des situations de crise ou d'agitation par une présence et une écoute.

IDE 5 : Je pense que ça vient des deux. Comme je t'ai dit, l'HDJ est un exemple typique, on n'a pas de contentions, ni de chambre d'isolements, puis l'orientation de l'équipe joue en majeure partie pour ces alternatives. Alors que dans un service traditionnel, il y a l'équipement, et une façon de travailler des soignants qui est différente.

10 Quelles raisons t'ont amenées à isoler et contenir un patient plutôt que de trouver une autre alternative ?

IDE 1: Là comme je t'expliquais, c'est surtout en fonction de la situation. S'il représente un trop grand danger pour lui-même ou pour les autres, on n'a pas d'autres alternatives. Idem quand il vient d'être violent. Comme je te disais, ce n'est pas une fois qu'il a frappé qu'on peut lui proposer d'aller écouter un morceau de guitare.

IDE 2 : Manque de temps, de moyen, cela peut arriver. Après cela reste une prescription médicale, on ne fait pas n'importe quoi non plus. Je vais pas porter toute la responsabilité non plus **rigole légèrement**. Et quand on prend la décision de le faire en l'absence de médecin, c'est tout de même après une concertation d'équipe, et le médecin doit venir réguler cela dans l'heure, en théorie.

IDE 3 : La fatigue de l'équipe, ou une équipe « Mais on a toujours fait de même ». Puis le Sentiment de peur. Ça c'était surtout quand j'étais en France : nous étions peu nombreux sur l'unité, et lorsqu'on est 3 femmes face à un patient très agité, la première pensée est de faire venir des renforts pour l'isoler, car nous savons que nos collègues, donc les renforts, ne seront pas toujours dispo). Puis il y a les protocoles trop stricts.

IDE 4 : Une extrême violence, un échec de toute autre tentative d'apaisement, de l'automutilation, ou une angoisse majeure.

IDE 5 : Comme je t'ai dit, la dangerosité, la capacité d'analyse, enfin la même chose.

11 Pour toi, la contention et l'isolement répondent-ils à ta conception du soin en psychiatrie ?

IDE 1: Oui je pense que c'est une partie inévitable de la psychiatrie. Dans les services que j'ai pu faire en tous cas. Ça reste un soin. Et pour les patients psychotiques qui souffrent d'angoisse de morcellement, la contention ça les aide énormément. Ça les rassemble en fait, et c'est plus probant que n'importe quelle parole. Et ici, ce qu'on a aussi, les patients déficitaires, avec qui ça peut être très compliqué de communiquer, c'est un soin qui fonctionne.

IDE 2 : **rigole**. On a tous l'image que la société nous renvoie, avec les neuroleptiques transformant les gens en zombies, les électrochocs sur Jack Nicholson dans vol au-dessus d'un nid de coucou, et bien sûr l'isolement dans des pièces capitonnées et la contention. Pas vraiment ce qu'on imagine du soin. Même si parfois on a l'impression de se rapprocher de ces représentations initiales. Cela ne doit pas être un standard et ça doit rester dans les livres, films et jeux vidéo. Le soin en psychiatrie se fait aussi par le dialogue, le respect et la reconnaissance du patient. Le lien créé entre le patient et le soignant est la clé d'un soin réussi. La contention et l'isolement, c'est effectuer un pas en arrière dans la création de ce lien. C'est un geste à n'effectuer qu'en dernière intention.

IDE 3 : Oui et non. L'isolement et la contention sont des outils que nous avons à notre disposition afin d'aider un patient à reprendre le contrôle sur lui-même. Cela va avec une médication donnée pour diminuer l'agitation et l'anxiété. Au final cette médication est une contention chimique d'ailleurs. Comme je l'ai expliqué, ils peuvent être mis en place en amont, en travail collaboratif avec le patient afin de l'aider à mieux gérer les situations complexes. Cependant, l'isolement et la contention devraient être utilisés uniquement en dernier recours, comme cela est prescrit par la loi. Et surtout, elles devraient être cessées dès que possible, et non pas quand le patient fait des excuses ou a de l'autocritique sur son geste.

IDE 4 : Ce n'est qu'une solution temporaire pour permettre de gérer une situation de danger pour le patient ou les autres. Ce n'est en aucun cas le soin central de la psychiatrie. Donc oui cela répond à ma conception du soin. Il y a depuis quelques temps des « anti-contentions » qui préconisent des méthodes alternatives. Un de ces humanistes bienpensants et moralisateur est venu dans mon service en tant que médecin de garde et il n'a pu que constater la nécessité de ces méthodes au regard du type de patients accueillis. La contention en particulier doit être bien entendu utilisée en dernier recours mais parfois elle devient impérative, elle est même régulièrement demandée par les patients eux-mêmes. Ce courant de pensée a du bon par certains côtés mais doit aussi entendre la souffrance extrême de certains patients qui ont un besoin réel de ce soin. Le risque est de cliver la psychiatrie ce qui, au vu de l'état déjà compliqué de l'hôpital, serait néfaste à la bonne entente des différents services entre eux.

IDE 5 : Oui si c'est réalisé tel que prescrit par la loi. La contention et l'isolement ne sont qu'une infime partie du soin en psychiatrie, tout comme les traitements médicamenteux. C'est utilisé par les soignants à ce juste titre, mais aussi par les patients eux même. Devant des angoisses massives de morcellement, d'éclatement, il arrive qu'ils demandent à être contenu. La contention est quelque fois prescrite en si besoin et à la demande pour certains. L'apaisement est parfois immédiat et vraiment évaluable, on en voit le bénéfice directement.

Annexe 4 : Le questionnaire de recherche :

Bonjour, dans le cadre de ma problématique abordée dans mon mémoire de fin d'étude qui est : « **En quoi la relation d'aide créée avec le patient et le raisonnement clinique infirmier aident l'infirmier à la mise en place d'alternatives à l'isolement et à la contention des patients en psychiatrie ?** », j'ai pu élaborer un protocole de recherche qui y répondra. Grâce à mon travail de recherche, j'ai pu faire ressortir une hypothèse d'après les concepts étudiés. Ce questionnaire de recherche me permettra ainsi de confirmer ou non l'hypothèse avancée.

Je vous remercie de prendre du temps pour répondre à ce questionnaire qui restera anonyme.

- 1- Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'infirmier ?
 - Moins d'1 an
 - Entre 1 et 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Plus de 10 ans

- 2- Avez-vous reçu une formation d'infirmier en soins psychiatrique ?
 - Oui
 - Non

- 3- Depuis combien de temps exercez-vous en psychiatrie ?
 - Moins d'1 an
 - Entre 1 et 3 ans
 - Entre 3 et 5 ans
 - Plus de 5 ans

- 4- A l'arrivée d'un nouveau patient dans le service, prenez-vous le temps de vous entretenir avec lui ?
 - Oui
 - Non

- 5- Lors de ce premier échange, initiateur de la relation entre l'équipe et le patient, mettez-vous en place un raisonnement clinique qui permettra d'orienter les actions soignantes lors de la prise en charge du patient ?
 - Oui
 - Non

- 6- Durant l'hospitalisation du patient, que favorisez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Un échange régulier lors d'entretiens ?
- Partager des moments informels ? (activités, discussions...)
- Une observation clinique du patient ?
 - 7- Dirigez-vous vers le patient dès que vous sentez qu'il en a besoin ?
 Oui
 Non
 - 8- Considérez-vous la relation d'aide créée en amont de la crise comme atout majeur dans le désamorçage de situation tendue ?
 Oui
 Non
 - 9- Si oui, pourquoi ?
....
 - 10- Vous sentez-vous aidé dans le désamorçage de situations tendues avec des patients avec qui la relation est bien présente ?
 Oui
 Non
 - 11- Orientez-vous les solutions de désamorçage en fonction des informations recueillis précédemment ?
 Oui
 Non
 - 12- Privilégiez-vous ainsi des alternatives à l'isolement et à la contention ?
 Oui
 Non
 - 13- Vous arrive-t-il parfois de privilégier ces mesures coercitives pour les patients qui en ont besoin ?
 Oui
 Non
 - 14- Selon vous, votre formation (initiale en IFSI ou formation spécialisée reçu en tant que professionnel) est-elle suffisante pour réussir à mettre en place des alternatives à l'isolement et à la contention ?
 Oui
 Non

Merci de votre participation.

Titre du travail de recherche :

« Kintsugi »

AUTEUR : GUIBERT Cyril**DIPLOME :** infirmier – **PROMOTION :** *Année 2016 / 2019***PAGINATION :** 39 pages ; annexes : 4**RESUME :**

La psychiatrie est le secteur hospitalier le plus touché par la violence avec 20% des cas recensés en 2017 qui lui sont attribués. De plus, la formation théorique en psychopathologie n'a cessé de diminuer ces dernières années, influençant alors les pratiques professionnelles des infirmiers en psychiatrie. Ainsi, depuis 2011, le taux de patients mis en isolement est en constante augmentation. Bien qu'aucun chiffre ne soit disponible à propos de la contention, l'utilisation de cette mesure semble fluctuer d'un service à l'autre. Ces mesures coercitives, très encadrées par la loi, devant être utilisées uniquement en derniers recours, sont de plus en plus discutées. Ce travail de fin d'études aborde les alternatives à l'isolement et à la contention. Ces alternatives sont traitées au travers du rôle infirmier, de l'enjeu de l'alliance thérapeutique et de l'éthique. L'hypothèse de recherche sera, quant à elle, orientée par la notion de relation d'aide et par le raisonnement clinique.

MOTS-CLES : psychiatrie, isolement, contention, alternative, rôle infirmier, alliance thérapeutique, éthique, relation soignant / soigné, raisonnement clinique, relation d'aide**Title :**

« Kintsugi »

SUMMARY :

Psychiatry is the hospital sector the most affected by violence with 20% of cases indentified in 2017 attributed to it. Furthermore, the theoretical training in psychopathology has steadily declined these last years, influencing the professional practices of psychiatric nurses. Since 2011, the rate of patients in seclusion has been steadily increasing. Although no figures are available on restraint, the use of this measure appears to vary from one hospital department to another. These coercive measures, highly regulated by law, and only used as a last resort, are discussed more and more. This thesis deals with alternatives to seclusion rooms and physical restraint. These alternatives are tackled through the nursing role, the therapeutic alliance issue and ethics. The research hypothesis will, for its part, be guided by concepts of helping relationships and clinical reasoning skills.

KEYWORD : psychiatry, seclusion, physical restraint, alternative, nursing role, therapeutic alliance, ethic, provider / patient relationship, clinical reasoning skill, helping relationship