

www.santementale.fr

# santé mentale

Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie

N° 286 | MARS 2024

Dossier

## Comment éviter isolement et contention ?



# CERF, 400 formations au service de votre épanouissement professionnel

## PARIS

|                                                                                                                |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Psychiatrie d'urgence, soins spécifiques en urgence psychiatrique                                              | 13 au 17/05/24 |
| L'évaluation de la souffrance psychique de l'enfant de 3 à 11 ans                                              | 21 au 24/05/24 |
| Le stress professionnel : Comprendre, gérer et prévenir                                                        | 27 au 31/05/24 |
| La méditation protocole MBSR.<br>Réduction du stress basée sur la pleine conscience                            | 10 au 14/06/24 |
| L'accès à la symbolisation et ses variations cliniques.<br>Psychoses, états-limites, névroses                  | 24 au 28/06/24 |
| Le traumatisme psychique, conséquences et soins immédiats/post-immédiats                                       | 24 au 28/06/24 |
| Savoir faire face à l'agressivité et la violence physique                                                      | 16 au 20/09/24 |
| La méditation en pleine conscience - Niveau I : un outil de prévention en santé mentale                        | 16 au 20/09/24 |
| Etre référent infirmier en psychiatrie                                                                         | 01 au 04/10/24 |
| Vaincre le stress, l'anxiété et les états dépressifs par la mobilisation des ressources intérieures - Niveau 1 | 07 au 11/10/24 |
| L'animation auprès d'adultes présentant des pathologies psychiatriques ou psychologiques                       | 12 au 15/11/24 |
| La violence chez l'enfant et l'adolescent                                                                      | 18 au 22/11/24 |

## LA ROCHELLE

|                                                                                             |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Pratiques de soin à médiation corporelle adaptées aux patients psychotiques                 | 13 au 17/05/24 |
| La communication sereine et sans violence                                                   | 09 au 13/09/24 |
| Les techniques de massage toucher-détente dans le soin infirmier une autre approche du soin | 18 au 22/11/24 |

## LYON

|                                                                                                                                                      |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Améliorer l'accompagnement éducatif des personnes souffrant de pathologies psychiatriques. La démarche et les outils de réhabilitation psychosociale | 13 au 17/05/24 |
| La méditation en pleine conscience - Niveau I : un outil de prévention en santé mentale                                                              | 03 au 07/06/24 |
| Vaincre le stress, l'anxiété et les états dépressifs par la mobilisation des ressources intérieures - Niveau 1                                       | 24 au 28/06/24 |

## MARSEILLE/AIX

|                                                                                         |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| La méditation en pleine conscience - Niveau I : un outil de prévention en santé mentale | 04 au 08/11/24 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|

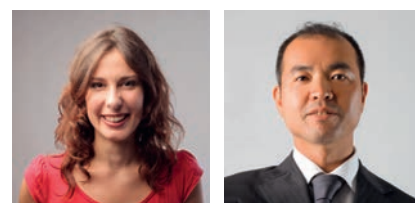
## TOULOUSE

|                                            |                |
|--------------------------------------------|----------------|
| Travailler avec le délire dans la psychose | 18 au 22/11/24 |
|--------------------------------------------|----------------|

➤ **Retrouvez l'ensemble  
de nos formations sur [www.cerf.fr](http://www.cerf.fr)**



**CERF FORMATION SAS**  
3 rue de l'Angélique  
79000 Bessines  
Tél. 05 49 28 32 00 - [inscription@cerf.fr](mailto:inscription@cerf.fr)  
**[www.cerf.fr](http://www.cerf.fr)**



**Niveau de satisfaction  
stagiaires 2023 :  
9/10**



Santé mentale est une publication des éditions ACTE PRESSE, 12, rue Dupetit-Thouars, 75003 Paris.  
Courriel : [santementale@wanadoo.fr](mailto:santementale@wanadoo.fr)  
Internet : [www.santementale.fr](http://www.santementale.fr)  
Tél. : 01 42 77 52 77 ; fax : 01 42 77 52 37.  
N° de commission paritaire : 0327T81361  
N° ISSN : 1273-7208 (imprimé)  
N° ISSN : 2678-4416 (en ligne)  
Prix au numéro : 27 euros (hors frais de port).  
Revue indexée avec le thesaurus Santeopsy du réseau Ascodocpsy.

**DIRECTEUR DE LA PUBLICATION**  
Isabelle Lolivier

**RÉDACTRICE EN CHEF**  
Isabelle Lolivier - 01 42 77 55 30

**RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT**  
Dominique Friard

**SECRÉTARIAT DE RÉDACTION**  
Valérie Westphal - 01 42 77 55 32

**RÉDACTION**  
Valérie Westphal (Actualités)  
Dominique Friard (Lu quelque part)  
Virginie de Meulder (Les petits bonheurs du soin)  
Ascodocpsy (Pour en savoir plus)  
Brigitte Cocu, Lucille Moutet (Indexation des articles)

**PUBLICITÉ**  
Béatrice Bertelli - 01 42 77 55 31

**ABONNEMENTS**  
Muriel Raude - 01 42 77 52 77

**CRÉATION GRAPHIQUE**  
Laëtitia Loas, Mamma Mia Design

**MAQUETTE**  
Brigitte Ourlin

**IMPRESSION**  
Imprimerie de Compiègne,  
60205 Compiègne

**COMITÉ DE RÉDACTION**  
F. Mousson, M. Jaeger, Y. Gigou,  
J.-F. Lévêque, R. Isnard, P. Arene, J. Morin,  
J.-P. Le Guen, M. Castagna, M. Rajablat,  
X. Frégosi, S. Szerman, M.-P. Reynaud,  
V. Kapsambelis, J. Szporko, V. Di Rocco.

**COMITÉ SCIENTIFIQUE**  
Dr G. Massé (psychiatre),  
Dr P. Bailly-Salin (psychiatre),  
F. Pétoin (IG psy – ADI),  
D. Feuille (IG, AP-HP),  
J. L. Gérard (cadre inf. psy, formateur),  
J.-M. Evain (IG psy),  
W. Hesbeen (IG – ENSP),  
J. Martinez (directeur d'hôpital),  
G. Laroque (Unafam),  
Dr C. Bonnet (Féd. Croix-Marine),  
J. Lombard (FNAP-PSY),  
M. Bretin-Naquet (maître de conférences),  
Pr. E. Zarifian † (psychiatre)

Ill. de couverture © Ibrahim Ballo - Donne la parole (2022), 120x100 cm, mixed media on jeans - Courtesy Galerie Carole Kvasnevski.

Une affiche du Prix des équipes soignantes en psychiatrie 2024 est routée avec ce numéro.

© Ibrahim Ballo - Courtesy Galerie Carole Kvasnevski.

# Sommaire 286

## Comment éviter isolement et contention ?

### 17 Dossier

18 **Isolement, contention : où en est-on ?**  
Esther Touitou-Burckard, Coralie Gandré, Magali Coldefy

26 **« L'attacher au lit ? On essaie plutôt de l'attacher à nous ! »**

Jean-Paul Lanquetin, Magali Coldefy, Anaïs McCardell-Kulcsár, Frédéric Mougeot, Daria Rostirolla, Yvonne Quenum, Loïc Rohr, Sébastien Saetta

34 **Quand le passé éclaire le présent...**

Dominique Friard, Jean-Paul Lanquetin

40 **Un modèle pour prévenir la coercition**  
Marie-Hélène Goulet

46 **De l'art d'« être avec »**  
Olivier Laurini

52 **Un espace digne de confiance...**  
Marion Barthelemy, Valérie Santerre

58 **« Nos portes restent ouvertes !... »**  
Sarah Le Baron

64 **Tenir bon avec « l'ingérable » Mouaad...**  
Maxence Bras, Alexandra Itrac-Alves, Camille Cerruti, Sébastien Saetta, Loïc Rohr, Jean-Paul Lanquetin

70 **« J'ai envie de tout défoncer... »**  
François Pytlac, Bertrand Devaud

74 **Plaidoyer contre les soins « contraints et forcés »**  
Stéphanie Wooley

80 **Moindre recours ou refus de la contention ?**  
Dominique Friard

88 **Pour en savoir plus**

### 2 Actualités

- Coopérations entre soignants
- Addiction sexuelle : quelle prévalence en prison ?
- Violence intrafamiliale en psychiatrie
- Les infirmiers évaluent leur formation

### 4 Agenda

### 6 Droit en pratique

Actualité jurisprudentielle des soins psychiatriques sans consentement

### 10 Les petits bonheurs du soin

Insomnie

### 12 Repères éthiques

L'isolement : l'impossibilité d'une île

### 13 En librairie

### 16 Classique du soin

Abolir la contention

### 92 Petites annonces

## SCHIZOPHRÉNIE :

« Y'A UN TRUC QUI VA PAS... »

L'association Promesses, qui rassemble des personnes touchées par la schizophrénie, propose un parcours documentaire original conçu par et pour les fratries concernées par les troubles psychiques. Sept épisodes sont disponibles sur une chaîne Youtube dédiée.

■ <https://www.youtube.com/@Yountrucquivapas>.

## L'HÔPITAL ET LA FÉMINISATION DES RESPONSABILITÉS

Dans la Fonction publique hospitalière (FPH), les femmes ne représentent que 32 % des présidents de CME, 35 % des chefs de pôle et 41 % des chefs de service. S'agissant des chefs d'établissement directeurs d'hôpital, elles ne sont que 27 %. Ces chiffres sont issus d'une enquête sur la féminisation des postes à responsabilités à l'hôpital, réalisée par le Centre national de gestion (CNG) des compétences, des communautés, des carrières, fin décembre 2023 - fin février 2024.

■ Centre National de Gestion savoir plus : [www.cng.sante.fr](http://www.cng.sante.fr)

## VIOLENCES ENVERS LES SOIGNANTS : LOI RENFORCÉE ?

Le 14 mars, l'Assemblée nationale a adopté à l'unanimité une proposition de loi qui vise à alourdir les peines en cas de violences sur les personnels des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux et professionnels de santé libéraux.

■ Proposition de loi n° 430, dossier législatif à suivre [www.assemblee-nationale.fr](http://www.assemblee-nationale.fr)

## INTELLIGENCE ARTIFICIELLE : INÉLUCTABLE EN SANTÉ

La santé est un des domaines majeurs d'application des technologies d'intelligence artificielle et les potentiels sont tels que ni le public, ni les patients, ni les professionnels de santé ne peuvent rester à l'écart des enjeux, des bénéfices et des limites de ces nouvelles avancées. Pour l'Académie nationale de médecine, son usage par les professionnels de santé doit se généraliser, en préservant le colloque singulier patient/soignant et dans le respect des principes éthiques.

■ Systèmes d'IA générative en santé : enjeux et perspectives, en pdf sur [www.academie-medecine.fr](http://www.academie-medecine.fr)

## ALZHEIMER ET INTERVENTIONS NON MÉDICAMENTEUSES

Convaincue du rôle essentiel des interventions non médicamenteuses (INM), la Fondation Médéric Alzheimer en a fait une priorité depuis plusieurs années. Elle propose aujourd'hui une édition enrichie de son guide pratique téléchargeable gratuitement.

■ Édition 2024, Guide Interventions non médicamenteuses et maladie d'Alzheimer, [www.fondation-mederic-alzheimer.org](http://www.fondation-mederic-alzheimer.org)

# Coopérations entre soignants

**ORGANISATION DES SOINS.** La Haute Autorité de santé veut opérer un « puissant changement de logiciel » pour renforcer les partages de tâches entre professionnels.



© - AdobeStock - Dikushin.

Dans un système de santé confronté à de multiples défis, les coopérations et les partages de tâches entre professionnels de santé sont de nature à réduire les délais d'accès aux soins, à renforcer l'attractivité des métiers et à améliorer la qualité des services rendus. Dans une prise de position, la Haute Autorité de santé (HAS) juge que cette politique publique doit franchir un nouveau cap.

En pratique, ces partages de tâches peuvent prendre la forme de protocoles de coopération : des soignants opèrent entre eux des transferts d'activités, d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention. Ces protocoles peuvent être, après avis de la HAS, déployés sur le territoire national. Par ailleurs, des expérimentations d'organisations innovantes permettent de décloisonner le système de santé.

La HAS relève les efforts effectués ces quinze dernières années sur le plan réglementaire et législatif, mais note que le recours à ces dispositifs reste limité. Fin 2023, on comptait seulement 57 protocoles nationaux de coopération autorisés. Pourtant, les premières données montrent qu'ils sont sûrs et efficaces, puisqu'ils ont permis en 2022 à un peu plus de 400 000 patients de bénéficier de près de 600 millions d'actes délégués, sans qu'aucun événement indésirable grave n'ait été déclaré. Parmi ces protocoles nationaux, on relève, dans le champ de l'addictologie, une première consultation d'alcoologie par une infirmière pour des patients adressés par un service des urgences. Par ailleurs, 106 protocoles locaux ont été autorisés. En psychiatrie, notons par exemple l'engagement du CH du Vinatier dans ces dispositifs avec deux protocoles de coopération effectifs et une quinzaine en cours d'écriture. Dans ce contexte, la HAS identifie les freins à lever :

- les complexités administratives pour la mise en œuvre des protocoles de coopération ;
- l'insuffisance ou parfois l'absence de financement dédié tant dans le déploiement que dans l'évaluation des nouveaux modes de coopération, tous modes confondus ;
- l'absence de soutien aux équipes qui veulent s'engager dont la dynamique repose, non sans fragilité trop souvent, sur les personnes initiatrices ;
- le nombre réduit de compétences partagées.

Quelles que soient leurs formes, ces collaborations méritent d'être développées, conclut la HAS.

■ Accélérer les coopérations et les partages de tâches entre professionnels de santé Position de la HAS, 13 mars 2024, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

## Addiction sexuelle : quelle prévalence en prison ?

Au CH Gérard Marchant, Julien Da Costa, psychiatre, coresponsable du Centre ressources pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles Midi-Pyrénées (Criavs) conduit une étude de prévalence de l'addiction sexuelle chez les personnes détenues (Pas-CD), qu'elles soient ou non auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS). Soutenue par la Fédération de recherche régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (Ferrepys) Occitanie, cette recherche, réalisée au centre de détention de Muret en Haute-Garonne, vise à mieux connaître ce trouble, dans la perspective de meilleurs repérages et prise en charge en milieu pénitentiaire.

L'addiction sexuelle, également appelée « hypersexualité » ou « sexualité compulsive », est un trouble qui se manifeste par une recherche continue et persistante de plaisir sexuel. Des causes multiples sont avancées (iatrogénie, causes neurologiques, causes psychiatriques, hypothèses

psychopathologiques), mais elles restent mal connues. Ce trouble a des conséquences importantes sur le fonctionnement psychosocial des individus.

En population carcérale, il n'existe cependant aucune étude de prévalence française de ce trouble. De plus, aucun travail n'a permis de comparer cette prévalence chez les auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) à celle présentée chez les auteurs d'infractions à caractère non sexuel (AICNS). L'équipe de recherche pense donc qu'un dépistage de l'addiction sexuelle permettrait une meilleure prise en charge, favorisant la réhabilitation psychosociale, le bien-être et la prévention de la récurrence d'un passage à l'acte de nature sexuelle. Résultats attendus courant 2025.

■ Projet PAS-CD, étude de prévalence de l'addiction sexuelle au sein d'une population de personnes détenues au centre de détention de muret en Haute-Garonne. Contact : Julien Da Costa, [julien.da-costa@ch-marchant.fr](mailto:julien.da-costa@ch-marchant.fr)

## Violence intrafamiliale en psychiatrie

**FAMILLE.** Une étude confirme une haute prévalence de violence domestique chez les personnes ayant un suivi psychiatrique.

**A** Genève, dans les services ambulatoires d'accueil de crise psychique (crise suicidaire, dépression, décompensation...), les professionnels observent couramment que les patients subissent de la violence intrafamiliale (1). Ce contexte, qui majore les symptômes et peut impacter les rechutes, reste pourtant peu documenté. Une étude en cours vise à l'objectiver, dans la perspective de tenir compte de cette dimension dans les soins. Dans la violence domestique (VD) (ou intrafamiliale, 1), les chercheurs distinguent la violence entre partenaires intimes (VPI) et la violence familiale (VF) (entre parents et enfants, au sein de la fratrie...). Alors que la prévalence de la première a été largement étudiée chez les patients psychiatriques, celle de la VF est lacunaire.



© AdobeStock – Setiadio.

L'objectif de cette étude est de déterminer la prévalence actuelle (< 12 mois) des deux formes de violence au sein d'une population adulte consultant un centre psychiatrique ambulatoire de crise et de décrire le profil psychiatrique et socio-démographique des victimes. La population était constituée de 107 participants, majoritairement de sexe féminin (65 %), parents d'enfants (54 %), vivant seuls (35,5 %), célibataires (49,5 %), de nationalité suisse ou avec un permis de séjour stable. Sur le plan psychiatrique, les diagnostics plus fréquents étaient la dépression (69,8 %), les troubles de la personnalité (22,6 %), les troubles anxieux (15,1 %), l'état de stress post-traumatique (14,2 %). Les premiers résultats font apparaître que 25 participants (soit 23,3 %) étaient victimes de violences domestiques actuelles, 13 (12 %) de violence avec le partenaire intime (VPI) et 14 (13 %) de violences familiales (VF). Plus précisément, on observe que 27 % des 18-24 subissent une forme de violence au sein de leur famille et qu'à la différence des victimes de VPI, ils ne bénéficient d'aucun soutien spécifique (protection sociale ou juridique) pour cette problématique. Les formes plus fréquentes de violence étaient verbales et psychologiques.

« Ces données questionnent en particulier la prise en charge de ces jeunes, souvent financièrement dépendants de leur famille et qui n'ont pas la possibilité de se protéger de cette violence au sortir de nos structures, commente A. Picchi, coauteur d'un poster présenté au Congrès de l'Encéphale (2024). La violence familiale représente un phénomène qui devrait être mieux étudié pour améliorer la détection et élaborer des soins ciblés. »

1 – On parle de violence domestique (VD) (ou intrafamiliale) dès lors qu'une personne exerce ou menace d'exercer une violence physique, psychique ou sexuelle au sein d'une relation familiale, en cours ou dissoute.

■ Violence domestique en psychiatrie : une étude de prévalence. Données préliminaires. Picchi A., et al. HUG, Chêne-Bourg (Suisse). À consulter sur le site de L'Encéphale (espace Posters). Contact : Alberto.Picchi@hcuge.ch

### Les infirmiers évaluent leur formation

**L'**ouverture des travaux sur le décret infirmier doit conduire à une refonte de la formation infirmière davantage en adéquation avec la réalité du terrain», affirme l'Ordre national infirmier (ONI). Après une consultation effectuée en décembre 2023 à laquelle 35 339 infirmiers (dont 10 337 diplômés depuis moins de 10 ans) ont répondu, l'Ordre publie des résultats et des propositions d'amélioration dans trois grands axes.

• **Adapter la formation aux réalités du terrain**  
1 infirmier sur 2 estime que les missions qui lui sont confiées sur le terrain vont au-delà du contenu de l'enseignement théorique. Ce sentiment est plus prégnant chez les soignants diplômés depuis moins de dix ans (63 % des répondants). Dans ce contexte, l'ONI affirme la nécessité de passer d'un décret d'actes à un décret de missions.

#### • Accompagner et reconnaître

41 % des répondants disent avoir songé à abandonner leurs études, un taux également plus élevé chez les plus jeunes. 7 infirmiers sur 10 auraient souhaité un accompagnement plus important au cours de leurs études et près de 30 % des infirmiers (41 % chez les diplômés de moins de 10 ans) déclarent s'être sentis insuffisamment soutenus dans leurs premiers pas sur le terrain. Par ailleurs, on relève une forte motivation au tutorat : 69 % des répondants seraient prêts à s'y investir.

#### • Maintenir la qualité et la sécurité des soins via la formation

Une large majorité (87 %) estiment que les acquis professionnels doivent être davantage pris en compte.

■ Consultation sur l'évolution de la formation. ONI, en savoir plus : [www.ordre-infirmiers.fr](http://www.ordre-infirmiers.fr)

### ATTRACTIVITÉ À L'HÔPITAL : UNE PLATEFORME D'OUTILS

Dans un contexte difficile marqué par la perte de sens du métier comment recruter des talents, fidéliser et valoriser les personnels en établissements de santé et médico-sociaux ?

L'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (Anap) propose une plateforme avec des fiches pratiques et des guides conseils à télécharger pour aider les établissements à consolider leur politique de ressources humaines.

■ Plateforme attractivité et fidélisation, site de l'Anap : <https://anap.fr>

### VIE FAMILIALE ET TRAVAIL : TOUJOURS LES MÈRES !

Même si les situations d'emploi des couples sont aujourd'hui plus souvent similaires, les organisations pour articuler la vie familiale et professionnelle demeurent très genrées. Sur une échelle allant de l'inactivité à l'emploi à temps complet, les mères sont en général plus éloignées de l'emploi que les pères. En 2021, c'est le cas dans 42 % des couples avec enfant(s) de moins de 6 ans. Quand les parents ne trouvent pas de solution d'accueil, ce sont surtout les mères qui se chargent d'une garde parentale non choisie.

■ L'articulation entre vies familiale et professionnelle repose toujours fortement sur les mères, Drees, Études et résultats, mars 2023, n° 1298, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

### HANDIGYNÉCO : DES SOINS GYNÉCO ACCESSIBLES À TOUTES

À l'issue d'expérimentations en Ile-de-France, Normandie et Bretagne, le dispositif Handigynéco va être déployé sur le territoire national. Il vise à assurer un suivi gynécologique des femmes en situation de handicap accueillies en Foyer d'accueil médicalisé (FAM) et Maison d'accueil spécialisée (MAS) et, à proposer un accompagnement à la vie affective et sexuelle intégrant la prévention des violences. Tous les professionnels accompagnant ce public au quotidien doivent par ailleurs bénéficier d'une information/sensibilisation.

■ Note d'information N° DGS/SP2/2024/27 du 16 février 2024, Bulletin officiel Santé, Protection sociale, Solidarité n° 2024/4 du 29 février 2024, p. 104 et suiv.

### UNE SALLE DE DÉTENTE COMMUNE SOIGNANTS-SOIGNÉS

L'unité de psychiatrie adultes pour patients chroniques « Ménéham » (CH des Pays de Morlaix) s'est dotée d'une salle détente destinée aux soignés mais aussi aux soignants. Elle permet à tous de se mettre en retrait dans un environnement sûr et musical, doté d'outils d'hypostimulation.

■ D'après le communiqué du CH des Pays de Morlaix, [www.ch-morlaix.fr](http://www.ch-morlaix.fr)

## SUR VOTRE AGENDA

### AVRIL

12 AVRIL

LIÈGE

**L'enfant face aux violences conjugales : une souffrance pour l'enfant, un défi pour la parentalité**  
Journée d'étude organisée par l'association Parole d'enfants

■ Rens. : [www.parole.be](http://www.parole.be), [info@parole.be](mailto:info@parole.be)

27 AVRIL

PARIS

**L'espace potentiel, les enjeux et les hors-jeux : regards actuels**  
Journée de l'Association de psychanalyse et d'anthropologie, recherche, transmission, échange (Aparé)

■ Rens. : 06 61 92 79 48, [www.aparte-fr.org](http://www.aparte-fr.org), [secretariataparte@gmail.com](mailto:secretariataparte@gmail.com)

30 AVRIL

PARIS

**De la protestation autistique aux formes élémentaires de la politique**  
Séminaire organisé par la fondation L'Élan retrouvé

■ Rens. : [www.elan-retrouve.org](http://www.elan-retrouve.org), [laure.boyer@elan-retrouve.org](mailto:laure.boyer@elan-retrouve.org)

### MAI

4 MAI

PARIS

**Psychothérapie de groupe ou psychothérapie en groupe**  
Séminaire organisé par la Société européenne pour la psychanalyse de l'enfant et de l'adolescent (Sepea)

■ Rens. : [www.sepea.fr](http://www.sepea.fr), [sepea@orange.fr](mailto:sepea@orange.fr)

### JUIN

3 JUIN

BRON

**Congrès de la pair-aidance familiale professionnelle**  
Organisé par le CH Le Vinatier

■ Rens. : [www.ch-le-vinatier.fr](http://www.ch-le-vinatier.fr)

3 ET 4 JUIN

PARIS

**Prise en soin intégrative, préventive et coordonnée**  
22<sup>es</sup> Rencontres soins somatiques et douleur en santé mentale organisées par l'ANP3SM

■ Rens. : 01 42 71 34 02, [www.anp3sm.com](http://www.anp3sm.com), [anp3sm@espace-evenementiel.com](mailto:anp3sm@espace-evenementiel.com)

DU 4 AU 6 JUIN

PARIS

**Prévenir ou guérir : faut-il choisir ?**

**L'enjeu des addictions demain**  
18<sup>e</sup> Congrès international d'addictologie de l'Albatros

■ Rens. : 01 84 20 11 90, <https://congresalbatros.org>, [info@katanasante.com](mailto:info@katanasante.com)

6 ET 7 JUIN

REIMS

**Psychologie du développement et de l'éducation : grandir dans une société en transitions**

16<sup>e</sup> Colloque international du Réseau interuniversitaire de psychologie du développement et de l'éducation (Ripsydeve)

■ Rens. : <https://ripsydeve2024.sciencesconf.org>, [aurora.lahaye@univ-reims.fr](mailto:aurora.lahaye@univ-reims.fr)

14 JUIN

BORDEAUX

**Il était une fois les équipes mobiles en santé mentale**

Journées de formation-action organisées par l'Organisme pour le développement des interventions systémiques et contextuelles (Odis-C)

■ Rens. : 07 83 11 22 52, [www.odis-c.fr](http://www.odis-c.fr), [lesequipesmobiles@gmail.com](mailto:lesequipesmobiles@gmail.com)

DU 19 AU 21 JUIN

BORDEAUX

**Catastrophes naturelles et psychotraumatismes : quand la nature se déchaîne, savoir faire face et innover**

23<sup>es</sup> Journées scientifiques internationales de l'Association de formation et de recherche des cellules d'urgences médico-psychologiques (Aforcomp) et de la Société française de psychotraumatologie (SFP)

■ Rens. : 01 53 69 08 80, [www.aforcomp-sfp.org](http://www.aforcomp-sfp.org), [info@transfaire.org](mailto:info@transfaire.org)

21 JUIN

PARIS

**La remédiation cognitive a rendez-vous avec le rétablissement**  
Les thérapies psychosociales à l'heure des preuves

Journée du Centre ressource remédiation cognitive rétablissement réhabilitation psychosociale (C3RP)

■ Rens. : <https://c3rp.fr>

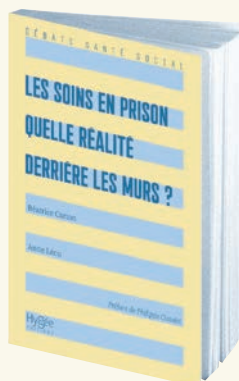
27 ET 28 JUIN

CENON

**Rupture(s) et lien(s)**

31<sup>e</sup> Colloque international organisé par l'institut Michel de Montaigne

■ Rens. : [www.institutmichelmontaigne.com](http://www.institutmichelmontaigne.com)



136 p. • 12 €

NOUVEAUTÉ

## Les soins en prison

Quelle réalité derrière les murs ?

Béatrice Carton,  
Anne Lécuyer

Postface de Philippe Claudel

### Soins et détention, où en sommes-nous ?

**E**n 10 questions, ce livre lève le voile sur un mode d'exercice méconnu en illustrant la diversité des pratiques rencontrées dans une équipe soignante en prison. Il dresse un état des lieux de la situation, sous un angle pratique et dans un format concis, afin de promouvoir la nécessaire prise en charge sanitaire des personnes détenues. Ce livre éclairera les étudiants, les soignants ainsi que les professionnels de la justice et plus largement le grand public.



144 p. • 14 €

## Santé publique un nouveau monde ?

Laurent Chambaud

Illustrations de Loïc Schwartz

### Une introduction pleine d'humeur à la santé publique

**D**ans cet ouvrage, Laurent Chambaud ne se contente pas de questionner, d'analyser les problèmes auxquels nous sommes confrontés. Il propose aussi des pistes, esquisse des solutions pour alimenter le nécessaire débat autour de la santé publique. Une passionnante introduction à la santé publique sous le regard décalé et pertinent du dessinateur Schwartz.

Hygée  
ÉDITIONS

UNE MARQUE DES PRESSES DE L'EHESP

Ouvrages disponibles en librairie  
ou auprès de l'éditeur  
[commande-presses@ehesp.fr](mailto:commande-presses@ehesp.fr)

Pour en savoir +  
[hygee-editions.fr](http://hygee-editions.fr)



# 10<sup>ES</sup> RENCONTRES SOIGNANTES EN PSYCHIATRIE

« On n'a plus le temps ! » :  
comment rester disponible à la rencontre ?

Organisées par **santé mentale**  
Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie

Programme et inscriptions :  
[www.rencontressoignantesenpsychiatrie.fr](http://www.rencontressoignantesenpsychiatrie.fr)  
rsp@santementale.fr - Tél. : 01 42 77 52 77

**14 octobre 2024**

**PARIS**  
Cité des Sciences  
et de l'Industrie

# Actualité jurisprudentielle des soins psychiatriques sans consentement

La Cour de cassation poursuit son travail d'interprétation du cadre légal des soins psychiatriques sans consentement. Tour d'horizon de quelques décisions récentes.

## ADMISSION SUR DÉCISION DU REPRÉSENTANT DE L'ÉTAT

### • Confirmation par le Préfet d'une mesure provisoire prise par le maire

L'article L. 3213-2 du Code de la santé publique permet au maire, en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, de prendre à l'égard d'une personne dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, pouvant impliquer une admission en soins psychiatriques sans consentement. Dans ce cas, le maire est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département (le Préfet) qui « statue sans délai » et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L. 3213-1 du même code. Le texte ajoute que les mesures provisoires deviennent caduques au terme d'un délai de 48 heures.

Interprétant cette disposition, un arrêt du 18 octobre 2023 (1) précise que le Préfet peut donc confirmer, en l'état des éléments médicaux dont il dispose, une admission en hospitalisation complète décidée provisoirement par le maire, au plus tard jusqu'à 48 heures après l'arrêté municipal. La précision pourrait paraître superflue. Pourtant, le juge d'appel avait retenu une autre interprétation de l'expression « statue sans délai » employée par le texte de loi, et prononcé la mainlevée de la décision préfectorale d'hospitalisation pour non-respect de cette condition. Selon lui, ces termes ne pouvaient être entendus que comme reflétant « le temps strictement nécessaire matériellement et intellectuellement à l'élaboration de l'acte » et, en l'espèce, le préfet du Jura ne justifiait aucunement la durée de près de deux jours écoulée entre la réception par télécopie de l'arrêté municipal, le 26 mars 2022, et son propre arrêté, pris le 28 mars. L'ordonnance d'appel est censurée par la Cour de cassation.

**À retenir.** « Sans délai » signifie donc précisément « dans la limite des 48 heures » et en l'espèce, l'arrêté avait bien été pris avant l'expiration de ce délai.

### • Examen judiciaire fondé sur les certificats médicaux

Le juge des libertés et de la détention (JLD), comme le juge d'appel, lorsqu'ils sont amenés à apprécier si les conditions du prolongement d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement sont réunies, doivent le faire au regard des certificats médicaux qui leur sont soumis. La Cour de cassation rap-

pelle cette exigence dans un arrêt du 15 novembre 2023 (2), affirmant que « lorsqu'il est saisi d'une demande de mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement, le juge doit examiner le bien-fondé de cette mesure au regard des certificats et avis médicaux produits, sans pouvoir porter une appréciation d'ordre médical sur le traitement mis en œuvre ni déterminer s'il est le plus approprié à l'état de santé du patient ».

En l'espèce, le patient avait été admis en hospitalisation complète sur décision préfectorale à la suite d'une mesure provisoire prise par le maire sur le fondement de l'article L. 3213-2 du Code de la santé publique. La prise en charge s'était poursuivie un temps sous la forme d'un programme de soins, avant une réadmission en hospitalisation complète, que le patient avait contestée devant le juge. La Cour de cassation valide ici l'ordonnance du premier président de la Cour d'appel, en constatant que celui-ci s'est effectivement fondé sur les avis médicaux produits et s'est assuré de la nécessité de maintenir la mesure de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète.

**A retenir.** L'interdiction faite au juge de substituer sa propre évaluation à celle des psychiatres concerne tant l'appréciation de l'état mental du patient (existence de troubles mentaux), que l'impossibilité d'obtenir son consentement aux soins (3) (condition légale de l'admission à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent) ou encore le mode de prise en charge approprié (hospitalisation complète, programme de soins ou soins libres) (4).

### • Interdiction pour le juge de dénaturer les certificats médicaux

Rappelons en outre que, dans l'appréciation du bien-fondé de la mesure de soins psychiatriques, le juge doit faire une lecture fidèle des avis médicaux, sans les dénaturer, c'est-à-dire sans leur faire dire ce que, manifestement, ils ne disent pas. La Cour de cassation l'a confirmé dans un arrêt du 13 septembre 2023 (5), en application d'un principe général du droit, « l'obligation pour le juge de ne pas dénaturer l'écrit qui lui est soumis ».

L'affaire concernait un patient admis en hospitalisation complète à la suite d'une décision du Préfet, sur le fondement de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique. En appel, le premier président avait fait droit à la demande de mainlevée formée par la patiente et son époux, en affirmant notamment que le certificat initial ainsi que les certificats de la période

d'observation ne caractérisaient pas de troubles mentaux. Estimant que l'interprétation ici faite par le juge de ces certificats en dénaturait le contenu, le Préfet avait formé un pourvoi contre cette ordonnance, accueilli par la première chambre civile de la Cour de cassation.

Cette dernière relève ainsi que « le certificat médical initial constatait que Mme [K] présentait un état de décompensation psychotique avec des idées délirantes paranoïdes et troubles du comportement de nature à constituer un danger pour elle-même et pour autrui, et que les certificats de la période d'observation faisaient état, pour le premier, d'une patiente hostile, sthénique, niant les faits, contestant toutes les décisions et disant se sentir surveillée, pour le second, d'une patiente "sub-sthénique", méfiante, psychorigide, souffrant d'un délire de persécution et dans le déni total des troubles psychiatriques ayant motivé son hospitalisation ».

**À retenir.** L'ordonnance rendue par le juge d'appel est censurée pour avoir **dénaturé les écrits des psychiatres, dès lors qu'au regard du contenu des certificats visés, l'existence de troubles mentaux ne faisait pas de doute.**

#### • Pouvoir d'un patient majeur protégé d'exercer seul une voie de recours

Un autre arrêt, rendu le 31 janvier 2024 (6), confirme la possibilité pour un patient majeur faisant l'objet d'une mesure d'hospitalisation psychiatrique et bénéficiant d'une mesure de protection, en l'occurrence une curatelle, de former seul, sans nécessité de l'assistance de son curateur, un pourvoi en cassation contre une décision d'appel confirmant la décision prise par le Préfet. Il se déduit des articles 415 et 459 du Code civil et L. 3211-12 du Code de la santé publique que « constitue un acte personnel que la personne majeure protégée peut accomplir seule la formation d'un pourvoi contre une ordonnance statuant sur une mesure de soins sans consentement la concernant » :

– L'article 415 du Code civil dispose que la mesure de protection a pour finalité l'intérêt de la personne protégée et qu'elle favorise, autant que possible, l'autonomie de celle-ci.

– L'article 459 pose quant à lui un principe d'autonomie du majeur pour les actes relevant de la sphère personnelle (non-patrimoniale, par opposition à la matière patrimoniale, celle qui concerne les biens) de la personne.

– Certaines dispositions spécifiques à des actes particuliers confirment ce principe d'autonomie, par exemple pour les décisions relatives à la santé de l'intéressé (CSP, art. L. 1111-4 al. 9).

Les actions en justice qui portent sur un objet personnel, comme c'est le cas de la contestation d'une mesure portant atteinte à la liberté d'aller et venir, à l'image d'une mesure de soins sans consentement, sont logiquement régies par ce même principe d'autonomie.

**À retenir.** Doit donc être rejeté l'argument invoqué par le Préfet de police de Paris soulevant l'irrecevabilité du pourvoi formé par le malade faute d'assistance du curateur. Ce pourvoi étant recevable, doit de même être censurée l'ordonnance du premier président de la Cour d'appel de Paris ayant, pour les mêmes motifs, déclaré l'appel irrecevable alors que le majeur protégé pouvait, là encore, sans besoin de l'assistance de son curateur, former appel de la décision du JLD.

## ADMISSION À LA DEMANDE D'UN TIERS OU EN CAS DE PÉRIL IMMINENT

### • Personne ayant qualité pour demander la mainlevée

Un arrêt du 6 décembre 2023 (7) rappelle que la sœur d'une patiente a toujours qualité pour demander la mainlevée immédiate d'une mesure de soins sans consentement dont cette dernière fait l'objet. Selon l'article L. 3211-12, 6°, du Code de la santé publique, en effet, le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques, quelle qu'en soit la forme, par un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins. La personne ayant un lien de parenté avec le malade a donc toujours qualité pour former une telle demande.

Dès lors, est censurée la décision d'appel ayant retenu qu'un lien fraternel ne confère pas par lui-même la qualité de « parent ou personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins », et que la demanderesse ne justifiait pas de liens particuliers qui l'autoriseraient à interférer dans la vie de sa sœur, admise en hospitalisation complète après avoir été déclarée irresponsable pénalement.

**À retenir.** Le parent, au sens de la personne ayant un lien de parenté avec le malade, **est donc légalement présumé agir dans l'intérêt de son proche**, sans avoir à en apporter la preuve.

### • Période où le péril imminent doit être constaté

Le même jour, un second arrêt (8) précise cette fois qu'un patient admis en hospitalisation complète au motif d'un péril imminent peut, lors du renouvellement de la mesure, être maintenu en hospitalisation complète sans nécessité de caractériser la persistance du péril imminent. Cette condition n'est ainsi requise qu'au moment de l'admission. Le maintien de la mesure de soins sans consentement, quant à lui, obéit aux conditions générales de l'article L. 3212-1, I, du Code de la santé publique. Il impose donc seulement la constatation de l'existence de troubles mentaux qui rendent impossible son consentement et qui nécessitent des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante (justifiant une hospitalisation complète) ou régulière (permettant une prise en charge sous la forme d'un programme de soins).

**À retenir.** L'argument invoqué par une patiente, dont la prise en charge a été prolongée sous la forme d'un programme de soins, tiré du défaut de caractérisation du péril imminent au moment de ce renouvellement, ne peut prospérer.

Paul Véron

Maître de conférences à la faculté de droit de Nantes,  
Laboratoire Droit et changement social (UMR 6297)

1— Civ., 1<sup>re</sup>, 18 octobre 2023, n° 22-17.752.

2— Civ., 1<sup>re</sup>, 15 novembre 2023, n° 23-14.928.

3— Civ., 1<sup>re</sup>, 27 septembre 2017, n° 16.22.544; CA Douai, 25 août 2021, n° 21/00079; CA Rennes, 11 décembre 2014, n° 14/00419.

4— Civ., 8 février 2023 n° 22-10.852.

5— Civ., 1<sup>re</sup>, 13 septembre 2023, n° 22-17.513.

6— Civ., 1<sup>re</sup>, 31 janvier 2024, n° 22-23.242.

7— Civ., 1<sup>re</sup>, 6 décembre 2023, n° 22-18.703.

8— Civ., 1<sup>re</sup>, 6 décembre 2023, n° 22-17.091

# Consolider sa pratique avec l'aide-mémoire du soin en psychiatrie

Dans un ouvrage très personnel, Jean-Marie Revillot, cadre de santé, formateur, s'appuie sur sa pratique humaniste pour transmettre les fondamentaux du soin psychique. Entretien.

• **Pourquoi ce choix d'un « aide-mémoire du soin en psychiatrie » ?**

Au cours de ma longue carrière en psychiatrie, durant laquelle j'ai exercé comme infirmier, cadre de santé, chercheur, formateur..., j'ai enrichi mon expertise de multiples rencontres avec des professionnels mais aussi avec des patients, qui m'ont « enseigné ». L'approche relationnelle et humaine centrée sur la personne soignée constitue pour moi l'ADN de la psychiatrie, au croisement de plusieurs disciplines (médecine, sciences humaines, sciences de l'éducation). Au regard de la complexité de ce travail interdisciplinaire et de l'augmentation des demandes de soins, la formation initiale et continue des soignants reste un enjeu important. Dans ce contexte, j'ai voulu transmettre une vision à la fois globale et positive de cette discipline. À la fois théorique et pragmatique, la collection « Aide-mémoire » permet de rassembler, d'organiser, de synthétiser les connaissances d'un champ, de manière structurée et dans un format compact. Concrètement, les fondamentaux se déclinent sous forme de notions de base (ici une trentaine), destinées à identifier, mémoriser, apprendre, consolider des savoirs et à les mettre en pratique.

• **Comment est structuré cet ouvrage ?**

Cet ouvrage propose une double entrée de lecture. La première est de « choisir » la (ou les) notions dont le soignant a besoin, pour la (ou les) intégrer peu à peu à sa pratique. La seconde consiste à procéder de façon linéaire, ce qui permet d'accéder au processus de construction des notions tissées entre elles, chacune retentissant sur l'autre et l'ensemble.

— La première notion (intitulée *Histoire singulière et histoire institutionnelle comme fondement des valeurs*) retrace mon parcours professionnel. Comme soignant,

nous nous engageons très intimement pour soutenir les rencontres avec le patient. Il est donc essentiel de réaliser un travail d'introspection. Ce détour par mon histoire singulière favorise l'ouverture d'un « écrin de valeurs », fondement d'une humanisation des soins en psychiatrie.

— Je déroule ensuite *via* d'autres notions l'histoire de la discipline et ses fondements théoriques : approche comportementale et cognitive, analyse transactionnelle, psychanalyse, approche systémique puis psychothérapie institutionnelle.

— Deux grandes parties sont ensuite consacrées à la clinique (par pathologie et/ou population concernée) et aux champs d'interventions (soins somatiques et psychiques, relation, entretien, médiations, éducation thérapeutique, temps collectifs...).

Chaque notion est construite sur le même modèle :

— développement théorique qui s'appuie sur une pratique ;  
— naissance de l'invariant (conception affinée du soin en psychiatrie) ;  
— illustrations cliniques (l'ouvrage en compte 30) ;  
— rappel des éléments clés (synthèse) ;  
— exercices d'introspection et d'appropriation. Il s'agit de mises en pratique (que ferait le lecteur dans tel ou tel cas), de déclinaisons d'outils à réaliser seul ou en équipe, des quiz...

• **Vous identifiez 26 « invariants » du soin en psychiatrie, qui servent de repères au lecteur. Quel intérêt pédagogique ?**

Les invariants, fil rouge de cet ouvrage, constituent sa particularité et son originalité. Ils sont des repères, que le professionnel peut mobiliser comme une aide à sa pratique dans une situation donnée. Composés de différentes facettes à mettre en lien, ces 26 invariants s'inscrivent ainsi comme des valeurs stables face aux

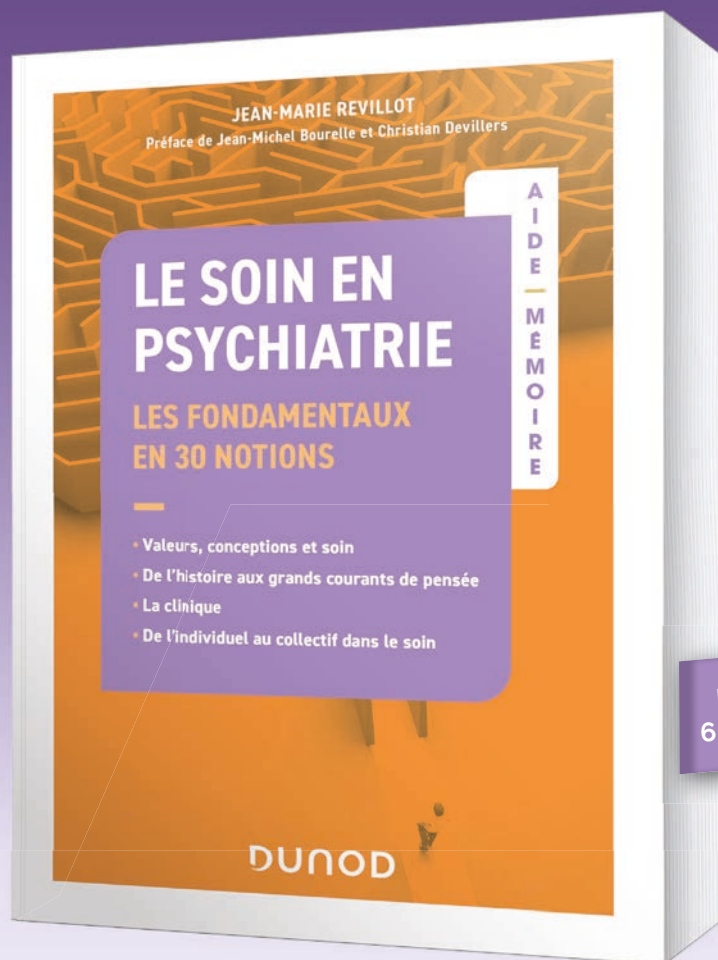
évolutions et transformations inévitables au cœur des histoires institutionnelles et individuelles. Ils permettent une « mise à l'épreuve », une « lecture » du terrain pour enrichir ses compétences. Dans leur ensemble, ils constituent une sorte de « boîte à outils » pratiques et contextuels.

• **À qui est destiné cet ouvrage et comment vient-il étayer le parcours professionnel du soignant ?**

Cet ouvrage est destiné à tout professionnel concerné par la psychiatrie, infirmier et infirmier en pratiques avancées (IPA) mais aussi aide-soignant, médecin, psychologue, ergothérapeute, assistant social, éducateur spécialisé, étudiant... Il mobilise des savoirs de base et des approfondissements. Il s'appuie sur de nombreux travaux paramédicaux de chercheurs « historiques » et prend en compte l'actualisation des connaissances. Tout en nuances, il permet à chacun, débutant ou professionnel confirmé, de trouver « la couleur » de ses réponses thérapeutiques, de sa posture professionnelle. Outil au service de la transmission et de la formation, il est à considérer comme une invitation au cheminement, pour consolider une légitimité chez chaque professionnel, quel que soit son lieu d'exercice.

• **À lire.** *Aide-mémoire. Le soin en psychiatrie. Les fondamentaux en 30 notions.* Jean-Marie Revillot. Dunod, mars 2024.

# Les fondamentaux du soin en psychiatrie en 30 notions



Jean-Marie REVILLOT

9782100857593  
432 pages • 30 €

Jean-Marie Revillot aborde les fondamentaux du soin en psychiatrie avec rigueur et méthode pour **enrichir la pratique** et permettre aux professionnels de **s'approprier des références et des outils variés** pour faire face aux situations qu'ils rencontrent.

Les savoirs proposés composent une diversité harmonieuse.

- Ils s'appuient sur de nombreuses illustrations cliniques.
- Ils s'accompagnent systématiquement d'un rappel des éléments clés et d'exercices d'appropriation.

Pour aller plus loin, des invariants sont mis au jour dans un développement minutieux et précis, tels **des repères pour une pratique du soin en psychiatrie**. Ils se fondent sur une conception positive du monde centrée sur les possibilités et les potentialités qui existent en chaque individu, patient ou professionnel.

Ainsi, cet aide-mémoire se présente comme une invitation au cheminement pour consolider une légitimité chez chaque professionnel, quel que soit son lieu d'exercice.



Chez votre libraire ou sur [dunod.com](https://dunod.com)

Besoin d'infos ?

Par mail : [infos@dunod.com](mailto:infos@dunod.com)

Par téléphone : 0 820 800 500

Service 0,12 € / min  
+ prix appel

**DUNOD**  
une page d'avance



# Insomnie

Comment se lever le matin quand on n'a pratiquement pas fermé l'œil de la nuit ? Hélène, infirmière, évoque une « lumière permanente dans sa tête... »

**VIRGINIE DE MEULDER**

Infirmière, Consultation jeunes adultes NineTeen, GHU Paris psychiatrie et neurosciences.



© Adobe stock – Konstantyn Zapylajie.

L'insomnie est un symptôme d'une grande banalité, caractérisé par une diminution du temps de sommeil total, accompagnée d'une gêne subjective et éventuellement de fatigue (1). D'après le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) (2), la plainte essentielle est une difficulté d'endormissement ou de maintien du sommeil, ou un sommeil non réparateur, ceci pendant au moins un mois. Pour ceux qui en souffrent, c'est parfois un véritable fléau... Dans la journée, les répercussions sont importantes : somnolence, troubles de la concentration et de l'humeur, stress et irritabilité... Au-delà de ces descriptifs froids, Hygiène de vie, relaxation, traitements médicamenteux... parfois, rien n'y fait.

## « TU NE DORMIRAS POINT... »

Comme tous les soirs, vers 23 h 30, Hélène ferme la fenêtre de sa chambre qui sent bon le frais, se faufile sous les draps, met en route l'alarme sur son réveil puis éteint la lumière.

Elle sait déjà qu'elle ne dormira pas. Ça lui arrive de plus en plus souvent, trois à quatre fois par semaine, depuis plusieurs mois.

C'est une évidence, aussi certaine que « *Il fait beau ce matin* » ou « *aujourd'hui c'est dimanche* ». Un onzième Commandement : « *Tu ne dormiras point* ».

Hélène ne boit ni café ni alcool, ne fume pas, fait du jogging chaque semaine et éteint son portable après le dîner. Elle ferme les yeux et essaie de penser à des choses agréables – pas le bruit de la mer qu'elle n'aime pas car elle n'en voit pas le fond mais plutôt la lumière douce de la forêt ou l'odeur de la terre après l'averse, mais ça ne marche pas. Parfois, elle pense à sa journée de travail écoulée (Hélène est infirmière), à ses projets pour le lendemain mais tout cela s'efface rapidement.

C'est un feu qui brûle dans sa tête, qu'elle ne parvient plus à éteindre, une lumière permanente, dont elle a perdu l'interrupteur, le mode d'emploi. Alors elle attend et regarde le plafond, elle se dit que la fatigue finira bien par l'assommer...

Elle se souvient de l'histoire de ce comte russe, insomniaque, qui avait demandé à Jean-Sébastien Bach de lui écrire une musique au clavecin pour l'aider à s'endormir. C'est un de ses élèves qui les

avait interprétées, ce sont « *Les variations Goldberg* ». La légende dit que le comte avait été très satisfait du résultat, mais pour elle, ça ne fonctionne pas non plus. Elle regarde le réveil et voit les minutes défilier, lentement : minuit, minuit trente, minuit cinquante. Comment pourra-t-elle travailler demain ? Elle se redresse brusquement, trébuche dans le noir jusqu'à la salle de bains et prend parfois un comprimé de mélatonine.

Elle retourne se coucher et attend longtemps, une éternité. Quand elle ouvre à nouveau les yeux : il est 4 heures du matin. Elle a essayé d'autres molécules qui, toutes, aboutissent au même résultat et finissent par l'endormir jusqu'à ces réveils précoces avec une chape de plomb sur la tête. Quelques années auparavant, elle a pris sans succès des benzodiazépines. Aujourd'hui, la plupart du temps, elle ne prend rien.

Il est 4 heures, Hélène sait que sa nuit est terminée, elle ne dormira plus. Elle pourrait se lever, lire sur le canapé, écouter de la musique ou jouer du piano avec la sourdine mais elle n'en a pas la force. Elle pense à sa longue journée du lendemain et a peur de ne pas y arriver. Peur de ne pas tenir debout, de trébucher, de faire des erreurs...

Ça dure parfois trois ou quatre nuits d'affilée avant qu'elle dorme une nuit complète, puis Hélène s'écroule de fatigue comme une jeune fille épuisée d'avoir trop dansé qui se laisse tomber sans force sur la piste. Elle dort alors d'un sommeil profond et sans rêve. Puis la vie recommence, parsemée de périodes de calme, où elle dort bien, surtout lorsqu'elle est en vacances à la campagne.

## VEILLE SANS RAISON

« *On veille quand il n'y a plus rien à veiller et malgré l'absence de toute raison de veiller* », écrit le philosophe Lévinas (3) pour qui l'insomnie est du domaine de la métaphysique. Elle sait que ça finira par passer, que peut-être un jour l'insomnie partira sur la pointe des pieds comme elle est venue. Peut-être lui permet-elle d'effleurer ce qu'il y a de plus fragile et de plus insaisissable chez l'être humain ? Hélène partage ainsi ses nuits d'éveil avec d'autres personnes qui cherchent elles aussi à laisser en paix leurs insomnies...

1– Sémiologie psychiatrique, P. Bernard, S. Trouvé, 1977.

2– DSM-5, APA, Elsevier Masson, 2015.

3– *De l'existence à l'existant*, E. Lévinas, Vrin, 1993.

DÉCOUVREZ  
LE PLAN D'ÉPARGNE RETRAITE  
PROPOSÉ PAR LE  
**C.G.O.S**



# Le C.G.O.S est à vos côtés **aujourd'hui pour demain !**

## Complémentaire Retraite des Hospitaliers du C.G.O.S

Elle a été créée **par des hospitaliers pour les hospitaliers**,  
**à l'initiative du C.G.O.S**, il y a 60 ans.

**100 % dédiée aux agents hospitaliers**, elle aide à  
**limiter votre perte de revenus subie** à la retraite,  
en **constituant un revenu complémentaire** à votre  
retraite de base.

Elle offre en plus une **vraie liberté de choix**, que ce  
soit sur le montant des cotisations ou sur la façon  
de récupérer l'épargne retraite le moment venu.

Découvrez tous les autres avantages sur [crh.cgos.info](http://crh.cgos.info)  
ou en appelant le **0800 005 944** (service et appel gratuits).

## Et en +

- ➔ **Offre jeunes jusqu'à 40 ans**  
Un mois de cotisation offert  
chaque année, jusqu'à vos 40 ans  
(10 ans maximum).
- ➔ **Économies d'impôt**  
Possibilité de déduire  
**100% de vos cotisations**  
de votre revenu net global  
(selon législation fiscale  
en vigueur).



**COMPLÉMENTAIRE  
RETRAITE** DES HOSPITALIERS  
L'ÉPARGNE RETRAITE DU C.G.O.S

# L'isolement : l'impossibilité d'une île

Au carrefour de la biologie, de la sociologie et de la psychologie, l'isolement interroge sur la bonne distance à trouver face au monde, à l'ordre social et à autrui.

Quand Pascal affirme que « *tout le malheur des hommes vient d'une seule chose, qui est de ne pas savoir demeurer en repos dans une chambre* (1) », il condamne davantage nos désirs que nos besoins. Il ne s'agit pas pour lui de priver le corps, mais de corriger l'esprit, qui se détourne de l'essentiel. Réprouvant sa recherche incessante de divertissement (divertissement au sens propre : ce qui nous fait sortir du chemin, celui de Dieu et de la vérité), Pascal veut nous séparer les uns des autres pour nous réunifier avec nous-mêmes. Plus qu'un but, l'isolement est un moyen de nous recentrer.

## ISOLEMENT CONTRE-NATURE

Or les liens à la nature et à autrui forment le fond entremêlé de notre être, à la manière du vivant qui circule entre les individus, les espèces, le milieu. Nous isoler reviendrait à nous amputer des ressources qui nous nourrissent et des relations qui nous élèvent.

Aussi, l'isolement semble-t-il d'abord contre-nature. Quand il frappe quelqu'un, c'est une faillite, qu'il s'agisse de l'échec involontaire de la bouderie, de l'asocialité, de l'exclusion, ou de l'échec volontaire du piquet, de la prison, de la chambre capitonnée. On éloigne les petits diables, on enferme les grands criminels et on protège les malades mentaux. Pour sauver la société qui nous permet d'être ensemble, on isole les atomes instables, potentiellement radioactifs, de même que le corps rejette le non-moi, par des mesures éducatives, judiciaires, psychiatriques. Mais l'isolement peut aussi viser n'importe qui, par la contagion de l'épidémie ou l'abus de la dictature, dans lesquelles Foucault identifie d'ailleurs des mécanismes semblables (2). Il oppose la lèpre qui conduit les villes à exclure les malades, à la peste où chacun est assigné chez soi avec des instances de contrôle omniprésentes. « *Le lépreux est pris dans une pratique du rejet, de l'exil-clôture* ;

(...) les pestiférés sont pris dans un quadrillage tactique méticuleux (...). Le grand renfermement d'une part ; le bon dressement de l'autre. La lèpre et son partage ; la peste et ses découpages. L'une est marquée ; l'autre, analysée et répartie. (...) Deux manières d'exercer le pouvoir sur les hommes, de contrôler leurs rapports, de dénouer leurs dangereux mélanges (3) ». L'isolement peut ainsi prendre la forme externe de l'exclusion individuelle ou interne de la claustration commune. On a ainsi pu s'interroger sur le bien-fondé des récentes mesures de confinement contre un coronavirus dont la létalité, de 3,4 %, était très loin des 30 à 60 % de la peste (4). Quoi qu'il en soit, loin d'être synonyme de solitude, l'isolement peut prendre la forme d'une promiscuité discontinuée.

## ISOLEMENT OU INDIVIDUALISME ?

Nos États libéraux tentent d'adoucir l'isolement, en limitant l'emprisonnement des délinquants, en tentant d'inclure les personnes en situation de handicap, en luttant contre les discriminations, l'isolement social de la vieillesse, de la pauvreté, du chômage. En revanche, ceci est sans effet sur un « individualisme radical » fondé sur la quête de performance, de services ajustés, d'un ordre social si parfait... qu'on ne se rencontre plus. Où les extrêmes de l'utopie et de la dystopie se touchent, comme dans *Matrix* qui met en scène la domination d'une intelligence artificielle. Elle tient les humains captifs dans des cellules plasmatiques par lesquelles elle ponctionne leur énergie vitale et leur envoie, en échange, le rêve d'un monde parfait. Le monde réel, lui, n'abrite plus que quelques humains résistants, éminemment vulnérables, pour qui au contraire la solidarité, le courage, la sensibilité sont vitales (5).

Nous conservons cependant la liberté de nous isoler, mais rarement pour nous séparer. Qu'est-ce que la bouderie, sinon

l'appel d'une rétractation douloureuse ? La retraite dans un ashram à Pondichéry, si ce n'est le summum d'une socialité qui veut revoir ses priorités ? Le monastère sinon la recherche du mysticisme ? L'isolement n'est à nouveau qu'un moyen, celui d'une relation, voire d'une fusion avec un matériau plus profond, plus solide, qui pulvérise les paillettes distrayantes, les faux profils, l'hypocrisie systématique.

La question est alors : comment ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain ? Comment ne pas perdre les vraies gens et les expériences authentiques en arrachant le rideau des masques et des usages sociaux ? C'est la question épineuse que pose Molière dans son *Misanthrope* (6) qui, pour fuir les défauts sociaux qui corrompent parfois les relations, délaisse « *le genre humain* » dans son entier.

## LE LIEN AU MONDE

L'isolement est donc au carrefour de la biologie, de la sociologie et de la psychologie. Il nous interroge sur la bonne distance à trouver face au monde, à l'ordre social et à autrui. Quand Durkheim remarque que le suicide est statistiquement d'autant moins probable qu'un individu entretient plus de liens sociaux (7), il fait de la mort volontaire la dernière étape d'une disparition progressive de toutes les personnes qui constituent un individu.

**Guillaume Von Der Weid**  
Professeur de philosophie

1— Pascal, B. : *Pensées*, Folio classique, 2004, fragment 168.

2— Foucault, M. : *La naissance de la biopolitique*, EHESS, Gallimard, Seuil, 2004.

3— Foucault, M. : *Surveiller et punir*, Gallimard, 1975, p. 200.

4— Sardon, J.-P. : *De la longue histoire des épidémies au covid-19, Les analyses de population et avenir*, 2020/8, n° 26, p. 1-18.

5— *Matrix*, film des sœurs Wachowski, 1999.

6— Molière, *Le misanthrope*, Folio classique, 2013.

7— Durkheim, E. : *Le suicide*, Quadrige, PUF, 2013.

## Dépasser la dissociation d'origine traumatique

### Soi fragmenté et aliénation interne

JANINA FISHER



Confrontés à des personnes souffrant de dissociation traumatique, les thérapeutes se sentent fréquemment démunis. Cet ouvrage propose une vision du trauma, de la dissociation et de l'attachement intégrant les données neurobiologiques. L'auteur expose un modèle axé sur la réparation, remplaçant la honte, le dégoût de soi et la culpabilité par une acceptation bienveillante. Grâce à ce livre, le professionnel acquiert une compréhension des approches thérapeutiques de l'attachement traumatique, prenant en compte des symptômes et troubles dissociatifs, intégrant les méthodes « *right-brain to right-brain* ». Il se forgera aussi des outils concrets pour aider les patients à créer un sentiment intérieur de sécurité et de bienveillance.

Ed. De Boeck Supérieur, janvier 2024, 35,90 €

## L'enfant en psychanalyse

MARIE-LAURE LÉANDRI, FRANÇOISE GERSTLÉ-MOGGIO, PAUL DENIS



À la sortie de la Seconde Guerre mondiale, n'oublions pas que des services hospitaliers maintiennent attachés des enfants dits « arriérés irrécupérables ». Quand les psychiatres-psychanalystes d'enfant prendront la tête de ces services, sera élaborée une vraie psychopathologie de l'enfant. La psychopathologie des troubles du sommeil, de l'alimentation, de l'hyperactivité et d'autres sont abordés par la clinique par

des psychanalystes qui reçoivent les enfants et leurs parents. Du point de vue des auteurs, seule la psychanalyse est à même de proposer une compréhension du fonctionnement psychique de l'être humain dans sa globalité. Ed. PUF, coll. *Débats en psychanalyse*, mars 2024, 20 €

## Grand manuel de psychologie de la motivation

### 2<sup>e</sup> édition – Théories et pratiques

FABIE FENOUILLET, PHILIPPE CARRE, ALBERT BANDURA, MARJORIE BERNIER ET AL.



Cette 2<sup>e</sup> édition, actualisée et augmentée, synthétise l'ensemble des savoirs théoriques et pratiques sur la motivation. Véritable état des savoirs sur ce champ de recherche, elle fait le point sur les perspectives théoriques et les implications pratiques de ce concept majeur de la psychologie.

Ed. Dunod, coll. *Éducation Sup*, janvier 2024, 43 €

## Psychothérapies des troubles du sommeil de l'adulte

ISABELLE POIROT, AGNÈS BRION



Malgré la grande fréquence des troubles du sommeil dans la population, l'intérêt des psychothérapies pour leur prise en charge reste encore peu connu. L'objectif de ce livre est de donner des outils psychothérapeutiques accessibles à tous les soignants. Après le rappel des règles physiologiques et chronobiologiques du sommeil et des aspects psychologiques, l'ouvrage introduit

dans une première partie les principes psychothérapeutiques. Des notions importantes sont abordées, comme l'analyse fonctionnelle d'un trouble ou l'importance de l'alliance thérapeutique. Une dernière partie présente les prises en charge psychothérapeutiques qui peuvent être proposées dans les autres troubles du sommeil. Elle traite aussi des troubles du sommeil dans le cadre des pathologies psychiatriques. Des cas cliniques et des fiches pratiques soutiennent les thérapeutes dans leur apprentissage des techniques.

Ed. Elsevier Masson, mars 2024, 27 €

## Pour une clinique intersubjective en psychologie et psychiatrie

NICOLAS GEORGIEFF



Psychopathologie, métapsychologie et sciences cognitives s'accordent aujourd'hui pour faire du sujet de l'action une construction qui prend sa source dans l'intersubjectivité.

L'empathie, concept devenu central, est à la base de cette interaction où la réponse attendue de l'autre prédétermine l'engagement personnel. L'auteur synthétise son parcours professionnel en psychiatrie adulte puis auprès d'enfants et d'adolescents et son goût du pluralisme dans la compréhension de l'esprit en référence à la psychanalyse, la psychopathologie clinique, les neurosciences et les sciences cognitives, la psychologie du développement. Entre modélisation du fonctionnement psychique « normal » ou ordinaire et anomalies psychopathologiques, il éclaire le processus de l'intersubjectivité, du rapport à soi et à l'autre. Avec des ouvertures sur le deuil, l'état amoureux, l'adolescence, une image novatrice de l'autisme infantile, ce livre bouscule les idées reçues.

Ed. Érès, coll. *La vie devant eux*, mars 2024, 23 €

## REÇUS À LA RÉDACTION

**LES SOINS EN PRISON : QUELLE RÉALITÉ DERRIÈRE LES MURS ?**  
Béatrice Carton, Anne Lécu  
Ed. Hygée éditions, coll. *Débats santé social*, mars 2024, 12 €

**LA DIVINISATION DU MOI**  
L'ego, indispensable et délirant  
Pierre Willequet  
Ed. L'Harmattan, coll. *Études psychanalytiques*, mars 2024, 27 €

**ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT AVEC LES NEUROSCIENCES**  
Deux pilotes à bord d'un cerveau  
Anne-Laure Nouvion  
Ed. Interéditions, coll. *Accompagnement et Coaching*, janvier 2024, 24 €

**PAROLES FOLLES DANS LA PSYCHIATRIE DU XIX<sup>e</sup> SIÈCLE**  
Camille Jaccard  
Ed. Hermann, coll. *Sciences et techniques*, février 2024, 25 €

**SÉPARATIONS FAMILIALES A L'ÈRE DU NUMÉRIQUE**  
Émilie Potin  
Ed. Érès, février 2024, 23 €

**LE TROUBLE BORDERLINE**  
Pour mieux comprendre la personnalité limite  
Jean-Pierre Guichard  
Ed. Ellipses, coll. *100 questions/Réponses*, février 2024, 16,50 €

**L'ART DE L'HYPNOSE AVEC FRANÇOIS ROUSTANG**  
Jean-Marc Benhaïem  
Ed. Odile Jacob, février 2024, 22,90 €

**L'AMOUR**  
Le ferment de l'existence  
Gérard Bonnet  
Ed. In Press, coll. *Psy pour tous*, janvier 2024, 12 €

**RELIGION, SPIRITUALITÉ, LAÏCITÉ ET SOIN**  
Les infirmières face à des questions humaines essentielles  
Arkadiusz Koselak-Maréchal  
Ed. Seli Arslan, janvier 2024, 23,50 €

**TRAITER LA DÉPRÉCIATION DE SOI**  
2<sup>e</sup> ÉDITION – Le syndrome de l'imposteur  
Kevin Chassangre, Stacey Callahan  
Ed. Dunod, coll. *Les Ateliers du praticien*, février 2024, 33 €

**QUE SONT DEVENUS LES SAVOIRS PROFESSIONNELS EN MÉDICO-SOCIAL ?**  
Philippe Chavarroche  
Ed. Érès, coll. *Trames*, février 2024, 14 €

**L'ENTRE-DEUX SEXUEL**  
Daniel Sibony  
Ed. Odile Jacob, février 2024, 24,90 €

[www.santementale.fr](http://www.santementale.fr)

Rubrique en accès libre

# Formations au moindre recours : quels repères ?

Les formations de Crisis Prevention Institute soutiennent les établissements de santé dans leur engagement en matière de réduction du recours aux isolements et aux contentions.

**D**ans les établissements de soin, et en particulier en psychiatrie, la question du recours aux isolements et aux contentions est un sujet brûlant. Si vous abordez cette question avec des personnes concernées (usagers ou professionnels), vous croiserez inévitablement plusieurs sujets de débat. Certains pensent que ces pratiques devraient être interdites... d'autres qu'elles sont en pratique « inévitables ». Certains établissements y recourent beaucoup, d'autres pas du tout. Est-ce une question de moyens ou faut-il prendre en compte d'autres facteurs ? Est-ce dû à une volonté du leadership ou à la culture des équipes soignantes ? Nous mettrons ici plus particulièrement l'accent sur un élément de débat récurrent : la formation des professionnels et les facteurs clés qui concourent à réduire efficacement l'usage de ces pratiques. Comment sont formés ces professionnels ? Les formations proposées actuellement sont-elles réellement efficaces pour répondre aux enjeux ? *Crisis Prevention Institute* (CPI) propose quelques repères issus de ses 40 ans d'expérience dans le domaine.

## VALEURS

Avant de s'engager dans une formation, il existe des questions préalables. Sur quelles valeurs s'appuie le contenu de la formation ? Sont-elles énoncées clairement et en accord avec celles des soignants et de l'établissement ? Quel équilibre observe-t-on entre la recherche légitime de sécurité des professionnels et le respect des droits fondamentaux des usagers ? Établir les valeurs qui fondent les approches est un point de départ essentiel quand on souhaite réduire efficacement les pratiques d'isolement et de contention.

## FONDEMENTS SCIENTIFIQUES ET CLINIQUES

Une formation doit justifier de ses fondements. Les professionnels en formation

continue sont en droit d'attendre des contenus qui reflètent fidèlement l'état actuel des connaissances scientifiques et cliniques et pas seulement l'expérience propre du formateur, aussi riche soit-elle. Cela ne va pas de soi, car les recherches sont souvent produites en anglais, peu synthétisées et donc difficiles d'accès pour les non-initiés. Maintenir une formation de qualité impose également un renouvellement régulier des contenus en lien avec l'évolution des connaissances. Au vu des enjeux posés par la réduction des isolements et contentions, la pertinence d'une approche fondée sur les preuves est un point critique.

## PROPORTIONNALITÉ

Si beaucoup de soignants se posent des questions sur les pratiques coercitives, tous ne sont pas confrontés aux mêmes niveaux de risque face à l'agressivité (de l'agression verbale au risque vital). Ces niveaux de risque devraient déterminer certains aspects du contenu de la formation proposée. Dans le cas contraire, la formation risque d'être sous-dimensionnée (elle ne couvre pas les risques spécifiques encourus), ou surdimensionnée (elle propose des outils inutiles et potentiellement maltraitants).

## SENTIMENT DE SÉCURITÉ

Afin de sécuriser les personnes soignées, les professionnels doivent d'abord se sentir eux-mêmes en sécurité. Difficile en effet de rassurer et de désamorcer des situations d'agressivité ou d'agitation si le soignant n'a pas confiance dans ses capacités à faire face à des comportements difficiles ou à risque. Une formation adaptée doit donc contenir un volet de connaissances et de compétences préventives, mais aussi un volet « réactif » (comment faire) pour préserver la sécurité de chacun lorsque les situations dégénèrent.

## TECHNIQUES PHYSIQUES

La formation à des interventions physiques sécurisées est souvent considérée comme un plus. Elles rassurent les professionnels lorsqu'ils doivent intervenir et peuvent constituer une alternative à l'isolement ou à la contention mécanique. Mais que sait-on réellement des techniques proposées actuellement aux soignants. Y a-t-il des risques pour la personne soignée et pour le professionnel ? Peuvent-elles faire mal ou blesser ? Une formation impliquant des techniques physiques doit répondre à ces questions de manière claire et faire l'objet d'une évaluation indépendante des risques associés.

## PRAGMATISME

Une formation qui vise à réduire le recours à l'isolement et à la contention doit, certes, apporter des éléments théoriques sur le « pourquoi », mais aussi répondre au « comment ». Que faire lorsqu'une crise éclate ? Il faut disposer d'outils pour travailler en équipe et prendre des décisions éclairées. L'objectif est d'agir rapidement pour éviter l'escalade et limiter les risques qui poussent à utiliser la coercition. La formation doit donc équiper les professionnels de première ligne d'outils opérationnels, utilisables dès qu'ils sortent de la formation.

Fidèles à ces repères, les formations de CPI aident des établissements de santé partout dans le monde à obtenir des résultats probants en matière de réduction du recours aux isolements et aux contentions.

**Contactez-nous pour en parler.**

[www.crisisprevention.com/fr-FR/](http://www.crisisprevention.com/fr-FR/)



## Améliorez la sécurité des professionnels grâce à la prévention, au désamorçage et à la gestion de la violence et de l'agressivité.

Nos programmes de formation vous aident à façonner une culture commune de prévention et à protéger les professionnels dans le respect de la dignité de vos usagers.

### Des programmes adaptés au niveau de risque

Nos formations sont opérationnelles et modulables\* en 4 niveaux selon une analyse objective du niveau de risque.



\* 1 à 4 jours selon le niveau de risque



CPI permet de donner à notre établissement un programme de formation où l'accent est mis sur **les compétences non-physiques, l'évaluation des risques et l'utilisation de la pratique la moins restrictive possible** – tout en assurant la protection à la fois des usagers et des professionnels.

DIANE T., infirmière



Les programmes CPI permettent de répondre aux obligations du DPC pour les Infirmiers Diplômés d'Etat et les aides-soignants



La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'action suivante : ACTIONS DE FORMATION

## Nos valeurs : Sollicitude, Bien-Être, Protection et Sécurité<sup>SM</sup>

Email : [frcontact@crisisprevention.com](mailto:frcontact@crisisprevention.com)

Tél. : **0805 385 347** (numéro vert, appel gratuit depuis la France métropolitaine)

Adresse : 19, rue d'Amiens - 59 800 Lille

Scannez pour en  
savoir plus sur  
nos formations



# Abolir la contention

Mathieu Bellahsen

Un plaidoyer pour une psychiatrie sans contention, à lire et faire circuler.

DOMINIQUE FRIARD

Infirmier, superviseur d'équipes.



## L'AUTEUR

Psychiatre engagé, Mathieu Bellahsen est cofondateur d'Utopsy (1), membre du Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire (2) et du Printemps de la psychiatrie (3). Il est l'auteur de *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle* (La Fabrique, 2013), et a coécrit avec R. Knaebel, *La révolte de la psychiatrie* (La Découverte 2020). Psychiatre de secteur à Asnières, il a contribué à y faire vivre une expérience inspirée de la psychothérapie institutionnelle. Pendant le premier confinement lié à la covid-19 (2020), il a lancé l'alerte concernant des enfermements abusifs dans l'établissement où il exerçait.

## L'OUVRAGE

Le livre débute par le témoignage de dix personnes « contentonnées », à un moment ou à un autre de leur parcours de soin. « *Les angoisses augmentaient mes*

*hallucinations, et plus j'hallucinais plus, j'avais besoin d'être détaché.* » Depuis longtemps, il n'est plus possible d'évoquer l'isolement et la contention sans commencer par s'appuyer sur le vécu de ceux qui subissent ces mesures (4). Selon Bellahsen, le point de vue de ceux qui composent le « *corps psychiatrique* » (les professionnels) ne doit plus être le seul pris en compte. (5)

L'ouvrage comprend trois parties : dans la première, l'auteur montre que la contention est un « *antisoïn* », dans la deuxième, il explore ce qu'il nomme « *le système contentonnaire* », une « *culture de l'entrave* », et dans la troisième, il évoque les solutions pour s'en détacher.

Je ne suis pas totalement convaincu par le concept de « *culture de l'entrave* », mais le récit du bizutage « festif » par contention d'une jeune infirmière qui quitte le service, organisé officieusement au sein d'une unité d'hospitalisation, montre bien l'inversion des valeurs, voire la perversion que véhicule la contention dans certains lieux. Nous sommes dans le service de Najman, qui vient de publier un ouvrage intitulé *Lieu d'asile. Manifeste pour une autre psychiatrie* (6). Bellahsen raconte : « *Encadrée par une dizaine de collègues en blouses blanches, la professionnelle marche à petits pas, entravée par des sangles de contention aux pieds et aux mains. La procession est filmée. L'infirmière avec un sourire gêné, parcourt les couloirs de l'unité jusqu'à la salle de bains.* » La soignante y est contrainte de se plonger dans un bain où stagnent diverses substances nauséabondes. Et la vidéo circule.

Il s'agit bien, ici, pour le chef de la procession, de défier le médecin-chef Najman, qui quittera finalement le service quelques mois après, ce que finira par faire également Bellahsen des années

plus tard, victime de lettres anonymes. Nous sommes, ici, fort loin de soignants inexpérimentés, qui ne savent comment contenir des patients dont les manifestations d'agressivité les dépassent. Nous sommes au cœur de la perversité. Il ne s'agit pas d'entraver un patient mais toute personne qui résiste. La contention, c'est ce qui transforme un soignant en un banal bourreau.

Bellahsen ne se contente pas de dénoncer, avec talent, des pratiques contentonnaires, il décrit des situations où l'éventualité d'une contention pourrait être examinée. Nous l'accompagnons dans ses gardes. Nous rencontrons Nora, Imad, Philomène, Léopold, et David. Nous le voyons tâtonner, chercher avec chacun et parfois avec leur famille un fil qui leur permettra de faire face à ce qui les envahit. C'est fragile, lumineux souvent, sans être extraordinaire. L'écoute, l'imagination sont plus efficaces, moins douloureuses et plus structurantes pour la personne et son entourage que la contention.

Un ouvrage nécessaire qu'il faut lire et relire mais qui est parfois un peu trop lapidaire sur les chiffres et les références. Il invisibilise par ailleurs les travaux infirmiers (7).

## L'INTÉRÊT POUR LES SOINS

Rappeler que la contention est un antisoïn, qu'elle est la porte ouverte à toutes les dérives, y compris perverses, que l'on peut se détacher de l'univers contentonnaire, qu'il existe une contre-culture psychiatrique défendue et élaborée aussi par des infirmiers est une démarche nécessaire. Un livre à faire circuler. Avec ses défauts.

1– Voir <https://www.utopsy.fr/>

2– Voir <https://www.collectifpsychiatrie.fr/>

3– Voir <https://printempsdelapsychiatrie.org/>

4– Friard D., *La chambre d'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ?* Éditions Hospitalières, coll. « Souffrance psychique et soins ». Janvier 1998.

5– Voir par exemple, Palazzolo J., *Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie*, Masson, Paris, 2002.

6– Najman T., *Lieu d'asile. Manifeste pour une autre psychiatrie*, Odile Jacob, Paris, 2015.

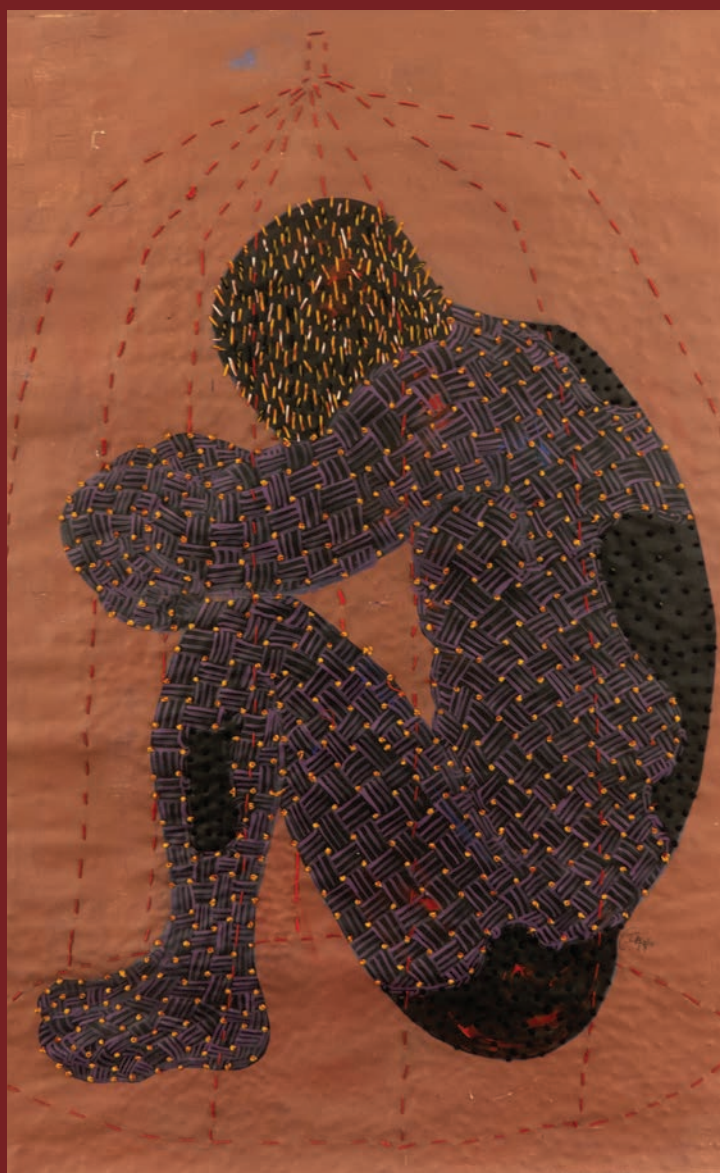
7– Friard D., Lanquetin J-P, *En psychiatrie*, in *Contention et privation de liberté des personnes soignées en institution et à domicile*, Coll. Soigner et accompagner, Éditions Lamarre, Paris, 2021.

Bellahsen M., *Abolir la contention*, Paris, Libertalia, 2023.

# Comment éviter isolement et contention ?

Comment font les établissements qui recourent peu, voire pas, aux mesures d'isolement et de contention en psychiatrie ? Au quotidien, on observe que les pratiques reposent sur la disponibilité soignante, un solide collectif de travail, une libre circulation des usagers et un choix important d'activités. Plusieurs acteurs sont engagés dans ces changements : le patient, le soignant, le gestionnaire et le politique. État des lieux et retours d'expériences.

© Ibrahim Ballo - *Donne la parole* (2022), 120x100 cm, mixed media on jeans - Courtesy Galerie Carole Kvasnevski.



- 18 **Isolement, contention : où en est-on ?**  
Esther Touitou-Burckard, Coralie Gandré, Magali Coldefy
- 26 **« L'attacher au lit ? On essaie plutôt de l'attacher à nous ! »**  
Jean-Paul Lanquetin, Magali Coldefy, Anaïs McCardell-Kulcsár, Frédéric Mougeot, Daria Rostirolla, Yvonne Quenum, Loïc Rohr, Sébastien Saetta
- 34 **Quand le passé éclaire le présent...**  
Dominique Friard, Jean-Paul Lanquetin
- 40 **Un modèle pour prévenir la coercition**  
Marie-Hélène Goulet
- 46 **De l'art d'« être avec »**  
Olivier Laurini
- 52 **Un espace digne de confiance...**  
Marion Barthelemy, Valérie Santerre
- 58 **« Nos portes restent ouvertes !... »**  
Sarah Le Baron
- 64 **Tenir bon avec « l'ingérable » Mouaad...**  
Maxence Bras, Alexandra Itzac-Alves, Camille Cerruti, Sébastien Saetta, Loïc Rohr, Jean-Paul Lanquetin
- 70 **« J'ai envie de tout défoncer... »**  
François Pytlac, Bertrand Devaud
- 74 **Plaidoyer contre les soins « contraints et forcés »**  
Stéphanie Wooley
- 80 **Moindre recours ou refus de la contention ?**  
Dominique Friard
- 88 **Pour en savoir plus**

# Isolement, contention : où en est-on ?

Une étude dresse un panorama inédit des populations concernées par les mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie. Elle pointe l'ampleur des variations du recours à ces pratiques entre les établissements.

■ L'isolement et la contention en psychiatrie constituent des pratiques de dernier recours destinées à répondre à des situations de crise. Elles ne doivent être mises en œuvre qu'à titre exceptionnel, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour la personne hospitalisée ou autrui, après échec de mesures moins restrictives de liberté, de façon proportionnée et graduée, avec une durée limitée et sur la base d'arguments cliniques. En France, l'usage de ces mesures est autorisé uniquement dans le cadre d'hospitalisations complètes sans consentement, hors mesures d'urgence transitoires (12 heures maximum). Elles sont encadrées par des recommandations récentes de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé (HAS, 2017).

La réduction de ces mesures coercitives figure à l'agenda politique international, en lien avec une approche de la santé mentale

fondée sur les droits de l'homme mais aussi avec l'absence de preuves de leur bénéfice thérapeutique et leurs possibles effets indésirables, notamment concernant la contention (problèmes circulatoires et cutanés, atrophie musculaire, stress post-traumatique, aggravation des symptômes du trouble psychique...). Cependant, la définition des pratiques concernées, leur encadrement et les politiques dédiées à soutenir leur réduction varient fortement entre les pays, et notamment en Europe (voir encadré p. 21).

En France, la limitation du recours aux mesures d'isolement et de contention figure parmi les objectifs de la Feuille de route ministérielle santé mentale et psychiatrie (1). Elle est soutenue par un cadre législatif à visée dissuasive évolutif depuis 2016, qui a conduit à l'instauration de l'intervention du Juge des libertés et de la détention (JLD) pour contrôler leur mise en œuvre (2). Cet encadrement singularise l'usage de ces mesures en psychiatrie car le législateur ne statue habituellement pas sur le recours à une pratique médicale. Cette spécificité souligne les enjeux éthiques et juridiques associés à l'isolement et à la contention, qui cristallisent les débats opposant libertés individuelles et protection de la santé

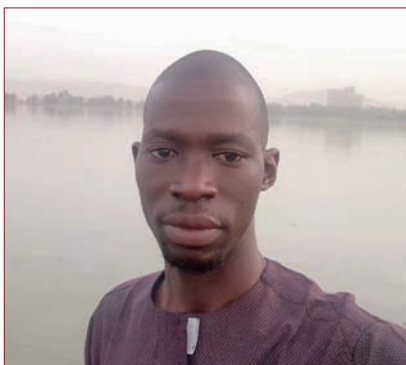
**Esther TOUITOU-BURCKARD,  
Coralie GANDRÉ, Magali COLDEFY**

Chercheuses, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

© Ibrahim Ballo - Pensée jaune (2022) - 89 x 89 cm, acrylique, tissage et broderie sur jeans - Courtesy Galerie Carole Kvasnevski



Ibrahim Ballo @ Galerie Carole Kvasnevski.



### L'artiste du mois Ibrahim Ballo

Ibrahim Ballo présente une œuvre moderne et lumineuse, à la croisée de la peinture et du tissage traditionnel des femmes de Sénoufo (Mali). Dans ses tableaux, des réseaux de lignes tracées à l'acrylique s'entrecroisent avec des fils noués, créant une multitude de points de jonction et du relief à la surface de la toile. Porteur d'une histoire à plusieurs niveaux, le coton véhicule des histoires de circulation, de migration et d'appropriation. Il interfère ici avec la modernité de l'acrylique.

« Le tissage, pour moi, explique l'artiste, c'est une contribution, un hommage à mes ancêtres, tandis que la peinture fait lien avec ce passé. » Avec ses personnages « entourés », comme enfermés en eux-mêmes ou repliés sur leurs blessures intimes, Ibrahim Ballo évoque subtilement les oppressions, les inégalités, la marginalité et l'exclusion.

« Je cherche à faire une synthèse entre monde contemporain et signification historique, dénonçant le consumérisme et les problèmes sociétaux. Dans mes compositions, les personnages masqués explorent l'absence de communication émotionnelle. Le masque questionne leur identité et établit une barrière sociale. Loin du chaos du monde, ils se plongent en hibernation, dans un rituel de méditation pour se distancier des fausses apparences, des trahisons et illusions de toutes sortes. »

Pour l'artiste, l'ouverture à d'autres cultures et aux différences, le lien à la nature, l'art et la beauté peuvent aider à mieux vivre. Dans ses œuvres, les couleurs symbolisent l'harmonie et le rêve d'un monde meilleur, sans barrière. Une œuvre puissante et poétique.

Ibrahim Ballo, né en 1986, vit et travaille à Bamako au Mali.

• **En savoir plus :** Galerie Carole Kvasnevski, Paris XVII<sup>e</sup>, [www.galeriecarolekvasnevski.com](http://www.galeriecarolekvasnevski.com), [carolekvasnevski@galeriecarolekvasnevski.com](mailto:carolekvasnevski@galeriecarolekvasnevski.com)

et des personnes (voir aussi l'article de D. Friard, p. 34).

Pour accompagner ces évolutions récentes, un recueil obligatoire des mesures d'isolement et de contention mécanique a été mis en place depuis 2018 dans les établissements de santé délivrant des soins sans consentement.

Ce recueil a connu une montée en charge progressive et peut désormais être exploité, via sa mise à disposition au sein du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-p), qui regroupe les données médico-administratives décrivant l'activité de soins des établissements autorisés en psychiatrie. Cet outil nous permet de dresser un panorama de l'usage de ces mesures à l'échelle nationale en France en 2022, en termes d'ampleur, de personnes concernées et de variations entre les différents établissements. Ces éléments chiffrés sont issus du premier volet du projet de recherche Ricochet (voir encadré p. 22) (Touitou-Burckard et al., 2024).

### COMBIEN DE PERSONNES CONCERNÉES ?

On relève que **l'usage des mesures d'isolement et de contention ne se limite pas à une minorité de personnes.**

— En 2022, 285 947 personnes majeures ont été hospitalisées à temps plein en psychiatrie sur le territoire. 27 % d'entre elles l'ont été au moins une fois sans leur consentement. Le recours à l'isolement concerne 27 762 personnes, soit 37 % de celles hospitalisées au moins une fois en soins sans consentement et 10 % de celles hospitalisées au moins une fois à temps plein en psychiatrie.

— Au cours de ces mesures d'isolement, une mesure de contention mécanique a été mise en place pour 7 979 personnes, représentant 11 % des personnes hospitalisées au moins une fois en soins sans consentement et 3 % de celles hospitalisées au moins une fois à temps plein en psychiatrie (voir graphique 1 page suivante). En outre, des mesures d'isolement et de contention sont constatées en soins libres (0,9 % des hospitalisations à temps plein pour l'isolement et 0,2 % pour la contention), pouvant correspondre à des mesures d'urgence transitoires, permises par la loi, avant résolution de la situation critique ou des usages hors indications légales de ces mesures.

En France, en 2022, le recours aux mesures d'isolement en psychiatrie a

ainsi concerné près de 52 personnes sur 100 000 habitants majeurs et le recours aux mesures de contention mécanique près de 15 personnes sur 100 000 habitants majeurs. Bien que les comparaisons internationales doivent être effectuées avec une grande précaution — notamment du fait de variations dans les méthodes de recueil —, les estimations les plus récentes disponibles dans neuf pays suggèrent que la France se situe au-dessus de la médiane pour le recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique par habitant, et de façon particulièrement marquée pour la contention (Savage et al., 2024).

### DES HOMMES JEUNES, DES SUIVIS COMPLEXES

Les données montrent que **ces mesures sont majoritairement mobilisées pour des hommes jeunes et dans le cadre de prises en charge complexes.**

— Ainsi, dans plus de deux tiers des cas, ces mesures concernent des hommes. Par comparaison, la population hospitalisée à temps plein en soins sans consentement n'ayant pas eu de mesure d'isolement (ni de contention mécanique) est également majoritairement masculine mais moins nettement.

Le recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique affecte par ailleurs des personnes relativement jeunes (âge médian respectivement de 35 et 37 ans, inférieur à celui des autres personnes avec des soins sans consentement), ce qui questionne l'impact possible sur leurs parcours de santé et de vie ultérieurs.

— Plus d'un quart d'entre elles présentent une vulnérabilité socio-économique. Elles sont en effet bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) visant à favoriser l'accessibilité financière des soins pour les individus aux plus faibles revenus, et cette proportion est plus élevée chez les patients mis à l'isolement comparativement au reste de la population hospitalisée sans son consentement.

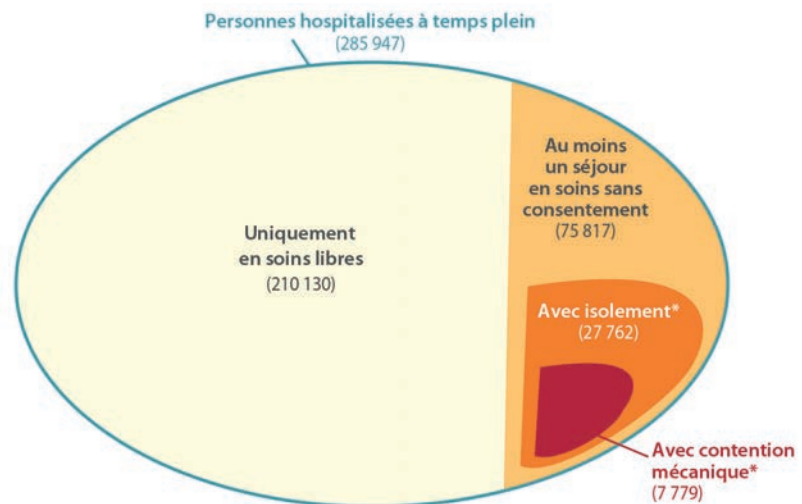
— Par ailleurs, les personnes avec des mesures d'isolement ou de contention ont un nombre de journées de prise en charge en hospitalisation à temps plein annuel médian bien supérieur à celui des autres personnes hospitalisées sans leur consentement, qui est encore augmenté pour les personnes ayant également connu des mesures de contention mécanique, indiquant une intensité de soins plus importante pour ces personnes (Touitou-Burckard et al., 2024).

– Les séjours comportant un recours à l'isolement ou à la contention ont plus fréquemment débuté par un passage aux urgences, suggérant que ce recours intervient dans le cadre de situations de crise, ou pour des personnes en rupture de soins sans possibilité d'adressage vers l'hospitalisation.

– Concernant les pathologies, ces séjours sont liés dans près de la moitié des cas à la prise en charge d'un trouble psychotique, suivie par la prise en charge d'un trouble bipolaire ou d'un épisode maniaque, puis d'un trouble de la personnalité ou du comportement.

Si les différences demeurent limitées, ce dernier groupe de troubles est celui pour lequel la surreprésentation en comparaison aux séjours sans consentement mais sans mesure d'isolement ou de contention est la plus marquée (Touitou-Burckard et al., 2024). D'après les recommandations de bonnes pratiques, les mesures d'isolement et de contention ne peuvent être mobilisées que pour prévenir « une violence imminente du patient » ou répondre 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 » (HAS, 2017). Des phases d'auto ou d'hétéroagressivité et d'agitation psychomotrice surviennent plus fréquemment lors d'épisodes maniaques ou psychotiques ainsi que pour les troubles de la personnalité, ce qui pourrait expliquer que leur prise en charge représente la majorité des séjours avec des mesures d'isolement et de contention. Cela invite néanmoins à interroger les alternatives qui auraient pu être déployées ou qui n'ont pas fonctionné. De plus, les séjours pour déficiences intellectuelles et trouble du développement psychologique (dont les troubles du spectre de l'autisme) – pour lesquels l'hospitalisation psychiatrique n'est pas le mode de prise en charge recommandé – sont surreprésentés dans les séjours associés à des mesures d'isolement et de contention mécanique en comparaison à leur fréquence au sein des hospitalisations à temps plein sans consentement pour lesquels aucune de ces mesures n'est mise en œuvre (Touitou-Burckard et al., 2024). Cela suggère que de telles mesures pourraient être mobilisées dans certains cas pour compenser des difficultés à répondre aux besoins spécifiques de populations vulnérables dont la prise en charge nécessite des adaptations.

## Recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie en 2022



Source : Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P)

**Champ :** Personnes adultes hospitalisées à temps plein en psychiatrie, France entière, en 2022. Les mesures d'isolement et de contention rapportées dans le recueil dédié mais réalisées hors soins sans consentement sont exclues du calcul du recours à ces mesures.

\* Personnes avec au moins une mesure d'isolement et/ou de contention lors d'un séjour d'hospitalisation à temps plein sans consentement.

## Isolement et contention en psychiatrie en Europe : des pratiques hétérogènes

L'usage de mesures coercitives en psychiatrie, pouvant porter atteinte aux droits et libertés des personnes concernées, est observé dans l'ensemble des pays européens. Néanmoins, l'encadrement de ces mesures connaît des variations importantes bien que le recours à un juge pour contrôler leur mise en œuvre soit commun à plusieurs pays, tels la France, l'Allemagne, l'Espagne et les Pays-Bas, ce dernier pays présentant la particularité de réguler l'usage de la contention chimique, c'est-à-dire l'administration forcée de traitements psychotropes.

D'autres variations entre pays incluent l'interdiction du recours à toute forme d'isolement et de contention (uniquement en Islande), ou à la contention mécanique, comme en Angleterre. D'autres pays encore autorisent l'usage de mesures de contention en psychiatrie en dehors du seul cadre des hospitalisations sans consentement, comme en Norvège.

En outre, des définitions différentes existent pour une même pratique. Dans la plupart des contextes nationaux, l'isolement s'accompagne de la surveillance constante d'un soignant, alors qu'en France la personne est placée seule dans une pièce. Par ailleurs, les durées de mise en œuvre de ces mesures et de réévaluation obligatoire de la pertinence de leur prolongation sont diverses selon les pays.

Si la réduction de l'usage de ces mesures en psychiatrie est un objectif partagé, les incitations et politiques dédiées demeurent également fluctuantes. En particulier, seules la Norvège et l'Angleterre utilisent les données relatives à l'usage de ces mesures comme de véritables indicateurs de qualité des soins psychiatriques. En outre, si de nombreuses initiatives et plans nationaux (notamment en Scandinavie), visant à réduire le recours à ces mesures, ont été développés en Europe, leurs effets s'avèrent peu pérennes tandis que certains pays, tels la Slovaquie, n'ont mis en place aucune politique dédiée à ce jour.

Ces différences de définitions, législations, ainsi que des systèmes d'information variables rendent les comparaisons internationales d'usage de ces pratiques difficiles et appellent à des interprétations prudentes.

• Pour plus d'informations, voir le site de l'initiative *Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services* (<https://fostren.eu/>).

— Enfin, on observe une surreprésentation des hospitalisations sans consentement pour soins aux détenus au sein des séjours au cours desquels des mesures d'isolement ont été mises en œuvre, en comparaison aux autres hospitalisations sans consentement (Touitou-Burckard et al., 2024) qui

de 30 % des séjours d'hospitalisation à temps plein sans consentement par établissement pour les mesures d'isolement et près de 8 % pour les mesures de contention mécanique. Néanmoins, ces valeurs moyennes masquent de fortes différences, comme l'illustre la position des différents

mettre en regard deux groupes spécifiques au sein des établissements de santé délivrant des soins sans consentement.

Un groupe, composé de 29 établissements, présente un taux de recours moyen à l'isolement cinq fois inférieur au groupe opposé comportant 44 établissements, et un taux

“ **Au vu des enjeux éthiques, des politiques plus ambitieuses et structurelles restent à penser dès à présent pour qu'une réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique concerne effectivement tous les établissements.** »

interroge également. Elle pourrait traduire une fréquence plus élevée d'épisodes violents au sein de cette population, mais suggère aussi que ces mesures peuvent être mises en œuvre pour répondre à des exigences de sécurité (non justifiées sur le plan purement clinique), mais liées à des difficultés organisationnelles. En outre, des mesures antérieures d'isolement/contention ou des antécédents de séjours en unités pour malades difficiles (UMD) sont plus fréquemment observés pour les séjours au cours desquels des mesures d'isolement et de contention mécanique sont mobilisées. Cela peut être un marqueur de sévérité du trouble des personnes concernées mais aussi traduire une méfiance de la part des équipes soignantes vis-à-vis de ces personnes, les conduisant à recourir plus fréquemment à ces mesures.

### DES PRATIQUES HÉTÉROGÈNES

On remarque **d'importantes variations entre établissements dans le recours aux mesures d'isolement et de contention.**

Le taux moyen de recours atteint près

établissements par rapport aux valeurs nationales, qui montre que les variations observées ne sont pas uniquement liées à quelques établissements avec des valeurs extrêmes (graphique ci-contre).

En outre, les taux minimum et maximum de recours à ces pratiques présentent un fort écart, avec des établissements déclarant ne jamais recourir à ces pratiques (11 établissements concernés pour l'isolement et 32 pour la contention), et d'autres y recourant de façon marquée (14 établissements avec des mesures d'isolement pour plus de 50 % de leurs séjours en soins sans consentement et un taux maximum allant jusqu'à 78 % ; et 18 établissements avec des mesures de contention pour plus de 20 % de ces séjours, avec un taux maximum allant jusqu'à 36 %) (graphique ci-contre).

### DES RÉSULTATS À CREUSER

Une typologie exploratoire (4), visant à identifier des classes d'établissements ayant des pratiques proches en matière d'isolement et de contention, permet de

de recours moyen à la contention vingt fois inférieur. La part de personnes hospitalisées en soins sans consentement est également plus faible dans ce premier groupe par rapport à l'ensemble des établissements considérés. Cette analyse exploratoire ne montre pas de différences significatives entre les deux groupes opposés, en termes de dotation en personnel médical et soignant, de taux d'occupation des lits, d'admissions par les urgences, de populations prises en charge (en termes de sévérité des troubles), de caractéristiques des territoires couverts (urbanicité, précarité, fragmentation sociale ou prévalence des troubles sévères), ni de développement de l'ambulatoire et de l'aller vers.

Les établissements ayant un recours faible à l'isolement et à la contention sont cependant plus souvent pluridisciplinaires et de taille réduite (96 lits de psychiatrie en moyenne contre 154 pour le second groupe). Un élément qui pourrait expliquer ce résultat est que plus l'établissement est de taille importante, plus il peut être compliqué de porter et mettre en place une politique volontariste de réduction des pratiques d'isolement et de contention partagée par l'ensemble des services et des acteurs de l'établissement, qui semble être un levier important pour atteindre ces objectifs de réduction.

Néanmoins, ce résultat exploratoire peut également traduire en partie le fait qu'un établissement de grande taille, avec plusieurs secteurs, peut recouvrir des situations et pratiques diverses d'un service à l'autre, et que la moyenne par établissement reflète alors mal cette variabilité intra-établissements. Des premiers éléments qualitatifs issus du projet *Plaid-Care* (Psychiatrie et libertés individuelles) (5)

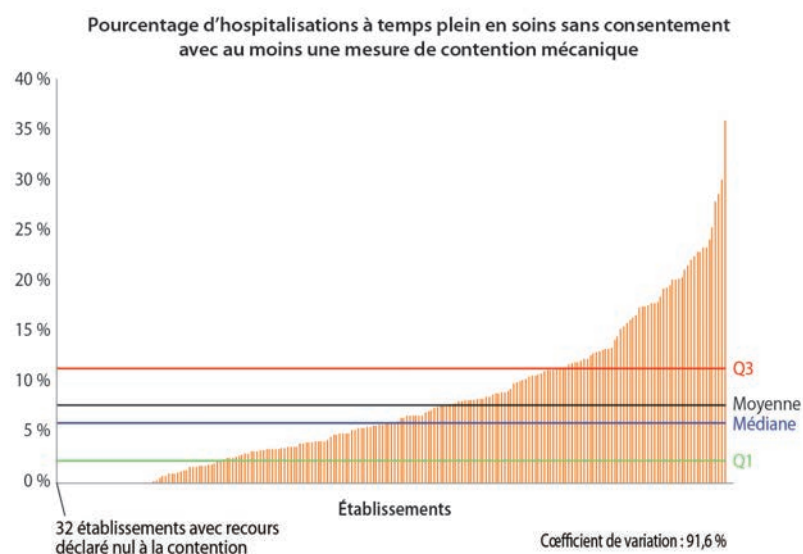
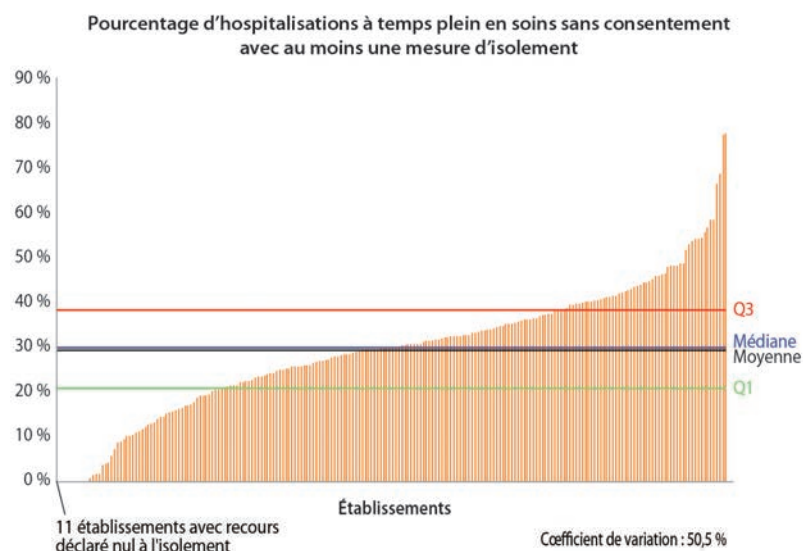
## Le projet Ricochet

Conduit par l'Idres, le projet Ricochet (Recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie, analyse des variations entre établissements et facteurs associés à l'échelle nationale) vise à quantifier à l'échelle nationale le recours à l'isolement et à la contention mécanique en psychiatrie, ses variations entre établissements ainsi que les principaux facteurs associés. Il est soutenu par une bourse du Congrès français de psychiatrie pour l'accueil d'un stage de master 2 dédié à ce sujet. Il comprend deux volets : le premier, synthétisé dans cet article, est essentiellement descriptif, et le second, en cours, a pour objectif d'identifier des éléments explicatifs des variations du recours à l'isolement et à la contention entre établissements (résultats attendus fin 2024).

Ces deux volets sont réalisés en collaboration avec le projet de recherche *Plaid-Care* (Psychiatrie et libertés individuelles : étude d'établissements caractérisés par un moindre recours à la coercition) (voir aussi l'article de S. Saetta et al, p. 26) qui apporte des éclairages supplémentaires..

• **Étude Ricochet : variations du Recours à l'Isolement et à la Contention en psyCHIatrie entre Établissements, les Actualités en ligne de Santé mentale, 20 novembre 2023, <https://www.santementale.fr/2023/11/etude-ricochet-variations-du-recours-a-isolement-et-a-la-contention-en-psychiatrie-entre-etablissements/>**

## Distribution des taux de recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique par établissement délivrant des soins sans consentement (n=220)



Source : Rim-P

**Q1** : Limite supérieure du premier quartile

**Q3** : Limite inférieure du dernier quartile

**Champ** : Hospitalisations à temps plein en soins sans consentement en 2022 (hors celles réalisées dans des établissements non désignés pour réaliser de tels soins) en psychiatrie générale (hors hospitalisations réalisées dans des unités pour malades difficiles ou dans des unités hospitalières spécialement aménagées) pour des patients adultes, France hexagonale, après suppression des données des établissements pour lesquels le recueil des mesures d'isolement et de contention mécanique était de mauvaise qualité (n = 9) ou qui participaient de façon ponctuelle aux soins sans consentement (moins de 30 séjours par an, n = 13).

**Lecture** : Chaque barre verticale représente le taux d'hospitalisations à temps plein en soins sans consentement avec au moins une mesure d'isolement ou de contention mécanique dans un des établissements retenus dans l'analyse. Seuls les établissements avec des taux de recours nuls ne sont pas représentés. Les barres horizontales permettent de positionner chaque établissement par rapport aux valeurs nationales du taux de recours aux mesures d'isolement ou de contention mécanique calculé par établissement.

(voir l'article de S. Saetta et al., p.26) font émerger que, dans certains établissements enquêtés, des secteurs ou pôles, traversés d'une histoire et d'une culture spécifique, connaissent des difficultés à faire perdurer des pratiques de moindre recours à la coercition en leur sein. Cela souligne l'intérêt de réaliser des analyses à des échelles plus fines, tel que le secteur ou le service, mais pour lesquelles les données ne sont pas disponibles actuellement à l'échelle nationale. Enfin, il est observé une plus faible part de détenus accueillis dans les établissements pratiquant peu l'isolement et la contention, qui questionne leur capacité à accueillir des situations nécessitant des conditions de sécurité particulières (c'est le cas notamment des établissements soutenant une politique de portes ouvertes). Ces premiers éléments exploratoires appellent à poursuivre les travaux pour mieux comprendre ces pratiques différenciées en matière d'isolement et de contention. Nos perspectives de recherche, dans le cadre du second volet du projet Ricochet, incluent une analyse multivariée à l'échelle nationale des déterminants de ces variations. Elle inclura des facteurs liés aux caractéristiques des patients, des établissements et de leur environnement, qui permettront d'identifier d'autres leviers éventuels d'un plus faible recours à ces mesures. En outre, le suivi du recours à ces mesures demeure à poursuivre au fil du temps, en intégrant de nouvelles dimensions, dont la prise en compte et l'évolution de la durée de leur mise en œuvre, spécifiquement ciblée par le nouveau cadre législatif régulant leur usage, mais nécessitant à ce stade des précautions majeures avant de pouvoir être comparée entre établissements. Ce suivi pourrait également utilement inclure l'étude du recours à ces mesures dans d'autres champs que celui de la psychiatrie, comme dans les services d'urgences générales, dans le secteur médico-social et en gériatrie où leur usage pose également question mais ne fait pas l'objet d'un recueil dédié.

### EN CONCLUSION

Au vu des enjeux éthiques, des politiques plus ambitieuses et structurelles restent à penser dès à présent pour qu'une réduction du recours à ces mesures concerne effectivement tous les établissements. Elle pourrait par exemple systématiquement figurer parmi les objectifs des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements de

santé et des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) ainsi que dans les outils d'évaluation de la qualité des soins hospitaliers. Cela est à combiner à un suivi régulier et proactif par les Agences régionales de santé (ARS), soutenu récemment par une déclinaison régionale de la feuille de route santé mentale et psychiatrie comptant parmi les indicateurs de résultats le taux d'évolution du nombre de mesures d'isolement et de contention (5). Néanmoins, il est nécessaire de donner au préalable les moyens aux équipes soignantes d'atteindre les objectifs de réduction du recours à ces mesures, dans un contexte démographique défavorable pour les professionnels exerçant en psychiatrie hospitalière. À cette fin, il est possible de s'appuyer sur la systématisation des formations à la gestion des situations de crise et de violence, des exercices réflexifs sur les pratiques et d'outils permettant de recueillir les préférences des patients en amont de la survenue de ces situations, en s'appuyant sur des programmes notamment mobilisés à l'étranger comme les modèles « *Safewards* » (6), « *Six core strategies* » (7) ou « *Qualityright* » (8) (Duffy and Kelly, 2023 ; Gooding et al., 2018). Une piste consiste également à soutenir l'évaluation et la diffusion d'innovations organisationnelles pour faciliter la prise en charge des situations critiques en intra-hospitalier, par exemple

des plateaux d'appui à la gestion de la violence ou des centres renforcés d'urgences psychiatriques, mais aussi pour prévenir ces situations en amont par des dispositifs extra-hospitaliers comme les équipes mobiles de crise, les maisons de répit ou le soutien intensif à domicile. Enfin, d'autres pratiques, comme la présence de services fermés ou le recours à la contention physique et à la médication forcée, gagneraient à être documentées à l'échelle nationale en France à travers les systèmes d'information existants.

1 – Présentée en juin 2018, la Feuille de route ministérielle santé mentale et psychiatrie décline une cinquantaine d'actions. Elle est régulièrement mise à jour, voir le dernier point d'étape sur le site du ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités.

2 – Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. 72

3 – En savoir plus sur le Rim-p : [www.atih.sante.fr/psy/presentation](http://www.atih.sante.fr/psy/presentation)

4 – Mobilisant des méthodes quantitatives d'analyse en composantes principales et de classification ascendante hiérarchique.

5 – Instruction interministérielle relative au suivi du déploiement territorial et au renforcement du pilotage national de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie, 28 novembre 2023, *Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité* n° 2023/23 du 15 décembre 2023

6 – En savoir plus sur le programme international *Safewards*, [www.coe.int/fr/web/bioethics/hospital-based-initiatives/-/highest\\_rated\\_assets/2fqlxqVUZDqT/content/safewards-international](http://www.coe.int/fr/web/bioethics/hospital-based-initiatives/-/highest_rated_assets/2fqlxqVUZDqT/content/safewards-international)

7 – *Six core strategies*, Voir <https://www.nasmhpd.org/content/six-core-strategies-reduce-seclusion-and-restraint-use>

8 – À propos de *QualityRights*, Voir [www.epsm-lille-metropole.fr/qr](http://www.epsm-lille-metropole.fr/qr)

### BIBLIOGRAPHIE

- Duffy, R.M., Kelly, B.D., 2023. *Can the World Health Organisation's QualityRights initiative help reduce coercive practices in psychiatry in Ireland?* *Irish Journal of Psychological Medicine* 40, 114–117.
- Gooding, P., McSherry, B., Roper, C., Grey, F., 2018. *Alternatives to coercion in mental health settings: a literature review.*
- HAS, 2017. *Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandations pour la pratique clinique.* Haute autorité de santé.
- Savage, M.K., Lepping, P., Newton-Howes, G., Arnold, R., Staggs, V.S., Kisely, S., Hasegawa, T., Reid, K.S., Noorthoorn, E.O., 2024. *Comparison of coercive practices in worldwide mental healthcare: overcoming difficulties resulting from variations in monitoring strategies.* *BJPsych Open* 10, e26.
- Touitou-Burckard, E., Gandré, C., Coldefy, M., Ellini, A., Saetta, S., 2024. *Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements.* *Question d'économie de la santé*, n° 286, février 2024, <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/286-isolement-et-contention-en-psychiatrie-en-2022.pdf>

**Résumé :** L'isolement et la contention en psychiatrie constituent des pratiques de dernier recours destinées à répondre à des situations de crise et ne devant être mises en œuvre qu'à titre exceptionnel, en accord avec les recommandations de bonnes pratiques. La réduction de leur usage, inscrite à l'agenda politique international, figure, en France, parmi les objectifs de la Feuille de route ministérielle santé mentale et psychiatrie lancée en 2018 et s'appuie sur un nouveau cadre législatif à visée dissuasive. Dans ce contexte, cette étude fournit des données actualisées sur le recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie à l'échelle nationale, propose un panorama inédit des populations concernées et des variations de ce recours entre établissements de santé, et identifie des premières pistes de caractéristiques associées à ces variations. En 2022, plus d'un tiers des personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement en psychiatrie ont connu une mise à l'isolement tandis que l'usage de la contention mécanique est observé pour plus de 10 % de ces personnes. L'emploi de ces mesures varie de façon marquée entre les établissements, certains d'entre eux se singularisant par l'absence totale d'usage de ces pratiques. Les établissements avec le plus faible recours à ces mesures sont généralement des établissements de petite taille, avec un plus faible taux de soins sans consentement. Ils ne semblent pas se distinguer des autres par des ressources plus importantes en personnel ou des territoires à couvrir moins précaires, socialement fragmentés ou urbanisés, même si des recherches complémentaires demeurent nécessaires pour confirmer ces premiers résultats exploratoires.

**Mots-clés :** Contention – Enquête nationale – Étude comparative – France – Hôpital psychiatrique – Isolement – Psychiatrie – Statistique.

9<sup>e</sup> ÉDITION

# PRIX ÉQUIPES SOIGNANTES EN PSYCHIATRIE 2024



Pour participer, rendez-vous sur [prixequipessoignantes.santementale.fr](https://prixequipessoignantes.santementale.fr)  
Date limite de candidature : 30 juin 2024

1<sup>er</sup> PRIX : 3 000 € • 2<sup>e</sup> PRIX : 2 000 € • 3<sup>e</sup> PRIX : 1 000 €  
Remise des prix dans le cadre des



**santé mentale**  
Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie





« L'attacher au lit ? On  
plutôt de l'attacher à

Une disponibilité soignante, un solide collectif de travail, une libre circulation revendiquée, un choix d'activités important, une culture du soin spécifique : les résultats préliminaires de la recherche Plaid-Care mettent en évidence les éléments communs aux établissements de psychiatrie peu coercitifs.

Le recours à la « coercition » (1), notamment aux mesures d'isolement et de contention mécanique, est fréquent en psychiatrie. Il s'observe dans la majeure partie des pays à hauts revenus, avec cependant d'importantes disparités (entre et à l'intérieur des pays (2)). L'étude Ricochet (voir aussi l'article de C. Gandré et al, p. 18) rend compte d'une situation française qui interroge. Au-delà de la fréquence du recours à ces mesures, voire d'une augmentation de l'isolement repérée ces trente dernières années, on est surtout frappé par de très fortes disparités : tandis que des établissements semblent ne pas recourir à l'isolement et/ou à la contention, d'autres affichent des taux extrêmement élevés. L'attention est aussi souvent portée sur les seconds, notamment à la suite des visites du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) (3) ou à des documentaires (4), aux retentissements médiatiques conséquents. Cela contribue

à donner une image partielle et négative de la psychiatrie française qui pourtant, et du fait d'une histoire spécifique (voir aussi l'article de J.-L. Lanquetin et al, p. 64) (5), compte des établissements qui diminuent considérablement voire ne recourent pas à ces mesures. Ils suscitent même bien souvent de l'incrédulité de la part des autres professionnels de santé. « *Ils n'ont pas les mêmes patients* » ; « *Ils envoient leurs patients difficiles ailleurs* » ; « *Ils recourent davantage à la sédation* » ; « *Ils ont davantage de fugues* » ; « *Ils ont davantage de moyens* ». Tout se passe comme si la possibilité d'une psychiatrie pas ou peu coercitive était impensable, voire irresponsable, au regard de la protection de la société mais aussi de celle du patient et des soignants.

À rebours de ces représentations, la recherche Plaid-Care (6) s'est construite sur une idée simple : prendre au sérieux ces établissements moins coercitifs et se tourner vers eux pour les identifier et mieux comprendre leur histoire et leur fonctionnement. Ce travail s'est aussi construit sur une coopération entre des chercheurs de différentes disciplines : soins infirmiers, sociologie, mais aussi géographie. Dans la littérature (7), le moindre recours à la coercition implique en effet plusieurs types de facteurs, relatifs au service de soins (niveau micro), à l'organisation (niveau méso) et aux politiques territoriales et nationales (niveau macro). Adopter une perspective pluridisciplinaire permet ainsi d'embrasser l'ensemble de ces facteurs et d'en étudier l'articulation « en vie réelle » (8). La recherche s'est alors structurée autour de trois tâches :

- le recensement des établissements coercitifs et des facteurs de la moindre coercition (9) ;
- l'étude approfondie d'établissements français caractérisés par une antériorité en

**Jean-Paul LANQUETIN<sup>1</sup>,  
Magali COLDEFY<sup>2</sup>, Anaïs  
MCCARDELL-KULCSÁR<sup>3</sup>, Frédéric  
MOUGEOT<sup>4</sup>, Daria ROSTIROLLA<sup>5</sup>,  
Yvonne QUENUM<sup>6</sup>, Loïc ROHR<sup>7</sup>,  
Sébastien SAETTA<sup>8</sup>**

- 1- Infirmier ISP, chercheur, GRSIpsy ;  
2- Géographe, Irdes ; 3- Etudiante en sociologie, Université Paris 8, ENSEIS Recherche ;  
4- Sociologue, directeur d'ENSEIS Recherche, chercheur associé au Centre Max Weber ;  
5- Psychologue-anthropologue, ENSEIS Recherche ; 6- infirmière, chercheuse, équipe mobile de crise, CHU de Saint-Etienne ; 7- Infirmier, chercheur, CH de Saint Cyr au Mont d'Or ;  
8- Sociologue à ENSEIS recherche, chercheur associé au CHU de Saint-Etienne et au Centre Max Weber, coordinateur du projet Plaid-Care.

essaie  
nous ! »

matière de moindre recours à la coercition (voir aussi encadré Méthodologie) ;

– l'étude d'établissements engagés dans un processus de diminution du recours à la coercition.

Cette contribution se centre sur une première analyse des données recueillies lors de l'investigation des établissements historiquement concernés par ce moindre recours et sur des premiers résultats. Elle est aussi axée sur ce qui, au quotidien, semble directement concourir à ce moindre recours sur l'ensemble des établissements, autrement dit, des leviers transversaux aux quatre sites investigués et des formes d'invariants.

### LES ÉTABLISSEMENTS ÉTUDIÉS, LES DONNÉES

– Le Centre hospitalier Valvert (CHV) (voir aussi l'article d'A. Itrac-Alves et al., p. 64), de taille moyenne, couvre quatre secteurs de psychiatrie de Marseille (environ 330 000 habitants). Il a été construit

dans les années 1970 au sein d'un grand terrain arboré.

– Le Centre hospitalier Buech-Durance (CHBD) (voir aussi l'article de S. Lebaron, et al., p. 58), situé en milieu rural dans les Hautes-Alpes, est un hôpital général comprenant un pôle de psychiatrie adulte de petite taille accueillant l'ensemble des personnes en soins sans consentement du département, soit deux secteurs de psychiatrie (environ 140 000 habitants), ainsi que les personnes en soins libres de l'un des deux secteurs (environ 85 000 habitants). Entouré de montagnes, il a été construit à la fin des années 1950 au sein d'un grand terrain arboré, à proximité de Laragne-Montéglin (environ 3 500 habitants).

Concernant ces deux établissements, sectorisés, et dont le constat de la moindre coercition s'applique à l'ensemble de l'institution, on se demande ainsi où ils pourraient bien envoyer leurs patients difficiles...

– Les deux autres sites investigués sont des secteurs situés au sein de gros établisse-

ments, à savoir le Groupement hospitalier universitaire (GHU) Paris psychiatrie et neurosciences, une regroupement d'établissements couvrant 17 secteurs de psychiatrie générale, et l'Établissement public de santé mentale (EPSM) Lille Métropole, qui regroupe 9 secteurs de psychiatrie générale. Les deux secteurs investigués (75G03 et G21) couvrent respectivement des populations de 97 000 et 88 000 habitants. Les deux unités d'hospitalisation temps plein qui y sont rattachées sont situées en zone urbaine, au sein de sites hospitaliers (feu hôpital Saint-Anne pour le 75G03, site d'Armentières pour le G21).

Concernant les effectifs théoriques médicaux et non médicaux, et d'après les données de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), ces établissements figurent aussi dans la moyenne française, voire pour une partie d'entre eux, légèrement en dessous, ce qui contredit donc l'idée qu'ils seraient privilégiés de ce point de vue et bénéficieraient de davantage de moyens.

Les portes des unités d'hospitalisation temps plein de ces établissements, qu'elles accueillent des patients en soins sans consentement voire des détenus, sont ouvertes de 8 heures à 20 heures. Elles restent très exceptionnellement fermées, et pour des durées brèves (une demi-journée voire une journée). En matière de contention, le CHV et le CHBD se caractérisent par l'absence de recours à cette pratique et même à l'absence de sangles dans l'enceinte de l'établissement. À noter que le CHV a inscrit dans son projet d'établissement « *l'interdiction totale de toute pratique de contention* ». Les secteurs 75G03 et G21 affichent des taux très faibles avec respectivement 9 et 3 patients contenus sur l'année 2022. Concernant l'isolement, à part le CHV qui présente un taux de personnes isolées tout juste inférieur à la moyenne nationale (54,8 patients contenus pour 100 000 habitants versus 61,6 patients au niveau national), les trois autres sites affichent des taux nettement inférieurs : 21,3 pour le CHBD, 5,5 pour le pôle G21 et 24,6 pour le secteur 75G03.

### LEVIERS ET INVARIANTS DE LA MOINDRE COERCITION

Au cours des investigations, un triple constat s'est imposé quant aux pratiques favorisant un moindre recours.

– D'une part, l'absence d'outils de soins et de dispositifs spécialisés dans le traitement de la crise ou sa prévention (espaces d'apaisement, grilles ou d'échelles

### Méthodologie

La tâche 2 de Plaid-Care a reposé sur une investigation approfondie d'établissements caractérisés par un moindre recours à la coercition. Le choix de ces établissements s'est fait courant 2020, soit à un moment où les données issues du registre isolement et contention n'avaient pas encore été exploitées. Il a donc reposé sur la littérature sur le sujet\* et sur l'expérience d'une partie des membres du projet (du fait de travaux antérieurs).

Trois critères ont été mobilisés dans le choix des établissements, l'idée étant de retenir des établissements cumulant au moins deux d'entre eux :

– l'ouverture des portes des unités, y compris de celles accueillant des patients en soins sans consentement ;

– un faible recours ou un recours nul à l'isolement ;

– un faible recours ou un recours nul à la contention.

Quatre établissements ou secteurs ont alors été retenus : le CH de Valvert (CHV) ; le CH Buëch-Durance (CHBD) ; le pôle G21 de l'EPSM Lille-Métropole ; le secteur 75G03 du GHU Paris psychiatrie neurosciences, désormais intégré au pôle 5, 6, 7. Ces quatre établissements ou secteurs ont en commun de bénéficier d'une antériorité en matière de moindre recours, ce qui pose la question de leur histoire et des événements et acteurs ayant contribué à en faire des établissements peu coercitifs. Ce choix permet également garantir une forme de diversité, car ces établissements semblaient se revendiquer de courants différents (psychiatrie communautaire, psychothérapie institutionnelle ou psychiatrie de secteur).

Ces établissements ont été étudiés via des méthodes qualitatives issues du champ des sciences humaines et sociales : entretiens semi-directifs, observations prolongées dans les services, méthode documentaire. Les investigations ont été réalisées durant l'année 2022, la plupart du temps par des binômes sociologues/infirmiers, afin d'assurer la triangulation des regards. Au total, 62 jours d'observation, 65 entretiens semi-directifs, dont trois entretiens collectifs, ont été réalisés auprès d'un échantillon diversifié de professionnels et d'usagers (personnels administratifs, médecins, soignants, patients, proches et représentants d'usagers). Une documentation abondante a également été recueillie (projets d'établissements, comptes rendus de réunions, projets de service, magazines internes aux établissements, articles écrits par des professionnels ou chercheurs des établissements, archives de colloques...). Les données de la Statistique annuelle des établissements (SAE) ont aussi été exploitées. La réalisation des investigations a été considérablement facilitée par les établissements et leurs professionnels, qui se sont montrés accueillants. Si cela tient probablement à notre angle d'étude (étudier des établissements qui se démarquent positivement), cela nous semble relever indéniablement d'une politique ou de pratiques axées sur l'accueil et l'ouverture.

**\* Les rapports du CGLPL, mais aussi les écrits de soignants et médecins ayant exercé dans ces établissements, comme les écrits de l'infirmier Dominique Friard, ou du Dr Roelandt et du Dr Marcel.**

spécifiques, type échelles d'évaluation de la dangerosité...)

— D'autre part, tout semble s'organiser autour d'une clinique du quotidien, priorité étant donnée au temps de soin direct avec le patient.

— Enfin, nous avons surtout été frappés par une forme d'incrédulité, en miroir de celle que suscite la mention d'établissements peu coercitifs. Les professionnels interrogés rencontrent en effet souvent des difficultés pour expliquer comment ils parviennent à ne pas recourir à la contention ou à travailler avec les portes ouvertes. Comment parler en effet de pratiques auxquelles ils n'ont jamais été confrontés et pour lesquelles ils ne disposent de matériel ? Plusieurs échanges ont donné

de nombreuses activités ; une culture du soin spécifique.

• **« C'est pas le même boulot » : la disponibilité**

Sur les différents sites, le travail des soignants consiste à favoriser le contact direct avec les patients et à s'ajuster à leurs besoins. Les moyens peuvent être adaptés en fonction des situations : « *A ce moment-là on se détache au niveau de l'équipe parce qu'on est trois, il y en a un qui essaie de rester constamment avec lui, on se relaie, on essaie de l'occuper en fait...* » (infirmier). Les professionnels restent au contact des personnes, même lorsque les troubles se manifestent de façon importante ou hostile : « *Si on n'a*

*chose qu'on m'a apprise, c'est que la place importante de l'infirmière, c'est à côté du patient. Qu'est-ce qui fatigue ? Bah c'est être beaucoup disponible et, pour le patient, répéter beaucoup les choses, réessayer de différentes manières pour essayer de trouver une alliance avec lui* ». Cet engagement se retrouve dans les propos de cet infirmier qui a connu antérieurement d'autres fonctionnements dans son parcours professionnel : « *Là ça n'a rien à voir, c'est 24 heures sur 24, donc en tant qu'infirmier c'est beaucoup plus fatigant (...)* C'est beaucoup plus intéressant [ici], après c'est beaucoup plus intense aussi. Voilà c'est pas le même boulot ».

Soulignons l'importance accordée à la construction du lien, à la relation de soin

**“ Les soignants restent au contact des personnes, même quand les troubles se manifestent de façon importante ou hostile.**

*Chez tous professionnels (...) on repère un seuil de tolérance important au symptôme, et une forte propension à la négociation. »*

à voir cette incrédulité, comme durant cet entretien, où un enquêteur demande à un infirmier combien il y a selon lui d'établissements en France qui ne recourent pas à la contention : « *Je ne sais pas. Moi je connais que la psychiatrie d'ici. Je ne sais pas comment ça se passe en dehors. On me parle d'unités fermées, de machin et tout, mais je ne sais pas ce que c'est en fait* ». Citons également ce cadre interviewé : « *Non, il n'y a pas de contention ici, on n'a pas de matériel pour contenir. Et cela ne vient même pas à l'idée* » ; ou cette infirmière, apparemment interloquée par notre question : « *L'attacher au lit ? On essaie plutôt de l'attacher à nous !* » Cette forme d'étonnement concerne également les portes ouvertes des unités. Alors qu'un enquêteur demande lors d'un entretien collectif pourquoi la porte est ouverte, un infirmier répond : « *Bah pourquoi elle serait fermée ?* »

Pour autant, poussés à la réflexivité, la majeure partie des personnes interrogées finissent par trouver des réponses à cette apparente énigme. Elles s'organisent autour de quatre catégories, qui sont autant de leviers repérés sur l'ensemble des sites : un travail d'offre de disponibilité ; un solide collectif de travail ; une importance accordée à la circulation (liberté d'aller et venir) et

pas d'envie, on ne peut pas le soigner » (infirmier). Chez tous professionnels (infirmiers, médecins, agents d'entretien, animateurs ou secrétaires...) on repère un seuil de tolérance important au symptôme, et une forte propension à la négociation. Savoir que le service est ouvert et le recours à la contention mécanique sans objet nécessite pour cet infirmier « *d'être beaucoup plus vigilant* » et « *des discussions longues et intenses pour lui faire accepter les conditions* » d'hospitalisation.

Le niveau de qualité relationnelle et de vigilance nécessaires à ce type d'accompagnement est sous-tendu par plusieurs éléments. D'abord, par un ensemble de processus lié au raisonnement clinique ainsi mis en mots par cette infirmière : « *On essaye quand même de connaître davantage le patient pour savoir un petit peu quand c'est des moments plus délicats, quand le patient va plutôt bien. On essaye d'apprendre aussi ses habitudes, si c'est plutôt compliqué le matin, le midi, l'après-midi. Je trouve qu'on est un peu plus vigilants quand on sait que derrière le service est ouvert, [...] et qu'on ne peut pas appliquer l'isolement-contention en fait* ». Ensuite, par l'acceptation d'une charge mentale conséquente, comme le relève cette autre infirmière : « *La première*

avec cette idée formulée par un des psychiatres interviewés : « *On ne sait pas avec qui le patient va le mieux accrocher* ». Créer une forme d'alliance thérapeutique précoce guide ainsi ces intentions de soins. Au-delà de ces objectifs de rapprochement, on retrouve le primat du travail de création de liens dans un service et un hôpital ouvert : « *La meilleure façon pour que quelqu'un ne s'en aille pas, c'est de lui donner l'envie de rester* » (psychiatre). Moduler les présences, s'adapter, favoriser les expériences relationnelles jusqu'à permettre à un sujet qui se sent menacé par ces liens de finir par en tisser, sans se sentir prisonnier... Le travail dans les unités ouvertes, qui reçoivent des personnes en soins sans consentement, vient alors renforcer l'intention et la signification de ce message

La préoccupation du lien ne concerne pas seulement le temps d'hospitalisation complète. Il doit perdurer après la sortie : « *le patient doit pouvoir venir nous demander de l'aide quand il sera dehors* » (médecin psychiatre). Dans plusieurs unités, le patient est considéré comme un citoyen avant d'être une personne malade. Ainsi, les demandes comme le café ou la nourriture en dehors des horaires prévus sont envisagées comme l'expression de besoins légitimes dans le contexte. Nous



© Ibrahim Ballo - L'impression (2023) 50 x 35 cm, Posca, acrylique, broderie et tissage de fil de coton sur papier - Courtesy Galerie Carole Kvasnevski.

avons ainsi identifié une forte réactivité aux demandes des personnes hospitalisées. Les familles sont également considérées comme des ressources et une attention particulière leur est portée. Un patient ayant connu d'autres types d'hôpitaux décrit alors son expérience présente comme une « *balade de santé* ».

### • Constitution du groupe de travail

Le collectif de travail et sa fonction de contenance ont également été cités comme une composante essentielle. Dans les unités investiguées, l'équipe se constitue en collectif par des relations horizontales entre tous les professionnels. Dans leur rapport de

Cela pose ainsi autrement la question de l'effectif : la participation de toutes les catégories de professionnels (assistante sociale considérée comme une soignante, secrétaire animant une activité journal, ...) vient étoffer et renforcer l'équipe. À ce sujet, il a été également constaté, en lien avec un sentiment de satisfaction générale de la part des infirmiers et des autres professionnels de l'établissement, une relative stabilité des équipes et des effectifs complets.

Cela renforce donc la disponibilité soignante au quotidien, mais aussi la réactivité des soignants face aux situations « tensiogènes ». Ainsi, c'est la fonction

l'œuvre et notamment au niveau de l'encadrement. Que ce soit dans le quotidien, mais aussi au niveau institutionnel, les cadres de santé jouent un rôle déterminant dans la culture et le maintien de ces valeurs. Dès le recrutement des professionnels, ce ne sont pas forcément les qualités professionnelles qui sont recherchées, mais celles qui pourraient renforcer ce collectif : « *Il est entraîneur de foot, et c'est pour ça que je l'ai pris. Parce que lui avec sa petite voix, s'il mène une équipe de foot, je pense qu'en équipe, c'est un bon gars. Voyez ? Moi ce à quoi je suis très sensible, c'est la capacité à être dans une équipe, à faire groupe. C'est capital.* » (cadre supérieure de santé).

“ **Bien que ce collectif varie d'un établissement à l'autre, il est d'autant plus solide lorsqu'il s'élargit entre tous les professionnels, parfois même au-delà des unités de soins, ou même de l'hôpital... »**

recherche, Lanquetin et Tchukriel décrivent la construction de ce collectif par une relation d'interdépendance, de compréhension mutuelle et de confiance (10), qui repose sur un ensemble d'éléments partagés (socle de valeurs ; homogénéité des seuils d'investissement dans le travail ; adéquation aux règles que le groupe se donne pour accomplir sa mission ; relations interpersonnelles basées sur la connaissance des fonctionnements de chacun et cimentées par un climat de confiance, 11).

Bien que ce collectif varie d'un établissement à l'autre, il est d'autant plus solide lorsqu'il s'élargit entre tous les professionnels, parfois même au-delà des unités de soins, ou même de l'hôpital : « *On part du principe que l'institution soigne, du cuistot aux mécanos. Le bar en ville ou le boulanger font aussi partis du soin* » (cadre de santé). Ce collectif se construit sur des valeurs partagées et une proximité apportant une confiance mutuelle. « (...) La présence des médecins dans les temps informels aussi, c'est important. Ça fait partie de la notion d'équipe ça. On n'est pas là seulement pour l'entretien, pour prescrire le médicament et pour la réunion. On est là aussi dans la vie quotidienne de l'unité » (psychiatre). Il est donc fréquent de croiser dans les unités des infirmiers, des médecins, des cadres (supérieurs) de santé, des psychologues, des assistants sociaux et tout autre professionnel.

de pare-excitation de l'équipe qui, indéniablement, limite et contient la survenue de situations de tension et de violence, et *in fine*, le recours à l'isolement et à la contention : « *C'est toute la place de l'équipe pluridisciplinaire, il y a une fonction de pare-excitation. C'est l'équipe qui fait que, à un moment, on aide un patient à se calmer. Tant qu'une équipe fonctionne normalement, on n'a pas besoin de contention* » (psychiatre).

Cette proximité relationnelle, qui favorise les échanges, facilite la capacité de déport de l'équipe pour réinterroger leur pratique : « *Je pense que y'en n'a pas un qui faisait mieux que l'autre. Mais de pouvoir avoir ce temps d'échange ça fait un peu se décaler et s'interroger sur ce qu'on croit bien faire* » (psychiatre) et être force de propositions, notamment d'alternatives à la coercition : « *Alors, dans les alternatives, ici ce qui est intéressant (...) [c'est que] le traitement médicamenteux est proposé. Il peut être pris et après être refusé, mais l'alternative c'est tout cet accompagnement de proximité qu'on doit faire auprès de l'usager, ça veut dire avec les infirmiers, avec toutes les disciplines en fait, qui gravitent autour du patient* » (cadre supérieur de santé). De l'équipe au collectif de travail, un ensemble de prérequis est nécessaire pour sa construction. Tout d'abord, il repose sur des valeurs partagées, comme le respect, l'intégrité, la tolérance ou encore l'humilité. Pour porter ces valeurs, des garants sont à

L'engagement et le positionnement pour permettre le travail de l'équipe sont repérés pour ne pas perdre le sens et l'objectif du soin : « *Je fais le sacrifice de ça, de la démarche qualité pour que l'équipe puisse continuer à travailler* » (cadre supérieure de santé).

### • L'importance de la libre circulation et des activités

L'environnement et la gestion du milieu de vie sont décrits comme remplissant des fonctions thérapeutiques et participant au moindre recours. De ce point de vue, l'ouverture des unités joue un rôle central. Un usager ayant été hospitalisé sans son consentement mentionne par exemple les bienfaits liés au fait de pouvoir circuler dans le parc : « *Je tournais beaucoup dans le parc pour m'occuper* ». Questionné sur les lieux qu'il avait particulièrement affectionnés, il répond : « *Ouais les bancs... Et plus y avait de nature, mieux c'était en fait. Ça faisait du bien, c'était l'air de la nature, et puis y avait des chats* ». Les propos de ce patient illustrent également ce qui nous a été présenté à maintes reprises par l'ensemble des acteurs interrogés comme une « fugue thérapeutique », susceptible d'améliorer l'alliance thérapeutique : « *Je sortais de temps en temps (...). À un moment donné, pour me sentir un peu libre, j'ai pris le bus, j'ai fait quelques arrêts et puis je suis revenu. Juste pour*

*me sentir un peu libre, pour me dire "tiens je peux sortir, je peux aller où je veux" ». Questionné sur les raisons l'ayant poussé à faire demi-tour, ce patient rend compte des effets de l'ouverture des portes en termes de responsabilisation : « Parce que j'avais peur d'aller trop loin, de me perdre. Et puis je voulais pas être absent trop longtemps ». Au-delà des vertus de la déambulation, dont un infirmier souligne par ailleurs qu'elle est adaptée à l'état psychique de certains patients (« ça correspond un peu à ce que les patients ont dans la tête en fait, (...) une dispersion*

*hein. Et du coup, un soin assez proche pour régler le problème et son mal-être. Donc ça passe par la parole, par des traitements, des "si-besoins", et si y'a des angoisses, par des activités. Y'a même des activités, je dirais, avant de donner les traitements. Parce qu'on donne pas la réponse thérapeutique de suite ». On remarque aussi que ces activités relèvent autant d'initiatives spontanées et de l'informel (une partie de cartes qui se décide à proximité du goûter...) que d'une programmation établie à l'avance, affichée par exemple sur un planning. L'un des établissements se*

*peut-être le coup qu'il ait confiance en nous ». Cette prise de risque est donc mise en balance avec des bénéfices, mais également avec d'autres risques : « On a des portes qui ont 50 ans, qui sont pas très solides. Ça sert à rien de fermer, elle sera cassée. Souvent on le dit, si on ferme la porte, le patient va se blesser avec la porte » (cadre de santé). Citons une infirmière qui explique que la fermeture des services, au-delà du fait qu'elle n'empêche pas les fugues, expose le patient à des risques : « Après faut pas croire, à l'hôpital X où j'étais avant, c'était*

**“ Rien ne va dans le sens (...) d'un vécu d'insécurité de la part des soignants. Bien au contraire, ces unités se caractérisent par une forme de quiétude, tandis que le personnel affiche globalement une satisfaction et un plaisir au travail. »**

*(...). Ils sont partout, donc pourquoi pas dans la réalité (...) Et puis ils ont pas cette sensation d'être enfermés, tout simplement », il est fait état de situations où des tensions sont désamorçées grâce à la mise en circulation. Un directeur des soins défend par exemple l'ouverture des portes dans la mesure où elle permettrait d'éviter des passages à l'acte : « Plutôt que d'avoir des passages à l'acte ou des choses qui se finissent mal dans les unités, c'était des fois important que le patient parte (...) Parfois, je dis aux agents : "Laissez-le partir quoi. Vous allez pas en prendre plein la tête pour ça". À un moment donné, le laisser partir c'est aussi le laisser déverser ailleurs, le fait qu'il aille courir... ».*

Un autre facteur souvent cité, là aussi par des soignants et des patients de l'ensemble des établissements, est la présence d'activités, à la fois nombreuses et estimées prioritaires. Ces institutions se démarquent par l'importance qui leur est accordée : « On essaie de faire un maximum d'activités, même sur les pavillons d'entrants. Dès qu'on peut, on fait des activités. Dès qu'on est en nombre, on fait des activités ou on profite des moments là pour créer du lien ». Ce même infirmier explique aussi que la proposition d'une activité fait directement partie de la palette des solutions mobilisées face à la crise : « Dès qu'un patient (...) va être mal (...), va être en crise (...) y'a une réaction assez rapide

caractérisé aussi par la présence d'une « sociothérapie » qui constitue une unité fonctionnelle à part entière : elle dispose d'un personnel dédié qui passe tous les matins dans toutes les unités pour informer sur les propositions du jour et motiver les patients. Une autre unité a choisi de dédier des moyens spécifiques à l'organisation d'activités avec un poste d'animatrice socio-culturelle dans le service.

### • Une culture du soin spécifique

La moindre coercition semble également liée à une culture du soin, à l'échelle du service et parfois de l'établissement. Cette culture, là encore, s'avère comparable dans les quatre établissements étudiés. L'une des dimensions de cette culture concerne l'appréhension du risque, et ce que nous avons dénommé une « contre-culture du risque ». Tandis que les sociétés contemporaines se caractérisent par une « culture du risque » et se focalisent sur la sécurité (12), les professionnels interrogés évoquent et assument une certaine prise de risque, au profit notamment de la construction du lien : « On se permet de prendre des risques avec le patient, on ne se dit pas "Oh mais s'il sort, ça va être une catastrophe. S'il prend pas son médicament, ça va être une catastrophe". Je pense qu'on arrive à relativiser un peu les choses, en faisant le pari que finalement le principal, c'est de laisser le patient choisir, et ça vaut

*tout bouclé et ils fuyaient aussi quoi. Je me souviens d'un mec complètement maniaque, il avait escaladé le grillage, il s'était arraché la moitié de la cuisse. Il s'était barré à poil, la cuisse en sang. Le mec il veut se barrer, il se barre. Et ils se mettent beaucoup plus en danger ». Rien dans nos observations et dans les entretiens ne va dans le sens d'une augmentation du nombre d'épisodes violents ou d'un vécu d'insécurité de la part du personnel. Bien au contraire, ces unités de soin se caractérisent plutôt par une forme de quiétude, tandis que le personnel affiche globalement une satisfaction et un plaisir au travail.*

Au-delà de cette « contre-culture du risque », cette « culture du soin » comprend bien d'autres aspects. Elle se trouve notamment axée sur l'importance du dialogue, de l'échange et implique également de porter et poser un certain regard sur les patients, empreint d'empathie et cherchant à les valoriser.

### CONCLUSION

Ces premiers éléments de repérage, qui doivent être analysés plus avant, conduisent à constater que, dans ces établissements historiquement moins coercitifs, ne pas recourir ou recourir le moins possible à la coercition relève d'une forme d'évidence et d'un travail relativement « ordinaire ». Ce dernier repose sur une offre de disponibilité, un collectif de travail

solide, une mise en circulation et en activités ainsi que des modalités d'appréhension spécifique du patient et du monde, par exemple du risque. Pour autant, il ne s'agit pas d'écarter d'autres manières de faire, et conduire notamment à minimiser le rôle d'outils et dispositifs (espaces d'apaisement, échelles d'évaluation, plans de crise, ...), qui peuvent, dans une perspective transformatrice, faciliter des changements dans les pratiques et les organisations vers un moindre recours. Cela ne doit pas non plus occulter ce qui rend possible ce travail ordinaire. Comme nous l'avons remarqué par ailleurs, ce dernier semble en effet constamment menacé, par des évolutions gestionnaires ou sécuritaires. Comme nous souhaitons le montrer par la suite, la pérennité de ce travail « ordinaire » repose alors sur une organisation soutenable, sur la transmission d'une histoire et sur une forme d'institutionnalisation permettant de limiter les effets parfois délétères de ces évolutions. Citons à ce sujet les propos de ce psychiatre, qui entrent en résonance avec ceux de la dernière infirmière citée, témoignant ainsi d'une culture partagée et durable : « *Et [ce qui est important, c'est] cette envie de soigner l'autre, parce que si on a pas d'envie, on ne peut pas le soigner* ».

*Les auteurs remercient les autres membres de l'équipe Plaid-Care, à savoir Delphine Moreau, Livia Velpy, Perrine Ropers et Julien Degry. Nous remercions également l'ensemble des membres notre comité de suivi ainsi que les professionnels et usagers des établissements investigués.*

- 1— La « coercition » constitue la traduction du terme anglais coercion, privilégié dans la littérature internationale. Ce terme présente l'avantage d'englober, en sus de l'isolement et de la contention ainsi que de la contrainte et du recours à la force (compulsion), un éventail plus étendu de pratiques, (contraintes liées à l'architecture et à l'organisation; menaces; ...).
- 2— Savage MK, Lepping P, Newton-Howes G, et al. Comparison of coercive practices in worldwide mental healthcare: overcoming difficulties resulting from variations in monitoring strategies. *BJPsych Open*. 2024;10(1):e26. doi:10.1192/bjo.2023.613.
- 3— Cf. par exemple les recommandations en urgence faites par le CGLPL suite à la visite du Centre Psychothérapique de l'Ain (2016), du CHU de Saint-Etienne (2018) et plus récemment, du Centre de santé mentale Jean-Baptiste-Pussin (2022).
- 4— Ilan Klipper, Sainte-Anne, hôpital psychiatrique, France, Les Films Grains de Sable, 2010.
- 5— On peut à cet égard mentionner le fait que John Conolly qui a impulsé le mouvement no-restraint en Angleterre, se serait inspiré du cadre théorique et pratique développé par

Pinel, et citer également la psychiatre d'après-guerre en France, à la fois la psychiatrie désaliéniste, mais aussi la psychothérapie institutionnelle.

- 6— La recherche Plaid-Care (« Psychiatrie et Libertés individuelles : étude d'établissement caractérisé par un moindre recours à la coercition ») est portée par le CHU de Saint-Etienne. Elle est financée par la CNAM, la DGS, l'Inserm et Santé Publique France dans le cadre de l'appel à projets de « Recherche en santé publique 2020 » conduit par l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (Numéro de référence : IRESP-RSP2020-229909).
- 7— Goulet MH, Lessard-Deschênes C. Le Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale : une revue intégrative. *smq*. 2022;47(1):151-180. doi:10.7202/1094149ar
- 8— La très grande majorité des travaux sur la coercition portent sur des expérimentations visant à étudier les facteurs et leviers de ce qui en permet la diminution. À notre connaissance, aucune étude n'a porté sur des établissements historiquement peu coercitifs, dont l'étude peut être pourtant riche d'enseignements.
- 9— Cette tâche est réalisée dans le cadre de collaborations resserrées avec l'Irdes, le réseau Ascodocpsy, le CGLPL et l'Ecole de Mines de Saint-Etienne.
- 10— Lanquetin / Tchukriel - L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie - Février 2012.
- 11— *ibid*.
- 12— Peretti-Watel, P. (2010). La société du risque. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.peret.2010.01>
- 13— Les rapports du CGLPL, mais aussi les écrits de soignants et médecins ayant exercé dans ces établissements, comme les écrits de l'infirmier Dominique Friard, ou du Dr Roelandt et du Dr Marcel.

**Résumé :** La France présente de très fortes disparités en matière de recours à l'isolement en contention : tandis que des établissements n'y recourent pas, d'autres affichent des taux très élevés. Alors que l'attention se focalise généralement sur les seconds, la recherche Plaid-Care vise à se tourner plutôt vers les établissements les moins coercitifs et à les étudier via une approche pluridisciplinaire (sciences infirmières, sociologie, géographie). L'une des tâches de la recherche porte précisément sur quatre établissements historiquement moins coercitifs. Cette contribution se centre sur une première analyse des données recueillies lors de l'investigation de ces quatre établissements et sur des premiers résultats. Elle est aussi axée sur ce qui, au quotidien, semble directement concourir ce moindre recours sur l'ensemble des établissements, autrement dit, des leviers transversaux aux quatre sites investigués, à savoir un travail d'offre de disponibilité; un solide collectif de travail; une importance accordée à la circulation et des activités; une culture du soin spécifique.

**Mots-clés :** Atelier thérapeutique – Attitude du professionnel – Centre hospitalier Buech-Durance – Centre hospitalier Valvert – Confiance – Contention – Culture d'organisation – Engagement – EPSM Lille métropole – Équipe soignante – Fonction contenante – Hôpital psychiatrique – GHU Paris psychiatrie et neurosciences – Implication – Infirmier – Isolement – Plaid-Care – Pratique du soin – Recherche qualitative – Service ouvert – Soins psychiatriques – Travail en équipe – Valeur – Vie quotidienne.

# Quand le passé éclaire le présent...

Le temps long de l'histoire nous apprend que la coercition n'est pas une fatalité. Le chemin qui mène à la suppression de la contention et au moindre recours à l'isolement oblige le soignant à s'impliquer professionnellement et personnellement.

■ L'isolement et la contention mécanique comme moyen de maîtrise des malades agités et violents existent quasiment depuis l'origine du traitement des maladies mentales. L'histoire des pratiques soignantes n'étant plus aujourd'hui enseignée dans les formations initiales, il apparaît nécessaire de prendre un peu de recul pour nous décaler d'un présent qui justifie ces mesures coercitives d'un peu trop près.

L'histoire nous apprend que la coercition n'est pas une fatalité, que si de nombreuses équipes n'ont pas pu se passer de les imposer aux patients, d'autres, un peu moins nombreuses, il est vrai, ont su trouver des moyens, moins violents, de contenir la folie et ceux qui en subissaient le joug.

## LE GESTE INAUGURAL DE LA PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE

Septembre 1793, le psychiatre Philippe Pinel vient de prendre ses fonctions à l'hospice de Bicêtre, où il restera jusqu'en janvier 1795. Le surveillant de l'asile,

Jean-Baptiste Pussin, lui a remis son « *État des fous de Bicêtre* », tentative de classement et de tri sémiologique des malades, produit de ses observations et de ses constats mais aussi de ses découvertes. On connaît l'influence du « gardien » sur le médecin quant à la libération des aliénés de leurs chaînes. Au point qu'en 1809, dans la deuxième édition de son premier Traité médico-philosophique, qui établit des bases d'un soin relationnel, Philippe Pinel identifie Jean-Baptiste Pussin comme « *celui qui a eu l'initiative de la libération des aliénés, interdisant absolument de le mêler lui, à l'effectuation de la chose* ». (1)

Différents auteurs (2) ont décrit le dialogue emblématique entre les deux hommes : « *Puis ce fut le très fameux tête-à-tête avec l'aliéniste Pinel lorsque celui-ci prit ses fonctions à Bicêtre* :

– Pinel : « *Que faites-vous quand ils sont trop furieux ?* »

– Pussin : (nommé ainsi dans la source bibliographique NDA) « *Quand ils sont trop furieux, je les détache* » ». (2)

Depuis le geste inaugural de Jean-Baptiste Pussin et de Philippe Pinel, le recours à la contention mécanique et à l'isolement constitue des pratiques parmi les plus controversées de l'exercice psychiatrique et n'a cessé d'être interrogé au fil de l'histoire.

## SORANOS D'EPHÈSE CONTRE CELSE

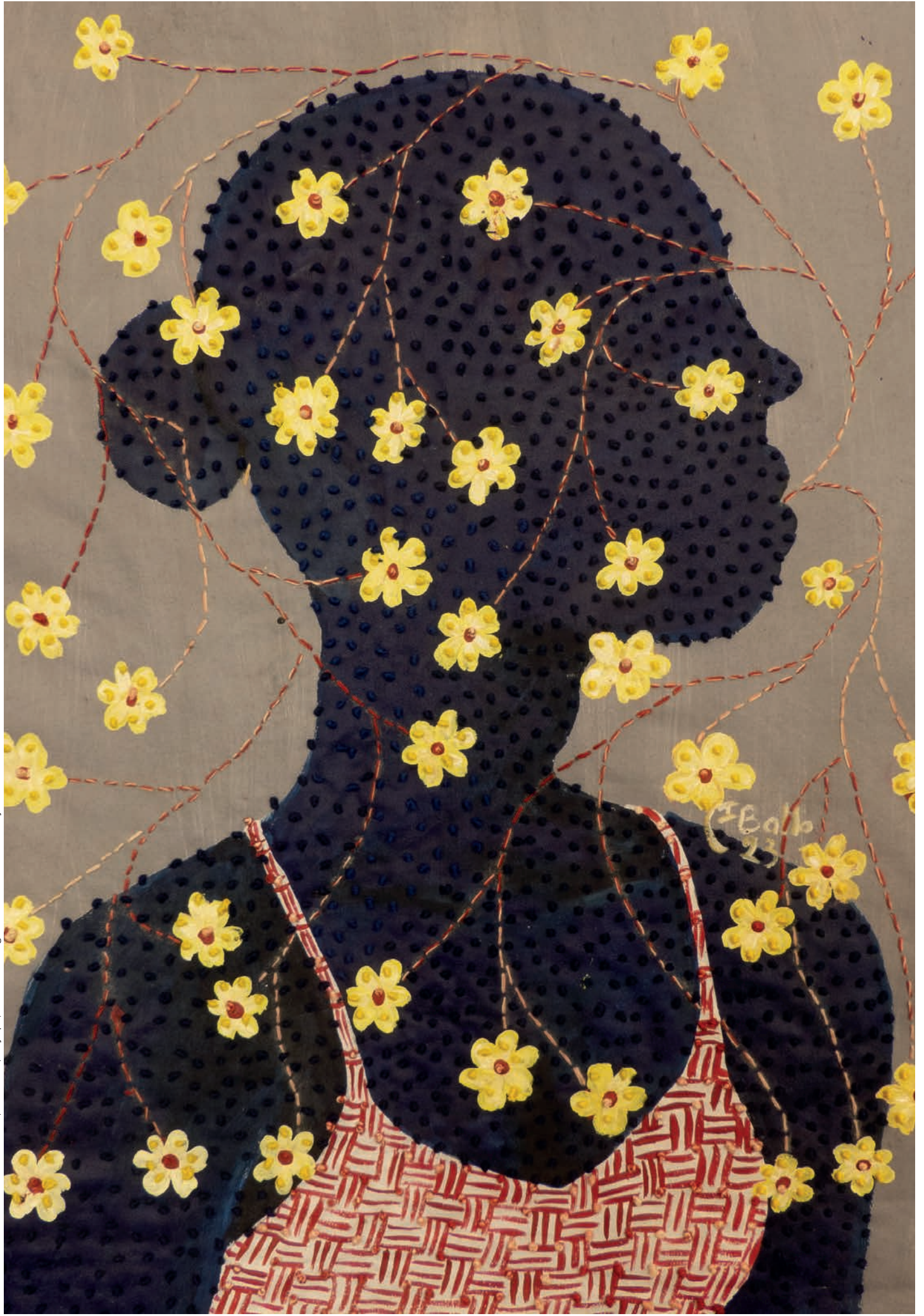
Dès l'Antiquité, des écrits font allusion à la nécessité « *d'exercer un contrôle*

*physique sur les personnes agitées* ». (3) Ainsi, le médecin Celse recommande de faire usage de liens si les maniaques sont agités, « *mais sans leur faire de mal, en protégeant leurs membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux après* ». (4) Il s'opposait ainsi aux idées de son maître, Soranos d'Ephèse, surtout connu pour un traité de gynécologie et d'obstétrique. Celse estimait qu'un traitement brutal avait pour effet de faire sortir, par la peur, le malade de sa maladie. Il enchaînait donc ses patients, les affamait, les isolait dans une obscurité complète et leur administrait des cathartiques (purgatifs). Soranos, lui, recommandait de parler avec le malade de ses occupations ou de tout autre sujet susceptible de l'intéresser. (5)

Cet antagonisme entre Soranos et Celse, entre contrainte et patience, entre frontalité et obliquité, entre contention et soin a perduré, d'une façon ou d'une autre à travers les siècles. Il est toujours à l'œuvre. Cette opposition ne repose pas simplement sur une divergence d'ordre thérapeutique, elle s'étaie sur deux conceptions différentes du malade mental. Chez Celse, il apparaît comme totalement envahi par sa pathologie, au point que seul un traumatisme très violent pourrait l'en faire sortir. Entre 1900 et 1950, les tenants des méthodes de choc (Cardiazol (6), électrochocs, cure de Sakel (7)...) ne pensaient pas autre chose : « *Pour bien soigner quelqu'un, il faut aller jusqu'à le faire*

Dominique FRIARD\*  
Jean-Paul LANQUETIN\*\*

Infirmiers de secteur psychiatrique,  
\*Superviseur d'équipes, \*\*Praticien  
chercheur en soins infirmiers (GRSIPsy).



*mourir ou accepter de s'approcher de très près de la mort. Les thérapies de choc sont des thérapies qui jouent avec l'idée de la mort et avec la gravité comme déclic d'un dernier sursaut ». (8)*

*va de la promenade à la gymnastique, du travail aux champs à la lecture, des arts d'agrément aux jeux de société, de la représentation théâtrale au bal unisexe, de la chorale à la fanfare, de l'isolement au*

*des années 1840 on ne trouve que cinq asiles sur tout le territoire anglais qui ont renoncé à l'usage des moyens de contention, à partir de 1854 ce sont vingt-sept institutions sur la trentaine d'asiles publics*

“ **Ce recul de 230 années (...) nous invite collectivement à dépasser l'opposition binaire qui a longtemps prévalu sur cette question dans notre discipline, lorsqu'elle a été réduite à un face-à-face, imaginaire et stérile, entre “réalisme” et “angélisme” »**

Pour Soranos, bien que malade, l'individu n'en reste pas moins un sujet capable de converser sur des questions qui l'intéressent.

Ces deux tendances n'ont eu de cesse de parcourir les décennies, et les siècles, particulièrement dans le contexte français.

### LE TOURNANT DE 1793

La Révolution française remet en cause l'arbitraire royal, interdit les lettres de cachet (9) et différencie l'insensé du prisonnier ordinaire. Le fou devient un malade qu'il faut traiter par l'art de l'aliéniste.

En 1793, Pinel, premier psychiatre de l'histoire, prend ses fonctions à Bicêtre, c'est la rencontre décisive décrite en préambule avec Jean-Baptiste Pussin, lequel se distingue par ses qualités humaines et ses compétences à gérer « la folie » en institution. En digne héritier putatif de Soranos, Pinel n'hésite pas à écrire : « *Je n'ignore pas que ceux qui sont pour avoir soin des fous ne courent de grands dangers, mais je suis certain aussi que le péril est moindre par la douceur que par la rigueur.* » Pinel apprend de Pussin « *tout un éventail de possibilités dans le travail relationnel avec les aliénés et y verra surtout la démonstration pratique des bienfaits de la liberté dans la maîtrise des supposés furieux.* » (10)

L'acte inaugural qui fonde la psychiatrie rend le retour aux contentions douloureux pour de nombreux soignants. Les chaînes abandonnées, un nouveau mode de traitement, une nouvelle pensée du soin, le traitement moral, va être théorisée par Pinel d'abord puis par les psychiatres Esquirol et Leuret.

Progressivement, cette référence va devenir un fourre-tout où coexistent dans une aura de philanthropisme « sage et humain » mais « énergique », le meilleur et le pire, le bénin et l'agressif. « Cela

*gilet de force, dans le cadre institutionnel de cet “instrument de guérison” que doit être l'asile.* » (11)

### LE « NO RESTREINT »

Dans le même temps, de l'autre côté de la Manche, inspiré par Pinel, Samuel Tuke, médecin britannique, fonde le *York Retreat* en 1792. Il élabore un code de déontologie où l'on bannit les contentions à moins d'agitation extrême (et on stipule qu'il ne doit pas y avoir plus de deux patients sous contention dans une même unité). L'isolement est utilisé comme moyen alternatif par lequel le malade doit devenir responsable de lui-même.

Vers 1840, Robert Gardiner Hill, médecin, va plus loin et abolit la contention à l'asile de Lincoln. John Connolly fait de même à Hanwell. Père de « *l'open door* », il démontre ainsi l'efficacité d'un traitement sans contention, met sur pied un cours de psychiatrie clinique et professe que soumettre un malade à la contention est pire encore que ne pas s'occuper de lui « *Il n'est pas un asile au monde dans lequel la contention mécanique ne puisse être abolie, non seulement en toute sécurité mais encore avec d'incalculables avantages.* » (12) L'aspect thérapeutique de la contention n'a jamais été démontré dans la littérature scientifique. À son époque, il y a plus d'un siècle et demi, Connolly administrerait même la preuve contraire lorsqu'il constatait que : « *les malades n'étaient pas, et de loin, aussi dangereux qu'ils le semblaient auparavant, et que nombre de leurs particularités désagréables, gênantes et douteuses n'étaient que la conséquence d'un traitement qui cherche à réprimer violemment les manifestations pathologiques.* » (13)

Durant la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, l'expérience anglaise du « *no-restraint* » ne cesse de s'étendre : « *Si vers le milieu*

*du royaume qui ont adopté le système de no-restraint, et neuf sur les quatorze asiles privés. Plus marquant encore, deux ans plus tard, il ne reste plus qu'un seul asile parmi les établissements publics à ne pas avoir abandonné la coercition physique.* » (14)

Ses idées gagnent le continent et influencent les pratiques, mais peinent à faire système en France. Deux cultures se distinguent, française et écossaise (anglaise) et modélisent les cultures psychiatriques en Europe.

### EN FRANCE, PAS DE « LIGOTAGE AU LIT » CHEZ MAGNAN

L'histoire de la psychiatrie française donne toutefois à voir des exemples d'une psychiatrie pas ou peu coercitive, et, précisément, de services dont les portes restent ouvertes et où ne se pratiquent ni contention, ni isolement prolongé.

— En 1848, Bénédict Morel (1809-1873) est nommé directeur de l'asile d'aliénés de Maréville, près de Nancy. Il y introduit des réformes pour le bien-être des aliénés et y réduit, en particulier, les pratiques de contention. (15)

— À la même époque, le psychiatre français Maximilien Parchappe (1800-1866) déclarait en 1853 : « *La chambre d'isolement n'est admise que pour la nuit, et pendant de courtes périodes la journée qui rendent le malade insocial.* » (16) Constat : 4 % d'hommes et 5 % de femmes pour les chambres d'isolements.

— De son côté, en 1863, Émile Renaudin (1808-1865), psychiatre, préconise « *la suppression absolue des cellules.* » (17)

— En 1878, un autre psychiatre français, Valentin Magnan (1835-1916), grand réformateur des conditions de traitement des aliénés, apôtre du « *no-restraint* » et promoteur de « *l'open door* », supprime l'usage de la camisole, puis des cellules

d'isolement et des moyens de contentions. Il recommande « *de pratiquer l'accompagnement psychologique au lit du patient aigu* ». (18) Magnan développe et conceptualise la clinothérapie (19) pour son influence favorable sur le plan mental comme physique. Comme le relève Michel Caire, il en avait fait en 1896 dans son service d'admission de l'hôpital Saint Anne (Paris) « *un emploi systématique dès l'entrée, dans toutes les formes aiguës de la folie, et la substitu[ait] à la mise en cellule matelassée* ». (20) Les lignes qui suivent immédiatement cet extrait en disent long sur l'évolution des pratiques, le mot de contention n'est pas employé, un terme plus précis lui est choisi : « *Étant donné que depuis plus de 20 ans, la camisole de force et le ligotage au lit avaient été supprimés, le personnel s'était habitué à donner des soins au malade quel que soit le degré d'agitation...* » (20)

— Au milieu des années 1890, l'aliéniste Marandon de Montyel part en guerre contre la médecine psychiatrique de son époque : « *Jusqu'à présent, en enfermant les aliénés dans les asiles nous n'avons fait que les enfoncer dans leur maladie* », déclare-t-il en substance. « *Il faut mettre fin à cette situation et repenser complètement notre façon de traiter la folie* ». (21) Non content de critiquer, cet aliéniste expérimente également dans son établissement de Ville-Evrard ce qu'il appelle la « *méthode de liberté* » (22), qui contre-vient à tous les principes fondateurs de la médecine mentale. Ses propositions déclenchent une grave crise au sein de la profession d'aliéniste (22), qui se scinde en deux camps opposés. Nouvel épisode d'un clivage toujours vif aujourd'hui.

— En 1903, Paul Sérieux, psychiatre élève de Magnan, déclare en parlant des patients : « *On se préoccupe davantage, semble-t-il, de les maintenir séquestrés que de les traiter. Et nous sommes arrivés, 100 ans après Pinel, à ce lamentable résultat de voir les aliénés, dont on ne cesse de proclamer la dignité, rabaissés à la triste condition de détenus* ». (23) Plus loin, il assène ce constat : « *On sait que dans nombre d'asiles, c'est à des fétiches absurdes qui ont pour nom autorité, prestige, hiérarchie, que l'on sacrifie les intérêts les plus sacrés, ceux des malades, ceux de la science, ceux de la dignité professionnelle* ». (23) Troublante actualité, pouvons-nous écrire. Plus de 120 années sont passées depuis cet écrit, le constat est-il si différent ?

— En 1924, le grand journaliste Albert Londres se rend dans les asiles psychiatriques et dénonce les mauvais traitements, les carences alimentaires et sanitaires. Un seul psychiatre trouve grâce à ses yeux : Maurice Dide (1873-1945) dont il décrit longuement l'approche bienveillante. (24)

— Nous ne saurions, ici, être exhaustifs, mentionnons tout de même la trop oubliée Agnès Masson, psychiatre à Saint-Alban, première femme directrice d'un hôpital psychiatrique français. Elle précéda à Saint-Alban François Tosquelles, psychiatre catalan, fondateur de la psychothérapie institutionnelle. « *Dans un de mes services antérieurs, une religieuse, fort gentille d'ailleurs, exprima l'idée que l'on ne devait pas forcément être malheureux dans une camisole : elle accepta spontanément d'en essayer une pendant la demi-heure qui restait à courir avant la fin du cours d'infirmières auquel elle participait. L'expérience la convainquit, et toute la communauté, dans un geste remarquable, me proposa la suppression complète des camisoles* ». (25) Tosquelles en faisait un récit encore plus haut en couleur.

— Nous pourrions également citer les aliénistes Jacques et Henri Baruk, le père et le fils, tous deux morts à plus de cent ans, qui l'un à Angers et l'autre à Charenton ont lutté de plusieurs façons contre la contention. (26)

### DÉBUTS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE

Hermann Simon est un psychiatre allemand (1867-1946) souvent considéré en France comme un des inspirateurs de la psychothérapie institutionnelle et précurseur de l'ergothérapie moderne. En 1929, il rédige *Une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique*, sur lequel Tosquelles (27) va s'appuyer à l'Hôpital de Saint-Alban dès 1940. Jamais publié en France, le livre a connu une traduction dactylographiée (28), « *Dite de Saint-Alban, faite sous l'occupation dans l'hôpital de la Lozère par la sœur de Paul Balvet, qui était professeur d'allemand* ». (29)

Un chapitre est consacré aux mesures de recours aux isolements. Concernant des pratiques observées il y a près d'un siècle (en 1927), on ne peut qu'être interpellé par la précision des observations, des données et par la qualité des réflexions qui les sous-tendent.

Ainsi, les observations portent :

— Sur les effets liés à l'annonce de la décision de la mesure d'isolement et le refus discriminé d'un usage punitif : « *Il arrive très fréquemment que dès qu'un malade s'aperçoit qu'on prend de sérieuses mesures contre sa conduite perturbatrice, il promette spontanément de rester calme et de se dominer. On suspend alors naturellement l'isolement qui ne doit jamais prendre le caractère d'un châtiment* ». (30)

— Sur la vigilance quant à ces recours : « *Ils ne doivent pas devenir une méthode de traitement schématique des malades car c'est ce qui arrive trop facilement si on n'exerce pas un contrôle permanent* ». (30) La notion de dernier recours, tel que nous la connaissons apparaît nettement dans ce passage : « *Nous ne devons pas oublier que leur emploi fréquent n'est jamais le signe d'une grande puissance psychothérapeutique, mais plutôt le contraire, nous ne les employons que lorsque le reste de notre thérapeutique a échoué* ». (30)

Force est alors de constater que le recours à la mesure d'isolement était rare. La tenue très rigoureuse et ici minutée d'un registre n'a pas attendu les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) 2017... (31) Ainsi, les relevés effectués en octobre 1927 nous renseignent : « *Sur un total de 340 hommes, il y avait 10 isolements d'une durée totale de 135 minutes, sur les 460 femmes, 157 isolements de 2 895 minutes (soit 48 heures, NDA). Nous restâmes effrayés devant ce résultat, car il faut le qualifier de très défavorable...* » (30).

Hermann Simon précise alors ces chiffres, que l'on peut comparer aux données actuelles (voir article de C. Gandré, p. 18) : « *En moyenne mensuel, les isolements atteignaient que 0,00083 % pour les hommes et 0,014 % pour les femmes (...), c'est-à-dire qu'il aurait fallu 110 000 hommes et plus de 7 000 femmes pour qu'en moyenne l'un d'entre eux soit constamment isolé* ». (30) Et l'auteur de se désoler de ces chiffres qui lui paraissent excessifs. Autre époque, et cela un quart de siècle avant la découverte des neuroleptiques.

— La réflexion porte aussi sur la durée maximum de la mesure d'isolement : « *On pourrait discuter de l'opportunité de cette durée de 30 minutes. Mais nous considérons qu'il est nécessaire de fixer une durée maximum dans chaque établissement* ». (30) Si les 30 minutes sont considérées comme le maximum admissible, « *avec cette réserve qu'il*

*faut le faire cesser plus tôt si le malade se calme », les observations « du médecin et de l'infirmier expert » (30) portent sur une durée plus courte pour obtenir une efficacité optimale : « Si l'isolement est efficace et produit réellement un effet sédatif, on peut le constater habituellement au bout de quelques minutes : les notes toujours relevées avec exactitude indiquent une durée moyenne de 18 à 20 minutes ». (30)*

On retrouve mention de ces isolements de très courte durée dans la thèse de Philippe Paumelle dans une application encore plus brève, réduite à 5 minutes, au pavillon Morel (hôpital de Saint Alban) en 1940 : « On soigna les agités avec acharnement, (...) application systématique de l'isolement de 5 minutes expliqué au malade suivant la technique de Simon [le psychiatre allemand] ». Les lignes suivantes pointent à distance l'évolution de ce pavillon d'agités : « Deux ans après, (fin 1942) sans aucun changement de structure, presque une vraie écurie, (...) l'isolement de 5 minutes était devenu exceptionnel... » (30)

Ces isolements de très courte durée correspondent à une fonction « butoir » (32), laquelle part du constat que l'annonce de la mise en isolement, en elle-même, peut produire des effets significatifs, en marquant que la limite est atteinte (entendu comme la limite d'une équipe donnée dans une situation et un moment précis) et qu'elle peut faire frontière. « L'effet recherché de cette butée, de cette limite est susceptible de permettre une inversion du mouvement dynamique de l'exaltation, et de signifier que la présentation n'ira pas plus loin. Lorsque l'observation sémiologique valide cette inversion et l'amorce d'une phase de récupération, le recours à l'isolement peut être levé. Le recours aura duré quelques minutes. » (32)

Encore une fois, une redéfinition de la maladie mentale, une nouvelle théorie de la folie et du fou comme sujet va entraîner la fermeture des quartiers d'agités et la suppression progressive des contentions, et cela bien avant la découverte en décembre 1950 du premier neuroleptique (chlorpromazine, distribué sous le nom de Largactil®). Il sera utilisé pour la première fois sur un patient en janvier 1952 via une injection. L'apparition des psychotropes est concomitante d'un mouvement désaliéniste commencé pour certains dès 1929, dans le sillage d'Herman Simon.

### LA FORMATION DES INFIRMIERS

La formation des infirmiers a beaucoup fait débat en psychiatrie. Il a fallu l'énergie et les talents d'orateurs du médecin-aliéniste Bourneville pour que les premières écoles d'infirmiers voient le jour à Bicêtre et à La Salpêtrière, lieux de la libération des aliénés par le tandem Pussin/Pinel. Cette formation des infirmiers d'asile reposa très vite sur des manuels qui avaient en commun de prendre à bras-le-corps, si l'on peut dire, la question des isolements et contentions.

Ainsi, dès 1911, le psychiatre Théodore Simon invite les « gardiens » à supprimer les moyens de contention par la présence renforcée : « Pinel avait un collaborateur parmi vous-mêmes, le surveillant Pussin. Aidez-nous donc à votre tour pour ce qui reste à faire. Nous ne ferons plus usage de la contention dans cet ouvrage et moins encore dans nos services. » (33)

En 1912, le fameux « Mignot-Marchand » (34), considéré comme le premier manuel conséquent destiné aux infirmiers psychiatriques, n'est pas en reste : « Les moyens de contention sont nuisibles aux malades et augmentent l'agitation : ils sont souvent considérés par les malades comme une punition. On peut juger de la valeur des infirmiers par le petit nombre des moyens de contention qu'ils emploient ; un personnel bien instruit n'en fait usage qu'exceptionnellement. » (34)

Les infirmiers d'asile, qui ont, en droit, l'accès au diplôme d'État ne pourront en profiter par manque d'instruction (motif invoqué le plus souvent), par la réticence des directions d'établissement à mettre en place leur filière de formation et celle des médecins à dispenser les cours nécessaires. En 1938, ne restent plus que des formations locales, dont le contenu repose sur le bon vouloir des directeurs et médecins. Infirmiers autorisés, ils ne bénéficient plus guère de formation.

C'est dans ce contexte que François Tosquelles enseigne aux infirmiers de Saint-Alban en 1943-1945. Le cursus débute par des cours de psychologie, de psychiatrie et s'achève par les soins à donner aux malades. Les deux derniers points sont consacrés l'un à l'isolement et l'autre à la contention. Les psychiatres « dignes de ce nom », disait Tosquelles, « condamnent définitivement les cellules et l'isolement. » (35) L'isolement est une mesure extrême, « tout l'effort du personnel doit consister à prévoir le conflit afin de l'éviter. » (35) Quant à la contention,

*elle « accroît, prolonge et aggrave l'irritabilité des malades et, ce qui est pire, la contention corrompt le personnel. La contention donne au personnel infirmier la notion qu'il n'y a pas d'autre moyen pour éviter l'agressivité de certains malades. Ils n'essaient pas d'autres méthodes, ils n'apprennent pas à atténuer une colère, ils ont peur du malade. L'usage de la camisole en entraîne fatalement l'abus. » (35)*

La suppression des quartiers d'agités et des contentions des années 1945-1960 repose aussi sur la formation continue des infirmiers. Elle se pérennise grâce aux différents programmes de formations initiales élaborés entre 1955 et 1992. La création du diplôme d'infirmier polyvalent (et la suppression des études spécifiquement centrées sur la psychiatrie) est contemporaine du retour des isolements et contentions.

### CONCLUSION

Ce détour par l'histoire nous renseigne sur la permanence de ces mesures mais aussi sur la constance des pratiques de moindre coercition. Ce recul de 230 années depuis le geste de Jean-Baptiste Pussin et Philippe Pinel nous invite collectivement dépasser à l'opposition binaire qui a longtemps prévalu sur cette question dans notre discipline, lorsqu'elle a été réduite à un face-à-face, imaginaire et stérile, entre « réalisme » et « angélisme ».

Le chemin qui mène à la suppression des contentions et au moindre recours aux isolements va à contre-courant. C'est un chemin exigeant, qui oblige le soignant à s'impliquer professionnellement et personnellement. (voir aussi l'article de S. Saetta et al., p.26) Il nécessite d'être constamment en travail, en réflexion, en recherche de liens avec les autres partenaires du soin. Tout seul on ne peut rien. Il suppose donc une véritable prise de conscience collective. Il s'agit de renouveler les pas de côté, le mouvement de déport, sans cesse remis sur le métier pour s'adapter aux situations individuelles toujours singulières... entendu ici au sens de Philippe Paumelle : « Si le malade ne change pas, c'est que nous n'avons pas su nous y prendre ». (36) Ce passage par un regard sur la longue durée nous invite à méditer cette maxime : la modernité, c'est connaître le passé pour éclairer le présent.

- 1– Didier, M., *Dans la nuit de Bicêtre*. Gallimard, collection Folio, 2006.
- 2– Roumieux, A., *La tisane et la camisole*. 1981, Paris, Éditions Jean-Claude Lattès, 306 pages, page 86, citant le livre d'Henny Zillox, ancienne infirmière de secteur psychiatrique devenu psychiatre, et co-fondatrice du GERIP (Groupe d'Études et de Recherche des Infirmiers psychiatriques) « On les appelait gardien de fous, la profession d'infirmier psychiatrique », Édition Privat, 1976.
- 3– Begin S., *Isolement et contentions : revue de la littérature et focus sur leurs impacts et les normes qui les régissent*, *Revue Canadienne de psychiatrie* vol. 36, décembre 1991, pp. 752-759.
- 4– Célius, Aurélien, *Des maladies aiguës et des maladies chroniques*.
- 5– Alexander, F.G., Selesnick, S.T., *Histoire de la psychiatrie*. Armand Colin, Collection U, trad. Allers, G., Carré J., Rault A., Paris, 1972, p.63.
- 6– Le neurologue et psychiatre américano-hongrois Ladislav J. Meduna a découvert en 1934 que des doses élevées de cardiazol provoquaient des convulsions. Le choc au cardiazol consiste à provoquer des crises épileptiques pharmacologiques induites par injections intraveineuses. Elle déclenche en quelques secondes un bâillement prolongé, une perte de connaissance et une crise convulsive de quelques dizaines de secondes. (Tiré de Caire, Michel, « Soigner les fous, histoire des traitements médicaux en psychiatrie », Nouveau monde éditions, 2019, 480 pages, page 18, page 194-195).
- 7– En 1928, Manfred Sakel, administre des doses modérées d'insuline à des patients morphinomanes. Impressionné par les modifications psychiques consécutives à un coma hypoglycémique, il le prescrit dans divers états d'agitation parmi ceux de schizophrénie. Une cure de Sakel comprenait 30 à 50 séances, à raison de 3 à 5 fois/semaine. Une surveillance infirmière constante accompagnait la séance. Le resucrage permet le réveil du coma. La phase de régression affective qui suit est un moment privilégié pour établir avec le malade une relation de soins. Cette technique demandait des compétences techniques et relationnelles infirmières affirmées. (tiré de Caire Michel, op. cit. (6) page 183-185)
- 8– Barbier, D., *La cure de Sakel*, in *Soins psychiatrie*, n° 144, octobre 1992, pp. 37-41, p. 37.
- 9– Une lettre de cachet est, sous l'Ancien Régime, une lettre servant à la transmission d'un ordre particulier du roi, permettant par exemple l'incarcération sans jugement, l'exil ou encore l'internement de personnes jugées indésirables par le pouvoir.
- 10– Jaeger M., *Garder, surveiller, soigner. Essai d'histoire de la profession d'infirmier psychiatrique*. Cahiers VST, CEMEA. Janvier 1990.
- 11– Morel P., François Leuret, *Une victime du traitement moral, plaider pour un mal aimé. Préface Indications à suivre dans le traitement moral de la folie*. L'Harmattan. Coll. Psychanalyse et civilisation.
- 12– Quérel, C., *Un « tour » des asiles en Occident*. In *Histoire de la folie De l'Antiquité à nos jours*. Paris : Tallandier, coll. « Texto », 2012. p. 379–98.
- 13– Kraepelin, E., *Cent ans de psychiatrie, suivi de La folie maniaco-dépressive*. Bordeaux : Mollat Éditeur; 1997, page 118, cité par Fernández VI, Karavokyros S, Lagier F, Bauer L, Védie C., *Soigner sans contention physique, quels enjeux psychiques ? De la contention à la contenance*. *Revue Évolution psychiatrique* 2019; 85(3),
- 14– Dubois, L., Hanwell et le no-restraint. *Un rendez-vous manqué avec les aliénistes français ?*, VST - Vie sociale et traitements, vol. 139, no. 3, 2018, pp. 124-131.
- 15– Morel B., *Le no-restreint ou de l'abolition des moyens coercitifs dans le traitement de la folie*, Paris, Masson, 1861.
- 16– Parchappe, M., cité par Paumelle, Philippe, « Essai de traitement collectif du quartier d'agités », Édition Presse de l'EHESP, réédition janvier 1999, 160 pages, page 30.
- 17– Renaudin, E., cité par Paumelle, Philippe, op. cit.
- 18– Chazaud, J., Valentin Magnan, 1835-1916. *L'Information Psychiatrique*, 2003, 79; 3, 251-256.
- 19– La clinothérapie est le traitement par un alitement continu..
- 20– Caire, M., « Soigner les fous, histoire des traitements médicaux en psychiatrie », Nouveau monde éditions, 2019, 480 pages, page 125.
- 21– Roumieux A., Ville-Evrard : murs, destins et histoire d'un hôpital psychiatrique, L'Harmattan, Paris, 2008.
- 22– Fauvel A., *Aliénistes contre psychiatres. La médecine mentale en crise (1890-1914)*, in *Psychologie clinique*, n° 17, 2004, pp. 61-76.
- 23– Paul Sérieux cité par Paumelle, Philippe, *Essai de traitement collectif du quartier d'agités*. Éditions presse de l'EHESP, 1999, page 33.
- 24– Londres A., *Chez les fous*, Coll. Les grands Reportages, Le serpent à plumes, Albin Michel, Paris, 1925.
- 25– Masson A., *La vie sociale des malades à l'hôpital psychiatrique : l'expérience de Chalons Sur Marne*. Communication faite à la société Médico-Psychologique de Paris dans sa séance du 23 février 1948, Paris, Masson.
- 26– Baruk H., *Mémoires d'un neuropsychiatre*, Pierre Tequi éditeur, Paris, 1990.
- 27– Tosquelles, François, (1912-1994) est un psychiatre d'origine catalane, il a exercé au CH de St Alban (Lozère) et il est considéré comme un pionnier de la psychothérapie institutionnelle.
- 28– Une traduction dactylographiée non datée est disponible au centre de documentation du CH Saint Anne à Paris. Nous en profitons pour remercier les documentalistes du réseau Ascodocpsy pour ce prêt.
- 29– Hermann Simon et la psychothérapie institutionnelle ([free.fr](http://free.fr)), consulté le 25 février 2024.
- 30– Simon, Hermann, « Une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique », traduction française, hôpital psychiatrique de Saint Alban, 223 pages, page 13.
- 31– Haute Autorité de Santé (HAS) : « Isolement et contention en psychiatrie générale – méthode recommandations pour la pratique clinique » [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-Pages16.3/isolement\\_et\\_contention\\_en\\_psychiatrie\\_generale\\_-\\_recommandations\\_2017-03-13\\_10-13-59\\_378.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-Pages16.3/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf)
- 32– Lanquetin J-P, Rohr L., *Rapport d'audit en région Auvergne Rhône-Alpes – Le moindre recours à l'isolement et à la contention*, septembre 2020, 129 pages, page 66.
- 33– Simon T., *L'aliéné, l'asile, l'infirmier*, Cahors, Imp. A. Coueslant, 1911, p. 62.
- 34– Mignot R, Marchant L., *Manuel technique de l'infirmier aux établissements d'aliénés à l'usage des infirmiers candidats aux diplômes d'infirmier des asiles*, Paris Doin, 1912.
- 35– Tosquelles F, *Cours aux infirmiers*. Saint-Alban 1943-1945, *La boîte à outils*, Éditions d'Une, Paris, 2018, p. 164.
- 36– Paumelle, P., « Essai de traitement collectif du quartier d'agités », Presse de l'EHESP, 1999, 160 pages.

**Résumé :** Le temps long de l'histoire montre que l'usage des contentions n'est pas une fatalité. Nombreux ont été les soignants qui ont su s'en passer, en s'appuyant sur leurs valeurs, une clinique élaborée et la formation. Après un passage dans l'Antiquité, les auteurs retracent l'histoire de ces mesures dans la psychiatrie contemporaine, à partir du geste inaugural de Jean-Baptiste Pussin et Philippe Pinel à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle.

**Mots-clés :** Contention – Enfermement – Formation – Formation professionnelle – France – Histoire de la psychiatrie – Infirmier – Isolement – Pays étranger – Pratique professionnelle – Soins psychiatriques.

# Un modèle pour prévenir la coercition

Le Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale met en évidence cinq cibles d'intervention spécifiques pour réduire l'isolement et la contention mécanique. Il promeut ainsi une approche de responsabilité partagée entre les acteurs de plusieurs systèmes.

Cet article examine l'état actuel des connaissances sur la prévention de la coercition formelle liée à l'isolement et la contention. De façon générale, les différentes législations permettent son utilisation « en dernier recours » lorsqu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui. Plusieurs revues systématiques ont mis en évidence les conséquences néfastes de ces mesures, tant pour les patients (risque de décès, réactivation de traumatismes, peur et honte...) que pour les soignants (blessures, dilemme éthique...) (1). Malgré ces constats, plus de 37 % des personnes hospitalisées sans leur consentement en France ont fait l'objet d'une mise en isolement en 2022 (2), soulignant un défi persistant dans ce domaine.

Le questionnement sur ces pratiques de contrainte a évolué. Il ne s'agit plus de se demander si elles sont ou non thérapeutiques, car les résultats probants vont dans le sens inverse. L'Organisation des Nations unies (ONU a même qualifié

ces pratiques de forme contemporaine de torture, soulignant ainsi la nécessité d'une réflexion approfondie sur leur utilisation. Le débat actuel réside plutôt dans le questionnement nommé « *l'impasse de Genève* » (3) : l'objectif visé doit-il être d'éliminer ou de réduire l'utilisation de ces mesures (voir aussi l'article de D. Friard, p. 34) ? Dans tous les cas, il existe une volonté d'en prévenir l'utilisation. Cette situation appelle à des actions concertées pour améliorer la prise en charge des personnes hospitalisées en psychiatrie et promouvoir des alternatives aux mesures d'isolement et de contention, en accord avec les principes de dignité et de respect des droits humains.

La mise en œuvre des politiques de réduction de ces mesures est à géométrie variable. L'étude Plaid-Care (Psychiatrie et liberté individuelles) (voir aussi l'article de S. Seaetta et al. p. 26) vise ainsi à identifier les facteurs favorables à son moindre recours dans les établissements utilisant peu la coercition formelle (4). Plusieurs écrits ont par ailleurs examiné l'efficacité d'interventions préventives de l'utilisation de ces mesures, démontrant majoritairement une réduction de leur fréquence et de leur durée, sans pour autant augmenter les agressions (5).

Des recensions ont également identifié diverses interventions, dont certaines sont plus spécifiques à la pratique clinique et d'autres d'ordre organisationnel (5-8). Nous

avons dès lors décidé de synthétiser cette littérature et de la conceptualiser avec le Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale (9). Cet article présente ce modèle à partir d'une mise à jour de la revue intégrative.

## MÉTHODE

Cinq étapes sont nécessaires à une revue intégrative des écrits : l'identification du problème, la recherche documentaire, l'évaluation, l'analyse et la présentation des données (10). La recherche a porté sur des articles publiés entre 2010 et 2020, avec une mise à jour jusqu'en février 2024 dans les bases de données pertinentes. Ces articles devaient être rédigés en anglais ou en français, évalués par un comité de pairs, cibler une ou plusieurs interventions visant un recours moindre de l'isolement et de la contention, se situer dans un contexte de psychiatrie générale ou médico-légale. Les critères d'exclusion se rapportaient aux populations de pédopsychiatrie, de gériopsychiatrie et de troubles neurodéveloppementaux. Le processus de sélection a retenu 136 articles (24 ont ensuite été ajoutés lors de la mise à jour). L'analyse thématique a été effectuée en référence au modèle écologique de Bronfenbrenner, qui considère la personne dans un environnement composé de systèmes interdépendants : l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème (11, 12).

## Marie-Hélène GOULET

Infirmière, Ph.D, Professeure, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Chercheure, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.



## UN MODÈLE COHÉRENT

Le Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale « vise par une approche systémique, à refléter la nature multifactorielle et complexe de la problématique liée à la réduction de mesures de contrôle où les différents systèmes interagissent constamment et se transforment mutuellement » (9). Chaque système propose des cibles d'interventions spécifiques (voir figure page ci-dessous) : la personne à risque de mesures de contrôle, les soignants et le milieu thérapeutique, la culture de l'unité de soins, l'organisation institutionnelle, les politiques gouvernementales et les changements sociohistoriques.

### > ONTOSYSTÈME : LA PERSONNE CONCERNÉE

Le premier système à prendre en compte est celui de la personne à risque d'une mesure de contrôle (le patient) en tenant compte de ses dimensions physique, cognitive et socioaffective. Pour prévenir le risque, il est essentiel de considérer la trajectoire de vie et de soins de la personne. Il faut aussi mobiliser ses

stratégies adaptatives efficaces déjà présentes avant l'hospitalisation et l'aider à en développer de nouvelles, par exemple en lui proposant des ateliers de gestion de la colère. Une implication active des patients peut passer par les soins (pouvant être facilitée par l'élaboration d'un plan de crise conjoint) et par leur participation à des comités relevant de l'organisation et de la recherche. Il est aussi possible de se demander si des pairs aidants accompagnent les patients, valorisant ainsi le savoir expérientiel et une démarche de rétablissement.

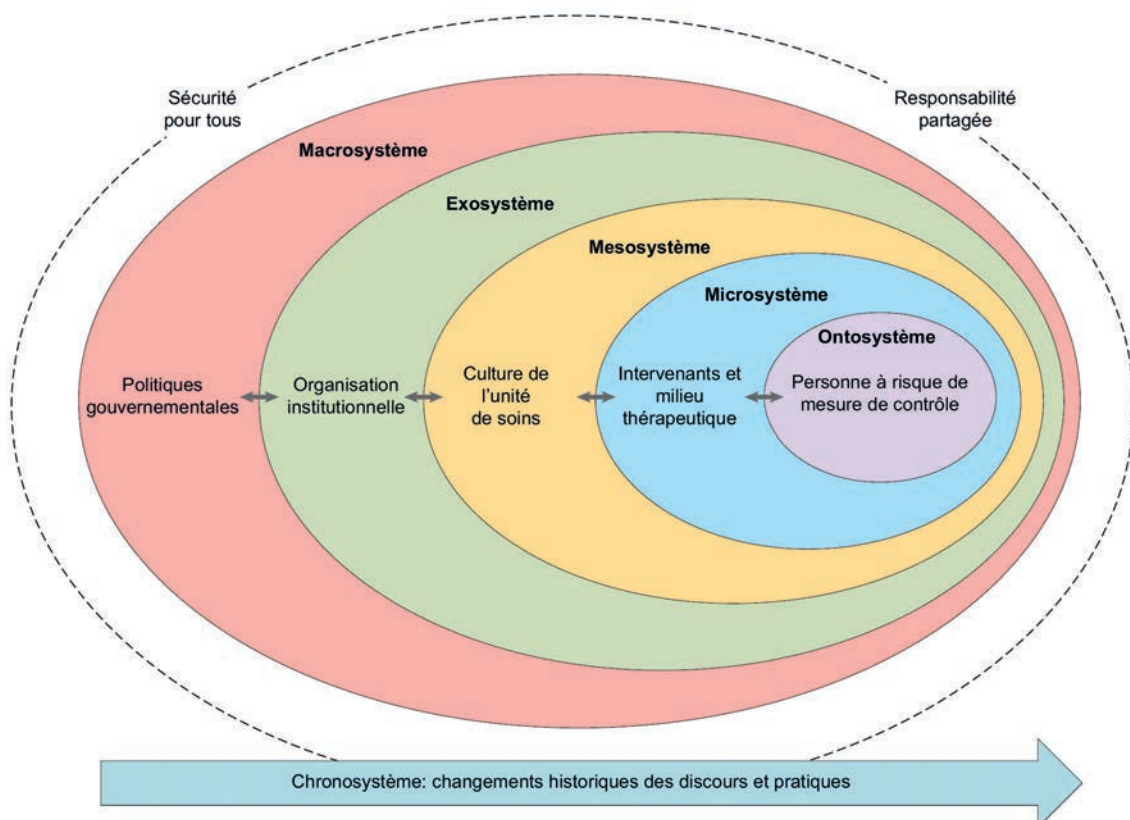
### > MICROSYSTÈME : LES SOIGNANTS ET LE MILIEU PHYSIQUE

Le microsystème, quant à lui, se concentre sur les soignants et le milieu dans lequel évolue la personne à risque. En intra-hospitalier, cela inclut les pairs, le personnel soignant et l'unité de soins. Les interventions directes découlent le plus souvent de ce système, d'où l'importance de comprendre et d'intervenir sur cet environnement thérapeutique et physique pour prévenir et gérer les situations de dangerosité.

### • Interventions initiées par les professionnels

— **Améliorer la relation thérapeutique.** Les interventions initiées par les soignants pour prévenir le recours aux mesures de contrôle en psychiatrie consistent le plus souvent à améliorer la qualité et la fréquence des interactions avec la personne à risque. Selon l'étude de Chieze, Hurst (1), la perception d'une bonne relation thérapeutique diminuerait la coercition perçue par les patients. La mise en œuvre de différentes approches de soins est d'ailleurs associée à une diminution de la prévalence des mesures de contrôle. Parmi celles évaluées dans la littérature, mentionnons le rétablissement, les approches qui tiennent compte des psychotraumatismes, l'empathie, les soins basés sur la personne et le respect des droits, l'éthique du soin, le modèle basé sur les forces\*, ainsi que l'approche culturelle. Toutes ces approches insistent sur l'importance de se centrer sur la personne et de passer outre une application rigide des protocoles et règlements des unités de soins qui irait à l'encontre de ses besoins.

## Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale



– **Évaluer le risque de violence.** L'évaluation du risque repose principalement sur un jugement clinique structuré. L'utilisation d'outils psychométriques évaluant les facteurs de risque statiques (antécédents de violence, abus de substances...) et dynamiques (comportement violent, négativisme...) soutient le soignant dans son évaluation. Signalons les suivants : *Dynamic Appraisal of Situational Aggression (Dasa)*, *Modified Agitation Severity Scale*, *Short Term Assessment of Risk and Treatability (Start)*, *Risk of Administrative Segregation Tool*, *Modified Mania Assessment Scale*, *Broset Violence Checklist (BVC)*, *Phipps Aggression Screening Tool* et *Early Recognition Model*. Certaines échelles sont accompagnées d'un protocole d'interventions adaptées au niveau de risque évalué. En outre, plusieurs études visent désormais une amélioration de la précision de l'évaluation du risque par l'intelligence artificielle, mais cette innovation a encore peu intégré les milieux cliniques.

– **Élaborer un plan de crise.** Les plans pour anticiper l'action en cas de crise, réalisés avec le patient, sont fondamentaux (plan de crise conjoint, plan de sécurité...) (à lire aussi sur ce sujet *Directives anticipées en psychiatrie, Santé mentale* n°245, février 2020). Ils permettent de personnaliser les soins en identifiant les déclencheurs, les stratégies personnelles et les préférences de traitement avant, pendant et après la crise (13).

– **Mettre en œuvre des techniques de désescalade.** En cas de survenue d'agressivité, des techniques de désescalade spécifiques sont préconisées, comme l'approche Oméga, très utilisée dans la francophonie (7).

– **Initier un débriefing** avec le patient et en équipe. Il est essentiel d'offrir systématiquement l'occasion à une personne ayant fait l'objet d'une mesure de contrôle de s'exprimer sur la situation dans les jours qui suivent. Il s'agit d'explorer son vécu, de comprendre son point de vue sur les éléments déclencheurs de la crise et d'envisager les mesures autres à favoriser. La plupart des revues systématiques des écrits identifient aussi une analyse plus formelle de l'événement par l'équipe interdisciplinaire, comme une réflexion pour prévenir de futurs épisodes, gérer les conséquences négatives des mesures de contrôle et favoriser un changement de pratique (14).

– **Impliquer l'équipe interdisciplinaire.** Intégrer des pharmaciens dès les cinq

premiers jours de l'hospitalisation, privilégier certains antipsychotiques et initier des séances de physiothérapie\*\* pour les patients en phase maniaque sont des interventions interdisciplinaires associées à un moindre recours.

### • Interventions ciblant les unités de soins

L'optimisation de l'environnement physique constitue une autre catégorie d'interventions préventives pour favoriser des interactions positives des patients entre eux et avec les soignants. Cela implique le déploiement d'activités thérapeutiques, la réduction des stimuli, la création d'espaces individuels lumineux et des changements structurels, comme l'affichage des horaires d'activités et de la présentation de l'équipe soignante. Ces interventions sur l'environnement physique figurent parmi les plus efficaces pour réduire le recours aux mesures de contrôle (15).

Les approches de modulation sensorielle sont aussi discutées comme stratégie préventive. Elles incluent les programmes d'intégration sensorielle, les salles d'apaisement et les espaces Snoezelen, les chariots ou kits sensoriels, ainsi que l'utilisation de la musique, de couvertures lestées, de balles anti-stress et de certains exercices. Ces interventions fournissent des moyens concrets pour aider les patients à mieux gérer leurs émotions et leur stress (16).

### > MÉSOSYSTÈME : CULTURE DE L'UNITÉ

La relation entre les soignants et leur environnement de travail forme une culture de soins spécifique à chaque unité. Selon une chercheuse australienne, comme les caractéristiques démographiques d'une population restent stables, les différentes cultures de soins permettraient d'expliquer la variabilité du recours à l'isolement et à la contention (17). Dans cette perspective, deux visions des soins peuvent coexister au sein d'une même équipe, à savoir le partenariat et le paternalisme, l'un prédominant souvent sur l'autre.

Une préoccupation excessive pour la sécurité et le respect des règles transforme parfois la pratique infirmière en un processus axé sur la peur de l'agression et non sur le soin. Ainsi, une étude souligne que les soignants ayant une vision du rétablissement et une réflexivité accrues sont moins enclins à recourir à des mesures coercitives (18). Ce type d'approche s'opérationnalise notamment par l'ouverture au

dialogue, le partage des responsabilités entre les soignants et les patients, et la réduction des restrictions et des règles générales dans les milieux de soins, qui engendrent frustration et conflits.

### > EXOSYSTÈME : INITIATIVES ORGANISATIONNELLES

Les programmes de moindre recours aux mesures de contrôle, le leadership, les indicateurs de suivi, la formation des équipes soignantes et l'organisation des soins relèvent de l'exosystème.

– Pour répondre à la complexité de la problématique de réduction des mesures, de nombreux hôpitaux ont adopté des **programmes intégrant plusieurs niveaux de prévention**. Les plus documentés sont le *Six Core Strategies*, initialement développé par Kevin Ann Huckshorn aux États-Unis, et le modèle *Safewards*, proposé par Len Bowers au Royaume-Uni. Un tableau (voir page suivante) identifie leurs principales composantes

– **Le leadership organisationnel** joue un rôle central dans le changement des pratiques, impliquant des ajustements aux politiques internes, aux formulaires d'incidents et aux protocoles spécifiques pour des populations particulières comme les patients souffrant de troubles de la personnalité limite. Des comités stratégiques et opérationnels peuvent aussi être mis en place pour suivre les alertes cliniques, les audits et les révisions des incidents

– **L'utilisation de statistiques relevant les indicateurs de prévalence** de l'isolement et de la contention permet également de fournir des données aux équipes pour promouvoir leur moindre recours. D'autres outils de suivi peuvent être utilisés, comme l'échelle du Climat de prévention de la violence\*\*\* ou des questionnaires d'évaluation organisationnelle.

– Afin d'agir directement sur les soignants (microsystème), la plupart des initiatives de réduction des mesures de contrôle incluent la **formation des soignants, notamment sur les techniques de désescalade et de pacification** (6). Planifier un moment dédié à l'expression et à la validation des émotions des soignants face à ce changement (crainte pour sa sécurité, peur, ambivalence...) et prendre le temps d'expliquer les évolutions favoriser une réception favorable de l'équipe soignante. (19).

– **Repenser l'organisation des soins** est également crucial, par exemple en mettant en place des équipes de crise, en jumelant des intervenants expérimentés avec

## Principales composantes des programmes *Six Core Strategies* et *Safewards*

| Six Core Strategies                                                                                                                                                                                                                              | Safewards                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leadership</li> <li>- Utilisation des données</li> <li>- Formation du personnel soignant</li> <li>- Outils de prévention</li> <li>- Inclusion des patients et familles</li> <li>- Débriefing</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attentes mutuelles claires</li> <li>- Techniques de désescalade</li> <li>- Mots positifs</li> <li>- Atténuation des mauvaises nouvelles</li> <li>- Se connaître</li> <li>- Rencontres d'entraide</li> <li>- Modulation sensorielle</li> <li>- Réassurance</li> <li>- Messages positifs laissés par les patients sortants</li> </ul> |

des débutants ou en créant des unités pour des populations spécifiques. Certaines approches, comme les « portes ouvertes » ou l'hospitalisation programmée (*Patient-controlled hospital admission in psychiatry*)\*\*\*\*, peuvent conduire à un recours moindre aux mesures de contrôle. Enfin, malgré les croyances persistantes dans les milieux de soins, les données probantes n'indiquent aucune association entre un faible ratio de soignants et une augmentation du recours aux mesures de contrôle (20).

### > MACROSystème : POLITIQUES NATIONALES ET INTERNATIONALES

L'évolution des normes et des valeurs se reflète par des changements législatifs et des politiques nationales. Des études ont évalué la prévalence des mesures de contrôle à la suite de ces changements, notamment aux Pays-Bas, en Espagne, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Les exigences gouvernementales influencent les pratiques organisationnelles en définissant les priorités et en allouant des ressources, ce qui peut inclure ou exclure les mesures de contrôle comme indicateur sensible à la qualité des soins. Des initiatives peuvent être financées par des instances gouvernementales : en Australie, se tient un forum national biannuel sur l'élimination de la coercition ; le Royaume-Uni accorde des subventions spécifiques à cette thématique.

Les équipes soignantes sont par ailleurs soumises à une pression politique pour réduire leur recours aux mesures de contrôle, mais elles se sentent souvent démunies quant aux alternatives. Confrontés à des enjeux éthiques, les soignants se demandant parfois si les droits des patients ne sont pas privilégiés au détriment des leurs. Une attitude favorable

ou défavorable des infirmières envers ces politiques influence leur application, puisqu'elles constituent le groupe professionnel le plus susceptible d'appliquer une mesure de contrôle. Les orientations politiques doivent donc refléter une réelle volonté de changement, en visant non seulement à réduire la prévalence des mesures de contrôle, mais aussi à promouvoir la sécurité pour tous.

### > CHRONOSystème : ÉVOLUTION DES DISCOURS

La pratique professionnelle évolue dans un cadre historique dynamique où les normes passées peuvent ne plus correspondre aux standards actuels. Une relation bidirectionnelle existe entre ces transformations socioculturelles et les changements dans le macrosystème, notamment au niveau législatif, car l'acceptabilité de la coercition est en pleine évolution. La transition vers un recours moindre aux mesures de contrôle dépend étroitement du sentiment de sécurité des intervenants. Selon les travaux du sociologue Giddens (21), la réflexivité, caractérisée par une réévaluation constante des pratiques à la lumière d'informations nouvelles et de savoirs implicites, est essentielle. Certains obstacles alimentent cette résistance au changement : une crainte pour sa propre sécurité, un manque de formation sur les techniques de désescalade et l'appréhension de remettre en question les procédures et normes établies (19). Trois mythes restent à déconstruire (22) :

- les mesures de contrôle sont des interventions cliniques ;
- elles sont uniquement utilisées en dernier recours ;
- elles maintiennent la sécurité des personnes.

Les témoignages de personnes ayant vécu l'isolement ou la contention, les jeux de rôle et les études de cas peuvent être employés comme stratégies éducatives pour modifier les attitudes, croyances et comportements des soignants en faveur d'un recours moindre aux mesures de contrôle.

### CONCLUSION

Contrairement à l'accent mis sur l'imputabilité des soignants dans certaines études (23), ce modèle de prévention promeut une approche de responsabilité partagée entre les acteurs des différents systèmes en identifiant les actions possibles pour un recours moindre à l'isolement et à la contention.

Il identifie plusieurs points clés. Dans un premier temps, il encourage la personne à risque (ontosystème) à se responsabiliser dans la création d'un environnement sécuritaire pour tous en engageant des stratégies adaptatives efficaces. Les intervenants (microsystème) jouent un rôle crucial en soutenant l'autodétermination des personnes et en favorisant une culture de soins (mésosystème) basée sur le partenariat et le respect. Certains éléments sont soulignés par l'ensemble de la littérature sur le sujet : favoriser la participation de la personne, évaluer le risque, être formé en termes de techniques de désescalade (7). Les organisations (exosystème) doivent quant à elles élaborer des politiques claires de réduction de recours aux mesures de contrôle et fournir un soutien adéquat aux équipes. Sur le plan politique (macrosystème), il est essentiel de prendre en compte les réalités des différents systèmes et de leur garantir une participation active dans l'élaboration des politiques. Cependant, malgré les efforts des politiques gouvernementales pour réduire

l'utilisation des mesures de contrôle, les préoccupations concernant la sécurité persistent dans les milieux cliniques. Les craintes concernant l'intégrité physique et psychologique des soignants et des patients face aux situations de crise demeurent une réalité. Pour surmonter ces défis, il est crucial que tous les systèmes impliqués fassent preuve de leadership pour harmoniser les discours politiques, les pratiques organisationnelles, la culture des établissements de soins et les interventions cliniques.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier de prendre en compte le contexte historique en constante évolution. Billé et coll. (24) mettent ainsi en garde : il faut faire attention à ce que la volonté politique de réduire le recours à la coercition formelle ne se traduise par une augmentation de la « coercition informelle » (tacite, implicite...), comme le chantage ou la négociation.

Somme toute, le modèle offre une perspective complète et systémique sur la prévention de l'utilisation des mesures de contrôle, avec des implications pour la pratique, la gestion, les politiques et la recherche.

\* Le modèle basé sur les forces est à la fois une philosophie et un ensemble d'outils et de méthodes. Il est conçu pour favoriser le rétablissement de la personne en adoptant une approche de prestation de services orientée vers ses buts. Ses 6 principes clés sont : l'accent est mis sur les ressources de la personne et non sur les difficultés et la pathologie ; la communauté est considérée comme une oasis de ressources pour le sujet ; l'usager est maître d'œuvre du processus d'aide ; la relation entre la personne et son intervenant-pivot est primordiale, essentielle et s'articule autour de la confiance et de l'empowerment ; l'intervention prend place dans la communauté ; toute personne peut se rétablir et a la capacité de transformer sa vie.

\*\* Proche de l'ergothérapie et de la kinésithérapie, la physiothérapie (spécialité qui n'existe pas en France) vise à restaurer les capacités physiques, pour réaliser ses activités

quotidiennes, travailler, pratiquer un loisir ou un sport... Elle favorise l'autonomie tout en permettant de rester actif dans la vie personnelle et sociale. <https://oppq.qc.ca/la-physiotherapie/>

\*\*\* Il s'agit d'un outil validé développé au Royaume-Uni, puis validé en français, dont le but est d'évaluer le climat de prévention de violence sur les unités de soins pouvant être complété par les intervenants et les patients.

\*\*\*\* L'hospitalisation contrôlée par le patient est un concept qui invite les patients atteints d'une maladie mentale de longue durée à décider eux-mêmes quand un traitement hospitalier est nécessaire.

1— Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry : A systematic review. *Front Psychiatry*. 2019;10:491.

2— Touitou-Burckard E et al. Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements. *Questions d'économie de la Santé*. 2024;286:1-8.

3— Martin W, Gurbai S. Surveying the Geneva impasse : Coercive care and human rights. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2019;64:117-28.

4— Saetta S, Coldefy M, Degry J, Lanquetin J-P, McCarell A, Moreau D, et al. PLAID-Care : une recherche sur le moindre recours à la coercition en France. *L'Encéphale*. 2023;49(4):433-6.

5— Goulet MH, Larue C, Dumais A. Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health : A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*. 2017;34:139-46.

6— Baker J, Berzins K, Canvin K, Benson I, Kellar I, Wright J, et al. Non-pharmacological interventions to reduce restrictive practices in adult mental health inpatient settings : the Compare systematic mapping review. *Health Serv Deliv Res*. 2021;9(5):1-184.

7— Fernández-Costa D, Gómez-Salgado J, Fagundo-Rivera J, Martín-Pereira J, Prieto-Callejero B, García-Iglesias J. Alternatives to the use of mechanical restraints in the management of agitation or aggressions of psychiatric patients : A scoping review. *Journal of Clinical Medicine*. 2020;9(9):2791.

8— Väkiparta L, Suominen T, Paavilainen E, Kylmä J. Using interventions to reduce seclusion and mechanical restraint use in adult psychiatric units : an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019;33(4):765-78.

9— Goulet MH, Lessard-Deschênes C. Le Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale : une revue intégrative. *Santé mentale au Québec*. 2022;47(1):151.

10— Whittemore R, Knaff K. The integrative review : updated

methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52(5):546-53.

11— Bronfenbrenner U. *The ecology of human development : experiments by nature and design*. Cambridge, Mass. : Harvard University Press; 1979.

12— Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. *Qualitative data analysis : a methods sourcebook*. Fourth edition. éd. Los Angeles : SAGE; 2020.

13— Cassivi C, Sergerie Richard S, Saint Pierre B, Goulet MH. Crisis plans in mental health : A scoping review. *Int J Mental Health Nurs*. 2023;32(5):1259-73.

14— Mangaoil RA, Cleverley K, Peter E. Immediate staff debriefing following seclusion or restraint use in inpatient mental health settings : A scoping review. *Clin Nurs Res*. 2020;29(7):479-95.

15— Oostermeijer S, Brasier C, Harvey C, Hamilton B, Roper C, Martel A, et al. Design features that reduce the use of seclusion and restraint in mental health facilities : a rapid systematic review. *BMJ Open*. 2021;11(7):e046647.

16— Haig S, Hallett N. Use of sensory rooms in adult psychiatric inpatient settings : A systematic review and narrative synthesis. *Int J Mental Health Nurs*. 2023;32(1):54-75.

17— Muir Cochrane E. Using restraint with restraint : A reflection. *Int J Mental Health Nurs*. 2018;27(3):925-7.

18— Mötteli S, Hotzy F, Lamster F, Horisberger R, Theodoridou A, Vetter S, et al. Optimistic recovery expectations are associated with critical attitudes toward coercion among mental health professionals. *International Journal of Mental Health*. 2019;49(2):157-69.

19— Silver Curran S. Staff resistance to restraint reduction : Identifying and overcoming barriers. *Journal of Psychosocial Nursing*. 2007;45(5):45-50.

20— McKeown M, Thomson G, Scholes A, Jones F, Baker J, Downe S, et al. "Catching your tail and firefighting" : The impact of staffing levels on restraint minimization efforts. *Psychiatric Ment Health Nurs*. 2019;26(5-6):131-41.

21— Giddens A. *La constitution de la société*. Paris : Presses universitaires de France; 1987.

22— Duxbury JA. The Eileen Skellern Lecture 2014: physical restraint : in defence of the indefensible? *Psychiatric Ment Health Nurs*. 2015;22(2):92-101.

23— E-Morris M, Caldwell B, Mencher KJ, Grogan K, Judge-Gorny M, Patterson Z, et al. Nurse-directed care model in a psychiatric hospital : A model for clinical accountability. *Clinical Nurse Specialist*. 2010;24(3):154-60.

24— Billé V, Lessard-Deschênes C, Sergerie-Richard S, Désilets M, Tansey J, Goulet M-H. Informal coercion in inpatient mental healthcare : a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2024;14(2):e079549.

**Résumé :** Le Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale est le résultat d'une revue intégrative réalisée sur 160 articles entre 2010 et 2024. Le modèle présenté vise à encourager les acteurs de chaque système – patient, soignant, gestionnaire et décideur politique – à mettre en œuvre des interventions spécifiques pour prévenir le recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie et santé mentale. Les résultats sont catégorisés à partir d'une perspective systémique selon la personne à risque, les soignants et le milieu de soins, la culture de soins, l'organisation, les politiques gouvernementales et l'évolution des discours sociohistoriques.

**Mots-clés :** Contention – Culture d'organisation – Institution – Isolement – Management – Modèle de soins – Politique de santé – Pratique professionnelle – Prévention – Revue de la littérature – Soignant – Systémique – Unité de soin psychiatrique.

# De l'art d'« être avec »

En 2022, la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté a pointé la qualité des soins et le respect des droits des patients au pôle de psychiatrie du Centre hospitalier du Chinonais. Un médecin, visiteur extérieur, relève trois axes fondamentaux qui soutiennent une politique de soins engagée dans la non contrainte.

■ « Est-ce que tu pourrais ouvrir la porte ?

– Non !

– Pourquoi ?

– Parce qu'elle est déjà ouverte. Sinon, je te passe mes clefs pour que tu puisses aller l'ouvrir. »

Scène assez peu ordinaire pour un service de psychiatrie, entre un infirmier et un patient, mais que l'on peut surprendre dans un bureau infirmier du pôle de psychiatrie du Centre hospitalier du Chinonais (CHC), où l'ouverture des portes est la règle.

Ce lieu a été signalé pour la qualité des soins et le respect des droits fondamentaux du patient par la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) (1) et dans des articles de presse. Ce service n'a jamais recours à la contention mécanique et on note par ailleurs un très petit nombre de mises à l'isolement (2). Les actes de violence contre les soignants sont également très rares.

À l'heure où la psychiatrie française connaît un effondrement sans précédent (fermeture de lits, crise des vocations, recours au personnel intérimaire...) qui rend urgent de repenser son modèle, il faut sans aucun doute explorer les endroits où les soins semblent encore se dérouler de manière harmonieuse.

Cet article a été élaboré à partir d'observations directes et d'entretiens avec les

équipes soignantes lors d'une immersion d'une semaine dans le service, dans le cadre d'un travail de recherche mené au SHU Sainte-Anne sur les méthodes et les facteurs de prévention de la violence et des mesures coercitives en psychiatrie. Il s'agit d'identifier surtout les éléments reproductibles et transposables dans d'autres établissements.

## LE CONTEXTE

### • Les moyens matériels

Le service est localisé au sein d'un hôpital général situé à environ 5 km du centre de Chinon (8 000 habitants). La population du secteur s'élève à 85 000 habitants, en zone urbaine et surtout rurale.

Le service compte deux unités (de 22 et 23 lits), qui correspondent à deux sous-secteurs (Indre-et-Loire secteur V). Les patients ne sont pas répartis par pathologie, ni par mode d'hospitalisation, ni par sévérité. Les deux unités sont ouvertes et les patients poursuivent leur prise en charge jusqu'à la sortie dans la même unité. Les portes sont fermées seulement en cas de risque majeur de fugue.

Les deux unités sont situées en rez-de-chaussée, de plain-pied. Les locaux sont assez vastes et lumineux. L'accès au jardin est libre. Ces unités comprennent chacune une salle d'activités (babyfoot, billard et jeux de société), deux salons de télévision, un réfectoire dans lequel une fontaine d'eau est à disposition ainsi qu'un four à micro-ondes. Une machine à laver et un sèche-linge sont également accessibles sur demande.

Les chambres sont simples et doubles (quatre par unité), elles ne sont pas équipées de verrous intérieurs de confort ni

d'armoires fermant à clés. Chaque unité comprend une chambre d'isolement.

Entre les deux unités, sont installées d'autres salles d'activité communes : atelier d'art-thérapie, expression corporelle, musique (guitares, piano...), cuisine, psychomotricité...

### • Les moyens humains

Le service n'échappe pas à la restriction de moyens. Les équipes assurent les roulements de jour et de nuit avec un total de 15 infirmiers diplômés d'État (IDE) environ. L'effectif minimal est de 3 IDE matin et après-midi. Il n'y a pas d'aides-soignants. Un agent des services hospitaliers (ASH) est présent en journée. Une infirmière art-thérapeute et un psychomotricien sont présents à temps plein. Le service connaît également des difficultés de recrutement médical. Les cinq postes de praticiens hospitaliers (PH) ne sont pas tous pourvus, et le poste d'assistant est vacant depuis plusieurs années.

### • Facteurs de moindre recours

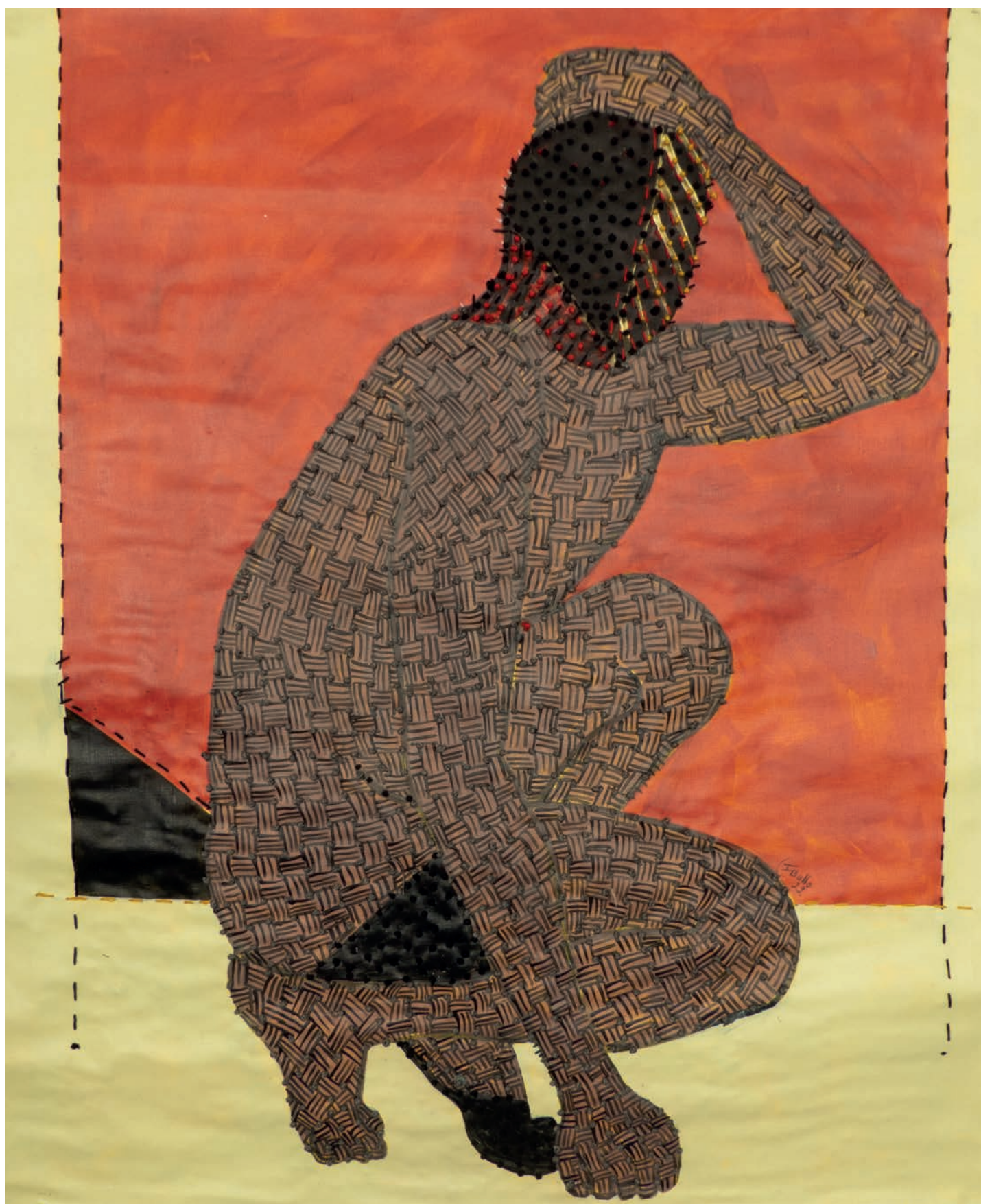
Quels facteurs peuvent expliquer le moindre recours aux méthodes coercitives dans cet établissement ?

Les moyens humains ne semblent pas supérieurs à la moyenne nationale. La situation en zone plutôt rurale peut compter. Le fait de se trouver dans un hôpital général est peut-être moins stigmatisant. Il existe une certaine fluidité avec le service d'accueil des urgences situé dans le même corps de bâtiment, et la tension sur les lits reste assez faible. Les services ne sont pas saturés et il n'y a pas besoin de recourir à des hébergements dans les autres secteurs.

---

**Olivier LAURINI**

Médecin, Service hospitalo-universitaire, Pôle 15°, GHU Paris psychiatrie et neurosciences.



© Ibrahim Ballo (2022) Penseur accroupi 110x90 cm, mixed media on jeans - Courtesy Galerie Carole Kvasnevska

Les contrôleurs du CGLPL, interpellés par le peu de mesures d'isolement et de contentions, ont cherché à caractériser le profil de la population du secteur et n'ont pas trouvé de différence significative en termes de dangerosité.

Néanmoins, il est possible que ces facteurs externes jouent un rôle. Mais il serait hâtif de conclure qu'il s'agit de conditions suffisantes pour générer une prise en charge de qualité. Il serait encore plus hasardeux, dans d'autres établissements, de baisser les bras au motif que les conditions de départ ne seraient pas les mêmes et donc qu'aucune évolution, même modeste, ne serait possible.

Cette recherche manquerait certainement l'essentiel de son but si les seules explications qu'on pouvait en conclure étaient la ruralité et la qualité des locaux. C'est sur des facteurs internes qu'il convient plutôt d'investiguer.

### • L'histoire du service

Historiquement, chacune des deux unités du service était rattachée à un sous-secteur. Deux anciens chefs de service, en retraite depuis plusieurs années, ont particulièrement marqué. Ils étaient pourtant issus de courants très différents : l'un du comportementalisme et l'autre de la psychanalyse. Malgré cela, dans les deux unités, l'accent était porté sur les activités thérapeutiques et une attitude volontariste était prônée pour le moindre recours à l'enfermement. Lors de travaux réalisés en 2006, des salles d'activités assez nombreuses ont été aménagées.

Un infirmier se souvient de son premier entretien d'embauche avec le chef de service. La principale question qui lui a été posée était significative : « *Qu'est-ce que vous pourrez faire comme activité ? Qu'est-ce que vous aimez ?* »

Aujourd'hui, le recrutement des nouveaux infirmiers reste accompagné d'un apprentissage et d'une transmission des savoirs par un système de tutorat, perpétuant ainsi la culture du service.

### LE LIEN DE CONFIANCE

Lors des entretiens avec les équipes, le terme de confiance est souvent revenu : « *La base de notre travail, c'est la confiance.* » Elle est envisagée dans sa dimension de réciprocité : « *Si l'on veut que les patients nous fassent confiance sur leur prise en charge, je pars du principe qu'il faut donner pour recevoir.* » (infirmière).

La confiance envers l'équipe apparaît ainsi comme une sorte de retour sur investissement. Les patients se trouvent honorés de la confiance qu'on leur accorde spontanément. Ils l'interprètent comme une marque de considération et dont ils sont à terme reconnaissants : « *Vous m'avez fait confiance.* »

### • La construction du lien dès l'accueil

Accueillir est un art ! Pour en déterminer les règles, et mettre en œuvre l'accueil, les soignants disent se mettre à la place du patient : « *Est-ce que moi, j'aurais envie d'être pris en charge comme cela ?* »

L'accueil commence par un tour du service. Les nouveaux arrivants découvrent des couloirs abondamment décorés par des productions artistiques réalisées par les usagers pendant les ateliers d'art-thérapie. Le service est un lieu vivant, qui met à disposition des objets que l'on ne retrouve pas forcément habituellement en psychiatrie. La salle de réfectoire comporte un four à micro-ondes pour les patients qui souhaiteraient par exemple se faire chauffer de l'eau pour préparer du café soluble.

Le tour du service se poursuit avec la présentation de l'équipe sur le trombinoscope, un tableau affiché à l'entrée avec les photographies de tous les membres de l'équipe pris individuellement dans une pause souriante. Les prénoms et noms de famille sont mentionnés. Les équipes ne rapportent pas de situations d'intrusion dans leur vie personnelle. Chinon est d'ailleurs une petite ville, où l'on peut croiser un patient dans la rue ou chez les commerçants. Il n'y a pas d'appréhensions à ce sujet ni d'incidents rapportés.

### • Une attention portée au confort

Un soin particulier est porté au confort. (« *Ils se sentent considérés* »). Une carafe d'eau est placée dans la chambre pour chaque arrivant : « *Une petite attention tout de suite, ça aide.* ». « *On demande s'ils ont faim et l'on propose volontiers de prendre un en-cas, comme une madeleine ou une compote.* » « *Je demande s'il veut manger un truc, parce que cela crée aussi du lien.* ». Pour la nuit, on leur propose volontiers un oreiller ou une couverture supplémentaire : « *On les enveloppe.* ».

### • Un minimum de restrictions

Le lien de confiance se crée surtout par la gestion des restrictions : « *On ne commence pas par interdire.* » Les précautions



© Ibrahim Ballo - Courtesy Galerie Carole Kvasnevski.



nécessaires sont évidemment mises en œuvre, un inventaire est réalisé, mais il n'existe pas de protocole systématique de restriction des libertés lors de l'arrivée. Les soignants signalent aux patients que « *les restrictions ont vocation à s'alléger le plus vite possible* ».

Le téléphone leur est par défaut laissé. Son usage ne peut être restreint que sur prescription médicale. Il est retiré uniquement si l'on constate un usage manifestement inadapté (par exemple des appels trop nombreux frisant le harcèlement des proches ou de tiers). Les cordons de chargement ne sont pas systématiquement retirés (à l'unité B), mais seulement quand un risque particulier est mis en évidence. Dans ce cas, le rechargement se fait dans le poste de soins, sur demande, sans horaires imposés. L'objectif est que les patients ne se sentent pas coupés du monde. Ils peuvent également se connecter au Wifi de l'hôpital sur autorisation médicale.

Les patients ne sont quasiment jamais mis en pyjama. L'une de premières explications entendue est la suivante : « *Cela peut biaiser le lien de confiance* ». La sensibilité de l'équipe est d'ailleurs assez éloignée de cette pratique, jugée dégradante et stigmatisante : « *Ça fait asilaire* », « *Ça fait carcéral* ». Le pyjama peut néanmoins être utilisé de manière très exceptionnelle en cas de risque important de fugue. Si le patient n'a pas de vêtements, on en met à sa disposition, qui proviennent d'une réserve alimentée par des dons.

Le tabac est également soumis à un minimum de restrictions. Son usage n'est limité que si les patients ne sont pas autonomes pour la gestion des quantités et que tout leur stock risque de disparaître en quelques heures. Les briquets ne sont pas retirés. Il existe un salon de télévision pour fumeurs à l'intérieur. L'équipe peut aussi ouvrir le jardin pour que les patients puissent fumer la nuit. Le risque d'incendie de l'unité ne semble pas majoré ; tous les matériaux des chambres sont ignifugés. Lors de l'accueil, il s'agit de mettre à l'aise, de rassurer, de dédramatiser l'hospitalisation en psychiatrie et de faire sentir que l'on est pris en charge comme une personne normale et « *que l'on n'est pas dans Vol au-dessus d'un nid de coucou* ».

#### • La liberté de circulation

Les portes du service sont ouvertes, sauf quand des patients présentent un risque important de fugue : « *Un service fermé*

*génère la violence* » « *C'est nous, les clés* ». La confiance se construit sous la forme d'un contrat moral, le plus souvent au moment d'accorder une première sortie dans le parc, une permission, ou de détacher un patient qui arriverait des urgences sous contentions. On fait confiance au patient pour respecter une heure de retour ou maîtriser son comportement. On lui demande de « *jouer le jeu* » et « *le plus souvent les choses se passent bien* ».

#### L'ADAPTABILITÉ

Selon un infirmier, « *la qualité principale de l'IDE en psychiatrie est l'adaptabilité* ». Selon une autre, « *on est des couteaux suisses* » ; « *On s'adapte constamment* ».

#### • Le raisonnement clinique

L'adaptation est fondée sur une analyse clinique systématique des situations. Tout est pensé en fonction du cas singulier du patient à un moment donné et non en fonction du mode d'hospitalisation ou d'une étiquette figée (« *C'est une finesse* »).

#### • Des entretiens d'accueil étoffés et rassurants

L'entretien d'accueil infirmier revêt une grande importance. Il peut durer plus d'une heure. Il s'agit de faire passer l'idée que l'on prendra en compte les demandes. « *Chaque personne a des besoins différents* ».

#### • Le cadre de soins

Le cadre de soins est à sa juste place avec les possibilités d'adaptation : « *Si on est trop rigide cela crée des tensions* » « *Je sens jusqu'où je peux dire non* » « *Il faut savoir lâcher* ». Lors des transmissions, on entend très rarement des formules du type « *Il faut le recadrer* ». Le médecin n'est pas sollicité pour « *recadrer* » les patients en cas de comportement problématique, ou pour « *reprenre* » les situations. C'est avec le cadre de santé que les choses sont reprises si besoin (lors de la prise de toxiques par exemple). La demande de respect du cadre est toujours accompagnée d'explications.

#### • La communication : varier les registres

On entend dans le service de nombreuses formes d'adresse : nom de famille, prénom, tutoiement vouvoiement. Les patients peuvent être tutoyés : « *Dès que le lien commence à se faire, j'ai tendance à passer au tutoiement* » Les infirmiers sont

tutoyés par certains patients. Certains membres de l'équipe ne tutoient jamais les patients. La question est de trouver la bonne distance et le registre dans lequel chacun se sent le plus à son aise. Une infirmière a signalé les bénéfices qu'elle avait tirés d'une formation à l'analyse transactionnelle. Il s'agit de varier les tons. Ainsi, les soignants ne s'interdisent pas d'être maternel avec certains patients sans que cela n'ait rien de péjoratif, ou au contraire « très cash » avec d'autres selon la situation : « *La manière de formuler les choses change tout.* »

### • L'application à la gestion des tensions

De l'aveu général de la plupart des soignants, « *il y a peu de tensions.* » Les situations difficiles existent cependant. Le fait marquant est la multiplicité des réponses données, qui résulte d'une souplesse de chacun et s'appuie sur l'analyse clinique. Les personnes interrogées précisent toujours que l'état émotionnel négatif du patient à un certain moment résulte d'une cause à rechercher : « *Il y a toujours une raison.* » « *Si le patient refuse le traitement cela veut dire qu'il y a quelque chose qui ne convient pas.* »

Il s'agit parfois d'une question de temporalité, de moment opportun. Un patient peut se sentir tendu parce qu'un soin lui a été proposé à un moment où il ne se trouvait dans les meilleures dispositions : « *Ce qui est important, c'est le bon moment de le faire.* »

L'idée première dans la gestion des tensions est de ne pas entrer en confrontation directe avec le patient : « *Jamais, jamais, jamais.* » « *Ne jamais prendre de front : cela fait monter la tension.* »

S'il s'agit de violence verbale, on ne pratique pas la réponse en miroir : « *Je m'adoucis. Je redescends ma voix.* » « *Reste le plus cool possible mais sans lâcher.* » Un entretien est proposé pour faire le point sur la situation : « *On les écoute surtout.* » L'usage de la force n'est pas cité. « *Être grand et costaud, cela m'a plus desservi que servi.* » « *Ce n'est pas la force qui résout les conflits.* » Les femmes disent avoir un avantage à cet égard, car les patients en proie à des accès de violence sont plus respectueux envers elles : « *Les [patients] hommes vont chercher la confrontation avec les hommes.* »

De même, les infirmiers ont constaté le peu d'efficacité du discours injonctif (« *Le rapport de supériorité entraîne des tensions, qui entraînent de l'agressivité.* »).

Par exemple, en cas de menace de fugue, les ordres ne vont pas être utilisés, mais plutôt un propos informatif, une confrontation avec la réalité de l'acte et de ses conséquences pratiques : « *On ne parle ni de la maladie ni des médicaments.* »

Un décalage par la dérision peut être employé pour la violence verbale. Les faits ne sont pas banalisés, mais replacés dans leur contexte.

Les situations sont gérées par un relais relationnel, pour éviter de faire monter la tension : « *Quand un patient parle mal à un collègue on prend le relais.* » L'adaptabilité consiste alors à faire coïncider la bonne personnalité à la situation.

« *Il faut laisser du temps* » : la temporisation a toute sa place. Les patients peuvent finir par se calmer. « *Au bout d'un moment, ça retombait.* »

Parmi les méthodes, les soignants citent également la négociation. Par exemple, une patiente voulait retirer 100 € mais on aurait trouvé plus raisonnable qu'elle ne retire que 80 €. Au final, on s'accorde pour une somme de 90 €.

Pour évacuer la tension et la violence, une prise en charge individuelle peut être proposée, qui consiste souvent en une sortie de l'unité pour faire un tour de parc. Le premier réflexe est d'ouvrir (« *prendre l'air* », « *sortir des murs* ») et non de fermer.

Une situation particulièrement significative peut être rapportée. Un matin, l'équipe reçoit un courrier électronique de la tutrice d'un patient qui transmet un message qu'elle a reçu de lui. Le patient se dit en possession d'un couteau et menace de tuer un soignant s'il n'obtient pas immédiatement son versement d'argent hebdomadaire. Les membres de l'équipe ont analysé la dangerosité de la situation au vu des antécédents du patient et de leur connaissance de sa pathologie sur plusieurs hospitalisations. Ils racontent être allés rapidement voir l'usager pour lui demander de restituer le couteau, ce qu'il a fait facilement. À aucun moment, l'idée ne leur est venue de transférer le patient en chambre d'isolement. Au médecin non plus.

### FAVORISER LES INTERACTIONS : « ÊTRE AVEC »

#### • Les vertus de la présence

« *L'essentiel, c'est d'être avec eux et de faire avec eux.* » « *Il ne faut pas mettre trop de distance.* » L'équipe travaille la

qualité de la présence à tous les instants : « *On est là tout le temps.* »

Les soignants ont assimilé dans leur pratique le pouvoir apaisant et thérapeutique de la présence : « *Aller s'asseoir au salon télé avec un patient, cela fait toute la différence.* » « *Juste le fait d'être assis à côté et de me regarder faire, ça le rassure.* » La disponibilité d'écoute est présente de jour comme de nuit. Tout est mis en œuvre pour « *éviter de mettre une barrière.* » « *C'est la base de tout, de passer du temps avec les patients.* »

#### • Le bureau infirmier est toujours ouvert

Le poste de soins est toujours ouvert. « *On y tient vraiment beaucoup!* » Les patients peuvent entrer à leur guise et s'asseoir où ils veulent. Deux fauteuils leur sont réservés. Une pièce fermée est dédiée au dépôt des objets de valeur. Aucun vol de téléphones de l'unité n'a été signalé (ils sont d'ailleurs à disposition des patients), ni de problèmes de confidentialité liés à la lecture des dossiers.

Tout concourt à réduire autant que possible les moments de discontinuité. Les repas sont pris en commun avec les patients à l'unité A. Même lorsque les équipes sont dans la salle de pause, la porte reste ouverte.

Le bureau infirmier est ainsi un lieu vivant et animé. Les patients entrent librement et restent le temps qu'ils souhaitent. Ils peuvent regarder des films sur des écrans d'ordinateur en présence des équipes. Le week-end des jeux de société s'y déroulent parfois.

La porte du bureau infirmier reste ouverte la nuit. C'est un élément utile dans la gestion des déambulations nocturnes. Le patient qui déambule est invité dans le poste de soins pour un entretien clinique ou pour une activité : « *On l'installe avec nous.* »

#### • La création d'une ambiance

L'ambiance est une notion parfois difficile à définir, mais elle correspond à l'état d'esprit des équipes et des patients, que l'on ressent en entrant. Il se dégage une atmosphère, « *quelque chose* » de rapidement palpable. L'ambiance détendue ou conviviale n'est pas antinomique du sérieux et de l'efficacité des soins (« *Au contraire* ») et elle déteint sur les patients : « *Ce sont des éponges.* »

L'humour est souvent utilisé par les équipes. Dans les soins, quand il est utilisé à propos

et sans raillerie, il peut avoir une grande efficacité. « *Des choses vont passer plus facilement de manière moins formelle.* » « *Ça détend. Ils s'ouvrent beaucoup plus.* » La communication paradoxale est souvent utilisée. « *On prend le temps de se marrer avec les patients, c'est ultra-important.* »

### • La participation collective

Les patients sont invités à entretenir leur chambre. L'ASH leur propose de balayer et de passer une lingette microfibrilles sur la table et dans la salle de bains. Ces sollicitations ne revêtent pas de caractère contraignant. Les patients sont aussi incités à essuyer la table à la fin du repas. L'ASH conserve une surveillance visuelle sur le patient et les produits. La participation aux tâches collectives n'a pas donné lieu des actes de violence avec les accessoires comme les balais (« *De toute manière, ils sont à disposition partout.* »)

### • Les activités

Les activités assument pleinement leur fonction d'occupation thérapeutique, et contribuent à lutter contre la violence intra-hospitalière. Le désœuvrement est une cause de frustration des patients. La vacuité du quotidien ouvre un espace qui peut être comblé par des prises de toxiques, des ruminations sur l'insatisfaction d'être hospitalisé, et des frictions avec les autres patients ou les membres du personnel : « *Quand les patients sont en activités, au moins ils ne clashent pas et ils ne prennent pas de toxiques* ». Les activités de médiation sont surtout un prétexte pour « être avec » les patients et construire le lien thérapeutique. Elles sont nombreuses et fondées sur les hobbies des infirmiers. « *On a tous notre*

*vie personnelle qui impacte notre vie professionnelle* » « *C'est ce qui fait notre richesse* ».

Alexandra anime une activité socio esthétique. Chloé réserve le lundi après-midi un créneau pour un atelier de couture. Christophe fait de la musique avec les patients. « *Tu soignes avec qui tu es.* » Un journal trimestriel est réalisé : *Le clin d'œil*. Il fait le lien entre l'intra et l'extra hospitalier. Les articles rédigés par les patients évoquent des activités effectuées dans le cadre de l'hôpital de jour (voyage en Bretagne) ou des thèmes liés aux soins (le rôle thérapeutique du chien).

Un poste de psychomotricien a également été créé récemment. Malgré la diminution des effectifs infirmiers et le manque de disponibilité croissant, des activités physiques peuvent être maintenues tous les jours de la semaine.

### • L'art-thérapie

Une infirmière art-thérapeute est employée à temps plein en intra-hospitalier 10 demi-journées par semaine. Elle a son propre atelier entre les deux unités. La matinée est consacrée à des prises en charge individuelles ou pour deux personnes. La salle est ouverte tous les après-midi entre 14 heures et 17 heures et accueille jusqu'à sept patients à la fois, de l'intra et de l'extra hospitalier. Les patients hospitalisés sont invités à venir plusieurs fois par semaine.

L'art-thérapie englobe un très grand nombre d'activités, où le patient peut être positionné comme créateur ou comme spectateur. L'atelier est principalement consacré aux arts graphiques : dessin, peinture, modelage, collage, atelier d'écriture, calligraphie.

La séance fonctionne par projets d'expression. Le patient peut apporter lui-même un désir de réalisation artistique. La plupart du temps, des thèmes sont proposés : projet rencontre, projet un caillou dans la chaussure... « *Cela permet une expression de qui ils sont de ce qu'ils vivent.* » Le départ consiste souvent en un découpage à partir de magazines. Parfois, la réalisation d'une œuvre collective est proposée. Les œuvres sont conservées ou données aux patients.

### CONCLUSION

Ces trois axes ne résument pas l'intégralité des qualités et des méthodes de travail du CHC. Tolérance, bienveillance, respect, réassurance, ouverture d'esprit, patience, dimension humaine... , toutes ces qualités sont déployées et les équipes n'ont pas l'impression de « *faire quelque chose d'extraordinaire,* » et ne se sentent pas en insécurité.

« *On n'a pas le droit de mettre tout le passé dans un même sac et de jeter le sac à l'eau* », disait l'écrivain et poète Claude Roy. Certaines méthodes inspirées de la psychothérapie institutionnelle ne doivent pas être rejetées au simple motif qu'elles portent ce nom... Dans un esprit pragmatique, nous pouvons en conserver ce qui peut améliorer les prises en charge.

1— Pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Chinon : une prise en charge particulièrement respectueuse des droits des patients, Lettre au ministre de la Santé, 12 avril 2022, [www.cgpl.fr](http://www.cgpl.fr)

2— 1,5 à 2 % de la file active ces dernières années, contre 22 % de moyenne nationale.

**Résumé :** Cet article a été élaboré à partir d'observations directes et d'entretiens avec les équipes soignantes de l'hôpital psychiatrique François Rabelais (CH de Chion), réputé comme utilisant peu les mesures d'isolement et de contention. L'objectif est de repérer les méthodes et les facteurs de prévention de la violence et des mesures coercitives en psychiatrie. Au-delà des moyens humains et matériels, l'auteur pointe une « culture » soignante empreinte de bienveillance, de sollicitude et de confiance.

**Mots-clés :** Accueil – Atelier thérapeutique – Attitude du professionnel – Centre hospitalier du Chinonais – Confiance – Contention – Culture d'organisation – Isolement – Pratique du soin – Prévention – Recherche qualitative – Service ouvert – Soins psychiatriques – Violence.

# Un espace digne de confiance...

Au sein d'un hôpital de jour pour adolescents, des soignants ont mis en place une salle dédiée à la détente et l'apaisement. Coconstruit avec les patients, bien repéré et identifié, cet espace permet aux jeunes en état de tension psychique de se « rassembler ».

Cet article témoigne d'une aventure vécue en équipe avec les adolescents de l'Hôpital de jour (HDJ) Le Repaire (CH du Gers). Elle débute en 2020, en pleine crise sanitaire liée au covid-19. Jusque-là, les jeunes étaient accueillis à la clinique des adolescents, pour des hospitalisations complètes, de nuit ou en journée. Afin de minorer les risques de contagion, un espace dédié à l'accueil de jour a dû être créé, dans l'ancien logement de fonction du directeur d'établissement. L'HDJ Le Repaire est une maison de deux étages. Au rez-de-chaussée, elle se compose d'un salon, d'une cuisine, et d'une pièce, transformée en bureau soignant, donnant accès à une terrasse. À l'étage, cinq chambres sont devenues des bureaux et une salle de bains fait fonction de salle de soin. L'ensemble a été partiellement

restauré, ce qui oblige sans cesse l'équipe soignante à se réinterroger sur les espaces et leur entretien, afin de créer les meilleures conditions d'accueil des adolescents. *In fine*, ce lieu de soin, par ses contraintes intrinsèques, ses manques, ses empêchements parfois, est devenu un espace potentiel pour la rencontre, où la créativité est possible, avec les adolescents.

En pratique, les patients sont accueillis du lundi au vendredi de 9 h 30 à 16 h 30 par un binôme composé d'une infirmière et d'une éducatrice spécialisée (1).

Très vite, l'équipe repère que certains adolescents ont un besoin de repos, puis d'un lieu pour s'isoler du groupe. Ils manifestent également le souhait de disposer d'espaces individuels, en dehors du groupe et de la présence soignante, pour réaliser des activités libres. Comment répondre à ces besoins ?

Nous relevons que le rez-de-chaussée est exclusivement composé d'espaces de vie communs. Nulle part, l'adolescent ne peut se réfugier, être seul, sans présence soignante, pour « se rassembler », « s'apaiser », « se retrouver » hors collectif. À l'étage, une chambre d'abord baptisée « salle de repos » accueille les jeunes

Marion BARTHELEMY\*,  
Valérie SANTERRE\*\*

\*Psychologue, \*\*Infirmière, avec l'équipe de l'Hôpital de Jour Le Repaire, CH du Gers.

© Ibrahim Ballo - Enfant réveur (2020) 100 x 85,5 cm; acrylique broderie et tissage de fil de coton sur toile - Courtesy Galerie Carole Kvasnevska





le temps d'une sieste. Progressivement, l'équipe mesure l'intérêt d'un lieu dédié à la détente psychocorporelle, notamment en prévention des agirs. Cette pièce est rebaptisée « salle de détente », cette dernière nomination venant signaler que lorsqu'un adolescent ressent une tension interne, il peut y trouver des supports et des outils pour tenter de s'apaiser.

### UN ESPACE TIERS

Cet espace de détente a ainsi été envisagé et nommé comme un lieu où (re) trouver apaisement et quiétude par l'environnement hypotonique. Il s'agissait de construire une ambiance « *suffisamment bonne* » à travers des objets et des matériaux, mais également *via* une double manière d'accompagner vers cette pièce dédiée au calme. D'une part, nous proposons aux jeunes sujets à des tensions psychiques internes de s'y réfugier, y compris lorsqu'ils se sentent bien : cette dimension, « préventive », pose d'emblée l'espace comme une ressource, au-delà des moments de crise. D'autre part, lorsque des tensions psychiques sont repérées, grâce à une observation clinique fine et individualisée, l'espace peut être proposé pour permettre un écart, un décalage possible dans la relation soignant-soigné. En effet, quand l'espace psychique de l'adolescent pour penser ses expériences et éprouvés vient à manquer, que tout se mélange, que rien ne fait « bordure » et « contenance », il faut lui proposer dans le réel un contenant (humain et matriciel), nommé et identifié, un espace concret susceptible d'accueillir les contenus bruts déployés et non élaborés. L'espace de détente favorise ainsi le rassemblement psychocorporel indispensable dans un moment où les éprouvés de l'adolescent ne peuvent se symboliser par les mots ; et où l'agir brutal peut advenir ou, en tout cas, laisser place à des signes précurseurs parfois massifs.

À ce stade, cette salle de détente incarne dans le réel un outil préventif bienveillant. Lorsqu'il est parlé, nommé, accompagné par le discours du soignant, il peut devenir un espace tiers, où le jeune patient peut vivre des activités hypotoniques en individuel, tournées vers la détente psychocorporelle, par le biais de médiations choisies et axées vers le sensoriel (toucher, odorat, ouïe notamment). Pour certains jeunes présentant une structure psychique de type psychotique, revenir à l'archaïque est parfois nécessaire, voire indispensable.

L'élaboration du vécu sensoriel et émotionnel est au cœur du travail soignant.

Nos réflexions ont été partagées avec les adolescents, ce qui nous a permis de préciser que l'on peut présenter des moments de tensions psychiques internes. Le projet s'est nourri de l'expérience quotidienne, avec ses aléas, ses écueils et ses enseignements cliniques. *In fine*, un espace de détente, à distance des bruits environnants, a été installé, disposant d'un matelas, de quelques coussins, de la possibilité d'écouter de la musique ou de s'entourer de peluches, livres ou objets sensoriels. Les adolescents ont également participé à la décoration du lieu (origamis et dessins au pastel réalisés pour le lieu) et à son aménagement, de façon à soutenir leur investissement de l'espace.

### MARCEL, UN ESPACE POUR LÂCHER PRISE

Marcel, 12 ans, est admis au Repaire depuis 6 mois, après un suivi en HDJ pour enfants. Il vit avec sa mère. Ce garçon a vécu des contentions à plusieurs reprises dans des lieux de soins précédents, pour des crises clastiques et de la violence à l'égard des autres.

Lorsque nous l'accueillons, Marcel intègre un groupe déjà constitué, qui maîtrise très bien les règles du lieu et le déroulement de la journée. Les premières semaines, Marcel se montre opposant et marque son refus d'intégrer le groupe lors du « bilan », un temps d'échange et d'accueil des ressentis de chacun et du programme de la journée. S'il pénètre dans le salon, il n'a de cesse de perturber les choses : il fait du bruit, s'allonge sur le canapé, nargue les autres, se cache sous sa capuche et finit par inquiéter l'ensemble du groupe. Il justifie son comportement par un « *Je suis fatigué* »...

En tant qu'infirmière, je finis par lui proposer un temps dédié dans la salle de détente à l'étage, prétextant sa fatigue récurrente. Pour le rassurer, je conviens avec lui de passer le voir régulièrement. Marcel s'installe alors sur le lit puis glisse rapidement à même le sol pour jouer, volets entrouverts. Il pousse parfois des cris étonnants (comme ceux d'animaux), qui résonnent (je suis dans un bureau adjacent). Lors d'un de mes passages, je lui verbalise mes interrogations quant à ses cris. Marcel finit par me dire « *Je fais comme à la maison* ». Je le vois alors jouer avec les peluches, leur parler, leur faire subir des violences. Lorsque je quitte la pièce, je m'installe toujours



© Ibrahim Ballo (2023) La Cagoulée, 39 x 29 cm, posca, acrylique, broderie et tissage de fil de coton sur papier - Courtesy Galerie Carole Kvasnevska.



dans le bureau adjacent, non loin de lui. À plusieurs reprises, il sort de la salle et vérifie ma présence à proximité. Une heure plus tard, apaisé, Marcel réintègre le groupe et participe aux activités thérapeutiques. Petit à petit, la relation de confiance s'établit. Tous les lundis, le jeune adolescent se saisit de cet espace qui semble faire transition pour lui avant d'intégrer le groupe.

- Nous retrouvons Marcel après les vacances de Noël. Des proches sont venus chez sa mère en visite quelques jours. Marcel accepte de participer au bilan, sur proposition rassurante des soignantes, qui semble faire contenance. Il respecte les échanges des autres adolescents. Il ne parvient pas à évoquer la semaine écoulée mais peut dire qu'il est fatigué ou le montre à l'aide de signes lorsque les mots lui manquent. À partir de là, comme un code établi, je lui propose un temps en salle de repos après le bilan, il opine. Marcel s'installe maintenant dans le lit, s'emmaillote dans les draps, avec plusieurs peluches. Il peut alors verbaliser ses émotions : « *Je suis triste, ma famille vient de repartir, c'est vide à la maison* » et exprimer son besoin d'aller faire du sport pour se dépenser.

Ce jour-là, je ne perçois plus de jeu teinté de violence avec ses peluches. J'ai l'impression que cet espace lui permet de lâcher prise. • Aujourd'hui, Marcel a trouvé sa place dans le groupe et les autres ados sont en mesure de l'accueillir dès son arrivée. De son côté, il a encore besoin de cet espace de transition pour accueillir le groupe, qui respecte son besoin de temps. Un ajustement s'opère pas à pas.

- Progressivement, Marcel se saisit de l'espace de détente entre l'activité thérapeutique et le repas, où le groupe s'attelle à mettre le couvert et à préparer des plats, il s'agit de savoir « qui fait quoi ». Ce moment peut être difficile pour certains, et c'est bien souvent le cas pour Marcel qui s'agite, ne veut pas contribuer à ces activités, malgré ma présence à proximité. Circulant entre cuisine et salle à manger, chacun s'affaire mais Marcel ne semble pas trouver la contenance groupale nécessaire. Il est pourtant responsabilisé sur de petites tâches, mais ne peut rester en place. Il se poste à l'entrée de l'hôpital de jour, d'où il a une vue imprenable sur la cuisine, la salle à manger et le bureau soignant du rez-de-chaussée (il peut me voir lorsque je suis installée devant l'ordinateur).

### • Un jeu de cache-cache

Ce jour-là, Marcel disparaît de notre regard, et monte à l'étage. Je comprends qu'il n'est plus dans la salle commune avec le groupe en l'entendant pousser des cris. Je pars à sa recherche, j'ai l'impression qu'il s'est caché. J'entre alors dans son jeu de cache-cache : « *Où es-tu, Marcel ?* ». Il s'est dissimulé dans la salle de détente, il me semble l'entendre rebondir sur le gros ballon de gym. La porte est fermée, je dois toquer pour l'entrouvrir. Je perçois une certaine opposition mais Marcel répond, à sa manière. Il refuse de m'ouvrir franchement mais cherche ma présence. Je précise : « *Je distingue un bout de ton visage* ». De manière réciproque, il détaille ce qu'il voit de moi : un œil, puis l'oreille... Un jeu de regards s'instaure, il me voit, ne me voit plus puis un peu moins. Mais il m'entend. Au fur et à mesure de ce jeu de « cache-cache », « vu, pas vu », Marcel s'apaise, arrête ses sauts, et finit par m'ouvrir la porte. L'opposition que je percevais se dissipe, il range le ballon de gym, s'assoit sur le lit. Je m'installe alors à côté de lui et nous discutons. Il pense pouvoir réintégrer le groupe pour déjeuner. Je lui propose de rester un moment dans la salle de détente s'il en ressent le besoin puis de redescendre. Il valide ma proposition, l'échange est fluide, son visage détendu, il s'empare des peluches. Quelques minutes plus tard, Marcel retrouve le groupe, participe aux échanges et profite du repas.

- Commentaires. Nous découvrons ainsi combien Marcel a besoin d'un décalage pour accueillir son temps psychique de mise en relation dans l'espace groupal. La salle de détente lui offre un espace de transition indispensable pour gérer la séparation et le passage entre deux espaces, deux mondes, deux temps (son domicile et l'HDJ, l'atelier et le repas...). Marcel se saisit de la salle de détente comme d'un espace transitionnel de jeu. Winnicott (1975) précise combien « *jouer doit être un acte spontané* » (1) et c'est bien ce que nous montre Marcel dans ce cache-cache, qui lui permet de vérifier qu'il peut compter sur l'autre et sa présence.

### JEAN, LE BESOIN DE PARE-EXCITATION...

À l'HDJ, l'adolescent présente parfois des états émotionnels aigus qui nécessitent de penser son accompagnement psychique et de construire avec lui des espaces dédiés à son apaisement psychocorporel grâce à des médiations adaptées. C'est le cas de

Jean, 12 ans, que nous accueillons depuis deux ans. Sur le plan psychiatrique, si le diagnostic n'est pas posé, nous pouvons néanmoins parler de structure psychotique. Nous savons que Jean peut être violent à l'égard d'autrui, qu'il traverse des crises clastiques avec détérioration d'objets. Par ailleurs, ayant grandi au sein d'une famille très défaillante, que nous rencontrons progressivement, Jean fait l'objet d'un suivi par l'Aide sociale à

Dans la famille de Jean, tout est possible. Dans ses premiers mois à l'HDJ, Jean ne supporte pas d'être confronté au groupe. Au cours de plusieurs crises, il brise une vitre de l'entrée avec le poing, profère des insultes et des menaces envers les soignants ou les adolescents. Il ne supporte pas la moindre contrainte.

- Au fil des semaines, Jean s'adapte plus ou moins, se calme, mais une autre difficulté apparaît en fin de journée : Jean

d'accueil par des fugues et de nombreuses mises en danger. Les séjours en hospitalisation complète se répètent. Si la violence est tout de même moins présente, son état clinique reste préoccupant car son opposition verbale demeure et son délire de grandeur laisse pointer une agressivité latente à l'égard de l'autre.

Après le déjeuner, Jean tourne en rond devant la porte menant à l'étage où se trouve la salle de détente, attendant

“ La salle de détente coconstruite avec les adolescents offre aujourd'hui un lieu de repos repéré par tous, protégé et respecté, il constitue un “espace digne de confiance”... »

l'enfance (2). Il « fait peur » aux intervenants sociaux qui l'accompagnent au quotidien et se trouvent parfois contraints de le contenir physiquement et dans un espace dédié. Du fait de sa violence et de ses fugues, plusieurs placements au sein de familles d'accueil ont échoué et Jean alterne les séjours de rupture, les placements en famille d'accueil, les retours au domicile de ses parents. L'équipe de l'ASE semble mise en échec par cette famille, qui transgresse sans cesse le cadre légal de la protection judiciaire (2).

Au début, à l'HDJ, l'alliance est difficile à construire avec Jean. Sa mère est méfiante à notre égard, mais son père soutient le besoin de soin de son fils. D'emblée, Jean, montre une présentation en *faux self* (3) se traduisant par des sourires de façade. Il présente un discours logorrhéique et mégalomane, un délire de grandeur, un sentiment de persécution face à la découverte de l'inconnu ou de la nouveauté. Nous notons des changements d'humeur brutaux et imprévisibles. Jean présente une fragilité narcissique majeure, et ne supporte pas l'échec.

D'emblée, le lien à la famille s'avère peu opérant. Confrontés aux absences répétées du jeune adolescent, nous nous sentons impuissants. La discontinuité du soin offre de fait peu de possibilité de contenance. Nous apprenons par les services de l'ASE que les parents ne tiennent pas leurs engagements concernant les visites médiatisées mises en place, qu'ils consomment des toxiques et impliquent leurs enfants dans la vente de produits, que la mère conduit sans permis avec sa famille à bord... Rien ne semble faire loi, ni marquer des limites.

s'agite, se montre violent avant son départ, comme s'il lui fallait détruire le lien enfin tissé avec nous pour parvenir à nous quitter. Petit à petit, nous repérons que des « espaces rituels », nommés, lui permettent dans la journée de passer d'un état à un autre. Au travers d'activités dans lesquelles il est performant, Jean montre son savoir-faire et trouve une renarcissisation de l'adulte.

Cet accueil nous épuise, car il nécessite sans cesse d'être (re)pensé. Nous nous réajustons pour ne pas provoquer une relation en miroir et des contre-attitudes qui pourraient entacher l'alliance thérapeutique et induire un rejet. Nous parlons souvent de Jean ensemble de façon informelle et abordons également sa situation en supervision.

### • Quand tout déborde...

Très vite, nous lui proposons la salle de détente durant le temps libre après le déjeuner. Cela lui permet de se reposer et de se soustraire un moment du groupe, qu'il ne peut pas gérer sans présence soignante. Mais Jean est de plus en plus en difficulté pour participer aux ateliers thérapeutiques, il ne supporte plus le collectif. Il répète en boucle son désir de fuguer, rien ne fait trace dans le discours soignant, les entretiens sont souvent chaotiques. Nous comprenons combien l'autre est menaçant pour Jean et qu'en retour, il l'agresse pour se défendre. La salle de détente est ainsi rapidement investie par le jeune garçon, qui parvient à la demander de lui-même. Malgré cela, nous sommes inquiets. Tout « déborde » en famille et autour de lui, Jean met en échec toutes les propositions

impatiemment l'accompagnement de la soignante. Sa tension interne est palpable, comme sa grande souffrance, et sa tentative de se dégager de la relation aux autres, et de leur regard. Quand nous ouvrons cette porte, comme sur un chemin tout tracé, Jean va droit au but, lancé vers la salle de détente, où tout retombe comme un soufflé. Dès qu'il franchit le seuil, comme sortant d'un tunnel tumultueux, son corps se relâche, ses traits du visage s'apaisent, nous pouvons échanger avec lui.

Jean parvient alors à formuler ses besoins. Ses difficultés peuvent être parlées, et le reste du groupe souffle un peu. La montée des escaliers, le fait de s'engager vers l'étage semble déjà faire contenance. Peu importe son agitation psychique, dès qu'il arrive le matin, Jean vient s'assurer auprès de l'équipe que son temps en salle de détente sera respecté.

Dans cette salle, les jeunes disposent d'une caisse remplie de balles, de différentes textures, plus ou moins dures, de grigris pour la tête (sorte de grattoirs ou brosses de massage), de pâtes à malaxer. Des outils sont également à disposition, comme le « thermomètre de la colère », qui permet de mesurer et partager son vécu (déclinable pour d'autres émotions). Jean s'en saisit suivant son état psychique. Il exprime souvent également son besoin de dormir, assorti d'un « massage » avec des objets sensoriels, comme un rituel de séparation. Quand il est apaisé, son choix se porte sur des balles souples ou le grigri pour la tête, il peut faire le lien avec les massages prodigués par son père quand il était petit. Lorsque son état psychique

est très désorganisé, il préfère des pressions avec des balles dures (type balle de tennis) sur son dos, ses épaules. Lorsqu'il est dans un état émotionnel aigu, il peut demander un toucher direct au soignant, quelques minutes voire secondes suffisent. Jean dort parfois plusieurs heures avant de réintégrer le groupe.

- En écrivant à son sujet, nous mesurons combien son état interne est chaotique, en lien avec sa situation sociale et familiale précaire et complexe. Tout semble fragile dans la vie de cet adolescent, même l'HDJ est soumis à rudes épreuves pour « tenir » dans sa vie de et constituer un repère fixe.
- Commentaires. Nous restons modestes face au travail soignant entrepris auprès de Jean et de sa famille, bien conscients de la fragilité de cette relation, et pourtant, au milieu de ce chaos, l'accompagnement vers la salle de détente semble l'un des rares espaces où l'adolescent trouve refuge face à ses tensions psychiques internes majeures. Il peut dire ce qu'il y vit, se raconter, relier un vécu sensoriel à un souvenir... Ce lieu assure une fonction de pare-excitation, où se construit l'amorce d'un portage, d'un bordage, de réassurance des bords, mais rien n'est encore joué!

### LE DÉFI DE L'AMBIANCE GROUPE

À l'HDJ, créer, chaque jour, un climat, une ambiance propre au soin psychique reste un défi! Les cas de Marcel ou de Jean en illustrent bien toute la complexité. L'ambiance s'inscrit dans un contexte, un espace et un temps donnés. Fragile, elle tient parfois à un fil, et est toujours à (re) construire pour que les conditions d'accueil soient au rendez-vous. « *L'ambiance dans une institution de soins dépend entièrement de la façon dont les soignants habitent leur travail. Soigner l'ambiance d'un établissement ne se résume donc pas au bon entretien des locaux, à veiller à une décoration "sympathique" et à demander le sourire.* » (Parada, 2015).

Selon nous, il est primordial d'inclure les adolescents pour favoriser une atmosphère « *suffisamment bonne* ». L'ambiance doit ainsi rester une préoccupation constante et partagée pour les soignants et les soignés. Cela passe par des éléments physiques (participation des adolescents à l'aménagement et l'embellissement du lieu, décoration...) et des éléments psychologiques (accueils individualisés, dynamique groupale, projets de coconstruction et salle de détente). Nous verbalisons ces dimensions et cela amène un respect mutuel des personnes et des espaces. En effet, nous relevons qu'il n'y a pas de dégradations des locaux et tous manifestent le souci de prendre soin du lieu. L'appropriation de l'espace de soin par les patients est un vecteur thérapeutique majeur. C'est ainsi que nous construisons des activités sur-mesure pour le lieu et pour les jeunes. En ce sens, le style du lieu a l'esthétique de ceux qui l'habitent.

La salle de détente est aujourd'hui un lieu de repos repéré par tous, protégé et respecté, il constitue un « *espace digne de confiance* » (Cournut, 2023). Tous les jeunes ont compris que ceux qui s'y réfugient ont besoin de calme, de se dégager du collectif, de faire une pause... Indirectement, cet espace traite l'ambiance groupale, en évitant des effets délétères de contagion psychique. Julia, 16 ans, témoigne : « *Quand un ado est agité, il est bon de ne pas l'encourager et de ne pas le laisser faire n'importe quoi car cela peut être dangereux et peut abîmer des gens ou du matériel. Être écarté du groupe ou demander à se mettre à l'écart est bénéfique car on peut se recentrer sur soi-même, réfléchir et se reposer.* ».

Nous relevons également l'importance d'espaces différenciés : individuels/collectifs, lieux d'activités hypotoniques/plus toniques. Nous évitons ainsi de laisser les adolescents baigner dans un monde indifférencié et source de confusion.

### CONCLUSION

À travers la création de cette salle de détente, nous témoignons de l'usage singulier qu'en font les adolescents en fonction de leurs besoins. Rien n'est figé, l'espace est en mouvement, en construction perpétuelle. Il reste au centre de nos réflexions cliniques. Nous soutenons à travers cet article la nécessité de porter des dispositifs de soin qui associent d'emblée les patients. En tant que professionnels, continuer à nous former nous semble primordial, tout comme maintenir une réflexion clinique partagée avec d'autres équipes. Du côté des perspectives, un jardin à visée thérapeutique est en chantier...

1— L'équipe se compose d'une pédopsychiatre, Catherine Vailant, une cadre de santé, Bérangère Naffer, d'une assistante sociale, Florence Evrard, d'une psychologue et responsable fonctionnelle, Marion Barthelemy, d'une éducatrice spécialisée, Elsa Fernandez et d'une infirmière, Valérie Santerre.

2— Pour rappel, dans le cadre de la politique de protection de l'enfance, les services départementaux de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) mettent en œuvre diverses actions à des fins de prévention, de repérage des situations de danger ou à risque de danger, et de protection. Ses deux principaux modes d'intervention sont l'aide à domicile et les mesures de placement hors du domicile. Ces aides peuvent être d'ordre administratives (prises en lien avec la famille) ou judiciaires (elles ont alors un caractère obligatoire). Le placement est une mesure judiciaire exceptionnelle, prise par le juge des enfants lorsqu'il estime que le maintien dans son milieu familial l'expose à un danger. La mesure est prise pour deux ans, renouvelable, et inclut le maintien du lien avec la famille sous diverses formes.

3— Désigne l'adaptation, par soumission ou par compromis, d'un individu à son environnement dès les premiers temps de son existence. Il en résulte en quelque sorte une personnalité de « camouflages » ou de façade.

**Résumé :** Le projet de la salle de détente émane d'un constat d'équipe : il n'y a aucun espace permettant à l'adolescent de se réfugier seul, sans présence soignante, afin de pouvoir se rassembler, s'apaiser, se retrouver sans le collectif. Nous souhaitons à travers ce témoignage d'équipe vous partager ce projet qui a été coconstruit avec les adolescents, les plaçant au cœur de leur soin.

**Mots-clés :** Adolescent – Aménagement des locaux – Cas clinique – Chambre d'apaisement – Espace transitionnel – Fonction contenante – Hôpital de jour – Retour d'expérience.

# « Nos portes restent ouvertes !... »

Comment ne pas isoler, ni attacher ? Hospitalisé en soins sous contrainte, Martin, un jeune patient souffrant de schizophrénie, fugue sans cesse. L'équipe soignante parvient néanmoins à respecter son désir de liberté et à tisser un soin contenant.

Ce vendredi en fin d'après-midi, Muriel et Joëlle, infirmières, et Nicole, agent de services hospitaliers qualifiés (ASQH), se tiennent, disponibles, dans le bureau d'accueil infirmier avec des patients qui vont et viennent : Carmen, debout, soliloque, Youssef est assis et attend passivement l'heure du repas, David interroge Muriel sur son traitement. Minh, un peu sédatisée, s'endort sur un fauteuil. On perçoit au loin la musique sur l'enceinte de Marco... Dans leur bureau, le médecin généraliste ausculte Didier et la psychiatre rencontre Dominique. Un petit moment paisible auquel succédera le rythme plus trépidant généré par le repas.

Une ambulance arrive, c'est « l'entrée » annoncée de Martin, un patient connu depuis quelques années. Une fois de plus, ses voisins se sont plaints. Cette fois, il s'est introduit chez eux en cassant la porte. Il voulait regarder la télé. La gendarmerie et les pompiers sont intervenus...

Martin vit seul dans une maison de famille extrêmement délabrée, au sein d'un minuscule hameau de trois bâtisses, loin de tout, en lisière de forêt et à flanc de montagne à 1 200 mètres d'altitude. Il est

comme ça, Martin. Une pensée surgit, et il la suit sans envisager les conséquences. Parfois, des idées d'allure paranoïaque s'imposent à lui, il est persuadé qu'on lui veut du mal et que tout son environnement le persécute. Il aime bien s'échapper dans la nature, s'échapper tout court.

La trentaine, Martin souffre de schizophrénie et est pris en charge au Centre médico-psychologique (CMP). Il interrompt régulièrement son traitement médicamenteux et fuit les intervenants... Dans ce contexte, il y a trois ans, sa mère a demandé son admission en soins sans consentement mais Martin « fugue » constamment, chaque fois de façon plus inventive, par exemple en passant par la blanchisserie. À de multiples reprises, nous avons sollicité le Samu, ainsi que le prévoit la procédure, pour aller le chercher, mais à l'arrivée d'un véhicule suspect près de sa maison, Martin se volatilise dans les bois... Il faut dire que sa première hospitalisation en psychiatrie, dans le Nord de la France, où il faisait une formation, a été pour lui un véritable traumatisme. Mis en chambre d'isolement et contentonné, Martin a fait une embolie pulmonaire, une complication liée à la contention. Nous voulons à tout prix lui éviter un nouveau traumatisme.

Ce vendredi, Martin réintègre donc l'unité. Muriel l'accueille pendant que Joëlle, dans le bureau infirmier, s'occupe d'une poignée de patients. Jérôme prépare les traitements à la pharmacie. Nicole est partie aider au repas.

Soudain, des cris résonnent dans le couloir. Immédiatement je rejoins Muriel. Tendue, agressive, Martin s'agite et frappe sur les portes, il ne veut pas rester à l'hôpital. Ce comportement ne lui ressemble pas. Il n'a jamais agressé un soignant. Que faire ? La peur nous gagne. S'agit-il de la nôtre face à un patient dont nous ne connaissons pas cet aspect ? S'agit-il de sa propre peur qu'il projette sur nous ? Faut-il appeler les renforts et l'isoler ?

« Je ne veux pas être là, laissez-moi tranquille... Vous allez encore me donner des médicaments ! » Sa tension est palpable, le ton, le regard nous paraissent menaçants.

Joëlle s'approche de lui : « On t'accueille dans un premier temps, ici au moins tu seras au chaud et tu auras à manger. Viens, je vais te donner un verre d'eau et après je t'accompagnerai fumer une cigarette. » Joëlle fait partie des quelques infirmières qui le tutoient. Martin fume silencieusement sa cigarette, sans un mot.

L'accueil d'une personne en grande souffrance psychique demande de la disponibilité, du holding, de la douceur, de la gentillesse. Cette qualité de présence représente un des fondements de la posture soignante. Accepter d'entrer en relation avec une personne, c'est s'engager et accepter ses projections malgré le déséquilibre que cela peut entraîner chez les soignants. Ici, Joëlle n'argumente pas, elle ne cherche pas à convaincre Martin qu'il n'aura pas de médicaments. Elle se préoccupe de ses besoins corporels fondamentaux : être au chaud, boire un

---

**Sarah LE BARON**

Infirmière, CH Buech-Durance,  
Laragne (Hautes-Alpes).

© Ibrahim Ballo (2023) Laisse-moi penser, 39 x 29 cm, posca, acrylique, broderie et tissage de fil de coton sur papier - Courtesy Galerie Carole Kvasnevska



verre d'eau et fumer une cigarette. Le fondement de tout accueil.

Ce soir-là, nous tendons à Martin une tenue hospitalière, composée d'un pantalon et d'une chemise bleue, lui signifiant ainsi l'absolue nécessité de soins hospitaliers. Il conviendrait aussi de rappeler que récemment, au Centre hospitalier Buech-Durance (CHBD) (Hautes-Alpes), un styliste, en résidence d'artiste, a travaillé avec les patients et les soignants autour de cette tenue et réalisé quelques patrons. Par ailleurs, si Martin cherche à quitter l'enceinte de l'hôpital, il sera plus facilement repérable. Le standardiste nous prévient. Si nous ne parvenons pas à le raisonner, nous appellerons les gendarmes, avec lesquels nous travaillons régulièrement et qui sont très au fait de notre philosophie de soins : pavillon ouvert et moindre recours à l'isolement.

Après un bon repas et quelques gouttes de Nozinan® (qui lui rappellent le pastis...), Martin finit par s'apaiser. Il erre dans les couloirs, fume et ne discute pas avec les autres. L'ambiance s'apaise.

Le lendemain matin, peu après le petit-déjeuner, nous constatons que Martin n'est plus dans le pavillon. Déclaration de sortie sans autorisation remplie, envoi d'un fax à l'Agence régionale de santé (ARS), cadre et psychiatre d'astreinte et gendarmerie prévenus. C'est un des avantages de travailler dans un petit établissement où les relations sont plus directes et les patients mieux connus.

Dès le lundi, nous contactons le CMP et échangeons avec Delphine, l'une des infirmières de l'équipe d'accueil. Le cas de Martin nous désespère. « *C'est toujours pareil, fugue après fugue, il nous échappe.* » Nous prévenons également sa mère. Elle est en colère et s'inquiète. Elle tente de comprendre notre manière de faire mais, inexorablement ça la révolte, elle souhaiterait que Martin reste à l'hôpital : « *Pourtant, il est sous contrainte ! Que faites-vous...* »

Perpétuel dilemme entre contrainte et liberté, culpabilité et sécurisation, confiance et contrôle...

### UNE CLINIQUE DES PETITS PAS

Dans ce contexte, les temps d'échanges institutionnels sont essentiels. En particulier, chaque mercredi après-midi, une semaine sur deux, en réunion clinique, lieu de partage et de réflexion, nous retraçons l'histoire des patients, interrogeons les traitements médicamenteux avec Sébastien,

le pharmacien, ou les possibilités d'aides avec l'assistante sociale... Nous déposons aussi nos ressentis, colères, peurs, tristesse et tentons de les transformer, de les élaborer collectivement. Nous nous attardons notamment sur les situations « inextricables », comme celle de Martin... Le jeudi après-midi, le « collège médical » (différent de la Commission médicale d'établissement), est un moment dédié aux discussions des psychiatres autour des sujets institutionnels et cliniques.

Au cours de ses multiples hospitalisations, Martin n'a jamais vraiment « accroché » aux activités thérapeutiques mais il nous a donné des graines de fleurs des champs pour les abeilles, que nous avons plantées à l'hôpital. Cet hôpital village offre de vastes pelouses, des allées bordées de grands platanes. Il n'y a pas si longtemps, des biches étaient nourries par les patients. Lorsque Martin s'autorise à rester plusieurs jours, comme beaucoup de patients hospitalisés, il aime se promener le long des allées qui épousent le rythme des saisons, avec les premiers bourgeons du printemps, la chaleur de l'été, les champignons qui se frayent un chemin au début de l'automne, les feuilles mortes qui craquent sous les pas, la neige de plus en plus rare. Cet homme des bois y retrouve-t-il quelque chose de sa maison isolée en pleine nature et des milliers d'heures qu'il passe à arpenter la forêt ? Les portes ouvertes des unités de soin, et notamment celles du Provence où Martin est hospitalisé, favorisent une libre circulation qui permet aux patients hospitalisés de changer d'air quand l'ambiance est tendue.

L'architecture de l'hôpital a été conçue pour favoriser la déambulation et offrir des espaces ouverts.

### UN IDÉAL TOUJOURS VIVACE

Le CHBD fait partie des établissements publics parmi les moins coercitifs de France, comme l'a repéré l'étude *Plaid-care* (Psychiatrie et libertés individuelles, 1) (voir aussi l'article de S. Saetta, et al., p. 26).

En 2022, nous comptons ainsi trois mesures d'isolements de plus de 48 heures et une trentaine inférieurs à 12 heures. Il s'agissait pour ces derniers d'isolement de quelques heures, avec une ouverture de porte rapide. En 2023, nous avons recensé huit isolements de plus de 72 heures, un de plus de 48 heures, trente-cinq de plus de 12 heures et onze isolements de moins de

12 heures. Lors de sa visite en mai 2018, le Contrôleur général des lieux de privation et de liberté (CGLPL) (2) a ainsi souligné : — « *L'ouverture de la chambre, de l'unité, la libre circulation des patients en soins sans consentement dans le parc constituent le principe (...)* »

— *Aucune unité n'est dotée de chambre d'isolement ;*

— *(...) pas de contention au CHBD, cette absence n'étant pas compensée par un niveau de sédation important ;*

— *degré très élevé d'individualisation des prises en charge ; équipes soignantes investies (...)* »

Au Provence, un pavillon d'entrée, les contentions mécaniques sont bannies depuis plus de trente ans. Des générations de médecins, de psychiatres, de soignants ont contribué à maintenir vivace ce refus de toute contention ainsi que l'illustrent de très nombreuses publications infirmières et médicales (3, 4)

« *Quand nous n'avons pas d'outils, nous ne les utilisons pas* », témoigne Sandrine, infirmière depuis vingt ans dans l'unité. L'équipe se compose de 23 infirmiers, dont 7 « dinosaures » qui, avec des ASHQ ou des médecins, transmettent une « *manière de faire à la sauce laragnaise* ». Le fait de ne pas disposer de matériel de contention impose réflexion et créativité, en particulier lors de situations complexes. Ce cheminement pour fabriquer un soin sans recours aux mesures coercitives nécessite rencontres, partages, disputes, et surtout, un renforcement du lien soignants-soignés. Les portes d'entrée restent ouvertes et permettent une libre circulation. Nous accueillons les patients en soins libres et sous contrainte, et disposons de vingt-trois lits et de deux chambres dites « sécurisables » (renforcement de la porte, salles de bains en inox). Ces deux chambres sont dépourvues de clés à destination des patients (seule l'équipe soignante les détient). À l'exception de ces deux chambres, chaque patient a la clé de la sienne et peut y entrer ou en sortir à sa guise.

Il nous arrive en dernier recours d'isoler un patient, lors de situations extrêmes, dans lesquelles les limites ont été franchies, où nous nous sentons dépassés et parfois en danger. La décision est prise par le médecin, en équipe.

Ces deux chambres sont équipées de façon rudimentaire mais cette relative précarité est un moyen de limiter au maximum la durée des isolements. Lorsque nous

fermons la porte d'une chambre, nous restons particulièrement vigilants, car nous savons qu'un incident peut se produire à tout moment. Dès lors, nous recherchons activement les moyens d'apaiser le patient pour réouvrir la porte. Cette posture traduit notre volonté de « *continuer à être concerné par la personne isolée, et non de nous contenter de fermer la porte et ne plus en entendre parler.* » Dans ce

traumatique pour les patients (Cano et al, 2011) qui met fortement à mal l'alliance thérapeutique.

Dans ce contexte, il nous est difficile, lorsque l'on décide d'isoler quelqu'un, de parler de « soin », voire de « chambre de soin intensif ». Mais force est de constater que parfois, aucune alternative n'est envisageable et l'isolement est alors envisagé, en « dernier recours », comme le

En 2023, sa vie a été chamboulée. La maison familiale, à laquelle il tenait tant, a failli être vendue et il a été mis sous protection judiciaire. Ses voisins, qui jusqu'à présent étaient des personnes-ressources, ne savaient plus quoi faire. Ils avaient été, par ailleurs, refroidis par le bris de leur porte. L'univers de Martin s'est étiolé et est devenu hostile, ce qui a peut-être permis de redynamiser le lien avec nous.

## “ Comment les notions d'isolement et de respect de la dignité peuvent-elles cohabiter ? (...) Ces mesures, qui sont violentes pour les patients et les soignants, nous éloignent de nos valeurs... »

contexte, comment maintenir un lien avec la personne souffrante ? Le travail en équipe est majeur. Ce collectif contenant contribue à restreindre l'isolement. La mise à l'isolement signifie qu'il y a urgence à se rassembler pour questionner le sens de cette prise en charge et remettre en mouvement la créativité soignante.

### DES « BÉNÉFICES » NON VÉRIFIÉS

Éviter la coercition reste donc l'ADN de nos pratiques. Avec Martin, nous sommes passés par plusieurs phases. Comment l'accueillir ? Comment gérer sa tension ? Comment le maintenir à l'hôpital sans son consentement, en gardant ouvertes les portes ? Ses fugues à répétition sont-elles un argument de mise en chambre d'isolement ? S'agit-il d'un soin ?

Les revues de la littérature sur l'efficacité du recours à la chambre d'isolement sont rares. Dans son travail de recherche en soins infirmiers, Loïc Rohr (2020) en identifie trois :

- celle de Nelstrop, en 2006, basée sur 36 études, ne montre aucun bénéfice de l'isolement et de la contention mécanique pour la gestion de la violence ;
- celle de Sailas, en 2012, réalisées à partir de 35 études, parvient à la même conclusion ;
- celle de Norvoll, en 2015, considérant 23 études, rapporte que la pauvreté des fondements et des connaissances scientifiques ne peut justifier la pratique d'une telle approche.

À l'inverse, la littérature semble plus fournie sur les effets indésirables de l'isolement et de la contention, pointant des risques somatiques allant parfois jusqu'au décès (Berzlanovich, 2012), et un vécu

recommande la Haute Autorité de santé (HAS) (5). Le Code de la santé publique (6) précise pour sa part que : « *L'isolement et la contention peuvent être envisagés 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. L'isolement ne doit être utilisé qu'en dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient. Il doit être pleinement justifié par des arguments cliniques. La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement.* »

### TOLÉRER LE HORS CADRE

Au cours de ses hospitalisations, avons-nous isolé Martin, avons-nous fermé la porte d'entrée du pavillon ? Non. Martin est parti, revenu, puis reparti, à de multiples reprises. Petit à petit, c'est précisément cette liberté de mouvement qui a permis de gagner sa confiance et de tisser un lien. Martin a trouvé au Provence nourriture et chaleur. Nous avons essayé de composer avec lui en tolérant ce « hors cadre », en acceptant sa temporalité et en le reconnaissant dans sa singularité. Lorsqu'il fuguait, Martin était le plus souvent injoignable faute de téléphone et si loin dans sa montagne. Pour autant, il demeurait présent dans l'esprit de tous les soignants, inquiets de la vétusté de sa maison, en particulier l'hiver. Les liens de l'équipe avec ses voisins, notamment un couple de médecins, ont permis de le suivre à distance.

Ainsi, nous n'étions plus seulement des persécuteurs, une complicité est progressivement née.

Après trois ans d'un suivi particulièrement discontinu, un beau jour de 2023, Martin est donc resté à l'hôpital. Une semaine, puis deux, puis finalement quatre mois, où il a patiemment attendu la levée de sa mesure de contrainte.

Nous l'avons accompagné ensuite à domicile pour envisager ensemble les travaux prioritaires à effectuer. Au cours de ses quatre mois, à plusieurs reprises, nous lui avons proposé de passer un moment seul chez lui, en planifiant un retour à l'hôpital. Et Martin est revenu au moment convenu ! Son visage était détendu, son discours différent, il prenait conscience de ses idées envahissantes et de sa souffrance. À sa sortie définitive, il s'est rendu de sa propre initiative au CMP pour recevoir son traitement antipsychotique à action prolongée.

Aujourd'hui, la porte reste ouverte et nous sommes toujours là. Martin l'a d'ailleurs franchie, à sa demande, au moment où ce texte s'écrivait. Ainsi que le rappelle A. Lefort, Jean Oury aimait à dire : « *Rester là, ne pas foutre le camp, errer dans les parages de ces êtres qui ne peuvent pas dire, ne veulent pas dire... Ménager quand même des passerelles, j'appelle ça des passerelles diaphanes, pour qu'ils puissent s'approcher du dire.* » (7)

C'est ce que nous avons fait avec Martin. Nous sommes restés constants, les uns comme les autres, les uns avec les autres, en équipe, tissant avec lui des liens et une permanence. Cette pugnacité est venue inscrire à chaque fois le respect de son désir de liberté, son désir d'être « résident

dans soi », d'habiter son intérieur de façon plus sécurisée, d'y faire cohabiter ses souvenirs, le présent et un avenir possible. Dans sa prise en charge, nous avons allié la singularité des professionnels à la diversité des structures de secteur qui lui ont été tour à tour proposées.

C'est probablement grâce à toutes ses passerelles que Martin a pu entrevoir la possibilité d'une continuité suffisamment solide de son existence. Il peut donc maintenant en organiser une possible trajectoire.

### PRENDRE LE RISQUE

Ce que nous défendons dans ces situations extrêmes, c'est notre culture soignante, basée sur un collectif quotidiennement en travail et qui laisse au soignant sa capacité d'initiative. Une posture qui prend le risque parfois de la « sortie sans autorisation », refuse des positions sécuritaires pour permettre au soin de se dérouler, au lieu de se construire, et aux différentes temporalités de se rencontrer.

Aujourd'hui, la crise que traverse la psychiatrie, le manque d'effectifs et le *turn-over* incessant menacent cette culture. Dans notre unité, en 2023, la hausse des mesures d'isolement nous semble témoigner de ces difficultés. Pour autant, elle n'entame pas notre constante réflexion sur le soin. La mise en place du tutorat, proposé à chaque nouvel arrivant, est non seulement un dispositif d'accompagnement, de bienvenue, une oreille attentive mais également un outil de transmission des pratiques autant que des valeurs.

Cette culture soignante est également menacée par un décret (8) qui régleme les conditions d'accueil pour les établissements psychiatriques et en particulier les dispositions architecturales. Ce texte précise que l'hôpital qui reçoit des patients sous contrainte doit comporter une ou plusieurs chambres d'isolement, qui doivent disposer d'une luminosité naturelle, d'une horloge, d'un point d'eau, de sanitaires, d'un dispositif d'appel de soignants... Au premier abord, ces mesures s'inscrivent

dans le respect de la dignité du patient. Mais nous nageons en plein paradoxe ! D'un côté, la loi institue le contrôle des mesures de contrainte par le juge des libertés et de la détention (JLD), de l'autre un décret mentionne les chambres d'isolement comme mesure acceptable voire obligatoire de contrôle. Disposer d'un outil, c'est l'utiliser.

### EN CONCLUSION...

Une psychiatrie peu coercitive reste possible, même si ces pratiques semblent incontournables et légitimes pour certains soignants, au risque d'éveiller chez eux un sentiment de culpabilité...

Comment les notions d'isolement et de respect de la dignité peuvent-elles cohabiter ? Nous pensons qu'isoler n'est pas soigner. Ces mesures, qui sont violentes pour les patients et les soignants, nous éloignent de nos valeurs et du sens de notre engagement.

Si le CHBD ne possède pas de chambre d'isolement, à proprement parler, il n'empêche que le fait d'isoler quelqu'un dans sa chambre est toujours possible quand les modalités de soins habituelles et familiales semblent insuffisantes ou lorsque le collectif de soignants est dépassé et plus suffisamment en sécurité. Cet état d'insécurité fige la pensée, limite la créativité soignante et empêche d'accueillir le patient dans sa singularité. L'isolement, en effet, n'est pas seulement subi par le patient, il l'est aussi par l'équipe.

La psychiatre A. Lefort précise : « Pour se passer des moyens de coercition, il faut des collectifs suffisamment sécurisés. Cette atmosphère de sécurisation des équipes dépend d'une multitude de facteurs : des patients, des soignants, des effectifs, du nombre de places disponibles, des périodes de congés... L'important serait que ces collectifs, quoiqu'il advienne, puissent être en état de continuer ensemble de "bricoler" le soin. C'est donc de l'institution dont il faut prendre soin en permanence, en veillant à ce que les professionnels restent disponibles à ce qu'ils font, là où ils

travaillent et que les directives et bonnes pratiques administratives ne prennent pas le pas sur l'initiative soignante. Tout un programme ! »

Sans conteste, nous avons vécu des situations de violence et d'agressivité et avons exceptionnellement recouru à la chambre sécurisable. Et nous espérons que cette culture soignante résistera aux contraintes, obligations, décrets et autres encore. Nos portes restent ouvertes à Martin, Minh, Carmen, Youssef et tous les autres.

Cet article a également été préparé et rédigé avec la collaboration de toute l'équipe, et notamment Justine Liothier, Benjamin Godechot, Aneila Lefort, Frédéric Lenfant, et de Dominique Friard, ancien soignant dans cet établissement.

1– Psychiatrie et libertés individuelles : étude d'établissements caractérisés par un moindre recours à la coercition, Saetta et al, L'Encéphale, Volume 49, Issue 4, August 2023, Pages 433-436, <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.03.005>

2– Rapport de visite du centre hospitalier Buëch-Durance à Laragne-Montéglin (Hautes-Alpes), CGLPL, voir en ligne [www.cglpl.fr/2019/rapport-de-visite-du-centre-hospitalier-buech-durance-a-laragne-monteglin-hautes-alpes-2/](http://www.cglpl.fr/2019/rapport-de-visite-du-centre-hospitalier-buech-durance-a-laragne-monteglin-hautes-alpes-2/)

3– Gauthier D., « Le soin sans enfermement », in Santé Mentale, n° 139, juin 2009.

4– Friard D., « L'organisation des soins à l'hôpital psychiatrique et la possibilité d'une régulation sans isolement, ni contention », in Perspective soignante, n° 65, septembre 2019, Ed Seli Arslan, pp. 7-32.

5– Haute Autorité de Santé, Isolement et contention en psychiatrie générale, Recommandations pour la pratique clinique, février 2017

6– Article L3222-5-1, CSP, [www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI00004506211](http://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI00004506211)

7– Oury J., Depussé M., A quelle heure passe le train... Conversations sur la folie, Calmann-Lévy, Paris, 2003.

8– Dans le cadre de la réforme des autorisations en psychiatrie, le Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie décrit le matériel et les conditions d'accueil minimales pour les établissements autorisés à effectuer des soins sans consentement, voir [www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046338159](http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046338159)

**Résumé :** Le Centre hospitalier Buëch Durance (Hautes Alpes) à Laragne fait partie des établissements français qui utilisent le moins isolement et contention. À partir de la situation de Martin, la trentaine, qui souffre de schizophrénie, l'auteur éclaire les leviers qui permettent ce moindre recours. Ils s'appuient en particulier sur un collectif de soignants sans cesse en travail, pour tisser des liens, contenir et apporter une cohérence et une contenance suffisante à la prise en charge.

**Mots-clés :** Agitation – Attitude du professionnel – Cas clinique – Centre hospitalier Buëch-Durance – Contention – Équipe soignante – Fonction contenante – Fugue – Isolement – Service ouvert.

# ABONNEZ-VOUS À santé mentale

Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie



## ABONNEMENT PAPIER

1 an

**10 NUMÉROS  
+ UN HORS-SÉRIE**

avec en cadeau  
**1 numéro papier**  
(d'une valeur de 27 €)

- Particulier : **171 €**
- Étudiant : **117 €**
- Institution : **320 €**

## ABONNEMENT PAPIER + NUMÉRIQUE

1 an

**10 NUMÉROS  
+ UN HORS-SÉRIE**

avec en cadeau  
**1 numéro téléchargeable**  
(d'une valeur de 26 €)

- Particulier : **193 €**
- Étudiant : **134 €**
- Institution : **sur devis**

## ABONNEMENT 100% NUMÉRIQUE

1 an

**10 NUMÉROS  
+ UN HORS-SÉRIE**

avec en cadeau  
**4 articles téléchargeables**

- Particulier : **154 €**
- Étudiant : **105 €**

Toutes les offres d'abonnement 2024 sur **www.santementale.fr**

Acte Presse - 12 rue Dupetit Thouars, 75003 Paris - Service Abonnements : [abonnement@santementale.fr](mailto:abonnement@santementale.fr) - Tél. : 01 42 77 52 77

# Tenir bon avec « l'ingérable » Mouaad...

Précédé par sa réputation de patient « dangereux », Mouaad arrive pour une prise en charge de six mois au CH Valvert. Les soignants de l'unité et au-delà, tout l'hôpital, mobilisés par cet accueil complexe, parviennent à déployer la contenance plutôt que la contention, la vigilance plutôt que la surveillance.

Les établissements français de psychiatrie se caractérisent par d'importantes disparités en matière de recours à l'isolement et à la contention (Coldefy, 2022). Ceux qui utilisent peu voire pas ces mesures suscitent fréquemment l'incrédulité, au point d'être « soupçonnés » d'accueillir des patients moins agités et de transférer les cas les plus complexes. La recherche Plaid-Care (Saetta et al., 2023) (voir aussi l'article de S. Saetta et al., p. 26) (1), met au contraire en évidence que le moindre recours voire le non-recours à ces pratiques n'impliquent pas nécessairement un « tri »

des patients et peut s'appliquer à des situations particulièrement complexes. Cet article, qui repose sur une collaboration entre des chercheurs de Plaid-Care (2) et une équipe de soins du Centre hospitalier Valvert, étaye ce constat par un retour d'expérience. L'objectif est double : soutenir que l'accueil constitue une pratique et une valeur forte de cet établissement et donner à voir le travail déployé par l'ensemble de l'hôpital dans l'accompagnement contenant d'un patient particulièrement difficile.

## UN PATIENT PRÉCÉDÉ PAR SA RÉPUTATION

En 2022, Mouaad, la cinquantaine, a ainsi été accueilli en soins sans consentement durant six mois dans notre unité d'hospitalisation Les Cèdres. Suivi en psychiatrie depuis son adolescence, très stigmatisé, il est réputé particulièrement agressif, et compte plus de 25 séjours en Unité pour malades difficiles (UMD) pour des troubles du comportement auto et hétéro-agressifs, y compris sur des soignants. Pour réguler cette prise en charge complexe placée sous l'égide de l'Agence régionale de santé (ARS), un « tour » semestriel entre les établissements du territoire du Grand Marseille est organisé depuis une vingtaine d'années.

La presse locale a largement évoqué ce patient sous des titres racoleurs : « *Le retour du dangereux "Monsieur..." inquiète*

*les soignants des hôpitaux psychiatriques* » (20 Minutes du 29/08/18) ; « *Le retour inquiétant de l'ingérable "Monsieur..."* » (La Provence, 20/01/2022) ; « *Le retour d'un géant ultra-violent terrorise l'hôpital psychiatrique* » (Yahoo Actualités, 31/01/2022).

À rebours de ces qualificatifs, nous montrerons que l'admission de Mouaad n'a ni inquiété ni terrorisé les équipes soignantes du CHV, mais qu'elle a plutôt conduit à une réflexion soutenue et continue autour de sa prise en soin et, plus globalement, de celle des patients complexes. Précisons d'emblée que durant ce séjour, Mouaad ne s'est montré, ni ingérable ni dangereux, ce qui est probablement lié à l'accueil qui lui a été réservé et au travail déployé par les professionnels de l'établissement.

## UN IMPORTANT TRAVAIL DE PRÉPARATION

L'accueil de Mouaad a fait l'objet de nombreuses réunions en amont et d'un important travail de préparation. Durant ces échanges, c'est la confiance partagée en chacun des membres de l'équipe pour (sou)tenir collectivement cette prise en soin qui s'est imposée. Une supervision d'orientation psychanalytique a aussi permis d'identifier une psychose infantile qui avait pris le masque d'une psychopathie. Dès lors, l'accueil de ce patient a pris l'allure d'un véritable défi pour l'équipe soignante.

**Maxence BRAS\***, **Alexandra ITRAC-ALVES\*\***, **Camille CERRUTI\*\*\***

\*Psychiatre, chef de service, \*\*Cadre supérieur de santé, \*\*\* Cadre de santé des Cèdres, avec l'équipe de l'Unité d'hospitalisation temps plein Les Cèdres, CH Valvert.

**Sébastien SAETTA\***, **Loïc ROHR\*\***, **Jean-Paul LANQUETIN\*\*\***

\*Sociologue à ENSEIS recherche, chercheur associé au CHU de Saint-Etienne et au Centre Max Weber, coordinateur de la recherche Plaid-Care ;

\*\*Infirmier chercheur, CH de Saint Cyr au Mont d'Or ;

\*\*\*Infirmier ISP, chercheur, GRSIpsy, éq. Plaid-Care.



Les réunions préparatoires ont consisté à encourager l'implication et la prise d'initiatives : « *On va aller le voir la semaine prochaine et on aurait besoin de vous. Car on a bien souligné la place de la disponibilité, de l'enveloppe psychique infirmière, mais on a besoin de vous pour le décliner concrètement* » (médecin responsable de l'unité). Chacun, selon sa fonction (infirmiers, psychologue, assistante sociale, secrétaire et même stagiaires...) a pu prendre la parole et soumettre une idée : des sorties accompagnées dans le parc, « *pour faire coupure* » et « *s'extraire* » ; des activités, et en particulier, les jeux d'échecs ; et, pour éviter « *les temps morts* », où le sentiment

pratique ? Les points de vue ont divergé : une partie de l'équipe a énoncé l'importance de protéger les autres patients, une autre a opposé les souhaits du patient de ne pas être isolé. Dans un souci de continuité, nous avons finalement décidé de maintenir l'isolement la nuit pendant les deux premières semaines et, par la suite, d'y recourir à sa demande ou pour des motifs cliniques majeurs (passage à l'acte auto ou hétéro agressifs).

Par la suite, d'autres débats ont mis au jour la nécessité de maintenir un lien avec Mouaad à la fin de son séjour, pour assurer une continuité du soin malgré « le tour ». Cette réflexion, mûrie par l'expérience

permis de donner un sens singulier à ses agissements (5). Ses comportements ont ainsi été pensés comme résultants de son impossible conflictualisation psychique et d'une interprétation persécutoire. Tout point de vue divergent du sien lui apparaît comme incompatible, et menace d'effondrement son organisation psychique. Ceci renvoie à l'agonie primitive de Winnicott et aux écrits de Jonathan Nicolas sur la destructivité (Nicolas, 2021). En effet, le parcours de Mouaad est marqué par des carences et un climat de désolation précoce dans son histoire infantile et familiale, sans doute à l'origine de l'absence de genèse d'une différenciation psychique. L'organisation

“ **Les troubles du comportement de Mouaad ont été envisagés non comme l'expression d'une volonté destructive, mais plutôt comme le débordement de ses pulsions, ce qui a permis de leur donner un sens singulier.** »

de vacuité génère parfois des angoisses, le « *faire participer au rangement* » du linge, de la table, afin de « *lui donner un autre rôle que le patient difficile* ». Le cadre de l'unité a aussi souligné l'importance de « *le laisser respirer* », « *car il a apparemment aussi besoin de s'isoler, d'avoir des moments tranquilles* ».

Des échanges ont concerné le cadre et les règles : « *Doit-on être très rigide, si par exemple il veut deux plaquettes de beurre au petit-déjeuner... ?* ». À cette question, posée par un infirmier, il a été rappelé l'importance de respecter le cadre et la possibilité de le moduler avec élasticité : « *Ce n'est pas un problème en soi, deux plaquettes de beurre, mais ça veut dire qu'on reprend sa demande avec lui. Globalement, il faudra bien cadrer. On lui dit, il est présent aux quatre repas, ça, ce n'est pas négociable, et on fait un point le soir, et on lui notifie "bon, y a eu deux beures", mais que ce n'est pas toujours comme ça* » (3) (médecin responsable de l'unité). S'inspirant d'une pratique mise en place dans un autre établissement, un temps quotidien de discussion avec lui a été suggéré pour évoquer les événements de la journée et son ressenti. Un rythme biquotidien avec la cadre de l'unité et un infirmier a finalement été retenu.

La thématique de l'isolement a également été évoquée, car Mouaad venait d'un établissement où il était systématiquement placé en isolement la nuit : fallait-il maintenir cette

du quotidien, a permis aux soignants de faire le parallèle entre l'absence de continuité psychique de Mouaad, lié à sa pathologie, et le choix de la rotation régionale par « tour » de prise en charge. Il s'agissait alors de dépasser la question de la prochaine destination du patient pour s'intéresser, voire s'inquiéter, plus largement, de son devenir.

De façon sous-jacente, chacun était convaincu de l'importance de conserver une posture clinique, au lieu de se laisser gagner par la représentation négative de ce patient. L'équipe a donc affirmé sa volonté de refuser toute position jugeante et a engagé un travail soutenu et réitéré de rencontres et d'activation des fonctions soignantes (4).

### LE DÉFI PREND CORPS...

Les soignants, constitués en collectif, ont élaboré une représentation commune de leur propre engagement thérapeutique. Ce travail a nécessité un appui théorique (réunions cliniques et études de cas), pour irriguer les pratiques. L'idée était d'articuler une construction du fonctionnement psychique de ce patient avec une organisation des soins, tout ceci en perpétuels recherche et changement (Baillon, 2003, 2011). Fort de ce positionnement, les troubles du comportement de Mouaad ont été envisagés non comme l'expression d'une volonté destructive, mais plutôt comme le débordement de ses pulsions, ce qui a

défensive de son Moi contre l'effondrement marque un fonctionnement archaïque. Ainsi, lorsque ses créations psychiques internes proposent une représentation de sa conception du monde qui n'est pas confirmée par l'extérieur (par l'autre), il vit une souffrance narcissique extrême. En réaction, arrive alors la destructivité, à la hauteur de cette déception. Dans ce contexte, la contenance psychique soignante a constitué une aide précieuse contre la menace d'effondrement. Le lien soignant a permis de laisser déployer la subjectivité de Mouaad, tout en réduisant les éléments interprétatifs persécutoires. Il a pu mieux supporter la conflictualité psychique impossible jusqu'alors.

L'équipe a du « tenir bon » face à ses troubles du comportement et renouer le lien défilé après tous les conflits. Ces expériences répétées de survivance de l'objet externe (l'équipe), sans représaille ni retrait, et en tout restant créatif pour lui renouveler des propositions de compréhension du monde adapté à sa singularité, ont permis d'éloigner doucement la menace omnipotente d'un effondrement, puis une conflictualisation à deux (entre lui et un autre sujet). La contenance a donc pris la forme d'une connaissance réflexive (de soi et de l'autre), où l'environnement avait la tâche délicate de permettre au patient de trouver une représentation des événements externes compatible avec ses créations psychiques singulières.



© Ibrahim Ballo (2023) Le Coeur d'Amour, 50 x 35 cm, posca, acrylique, broderie et tissage de fil de coton sur papier - Courtesy Galerie Carole Kvasnevski.

### UN SÉJOUR PLUTÔT RÉUSSI ?

Force est de constater que ce travail de préparation et d'« asepsie » (6) a contribué au bon déroulement du séjour de Mouaad. Parmi les ingrédients favorables, notons la présence constante d'un infirmier à proximité pour « faire enveloppe » et désamorcer ses persécutions.

Citons également un planning en couleurs, avec des dessins (Mouaad est analphabète), et où étaient mentionnées les activités (trois au minimum) et une sortie accompagnée par semaine, les temps libres et les points biquotidiens, les rendez-vous médicaux (deux par semaine) et avec les autres professionnels (notamment un entretien hebdomadaire avec l'assistante sociale). La régularité de l'emploi du temps a été source de réassurance, offrant des espaces pour déposer le conflit. Mouaad, qui avait tendance à être dans l'immédiateté, a du désormais différer ses demandes aux rendez-vous programmés, ce qui a libéré du temps pour d'autre type de contacts, moins complexes.

Les entretiens formels étaient l'occasion, outre les mises au point et les désamorcages persécutoires, de travailler l'alliance thérapeutique via une projection collaborative et durable de son projet de vie (au-delà du « tour »). Les trois médiations thérapeutiques hebdomadaires ont été pensées avec des organisations et des médiums variés.

Les liens déjà établis, de façon assez exclusive au départ par Mouaad, ont permis de désamorcer son vécu d'effondrement persécutoire. Certains soignants qu'il connaissait déjà ont permis à l'équipe, de façon plus élargie, d'être soutenue dans l'élaboration de ce type de transfert. Ces liens ont été nécessaires pour établir un contact stable et rassurant, qui ne pouvait se créer que dans la durée et grâce à l'appui de personnes déjà connues.

Signalons l'existence d'un paradoxe entre la continuité que l'équipe a essayé d'instaurer avec Mouaad et son vécu psychique. En effet, une fois passés, les moments d'agitation étaient comme sans inscription dans son psychisme, sans élaboration possible. Il a fallu rester immuable face aux expressions symptomatiques explosives de ses vécus intrusifs. C'est seulement après avoir supporté ces épreuves que les soignants ont pu exister comme de véritables autres-sujets externes, hors du fantasme d'omnipotence et de persécution de Mouaad. De même, les soignants ne sont pas non plus tout-puissants et sont

soumis, eux aussi, à la loi, ce que nous lui avons signifié régulièrement lorsque nous nous référions à des tiers régulateurs (le Préfet, la direction, le curateur, le juge des tutelles...).

— Malgré un vécu douloureux de certaines consignes, Mouaad a clairement expliqué combien il appréciait qu'elles soient le plus claires et binaires possibles.

— Lors des sorties hebdomadaires, nous avons constaté que Mouaad présentait une addiction envahissante aux jeux d'argent. Cela a été longuement repris et discuté en équipe afin de voir comment travailler ce symptôme. Durant ces moments, suspendu et capté par le jeu, il paraissait en transe, entre excitation, angoisse de perte, persécution, délire sur les numéros joués et notre influence possible sur ses gains ou pertes. Nous avons alors décidé de l'accompagner une fois par semaine, pendant 2 heures, à un McDo proche d'un PMU, ce qui constituait une véritable nouveauté pour les infirmiers et n'a pas été sans les déstabiliser. Mouaad a alors pu faire des allers-retours entre le PMU et le McDo, jouer compulsivement son argent, tout en revenant passer un peu de temps avec les soignants pour s'acheter un café ou une glace. Le fast-food et cette présence soignante ont ainsi constitué un espace tiers où il a pu se poser, se rassurer, dédramatiser ses pertes et ses angoisses face à cette sortie des murs de l'institution.

— Les infirmiers l'ont également soutenu dans la rédaction d'un « Journal des émotions », outil déjà utilisé en UMD, mais mobilisé désormais au quotidien. D'une part, cet exercice lui a permis de mieux identifier ses émotions et son vécu, grâce à des propositions de l'infirmier, d'autre part, l'écriture (*via* le soignant) lui a permis d'esquisser une temporalité : il y avait désormais un avant et un après, et les écrits restants, des événements pouvaient devenir du passé.

— Mouaad a par ailleurs perçu la prise en compte de son vécu singulier par l'équipe soignante. Citons également les nombreuses activités où nous l'avons valorisé, comme le dessin — certaines de ses réalisations ont été accrochées aux murs — ou la pratique de la voile avec un infirmier, dont on pouvait dire, en riant, qu'il allait peut-être « *revenir en deux morceaux* », comme pour éloigner les fantasmes de dangerosité.

— L'humour, par ses effets de secondarisation et de dédramatisation, a pris une place importante pendant ce séjour, que

ce soit entre soignants, mais aussi avec Mouaad, qui les « chambrait » (7).

— Notons également que l'unité a fait l'objet d'ajustements organisationnels exceptionnels, mais sans atteindre un ratio de personnel « extraordinaire », à savoir quatre infirmiers par séquence de travail la journée au lieu de trois ; trois la nuit au lieu de 2. Le soutien de l'ARS sur ce point a été indispensable. De plus, une baisse de la capacité d'accueil (de vingt-quatre à vingt lits) a également été opérée. De son côté, la Direction a joué un rôle de pare-feu, en acceptant d'être l'interlocuteur auprès de l'ARS lors des nombreuses « sorties sans autorisation » de Mouaad. L'équipe soignante a ainsi été soulagée de la pression sur cet aspect légal des fugues de patient en soins sans consentement, cette fonction étant endossée par la Direction. Nous avons en effet partagé nos analyses et positions cliniques : Mouaad sortait « *pour nous signifier qu'il pouvait revenir* ». C'est là que s'est joué le début de l'alliance thérapeutique, dans une forme de « jeu de poursuite » (Mouaad fuguait, nous appelait, puis nous allions le chercher et reprenions ensemble ce qui se jouait pour lui et les limites que cela amenait).

### EN CONCLUSION...

Bien qu'il ait nécessité une disponibilité importante et constante de l'équipe, le séjour de Mouaad s'est bien déroulé et terminé. Cet accompagnement, source de gratification pour l'équipe, constitue une expérience formatrice. Relever ce défi nous a fortement soudés et à consolider notre sentiment d'appartenance et notre confiance dans l'efficacité collective. Ce renforcement alimente aujourd'hui notre « maturité professionnelle » et des bénéfices en termes de narcissisme professionnel.

Conformément à ce qui avait été convenu, la mise systématique à l'isolement la nuit de Mouaad a été levée au bout de 14 jours. Par la suite, il n'a été qu'une seule nuit à l'isolement, et ce, à sa demande. Aucun acte hétéro ou autoagressif grave n'a été relevé. Le lien est aujourd'hui maintenu dans les deux sens : l'équipe prend régulièrement de ses nouvelles, et va parfois le voir dans l'hôpital qui l'accueille, et Mouaad nous fait signe. Récemment, il a même proposé une information pour le journal de l'unité.

Ainsi, alors que la question des patients complexes devient saillante en psychiatrie, il semble possible, du moins pour un

temps, de briser la spirale infernale de la violence (qu'il ne s'agit pas de nier, mais de comprendre).

Nous pouvons faire l'hypothèse que les patients (mais aussi les soignants) réagissent en grande partie à ce qui leur est proposé. Ainsi, notre positionnement sans rejet de ce patient a permis de ne pas confirmer son vécu persécutoire subjectif. En effet, l'équipe a fait l'effort de penser son action dans un cadre théorique qui l'a invité à choisir la contenance plutôt que la contention, la vigilance et la disponibilité plutôt que la surveillance.

Insistons également sur le pari toujours gagnant de conserver une réelle posture soignante. L'approche clinique et la dimension institutionnelle du soin ont limité des positions plus défensives et favorisé un processus vertueux de soins là où une position excluante renforce les processus d'évitement et assèche pensée et créativité soignante.

Nous avons observé également les bénéfices d'une prise en soin pluri-professionnelle, tirant profit de l'ensemble des compétences et des idées, ce qui a permis un étayage plus conséquent et soutenu. Ce constat invite ainsi à envisager le désir soignant et le rôle informel d'enveloppe de l'ensemble de l'équipe comme un moyen, mais aussi comme la base même de la thérapie (une sollicitude « devançante », non pas substitutive, mais qui restitue au patient ce qu'il a en propre). Chacun a certes une tactique individuelle, mais reste tourné vers une approche commune du fonctionnement psychique du patient et donc du travail psychique à élaborer avec

lui. C'est ce cadre commun d'élaboration théorique de l'acte soignant qui a permis de bénéficier de la richesse et la diversité du style de chacun. La qualité du dialogue dans l'équipe, avec un plaisir à penser ensemble, facilite l'accueil des divergences, contenues dans la solidarité du groupe, libérant ainsi les initiatives. Elles ont été les ingrédients importants de cette prise en soin contenante et cohérente, et plus globalement ici d'un moindre recours aux mesures de coercition.

1 – La recherche Plaid-Care (« Psychiatrie et Libertés individuelles : étude d'établissement caractérisé par un moindre recours à la coercition ») est portée par le CHU de Saint-Étienne. Elle est financée par la CNAM, la DGS, l'Inserm et Santé Publique France dans le cadre de l'appel à projets de « Recherche en santé publique 2020 » conduit par l'Institut pour la recherche en santé publique (Numéro de référence : IRESP-RSP2020-229909). »

2 – Cet article a aussi été écrit avec le soutien de l'équipe pluridisciplinaire des Cèdres et pour l'équipe Plaid-Care de Magali Coldefy, Delphine Moreau, Frédéric Mougeot, Daria Rostirolla, Livia Velpy.

3 – Cette situation fait écho au concept de « fermeté souple » décrite par Morasz, 2002.

4 – Par exemple, la fonction « alimenter et cultiver l'empathie », c'est-à-dire « une capacité d'équipe à pouvoir relier certains bons moments vécus avec le patient pour pouvoir réaborder, retourner vers celui-ci avec empathie et ainsi évacuer l'anticipation anxieuse des soignants ». (Lanquetin-Tchukriel 2012)

5 – Distinction clinique entre la « violence fondamentale » et « l'agressivité » (Bergeret, 2014).

6 – L'« aseptie » est un terme repris par François Tosquelles

au champ de la chirurgie, consiste en une « suspension » des préjugés à l'égard du malade et, plus généralement, lors de toute rencontre (De Luca Bernier, 2011).

7 – On peut citer la fois où Mouaad appelle le bureau infirmier, se fait passer pour un patient qui a besoin d'aide, et finit par dire à l'infirmier « Ah ben dis donc Antoine, tu ne t'occupes pas bien des patients ! ».

## BIBLIOGRAPHIE

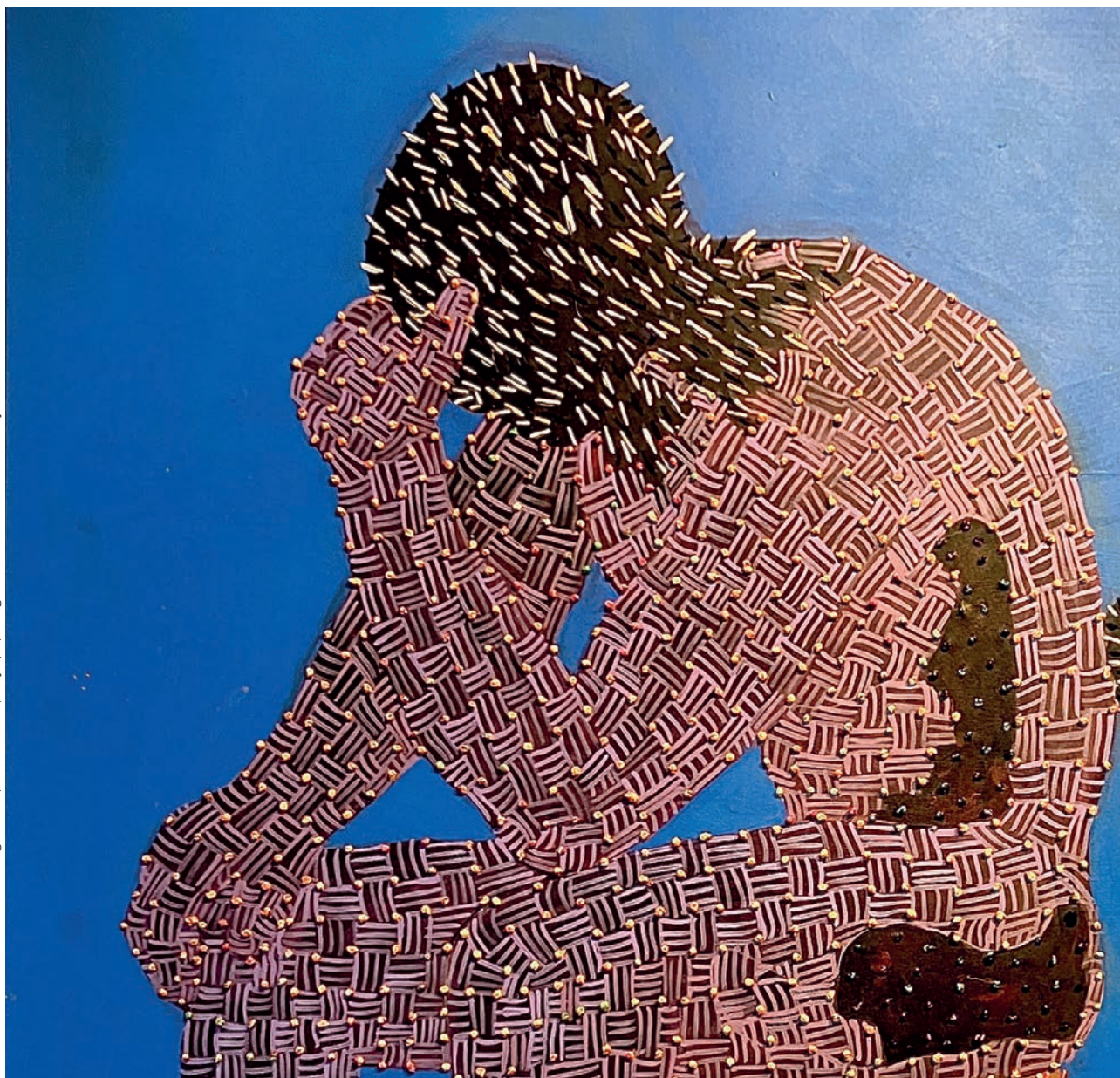
- Baillon G, *Le management en psychiatrie ? certainement pas !*. 2003.
- Baillon G, *Quel accueil pour la folie ?*. *Champ social*, 2011.
- Nicolas J. *Penser la destructivité pour modéliser une thérapie de la psychose infantile*. *Évolution psychiatrique*, 2021;86(4):703-713.
- Bergeret J. *La violence fondamentale*. Édition Dunod. 2014.
- Coldefy M., Gandré C., Rallo S. *Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre*. *Questions d'économie de santé (IRDES)*. 2022. (269).
- Morasz L., *Comprendre la violence en psychiatrie. Approche clinique et thérapeutique*. Éditions Dunod. 2002.
- Lanquetin J.P., Tchukriel S., *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*. *Rapport de recherche*. 2012.
- (de) Luca-Bernier C., *Logique du soin en psychothérapie institutionnelle*. *Le Coq-héron*. 2011;206, 98-106. DOI:10.3917/cohe.206.0098
- Saetta S., Coldefy M., Degry J., Lanquetin J.P., McCardell A., Moreau D., et al. *PLAID-Care: une recherche sur le moindre recours à la coercition en France*. *L'Encéphale*. 2023;49(4) :433-36. DOI:10.1016/j.encep.2023.03.005.
- Peraldi M., Duport C., Samson M., *Sociologie de Marseille, La Découverte*, coll. « Repères ». 2015.

**Résumé :** Précédé par sa réputation de patient « dangereux », Mouaad arrive pour une durée de six mois au CH Valvert. L'accueil de ce cas complexe, qui mobilise les soignants de l'unité et au-delà, tous les échelons de l'institution, permet de repérer les ingrédients d'une prise en charge sans coercition. Cet article repose sur une collaboration entre des chercheurs de Plaid-Care et une équipe de soins du CH, étaye ce constat par un retour d'expérience.

**Mots-clés :** Accueil – Attitude du professionnel – Cas clinique – Centre hospitalier Valvert – Contention – Équipe soignante – Fonction contenante – Isolement – Malade difficile – Plaid-Care – Prise en charge – Retour d'expérience – Soin sous contrainte – Stigmatisation.

# « J'ai envie de tout défoncer... »

Albert, la quarantaine, souffre de troubles du comportement qui le font parfois « exploser ». Confrontés à un épisode de crise, les soignants font appel à l'Équipe de prévention de l'isolement et de la contention (Epic) pour désamorcer cette situation qui les déborde.



© Ibrahim Ballo (2022) On a un message (détail), 148 x 120 cm, acrylique, tissage et broderie sur toile - Courtesy Galerie Carole Kvasnevski.

■ Début d'après-midi, en plein week-end, au Centre hospitalier Camille Claudel, le seul établissement public de santé mentale (EPSM) du département de la Charente (Nouvelle Aquitaine). Nous sommes dans le bureau de l'Équipe de prévention de l'isolement et de la contention (Epic), une unité transversale qui a pour objectif d'aider les soignants à « faire autrement » (voir aussi encadré p. 72). Notre première fonction est de renforcer les services hospitaliers dès l'apparition des premiers signes de tension pour prévenir la crise émotionnelle puis tout mettre en œuvre pour éviter d'en arriver à l'ultime recours : l'isolement et la contention sécuritaire.

Ce jour-là, une sonnerie d'alerte retentit via le boîtier d'urgence et un bandeau déroulant indique le nom de l'émetteur, Calypso, un service de moyen séjour fermé de l'établissement.

François, infirmier à l'Epic, s'y rend immédiatement pour apporter son soutien. Sa vigilance est de mise car, sauf fausse alerte, il sait qu'un collègue se trouve face à une situation de débordement, voire est exposé à un danger imminent. Il va intervenir pour contribuer à sécuriser l'unité.

### ALBERT S'EST AGITÉ

Dès son arrivée dans le service, François se rend au bureau infirmier. Un bref échange avec l'équipe permet de rassembler les premières données sur la situation. Il s'agit d'Albert, qui se montre agressif verbalement envers des soignants (il crie, insulte, provoque, menace...) et physiquement (il vient de briser la porte de sa chambre et sa poubelle). Ce patient est bien connu du service et François le cotoie également depuis une douzaine d'années. Cette proximité favorise la mobilisation de clés relationnelles, comme le montre une recherche de Perron et al. (1) : « *Les infirmiers s'entendent pour affirmer que bien connaître les patients est un atout de taille pour anticiper leurs réactions et évaluer la sévérité de leurs comportements.* »

**François PYTLAK\***,  
**Bertrand DEVAUD\*\***

Infirmier\*, Aide-soignant\*\*,

Équipe de prévention de l'isolement et de la contention (Epic), CH Camille Claudel (Angoulême).

Albert, la quarantaine, a été suivi en psychiatrie dès ses 12 ans. Cette année-là, il a perdu son grand-père, vu s'éloigner son unique frère, aîné protecteur, puis ses parents se sont séparés et sa mère l'a abandonné (il ne la reverra plus). Des troubles du comportement, de type violences hétéroagressives, sont apparus : incapacité à être en groupe, intolérance à la frustration, crises d'anxiété majeure... Jusqu'à l'âge adulte, tous les établissements (centres, écoles...) qui l'ont accompagné ont été confrontés aux mêmes difficultés : sa violence ne lui permettait pas de trouver sa place dans un collectif.

Aujourd'hui encore, Albert ne supporte pas qu'on limite son accès à ses centres d'intérêt : téléphone, ordinateur, nourriture notamment. Frustré, il est capable de détruire une voiture à coups de hache... Il s'en prend généralement aux affaires des autres mais peut également détruire les siennes. La destruction est son mode de fonctionnement.

Albert reconnaît sa difficulté à être autonome, à gérer sa frustration (2) et à ne pas se laisser déborder par sa colère. À distance, il justifie ses passages à l'acte par des bouffées d'anxiétés, liées à un sentiment d'abandon. Il explique aussi que quand il se sent en insécurité, il adopte un comportement provocateur. Nous nous interrogeons sur le mode défensif ou pervers de ses provocations... Quoi qu'il en soit, lorsqu'il se sent acculé, pris à partie, assumer la responsabilité de ses actes lui est insurmontable... Et il explose.

Dans ce contexte, l'évaluation de la dangerosité de la situation faite par les soignants de Calypso, et leur crainte d'un passage à l'acte, est aussi à mettre en corrélation avec le physique imposant en taille et en poids d'Albert, son imprévisibilité et son impulsivité. De plus, peu de temps auparavant, il a grièvement blessé une patiente à coups de pied. Elle présentait des hématomes multiples au niveau périorbitaire, avec des traumatismes crâniens et de la pyramide nasale, qui ont nécessité un passage aux urgences et des points de sutures.

Pourtant, ces derniers temps, l'équipe estimait que la fréquence, la durée et l'intensité des passages à l'acte diminuaient.

### UNE FONCTION DE RENFORT

De lui-même, Albert s'est mis à l'écart sur la terrasse du patio. Assis sur une chaise devant la table de jardin, en position de repli, la tête entre les mains, il reste

silencieux. Ces premiers éléments nous renseignent. Après la phase d'activation et d'intensification de sa montée de tension, au moment de l'acmé de sa crise pulsionnelle, Albert est passé à l'acte sur des biens. Après l'agir, un semblant de retour à une phase de stabilisation se dessine, que traduisent son éloignement du groupe soignant, sa présence dans le patio et ce repli sur soi. La situation reste néanmoins instable et tendue. Albert sait que les soignants vont réagir. La priorité consiste à évaluer cette amorce de stabilisation et surtout, à éviter un phénomène de réplique.

François écoute ses collègues puis fait le point sur ce qui a déjà été tenté, avant d'envisager ce qui peut être mis en place avec son appui. Il relève que l'équipe a notamment proposé un entretien « *pour reprendre contact* », un temps calme, un traitement « si besoin », puis a décidé de joindre l'Epic. Les soignants se questionnent aussi sur la possibilité de s'appuyer sur le Plan de prévention partagé (PPP) (3), élaboré en amont avec Albert. Cet outil nous renseigne sur ce qui peut l'apaiser, de son point de vue, quand la tension monte.

Mais dans l'immédiat, au vu du comportement d'Albert, l'équipe envisage surtout un placement en chambre d'isolement, pour protéger les autres patients et les soignants de l'unité.

À l'Epic, nous savons qu'il s'agit d'une pratique délétère pour les patients et qui est souvent mal vécue par les professionnels. Nous avons construit une « culture de travail » et de gestion des interactions agressives en partageant des connaissances issues de la littérature professionnelle et scientifique, notamment infirmière (4). Fort d'un adossement à ces valeurs, François va essayer de proposer autre chose à Albert, tenter une rencontre basée sur l'informel, l'obliquité.

Mais en pratique, comment ne pas dériver et éviter de placer Albert dans une situation difficile, comment essayer de ne pas l'attacher ni l'enfermer, ne pas adopter une réponse en miroir ? Bref, comment faire en sorte que la crise se passe au mieux, pour tout le monde, le patient, le groupe des usagers et l'équipe.

### DÉSAMORCER

À ce stade, l'équipe étant perçue comme persécutrice par Albert, François propose de prendre le relais pour entrer en lien avec lui. Cela permet aux soignants de Calypso

d'accorder du temps aux autres patients et de sécuriser le fonctionnement du service. Le déploiement de cette présence supplémentaire et de cette disponibilité dégage du temps soignant. L'Epic a ainsi une fonction de renfort aux soins.

François va donc à la rencontre d'Albert, en s'appuyant sur des acquis issus, entre autres, de la formation Omega (5). Il devient le seul interlocuteur, et sera soutenu au besoin par des collègues un peu en retrait.

Fermé, Albert refuse tout contact. Toujours assis la tête entre les mains, il dégage une tension interne encore vive et difficilement contenue. Le regard très noir, ostensiblement replié sur lui-même, il ne répond pas. Il est dans un évitement manifeste, appuyé (y compris visuel), qui lui permet de mieux scruter les tentatives d'approches et les intentions qui les sous-tendent.

François se signale d'une voix douce et précise. Il se présente, prévient Albert de tous ces gestes, lui demande l'autorisation de s'approcher lentement (suffisamment près pour permettre la relation et marquer son intention de rapprochement et suffisamment loin pour préserver une sécurité physique et permettre au patient de ne pas se sentir prisonnier de l'interaction). Son ton est calme et posé, les mots choisis. « *Je vois que vous êtes préoccupé* » Il laisse du temps au silence. « *Qu'est-ce qui se passe ? Qu'est-ce qui ne va pas ? Est-il possible de mettre des mots sur ce que vous ressentez ?* » Il décrit d'abord ce qui peut être objectif, et explique qu'il trouve Albert tendu, en colère. Il s'intéresse à ses ressentis

et cherche à instaurer une communication par la reconnaissance des émotions.

Albert semble l'entendre, puis l'écoute. Subitement, il s'ouvre physiquement (son visage s'éclaire, il se redresse, regarde François dans les yeux), puis verbalise : « *C'est dégueulasse ! Vous vous rendez compte, on m'accuse d'un truc que je n'ai pas fait !* » François lui répond : « *Ce qui m'importe dans l'immédiat, ce n'est pas ce que vous avez fait ou pas mais comment vous le vivez.* »

Une amorce de lien se tisse. Albert soutient le contact visuel avec François, puis exprime un sentiment d'injustice vis-à-vis de l'équipe soignante : elle l'accuserait d'une dégradation dont il se défend. François reçoit ce vécu, se positionne dans une neutralité sans jugement, et instaure du « tiers ». Il écoute activement Albert, reformule et lui fait préciser ses ressentis. Les premiers signes d'une baisse de tension psychique et physique d'Albert sont perceptibles. Il respire et parle plus calmement, desserre les poings, ses épaules se rabaisent, son regard et son visage se radoucissent. Il se rapproche. François essaye de conforter cette phase de stabilisation.

Soudain, Albert se crispe à nouveau. Les deux collègues restés en soutien discutent dans le couloir, et leurs bruits de voix le parasitent et le persécutent. La crainte d'un phénomène de réplique resurgit.

François les invite au silence, sur un ton directif, pour maintenir la contenance psychique qui semble efficiente et éviter qu'Albert soit à nouveau submergé par ses émotions.

Selon nos formations et notre expérience, les maîtres-mots ici sont : éviter une frontalité, favoriser un environnement plus calme, ne pas se centrer tout de suite sur le geste mais sur le ressenti, se mettre en position pulsionnelle toujours plus basse que le patient pour optimiser les mécanismes de désescalade, laisser la temporalité s'étirer après la phase de nucléarisation du passage à l'acte.

Cette manière de border la situation fonctionnelle, la tension diminue à nouveau.

François accompagne Albert, prend le temps nécessaire pour resituer sa colère en lien avec son sentiment d'injustice et de frustration. Il lui rappelle le contexte de son hospitalisation transitoire, dont l'objectif commun est de trouver ensemble le meilleur moyen pour qu'Albert puisse mener à bien ses objectifs. On passe ainsi de « *J'ai envie de tout défoncer !* » à « *Je vous ai parlé de mon projet de vie en foyer d'accueil médicalisé (FAM), il me semble la dernière fois qu'on s'est vu ?* »...

Vient alors le moment opportun pour s'appuyer sur le PPP. « *Vous voudriez quoi, Albert ? Comment pouvons-nous vous aider ? Les propositions que vous nous avez faites, on essaie ? Le temps de retrait et le traitement, on réessaie ?* »

### « COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS ? »

Petit à petit, Albert se décentre de ses émotions négatives et se focalise sur son projet de vie. Une fois ses émotions identifiées, il entre dans une forme de « récupération cognitive ». Malgré des progrès flagrants, Albert n'est pas encore entièrement maître de ses émotions. « *J'ai fait le con, François, si je fais ça au FAM, ils vont me virer ! Je serai foutu* ». Cette réflexion lui permet de reprendre conscience des conséquences possibles de ce type de comportements, qui mènent parfois aux mesures « de dernier recours » : l'isolement et la contention. Albert redevient acteur de sa prise en soin et parvient désormais à percevoir l'autre, non pas comme un persécuteur, mais comme un compagnon.

Après cette phase de condensation du passage à l'acte, le temps s'étire à nouveau, et François demande : « *Vous vous sentez comment ?* » Albert dit aller un peu mieux mais décrit une sensation « *de boule au ventre* ».

Nous lui proposons son traitement per os « si besoin » et un temps d'hypostimulation en chambre (non verrouillée, bien sûr). C'est d'ailleurs ce qui avait été contractualisé (entre autres) dans son

## L'Epic, objectifs et moyens

Dans le contexte des objectifs nationaux de réduction des mesures d'isolement et de contentions, le CH Camille Claudel a déployé un certain nombre d'outils dont la création d'Epic début 2022. Sa vocation est de diminuer voire d'abolir ces mesures coercitives dans l'établissement, en intra et extra-hospitalier, en accompagnant les équipes et en développant la clinique soignante. Elle est aujourd'hui reconnue et identifiée par tous pour ses missions de pacification.

- Elle se compose de trois infirmiers (dont un coordinateur à 50%), d'un aide-soignant et d'une secrétaire, ainsi que d'un psychiatre référent et d'une cadre supérieure de santé rattachée à la direction des soins. L'Epic est autonome sur le plan matériel et interventionnel. Elle dispose d'un bureau dédié, d'un véhicule, d'un téléphone pour être joignable directement. Les trois piliers de son action sont les interventions directes sur le terrain en cas de crise, la formation et la recherche.
- L'Epic participe aux nombreux comités et réunions institutionnelles où ces questions sont abordées : comité de retour d'expérience après un événement indésirable associé aux soins (EIAS) lié à un isolement et contention, comité d'éthique, évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Elle dispense des formations courtes (par ex sur le cadre de soin, la rencontre avec le patient, l'agressivité/l'agitation...) et une initiation aux pratiques de pacification et de prévention (2 jours).
- L'Epic établit des bilans réguliers des mesures de contraintes dans l'institution : en 2021 on comptabilisait 661 isolements et 160 contentions. En 2022, date de la création, on recensait 387 isolements et 118 contentions et en 2023, 314 isolements et 116 contentions (à noter un léger rebond des isolements mais une baisse notable du temps de l'isolement et surtout de la contention). Début 2024, la baisse continue, même si elle est légère pour l'isolement et la contention. On remarque surtout une diminution des temps d'isolement et de contention.

PPP : entretien, temps de retrait dans un endroit calme et apaisant, traitement. Albert accepte le traitement sans aucune réticence mais s'agite à l'évocation du temps en chambre qu'il entend comme une punition. Il s'agit pourtant de lui permettre de s'isoler, de se mettre à distance, de faire une pause dans les interactions et de reprendre le contrôle de lui-même. Ayant déjà vécu des périodes d'isolement et de contention, Albert explique que l'idée même de l'enfermement fait remonter en lui des souvenirs « *traumatisants* ». « *Je n'oublierai jamais !* » François accueille sa parole et précise que c'est justement l'idée de cette proposition : trouver les alternatives propres à chacun pour être autonome, avoir les ressources nécessaires à une forme d'équilibre. Finalement Albert accepte de s'isoler en chambre pour moins d'une heure : il pourra ainsi partager le temps du goûter avec les autres patients dans un état d'esprit plus serein. Pour redonner la main à l'équipe, François demande à Albert d'aller à la rencontre des soignants de l'unité quand il sortira de sa chambre. Pour tester le lien, le traitement est administré par une collègue de Calypso en présence de François, qui incite Albert à solliciter l'équipe pour un entretien à la fin de ce temps d'hypostimulation. Ce dernier acquiesce.

### DANS L'APRÈS-COUP...

– Dans un premier temps, François et les soignants de Calypso reviennent « à chaud » sur la situation. Au plus près de l'évènement, et sans obligation, ce « *débriefing* » invite chacun à verbaliser son vécu, favorise la décharge émotionnelle et l'évacuation du « *trop-plein* », pour intégrer l'évènement et orienter les personnes vers une aide si nécessaire.

– Dans un second temps, en fin de journée, l'Epic joint l'unité Calypso pour s'assurer de la stabilité de la situation. Une conversation informelle porte sur l'évolution clinique d'Albert, sur les propositions d'actions et de positionnement à visée d'anticipation.

– Dans un troisième temps, le lendemain (J +1), l'Epic contacte à nouveau l'unité.

Il s'agit cette fois d'anticiper l'émergence d'une autre crise.

– Un suivi est effectué deux jours plus tard avec l'équipe et le psychiatre.

– Un mois après, une réunion institutionnelle est organisée autour de cet évènement.

### CONCLUSION

Aujourd'hui bien identifiée dans l'établissement, l'Epic est majoritairement sollicitée pour des tensions émotionnelles en rapport avec l'hospitalisation sous contrainte, la promiscuité due à la vie en collectivité, le cadre de soin... Adossés à une solide expérience du soin en psychiatrie et une connaissance profonde de l'hôpital et des personnels de l'institution, nos interventions visent d'abord à prendre du recul, soutenir la réflexion clinique, désamorcer.

L'hospitalisation sous contrainte, qui prive le patient de sa liberté d'aller et venir, est souvent vécue comme une punition. De plus, la procédure administrative est difficilement compréhensible pour ces patients à l'état de conscience altéré par des troubles perceptifs et cognitifs. La promiscuité les oblige à vivre côte à côte, à se mêler malgré eux. Le manque d'intimité, la difficulté de se préserver du regard d'autrui, l'obligation de se soumettre à l'observation soignante..., tous ces éléments constituent une source de stress dans un milieu hostile, parfois bruyant voire violent.

Bien sûr, l'hôpital, lieu collectif nécessite l'application de règles sociales que chacun doit respecter. Souvent, le cadre de soin individualisé, propre au patient, entre en collision avec celui du service ou de l'institution et engendre des incompréhensions, des émotions, de la colère. Le cadre est là pour permettre l'alliance et non la coalition, il doit être une contrainte positive. Le but des accompagnements en psychiatrie n'est pas d'empêcher la satisfaction des pulsions mais de les rendre acceptables pour le groupe social, notamment en le transposant sur des objets valorisés et en la reportant si nécessaire (6).

Notre force est l'adaptation et la disponibilité aux patients, aux équipes, aux

situations et à la géographie de l'établissement. Outil de renfort, l'Epic ne se substitue pas aux équipes mais leur vient en soutien. Ce sont leurs unités, leurs patients et donc leurs solutions. Par sa position de tiers, elle suggère une réflexion collective. Par sa connaissance générale de la réalité du terrain en temps réel, elle permet d'améliorer la coordination des actions. Par ses connaissances de la législation relative aux mesures coercitives en milieu de soins, elle veille à l'application la plus respectueuse possible des droits du patient.

1– Perron A., Jacob J.-D., Beauvais L., Corbeil D. (2015) *Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et d'agressivité. Recherche en soins infirmiers*, 2015/1, n° 120, p. 47-60.

2– Notons que la frustration est, très simplement, une réponse émotionnelle à une opposition ou à l'absence de réalisation d'un besoin, d'un désir, d'une attente. Cette réponse émotionnelle est souvent de l'ordre d'un sentiment d'injustice, d'un agacement, d'une déception, voire d'une colère, sourde ou explosive. In : Oswald P., *L'intolérance à la frustration*, Santé mentale, n° 281, octobre 2023, p. 28.

3– Outil préventif, le PPP consiste à proposer au patient d'exprimer ses souhaits en amont des crises. Il permet une reprise de contrôle sur les événements à travers ses directives à l'équipe. Billé V. (2022), *Prévenir la contrainte dès l'accueil*, Santé mentale, n° 264, janvier 2022.

4– Citons notamment : Friard D. (1988), « *l'isolement en psychiatrie, séquestration ou soin* », Lanquétin JP (2003) « *l'agitation en psychiatrie : quels repères pour quels soins* » ; Friard D. (2003) « *l'entretien empêché* » ; HAS (2017) « *isolement et contention en psychiatrie générale* » ; « *Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie* » « *Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence* » ; Lanquétin J.P., Tchukriel S. (2012) « *l'impact de l'informel dans le soin infirmier en psychiatrie* » ; Tassou Paul (2017) (thèse) « *stratégie de diminution de l'utilisation de l'isolement et de la contention en psychiatrie adulte : une revue de la littérature...* »

5– Cette formation vise à être en capacité de gérer l'agressivité verbale et/ou physique, en déployant plusieurs niveaux d'intervention pour désamorcer la dangerosité/violence.

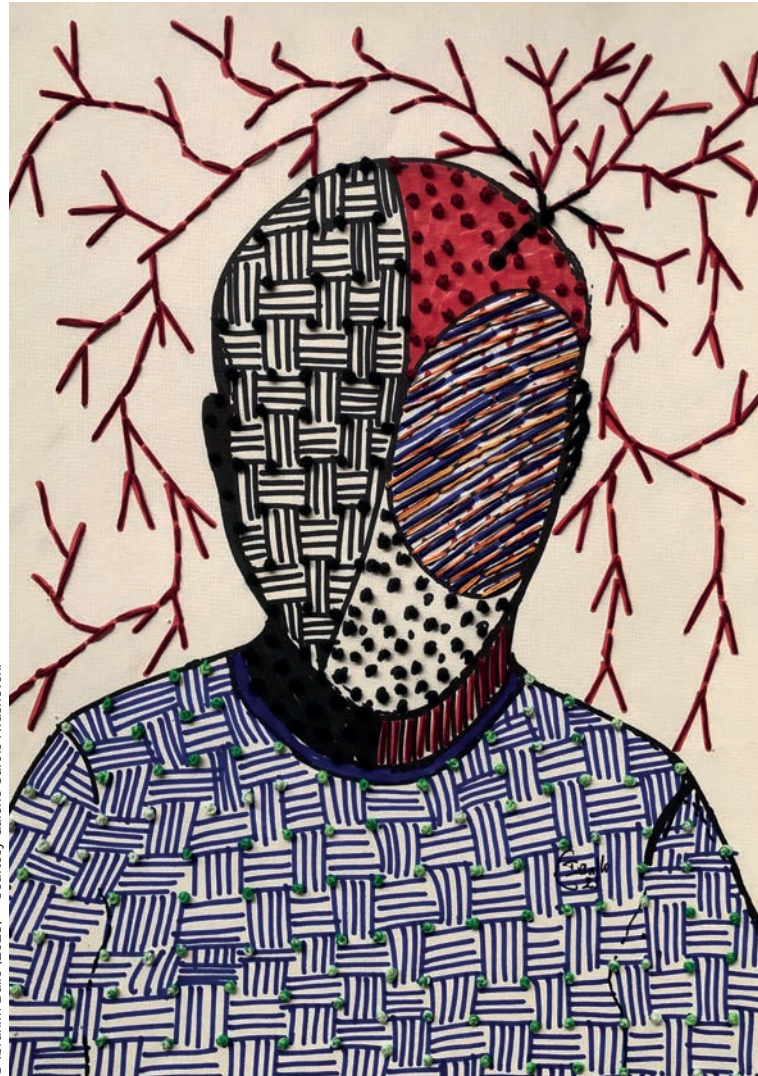
6– Lanquétin Jean-Paul, Rohr Loïc, Santé mentale, n° 281, octobre 2023.

**Résumé :** Pour déployer sur l'établissement une culture soignante sans mesure d'isolement et de contention, le CH Camille Claudel a fait le choix de créer une équipe transversale dédiée : l'Epic. Outre des missions de formation et de recherche, elle intervient directement auprès des équipes soignantes en cas de crise, en renfort, pour désamorcer la situation et en dégageant l'équipe de l'unité de soin. Illustration avec le cas d'Albert.

**Mots-clés :** Cas clinique – Crise – Dangerosité – Équipe soignante – Isolement – Passage à l'acte – Pratique de soin – Prévention – Retour d'expérience – Violence.



© Ibrahim Ballo (2023) — Courtesy Galerie Carole Kvasnevska



# Plaidoyer contre les soins

Au niveau international, de nombreuses organisations prônent depuis longtemps des pratiques de soin en psychiatrie fondées sur les droits humains. En France, les mouvements d'usagers dénoncent une approche qui reste encore trop souvent carcérale et culpabilisante.

Mon expérience de la contrainte en psychiatrie en tant qu'usagère et le souhait que plus personne ne traverse cela au nom du « soin » m'ont poussée à m'engager

## Stéphanie WOOLEY

Administratrice-adjointe de l'ENUSP (European Network of (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry),  
Administratrice chargée des relations internationales pour l'association Advocacy-France

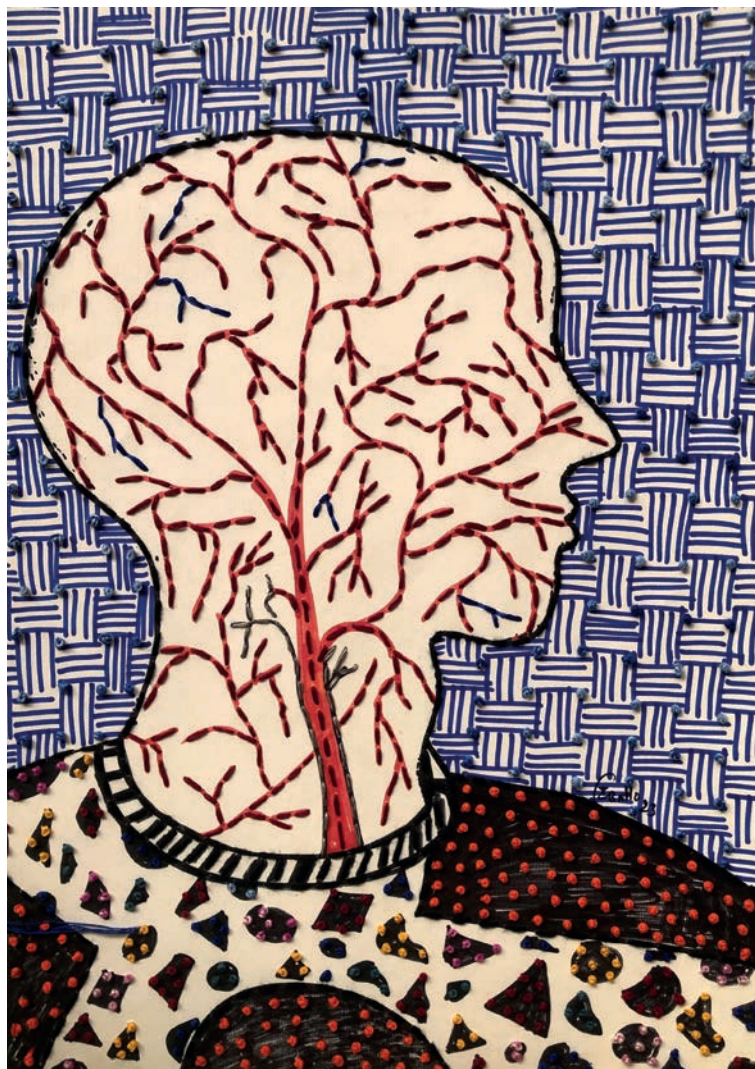
dans le « mouvement » pour l'amélioration du système de soins. Nos objectifs sont de mettre fin aux pratiques coercitives, de mieux connaître leurs impacts pour trouver d'autres approches face à la crise et à la « dangerosité » des patients, réelle ou perçue.

## L'EXPÉRIENCE DE LA CONTRAINTE EN PSYCHIATRIE

Lorsque votre santé mentale est mise en cause au point que l'on vous enferme en chambre d'isolement, qu'on vous déshabille, vous administre de force des médi-

caments, vous attache avec des sangles comme réponse à votre « délire », votre détresse, votre envie de mourir ou votre « bad trip » est une expérience inimaginable pour ceux qui ne l'ont pas vécu. On se demande alors ce que l'on a fait pour mériter ces traitements et quel crime on a commis. Un sentiment de punition et d'injustice vous submerge.

Cette approche carcérale et culpabilisante de l'hôpital est contraire aux soins et aux besoins des personnes en souffrance psychique et de leurs familles, qui veulent comprendre, parler de ce qui est arrivé



# « contraints et forcés »

et être soutenues. On leur impose alors des « programmes de soins » qui prônent « droits et protection » des personnes « faisant l'objet » de soins psychiatriques (1) basés sur des « recommandations de bonne pratique » (2). Trop souvent, la réponse à la demande d'aide ou à la situation de détresse est disproportionnée en termes de contrainte et laisse place à des sentiments de colère, voire de trahison de la confiance, d'impuissance et de peur. Les pratiques d'isolement et de contention impactent ainsi de façon importante l'image de soi et génèrent des sentiments de désubjection, de dévalorisation et une lourde stigmatisation. La contrainte est ressentie comme une humiliation, un manque de respect, une déshumanisation, qui ne peuvent qu'exacerber la crainte et la méfiance (3). Cette expérience engendre à son tour des relations négatives et inauthentiques avec les professionnels. Dans ce contexte, on comprend vite que toute opposition de l'utilisateur mène à encore plus de coerci-

tion, que sa parole est disqualifiée et qu'il n'a pas d'autre choix pour s'en sortir que de plier, se conformer, et se comporter comme demandé – en bref, d'être un « bon patient » – au détriment de sa confiance en lui et de ses idées de ce qu'il lui faudrait pour aller mieux.

Il faut ensuite qu'il s'accroche à l'espoir de voir « son » psy (oui, mais quand ? Et pourquoi ?...) puis entendre « ça va aujourd'hui ? »... Comment peut-il faire entendre sa propre lecture de la situation et son droit à la différence ? Comment peut-il accepter les prédictions des psychiatres d'appartenir désormais à la catégorie des personnes malades et handicapées, de ne plus jamais être en mesure de travailler comme avant ?...

Vivre sous la menace de la contrainte est donc un puissant moyen de « dés-empowerment ». Le déséquilibre entre pouvoir médical et pouvoir de l'utilisateur rend impossible une véritable alliance thérapeutique. La méfiance et la nécessité de « faire

semblant » vont alors souvent pervertir la relation soignant/soigné pendant des années.

Quelques études qualitatives ont cherché à mieux comprendre les impacts des méthodes coercitives sur les patients et à les modéliser : ce sont par exemple le « modèle interactionnel basé sur le ressenti des patients » en Belgique (4) ou le « modèle conceptuel de la pression psychologique ressentie par les usagers », à partir de verbatims, en Allemagne (5). Dans ces conditions, comment s'imaginer « usager » de « services » de soins imposés comme l'isolement ou la contention ? Cette question renvoie directement à la notion de « survivant de la psychiatrie », difficile à faire reconnaître en France.

D'autres pays européens admettent plus facilement cette « identité », et reconnaissent les traumatismes liés à l'expérience de la coercition (Royaume-Uni, Norvège, Allemagne) ou financent des travaux de « survivor researchers » (6).

Ce positionnement ne doit pas rendre mal à l'aide mais doit être reconnu pour faire évoluer les choses, y compris au niveau politique. Russo et Wallcraft, qui ont éprouvé eux-mêmes ces pratiques, relèvent : « *Si ce sujet largement pertinent doit être sérieusement étudié, la recherche devra prendre une nouvelle direction : le traitement psychiatrique contraint est une question de droits humains et il n'y a aucune raison d'investir davantage dans des études strictement médicales sur ce sujet. La première mesure à prendre est de laisser les perspectives éthiques, juridiques et sociales entrer dans l'arène de l'étude du traitement forcé.* (7) »

Mais une fois sa liberté retrouvée, comment prendre conscience ou composer avec ce qui vous est arrivé ? Faut-il « essayer d'oublier » comme me l'ont conseillé certains psychiatres ? Comment imaginer qu'on vous a traité de la sorte au nom du « soin » ou « pour votre bien » ? Des années après, alors que j'étais auditionnée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), une autre lecture de ce qui m'est arrivé a trouvé place dans mon esprit.

### UNE AUTRE APPROCHE

Lorsque j'ai découvert qu'une autre approche, basée sur les droits de l'homme, était prônée par l'Organisation des Nations unies (ONU), un sentiment de soulagement et d'apaisement m'a envahi. Ainsi, l'observation générale n°1 du Comité des droits des personnes handicapées qui veille à l'exécution de la Convention sur les droits des personnes handicapées (CDPH) précise (8) : « *Les États parties doivent abolir les politiques et abroger les dispositions législatives qui autorisent ou prévoient un traitement de force, car il s'agit d'une violation autorisée par les lois sur la santé mentale dans le monde entier alors que des preuves empiriques indiquent qu'un tel traitement est inefficace et que les usagers des systèmes de santé mentale auxquels il a été administré déclarent que celui-ci leur a causé des souffrances et traumatismes profonds.* »

D. Puras, pédopsychiatre, rapporteur au Conseil des droits de l'homme de l'ONU (9), affirme pour sa part : « *Les personnes concernées souffrent plus fréquemment des aspects discriminatoires et inappropriés des "soins" qui leur sont prodigués que des effets naturels des troubles de santé mentale qu'elles présentent. (...) Je considère l'état global de la santé mentale*

*non pas comme une crise de déséquilibres chimiques, mais comme une crise de déséquilibres de pouvoir, nécessitant des réponses politiques urgentes pour aborder les déterminants sociaux de la santé mentale ainsi que la réflexion des acteurs puissants sur leur rôle dans la perpétuation d'un statu quo abusif.* »

Dans des termes encore plus directs, le Haut-Commissaire des Nations unies aux droits de l'homme (10) enfonce le clou : « *Le traitement forcé et d'autres pratiques préjudiciables, telles que la mise à l'isolement, la stérilisation forcée, l'utilisation de moyens de contention, la médication forcée et la surmédication (y compris toute médication administrée sous des prétextes fallacieux et sans informer des risques) constituent non seulement une violation du droit au consentement libre et éclairé, mais aussi une forme de mauvais traitements, voire de torture. ... Par conséquent, le Comité des droits des personnes handicapées affirme la nécessité de mettre fin à tous les traitements non consentis et d'adopter des mesures visant à ce que les services de santé, y compris les services de santé mentale, appliquent le principe du consentement libre et éclairé de la personne concernée. ... Il affirme également la nécessité de mettre fin à la mise à l'isolement et à l'utilisation de moyens de contention, aussi bien physiques que pharmacologiques.* »

Aujourd'hui en France, des personnes ayant vécu la coercition, des professionnels de la santé et du médico-social, des décideurs politiques et administratifs envisagent heureusement d'autres solutions pour « changer de paradigme » ...

### L'EFFICACITÉ ?

Comment juger de l'efficacité de ces pratiques et sur quels critères ? Russo et Wallcraft suggèrent qu'il devrait s'agir de résultats qui rendent compte de la vie des gens et de la façon dont ils la perçoivent, qu'il faudrait remettre en question la compréhension de l'objectif de l'intervention psychiatrique, en mesurant ses résultats par rapport aux critères d'une vie épanouie et en acceptant que nous ayons tous droit aux mêmes opportunités dans la vie. Les interventions psychiatriques seraient alors jugées à l'aune de leur capacité à aider les individus à concrétiser ces opportunités. Ils soulignent que « *l'évaluation de "l'efficacité" de la coercition, qui reste au centre de la plupart des recherches actuelles, ne devrait intervenir qu'après*

*une explication approfondie des mesures coercitives et de leur mise en œuvre. Si quelque chose s'avère efficace, cela ne signifie pas qu'il est bon et acceptable. Le fait que les armes soient efficaces pour atteindre leurs objectifs ne signifie pas qu'elles doivent être recommandées. Peut-être faut-il remettre en question les objectifs eux-mêmes. Même si certaines personnes rapportent de manière anecdotique que les mesures coercitives leur ont sauvé la vie, la recherche devrait toujours pouvoir s'attaquer à la qualité de ces vies et continuer à soulever des questions sur la manière dont les choses peuvent être mieux faites. Il s'agit de ne pas estimer que parce qu'une pratique est établie de longue date, cela signifie qu'elle est nécessaire, juste et incontestable. De nombreuses pratiques courantes telles que le travail des enfants, l'esclavage, le bandage des pieds et les mariages forcés ont été modifiées, voire interdites, à mesure que les nouvelles générations commençaient à prendre conscience de leur inhumanité inhérente* » (11).

Pour leur part, les professeurs de psychiatrie Weiss et Knoster (12) estiment qu'« *il est temps de dépasser les pratiques excessivement restrictives et coercitives, non seulement parce qu'elles sont déshumanisantes, mais aussi parce qu'elles conduisent rarement à des changements positifs durables. Plutôt que de chercher à contrôler les gens (au nom du traitement et/ou de l'intervention), nous devrions chercher à mieux les comprendre, à communiquer avec eux et à travailler avec eux pour qu'ils mènent une vie épanouissante.* »

Le recours à la contrainte en psychiatrie et les pratiques d'isolement et de contention ne sont pas thérapeutiques. Au contraire, elles compromettent le soin, détruisent la relation, ne sécurisent pas le patient mais activent conflits, crises et risques. Ce recours reste le signe d'une lacune en matière de soins et nuit au développement de bonnes pratiques de soutien et d'accompagnement. Les « bénéfices » de l'isolement et de la contention ne sont en effet pas basés sur les preuves ou le rétablissement. Russo et Wallcraft (13) poursuivent : « *Il faut également reconnaître que la coercition en psychiatrie n'a jamais été une intervention fondée sur des preuves. Depuis les origines de la psychiatrie, l'utilisation de la coercition et de la contrainte réelles a été un aspect donné du système de détention et de traitement et l'est restée. Dans l'intérêt d'une véritable recherche scientifique, ainsi que*

d'approches éthiques, morales et fondées sur des valeurs, il devrait être possible de prendre du recul par rapport aux hypothèses et aux idées reçues selon lesquelles la psychiatrie coercitive est "naturelle" ou inévitable. Si les personnes ayant un diagnostic psychiatrique ne doivent pas être "des objets, emprisonnés avec ou sans murs, coupés d'un dialogue significatif", alors notre connaissance expérientielle de la folie, de la détresse, du traitement et de la force doit trouver sa place sur un pied d'égalité avec d'autres types de connaissances. » Il y a bien des options entre « en dernier ressort » qui finit par ne plus être si exceptionnel, et un « déni de soins ». Des vrais soins en santé mentale consensuels sont possibles.

### COMMENT FAIRE AUTREMENT ?

Dans ce contexte, comment faire pour éviter et à terme, éliminer ces pratiques ? Certains pensent que c'est d'abord le système qui doit changer et non les personnes : « *Changer la personne et son comportement ne doit pas être le point de départ. Il est plutôt nécessaire d'examiner d'abord comment modifier les services, les systèmes et les environnements pour changer les comportements. Et pour ce faire, des changements doivent intervenir pour "inverser les relations de pouvoir" pour que les patients soient plus autonomes, mieux informés et en leur offrant la possibilité de faire leurs propres choix, ainsi qu'en leur donnant les moyens de vivre plus activement leur vie comme ils l'entendent.* (14) »

Une étude qualitative suisse (15), qui laisse une large place aux paroles des usagers, a identifié cinq éléments essentiels qui définissent une relation de soin positive : l'empathie, l'information, la prise en compte du choix du patient, le respect et la confiance. Plus globalement, de nombreux travaux à travers le monde recueillent et partagent les bonnes pratiques pour prévenir l'utilisation de la contrainte (16). Ils repèrent notamment trois niveaux d'élaboration :

— **Celles initiées et développées par les usagers et survivants de la psychiatrie**

Dans ce registre, des communautés thérapeutiques, des centres de crise, des sanctuaires, des maisons de répit ouvertes à tous et faciles d'accès, ont vu le jour (17). Dans ces espaces d'accueil (pour des durées variables), l'accompagnement repose sur les pairs, qui aident les personnes concernées à trouver leurs solutions et à éviter une hospitalisation sous contrainte. D'autres approches soutiennent

la personne concernée dans ses choix et ses prises de décisions : ce sont par exemple le « médiateur personnel » en Suède (l'utilisateur dispose d'un « représentant » personnel qui défend son point de vue et ses droits (18) ou l'*Intentional Peer Support* (IPS aux États-Unis) (19) (groupe de pairs type Alcools anonymes).

— **Celles élaborées conjointement avec les professionnels**

Certaines formations sur des droits de l'homme et la santé mentale dispensées conjointement avec les usagers sont destinées aux soignants, aux policiers et aux pompiers, aux étudiants et aux personnes en situation de handicap psychique. Par ailleurs, de plus en plus de pair-aidants sont intégrés aux services de soins et aux unités mobiles d'intervention, avec ce même objectif d'éviter la contrainte en psychiatrie, de dédramatiser et d'enclencher une désescalade des situations de crise.

— **Les alternatives mises en place par les professionnels**

• Des programmes de réduction et suppression de la contention, et des formations à la désescalade voient le jour (20). De nouvelles approches proposent aux soignants de communiquer différemment et de prendre en compte la volonté des usagers en cas de crise : citons le « Dialogue ouvert » (21), les directives anticipées en psychiatrie, les plans de crise conjoints... (22).

Par ailleurs, le Laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité (Lab-ah) au GHU de Paris (23) s'appuie sur l'aménagement et le design pour concevoir des espaces calmes pour se retirer, parler aux soignants ou à ses proches. Les facteurs environnementaux favorisent ainsi l'accompagnement et les soins, dans le respect de la dignité des personnes, comme le souligne, avec d'autres, le psychiatre M. Bellhasen (24).

• Des formations et des mouvements de professionnels se constituent :

— au Royaume-Uni, le Réseau de la psychiatrie critique (*Critical Psychiatry Network*), a pour leitmotiv est « *Scepticism* [scepticisme] et science, réflexion et humanisme » (25). Il dénonce notamment l'absence de recherche ou la faible validité des preuves scientifiques concernant les bénéfices des traitements médicamenteux et les diagnostics psychiatriques.

— Aux Pays-Bas, le Centre de recherche utilisateurs (CRU) du Centre médical universitaire d'Utrecht a mis au point un programme de sevrage progressif des médicaments psychotropes, le dispositif « *Tapering strip* » (bandes de sachets élaborées en

pharmacie avec des posologies réduites) (26), pour aider les patients à réduire voire stopper leur médication, sans souffrir de syndrome de sevrage. Les auteurs veulent « *entrer dans l'ère morale de la médecine* » et améliorer le choix, le contrôle et la sécurité des personnes qui prennent des psychotropes, en installant une vraie « *complicité thérapeutique* ». Plusieurs milliers de patients ont déjà bénéficié de cette méthode qui a changé leur vie (26). — Aujourd'hui, même l'Association mondiale de psychiatrie (*World Psychiatric Association*, WPA) reconnaît, dans une déclaration (27) que nombres d'études ne concluent pas aux bénéfices des pratiques coercitives, ou démontrent leurs effets négatifs. La WPA souhaite donc les supprimer ou les réduire, estimant qu'il s'agit d'un élément clé de l'amélioration de la qualité et du renforcement du respect des droits humains dans les services de santé. Dans le prolongement, le programme *QualityRights* (28), et les directives récentes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (29), avec une forte implication des usagers dès le début, aident les pays à mettre en place des politiques, des stratégies, des lois et des services conformes aux normes internationales relatives aux droits de l'homme.

### CONCLUSION

Malgré des perspectives, les projets pour prévenir et mettre fin aux mesures d'isolement et de contention restent aujourd'hui insuffisants. Dans cette période de transition, il faut permettre aux personnes de faire valoir leurs droits, en soutenant et diffusant toutes les initiatives institutionnelles et citoyennes. Il s'agit d'un véritable défi pour le système de soins et le droit. Un investissement humain et financier est par ailleurs indispensable pour promouvoir les alternatives, faire en sorte que les soignants disposent de temps d'écoute et de la disponibilité nécessaires, et que les traitements et les services soient basés sur le consentement des usagers, avec une approche centrée sur le patient dans le respect de ses droits et pour leur rétablissement.

Par rapport aux graves conséquences des mesures de contrainte, le coût de ces interventions n'est pas très élevé. La prise en compte de nos vérités intersubjectives pourrait conduire à des améliorations par le dialogue, la recherche, les nouvelles politiques et les réformes juridiques.

- 1— En France, les programmes de soins psychiatriques sans consentement (PDS) ont été établis par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013.
- 2— Programme de soins psychiatriques sans consentement, Mise en œuvre, Recommandation de bonnes pratiques, HAS, mars 2021, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- 3— Benedetta S, Bachelard M, Bonsack C, Golay, P, et al. Exploring Patients' Feeling of Being Coerced During Psychiatric Hospital Admission : A Qualitative Study. *Psychiatric Quarterly* (juillet 2023); 94 : 411–434, <https://doi.org/10.1007/s1126-023-10039-6>
- 4— Verbeke E, Vanheule S, Cauwe J, Truijens F, et al Coercion and power in psychiatry : A qualitative study with ex-patients. *Social Science and Medicine*; Vol 223, 2019, 89-96, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953619300371>
- 5— Potthoff S, Gather J, Hempeler C, Gieselmann A, et al, "Voluntary in quotation marks": a conceptual model of psychological pressure in mental healthcare based on a grounded theory analysis of interviews with service users. *BMC Psychiatry*, mars 2022, 10.1186, DOI:10.1186/s12888-022-03810-9
- 6— Voir les associations : NSUN (National Survivor and User Network) au Royaume-Uni : <https://www.nsun.org.uk/>; We Shall Overcome en Norvège : <https://wso.no/om-wso-2/>; Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener in Allemagne : <https://bpe-online.de/>; Exemples de soutien à la recherche menés par les usagers/survivants : Service User Research Enterprise (SURE), Faculté de psychiatrie, psychologie et neurosciences, King's College London, <https://www.kcl.ac.uk/research/sure> ou le Centre pour la participation des citoyens de Université de Brunel : <https://www.brunel.ac.uk/about/public-engagement> ou le Centre de Droit et Politique du Handicap de l'Université nationale d'Irlande à Galway : <https://www.universityofgalway.ie/cdlp/>
- 7— Russo J, Wallcraft J. Resisting variables, Service user/survivor perspectives on researching coercion, in Kallert TW, Mezzich JE, Monahan J, editors. *Coercive Treatment in Psychiatry : Clinical, Legal and Ethical Aspects*. John Wiley & Sons, Ltd; 2011. Ch 13, 213–34, <https://doi.org/10.1002/9780470978573.ch13>
- 8— Voir les 7 observations générales du Comité des droits de la CDPH de l'ONU : <https://www.ohchr.org/fr/treaty-bodies/crpd/general-comments>
- 9— Rapport de mars 2017 au Conseil des droits de l'homme de l'ONU de Dainius PURAS, Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible : [https://ap.ohchr.org/documents/dpage\\_e.aspx?si=A/HRC/35/21](https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/21)
- 10— Rapport sur la santé mentale et droits de l'homme publié par le Haut-Commissaire des Nations-Unies aux droits de l'homme, 2018
- 11— Russo J, Wallcraft J., Ibid
- 12— Weiss, N.R., Knoster, T. It May be Nonaversive, But Is It a Positive Approach? *Journal of Positive Behavior Interventions*, 2008, 10(1) : 72-78. <https://doi.org/10.1177/1098300707311389>
- 13— Russo J, Wallcraft J., Ibid
- 14— Ramcharan, P., Nankervis, K., Strong, M., Robertson, A. Experiences of restrictive practices : a view from people with a disability and family carers, final research report to the Office of the Senior Practitioner, Department of Human Services, Victoria, Australia, 2009, <https://apo.org.au/node/27281>
- 15— Benedetta S, et al, Ibid
- 16— Gooding P, McSherry B. Alternatives to Compulsory Detention and Treatment and Coercive Practices in Mental Health Settings. *Journal of law and medicine*, Dec 2018, 26(2) : 300-305, et notamment liste d'initiatives annexe 3 : [https://www.researchgate.net/publication/329984750\\_Alternatives\\_to\\_Compulsory\\_Detention\\_and\\_Treatment\\_and\\_Coercive\\_Practices\\_in\\_Mental\\_Health\\_Settings](https://www.researchgate.net/publication/329984750_Alternatives_to_Compulsory_Detention_and_Treatment_and_Coercive_Practices_in_Mental_Health_Settings), OMS. Orientations et dossiers techniques relatifs aux services de santé mentale communautaires fondés sur les droits humains et axés sur le rétablissement, juin 2021 : <https://www.who.int/publications/item/9789240025707>, Recueil de bonnes pratiques du Conseil de l'Europe pour promouvoir les mesures volontaires dans les services de santé mentale, 2022, <https://www.coe.int/fr/web/bioethics/compendium-report-good-practices-in-the-council-of-europe-to-promote-voluntary-measures-in-mental-health>, Santé Mentale Europe. Promising Practices, Rapport : <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/01/Coercion-Report.pdf>, Carte de l'Europe : <https://www.mentalhealthurope.org/what-we-do/human-rights/promising-practices/>, ENUSP. List of good practices, <https://enusp.org/2020/01/05/updated-list-of-good-practices-recommended-by-enusp/>
- 17— National Empowerment Center, États-Unis, Evidence for Peer-Run Crisis Alternatives : <https://power2u.org/evidence-for-peer-run-crisis-alternatives/>; Centres de crise faciles d'accès avec le soutien des pairs (Royaume-Uni - Leeds Survivor-Led Crisis Service : <http://www.slcs.org.uk/>; Communautés thérapeutiques ou maisons de répit ouvertes à tous (Western Mass Recovery Learning Community avec la Maison Afya : <https://wildfloweralliance.org/>; Centre Another Way Vermont : <https://www.anotherwayvt.org/>; Maisons Soteria en Suède, Finlande, Allemagne, Suisse, Hongrie et États-Unis) : <https://www.soterianetwork.org.uk/>; Allemagne : Weglauffhauses Villa Stöckle : <https://weglauffhaus.de/>
- 18— <https://www.coe.int/fr/web/bioethics/-/programme-du-m%C3%A9diateur-personnel-su%C3%A8de>; Po Skane, Suède : <https://zeroproject.org/view/project/02d4e468-9817eb11-a813-000d3ab9b226>, <https://po-skane.org/>
- 19— Intentional Peer Support (IPS) : <http://www.intentionalpeersupport.org/>
- 20— Fostren : Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services, <https://fostren.eu/>; Restraint Reduction Network : <https://restraintreductionnetwork.org/>; Club No Restraint Italie "unités SPDC" : <https://www.facebook.com/associazionclubSPDCnostraint/>; Plaid Care en France : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700623000507?dgcid=author>
- 21— Desvignes S, Godin B. L'Open Dialogue : un miroir de l'écoute? *Santé Mentale* n° 284, janv 2024.
- 22— Quénum Y. Actualités revue Santé Mentale nov 2022. Mesures anticipées psychiatriques : outils de droits, outils de soins ?
- 23— Voir le Lab-Ah, Laboratoire de l'accueil et de l'hospitalité du GHU Paris : <https://www.ghu-paris.fr/fr/le-lab-ah>
- 24— Bellhasen M. Abolir la Contention, 2023 éd. Libertia.
- 25— Critical Psychiatry Network : <https://www.criticalpsychiatry.co.uk/>
- 26— Tapering Strip Project, Pays-Bas, [www.taperingstrip.org](http://www.taperingstrip.org), Recherches à l'Université de Maastricht sur leur utilisation, <https://urc.mumc.maastrichtuniversity.nl/node/13125>, Van Os et Groot invités à Paris par l'association UP, <https://u-p-asso.fr/fr/accueil>
- 27— WPA, Alternatives à la coercition dans les soins de santé mentale : Prise de position et appel à l'action, [https://www.wpanet.org/\\_files/ugd/842ec8\\_e2e8fbfb-2d7a4a168f0df4726c528543.pdf](https://www.wpanet.org/_files/ugd/842ec8_e2e8fbfb-2d7a4a168f0df4726c528543.pdf)
- 28— WHO : e-training QualityRights – inscrivez-vous ("sign up to" permet de choisir le français comme langue pour cette formation gracieuse) <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/qe-training>, WHO : Mental health, human rights and legislation: Guidance and practice <https://www.who.int/publications/item/9789240080737>
- 29— Gill N, Drew N, Rodrigues M, et al. Bringing together the World Health Organization's QualityRights initiative and the World Psychiatric Association's programme on implementing alternatives to coercion in mental healthcare : a common goal for action. *BJPsych Open*. 2024;10(1):e23, <https://urlr.me/fKjYc>

**Résumé :** Au niveau international, de nombreuses voix (organisations mondiales, politiques, scientifiques...) prônent des soins en santé mentale respectueux des droits fondamentaux des personnes, définis notamment dans la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). Dans ce contexte, la France, où les mesures d'isolement et de contention mécanique perdurent, doit faire évoluer la législation et surtout les pratiques. S'appuyant sur son expérience de la contrainte, l'auteur retrace son propre parcours et plus largement la mobilisation des mouvements d'usagers pour abolir la coercition et proposer des alternatives en situations aigües.

**Mots-clés :** Changement – Contention – Déshumanisation – Droit de l'homme – Droit du patient – Efficacité – Éthique – Isolement – Pays étranger – Pouvoir – Pratique du soin – Retour d'expérience – Soin sous contrainte.

# Commandez des numéros Abonnez-vous

10 numéros  
par an  
+  
1 hors série



285 – Troubles dans l'attachement



284 – « Je vous écoute... »



283 – Les épreuves du vieillissement



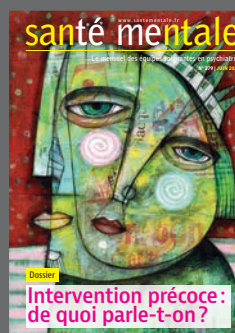
282 – La relaxation, entre détente et thérapie



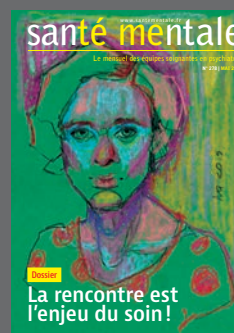
281 – L'intolérance à la frustration



280 – Pourquoi la tendresse ?



279 – Intervention précoce : de quoi parle-t-on ?



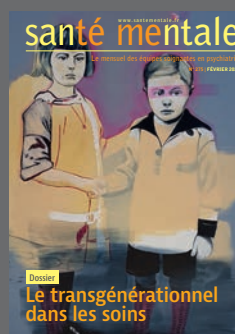
278 – La rencontre est l'enjeu du soin !



277 – Clinique de l'épisode maniaque



276 – Cultiver ses compétences émotionnelles



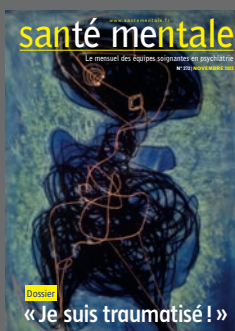
275 – Le transgénérationnel dans les soins



274 – Agitation : comment s'adresser au corps ?



273 – Du narcissisme à l'estime de soi



272 – « Je suis traumatisé ! »



271 – Familles incestueuses



270 – Soins et processus de changement

Rendez-vous sur [www.santementale.fr](http://www.santementale.fr)

# Moindre recours ou refus de la contention ?

Loin de faire l'unanimité, le moindre recours à l'isolement et à la contention, prescrit par des textes mouvants, s'impose peu dans des équipes en crise, qui étouffent sous les normes. Comment s'inspirer de celles qui contiennent sans contrainte ? Plaidoyer.

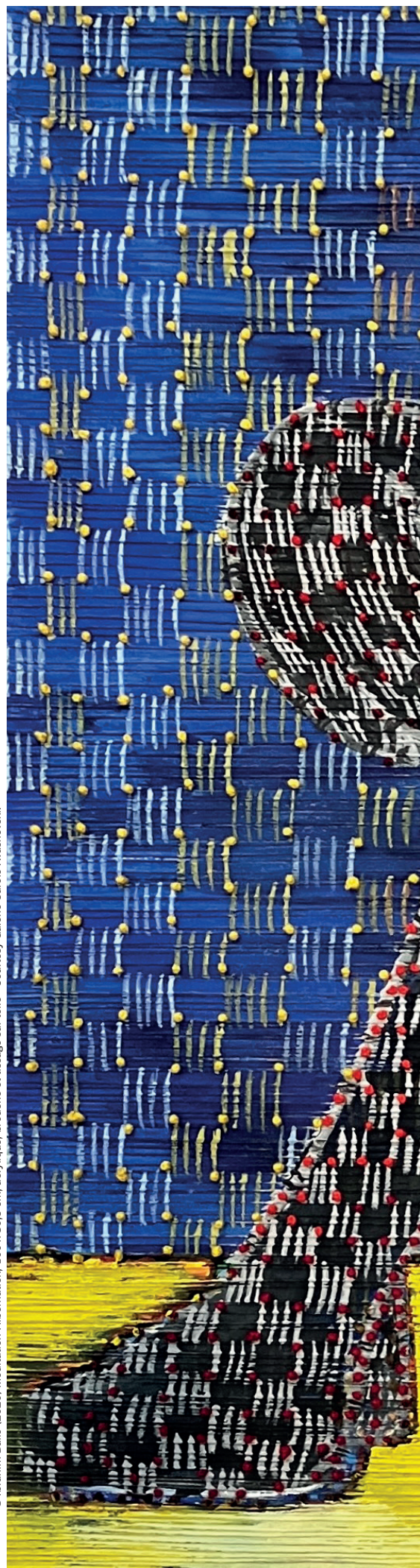
« Le refus de la contention ne fait pas encore l'unanimité » (1), écrivaient en 1966 les psychiatres F.G. Alexander et S.T. Selesnick, dans une note de bas de page de *L'histoire de la psychiatrie*. Afin d'étayer leur constat, ils racontent qu'un psychiatre américain visitant un hôpital psychiatrique londonien s'étonnait de ne pas voir de barreaux aux fenêtres. Les patients lui semblaient également jouir d'une très grande liberté. « Ne craignez-vous pas que ces malades deviennent violents, se blessent ou blessent d'autres malades ? », demanda-t-il. Son « digne collègue » britannique lui répondit : « Mon cher Monsieur, ces gens-là sont peut-être aliénés, mais souvenez-vous qu'ils sont

avant tout des citoyens anglais ! » (1) Que le citoyen anglais, même aliéné, reste en toute circonstance un gentleman appartient, certes, à l'image que les Britanniques se font d'eux-mêmes. Ces deux psychiatres qui venaient de parcourir toute l'histoire de la discipline énonçaient, d'une manière optimiste, qu'un jour prochain la contention cesserait d'être une pratique admise, comme ce fut le cas pour la lobotomie ou la clitoridectomie. Le plus important, dans cette note, est cette affirmation qu'un Anglais, même mentalement malade, reste d'abord et avant tout un citoyen, un sujet de sa majesté. Le refus de la contention s'appuie sur cette conviction : l'individu souffrant de problèmes mentaux doit être considéré comme n'importe quel autre citoyen ; l'enfermer ou l'attacher constitue une transgression à la loi commune qui doit être encadrée très précisément afin d'éviter les abus.

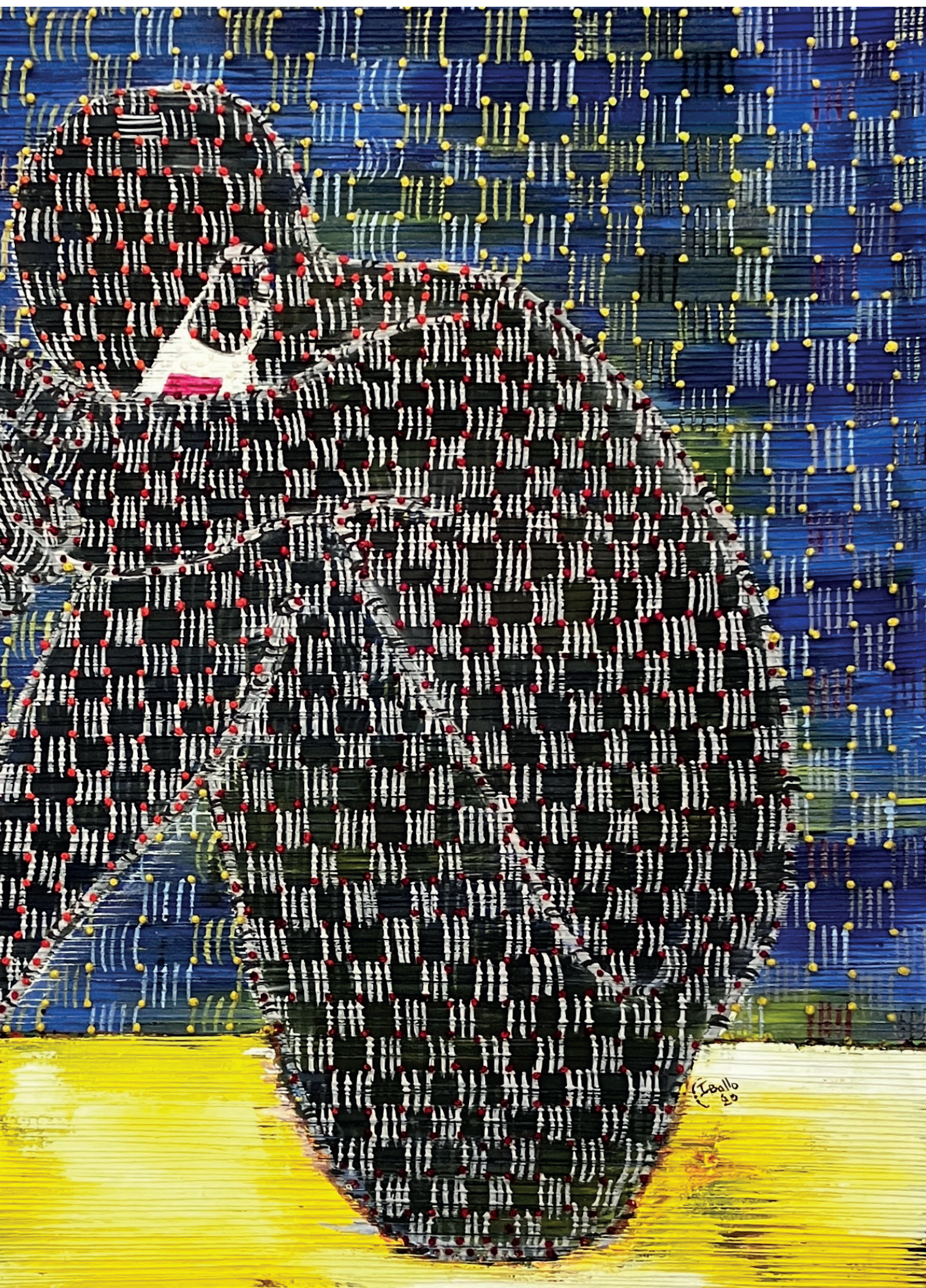
Cette façon de considérer l'isolement et la contention conduit à une rupture par

**Dominique FRIARD**

Infirmier, superviseur d'équipes.



© Ibrahim Ballo (2020) Méditation Hibernation, 100 x 80,5 cm, acrylique, broderie et tissage sur toile - Courtesy Galerie Carole Kvasnevska.



rapport à la manière classique d'aborder le problème. Ces mesures coercitives ne renverraient pas seulement à une question clinique, d'éthique médicale (ainsi que l'énonce la majorité des professionnels) mais aussi à une question de droit, et plus précisément de droit constitutionnel. Autrement dit, si l'isolement dans une chambre fermée à clé d'un malade mental hospitalisé sous contrainte doit être réglementé, s'il faut abolir toute contention, ce n'est pas parce que tout sujet humain posséderait des droits « naturels » mais parce que la Constitution garantit à tout citoyen le droit de ne pas être détenu, arrêté, reclus (et a fortiori attaché) arbitrairement. Peut-on commencer par considérer un patient en crise comme un sous-citoyen et chercher ensuite, quand il est rétabli, à lui faire retrouver une citoyenneté qu'on a contribué, en tant que soignants, à lui faire perdre ?

Céder sur ce point (sur le droit à la sûreté), c'est légitimer toutes les pratiques autoritaires et remettre en cause le fondement même du droit. C'est la porte ouverte à toutes les tyrannies. De ce point de vue, il est impossible de se satisfaire d'un moindre recours, qui est au fond une « promesse d'alcoolique ». Il faut abolir la contention et limiter le recours à l'isolement. Il faut s'abstenir. Point.

### UN ENGAGEMENT SANS AMBIGUÏTÉ ?

Le 8 octobre 2021, lors des 39es Journées de L'Information psychiatrique, se déroulait une bien intéressante table ronde. Animée par le psychiatre J-F Paul, elle invitait les psychiatres présents à échanger avec M. Brard, Juge des libertés et de la détention (JLD) au Tribunal judiciaire de Saint-Malo et D. Simonnot, récemment nommée Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLPL). La salle était bondée, signe de l'intérêt porté par les psychiatres à son intitulé polémique : « Article 84 : que fait-on quand on ne peut pas appliquer la loi ? » (2). La salle grondait. Les critiques pleuvaient sur les deux discutantes.

En février 2021, de très nombreux acteurs de la psychiatrie (3) s'étaient déjà mobilisés contre cet article 84, qui réformait les modalités encadrant les mesures d'isolement et de contention, précisant en particulier les durées et l'intervention du JLD. Dans un communiqué commun (3) intitulé « L'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) et son décret d'application aussi inapplicables

que symptomatiques », ils écrivaient : « Les établissements nous font très largement part d'une réelle impossibilité institutionnelle à les mettre en œuvre, comme en témoigne le nombre de motions de CME et de courriers de directions d'établissements - à un niveau jamais atteint à ce jour pour un tel sujet [plus de 34 motions reçues] - tout en soulignant pourtant les bonnes intentions de la loi qui rejoignent leur engagement sans ambiguïté pour la réduction déterminée de ces pratiques à des situations exceptionnelles et strictement liées à l'état clinique du patient. » (3) Ces mesures, loin de la réalité clinique vécue au quotidien par les professionnels, s'avèrent inapplicables parce que hors sol. « Restructuration forcée de l'organisation médicale et infirmière ainsi détournées du soin, surcharge non évaluée du travail administratif, atteinte potentielle au secret médical, incapacité matérielle du respect des délais, le tout dans un contexte de pénurie médicale sont autant d'éléments ne générant qu'incohérence et perte de sens du fonctionnement hospitalier, aboutissant ainsi à l'effet inverse du but recherché. » (3)

Revenons à notre colloque, où les propos étaient similaires mais moins policés. On entendit ainsi que le soin en psychiatrie et ses contraintes étaient à la fois trop spécifiques et trop ineffables pour être contrôlés par des juges et par la loi en général. On entendit des psychiatres justifier la contention comme un mal nécessaire. Des métaphores, pour le moins douteuses, comparèrent l'agitation ou la violence à des métastases. Les mesures coercitives étaient pensées, non à partir de considérations cliniques ou éthiques, mais à partir du regard détaché des sciences médicales assaisonné d'une pincée de neurosciences. Le soin en psychiatrie était conçu par certains sur le modèle des soins somatiques. Il n'y avait pas lieu de s'inquiéter, l'éthique médicale était une garantie suffisante pour protéger les patients des abus... Le recours à l'isolement et à la contention apparaissait ainsi comme une fatalité dont les cliniciens de terrain, loin de toute idéologie, ne pouvaient se passer. Bien sûr, les psychiatres qui s'exprimaient ne représentaient pas la totalité de la profession. Il en existe aussi qui se positionnent contre la contention, à Valvert (voir aussi l'article d'A. Itrac et al, p. 64), à Laragne (voir aussi l'article de S. Lebaron, p. 58) et dans quelques autres établissements

intégrés à l'étude Plaid-care (Psychiatrie et libertés individuelles) qui cherche à repérer ce qui différencie les institutions abolitionnistes des autres (voir aussi l'article de S. Saetta et al., p. 26).

Ce jour-là, la réglementation de la contention faisait l'unanimité... contre elle. Comment réduire les isolements et contentions si ceux-là même qui les décident sont convaincus qu'il est impossible de s'en passer ? Est-ce la contention qui est justifiée par les professionnels ou la prolifération anarchique des procédures à tracer administrativement qui est condamnée ? Mais dans ce cas, il suffirait de se passer d'isolement et de contention pour diminuer de manière drastique le nombre de papiers à remplir et de cases à cocher. « L'engagement sans ambiguïté pour la réduction déterminée » (3) de ces pratiques dites exceptionnelles n'est-elle que de façade ?

### UN CHEMINEMENT LÉGISLATIF COMPLEXE

Aussi longtemps que l'isolement et la contention n'apparaissaient pas dans la loi, tout était simple. Chacun faisait « au mieux » ou au « moins pire ». Des équipes s'en passaient totalement et d'autres en usaient voire en abusaient. La régulation des mesures coercitives par la loi oblige à emprunter un chemin extraordinairement complexe. Les soignants des années 1950-1960 n'auraient jamais pu fermer les unités d'agités et quasiment supprimer les contentions s'ils avaient dû passer par voie législative.

Sans entrer dans les détails, on peut relever, selon une brève présentation de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) (4), que le cadre légal actuel encadrant les soins sans consentement en psychiatrie a été tout d'abord renforcé en 2011 avec l'instauration de l'intervention du Juge des libertés et de la détention (JLD) pour contrôler leur mise en œuvre (5). Ensuite, en 2016, avec la loi de modernisation du système de santé (6), les mesures d'isolement et de contention mécanique font l'objet d'un encadrement législatif spécifique et à visée dissuasive. Le Conseil constitutionnel, sollicité sur plusieurs articles de cette loi, en particulier par des associations d'usagers, a annulé certaines dispositions, contraignant le législateur à repréciser les modalités de contrôle. De fait, les articles ont été modifiés, notamment en ce qui concerne les réévaluations et les renouvellements écrits réguliers des mesures.

La Fédération française de psychiatrie (FFP) présente sur son site les rebondissements multiples qui ont abouti aux textes actuels (voir infra) et conclut : « *La chronique interminable de l'isolement et de la contention (...) oblige à s'interroger sur la pertinence du maintien des soins sans consentement en psychiatrie.* » (7) Comment les professionnels, même les plus ouverts à la notion de moindre recours, peuvent-ils s'y repérer ? La règle du jeu, quelle qu'elle soit, ne peut pas changer en permanence. Ces modifications

façon, n'a pas les mêmes conséquences psychiques sur le soin, les soignants et les patients) peuvent-elles être dites de dernier recours ? Sauf à n'en faire qu'une et à jumeler les deux mesures et dans ce cas, elles contribuent « légalement » à augmenter la détresse du patient. Comment évaluer si l'isolement ou la contention ont permis de prévenir un dommage immédiat ou imminent ? Si, en raison de la mesure, il ne se réalise pas, se serait-il produit sans ? S'il se réalise au moment où les soignants imposent une

l'article de F. Pytlak, p. 70) qui se greffe aux équipes en difficulté ponctuelle avec un patient.

S'il apparaît nécessaire de surveiller un patient tous les quarts d'heure, en raison par exemple d'un important risque suicidaire, comment les soignants peuvent-ils s'organiser pour le faire ? Ils ont été désignés pour cette surveillance, leur nom est inscrit sur le dossier du patient, peuvent-ils faire autre chose (entretien, activité, répondre au téléphone) ? Leur responsabilité est engagée. Quelles sont les

“ **Peut-on commencer par considérer un patient en crise comme un sous-citoyen et chercher ensuite, quand il est rétabli, à lui faire retrouver une citoyenneté qu'on a contribué, en tant que soignants, à lui faire perdre ? »**

successives entraînent, chez les soignants, un sentiment d'insécurité sur un plan médico-légal. Peut-on être sûr de faire ce qu'il faut ? Les réactions encolérées des psychiatres au colloque de La Baule, de ce point de vue, sont légitimes, même s'il manquait encore quelques étapes au cheminement législatif.

### QUE DIT LA LOI ?

L'article L3222-5-1 énonce que : « *L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.* »

• **Si le début de cet article**, sur le papier, est simple voire limpide, il n'en contient pas moins de nombreux points d'ombre, riches d'effets pervers potentiels. Comment deux mesures aussi différentes par leur réalisation, leurs effets sur le patient (être enfermé dans une pièce avec la possibilité d'y déambuler et être attaché à son lit ne mobilise pas les mêmes affects, ne traumatise pas de la même

mesure, serait-il survenu sans l'instauration d'un rapport de force ? Et s'il se réalise sans mise en œuvre d'aucune mesure, la responsabilité du psychiatre sera-t-elle engagée ? Du point de vue des infirmiers et des aides-soignants régulièrement en première ligne, ce sera effectivement le cas, avec toutes les risques de clivage au sein d'une équipe que cela peut entraîner. La décision du psychiatre doit être motivée. Peut-il le faire sur la faiblesse des effectifs présents ? Un intérimaire, une aide-soignante ? Deux jeunes infirmières récemment diplômées et mortes de trouille et la troisième chevronnée mais enceinte de six mois ? Quatre soignants de l'équipe en accident de travail à la suite de l'agression d'un autre patient ? Même si de tels critères ne devraient pas entrer en ligne de compte, comment n'influeraient-ils pas sur la décision ? Dans un système défaillant qui peine à recruter des soignants et qui se soucie peu de les former depuis la suppression du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique en 1992, peut-on faire l'impasse sur la capacité des soignants à contenir psychiquement les patients ? En nombre et en qualité ? Il est bien sûr possible de renforcer les équipes en difficulté. Quelques institutions ont créé des équipes d'intervention comme l'équipe Renfort, accueil régulation (RAR) à Saint-Jean-de-Dieu à Lyon, ou l'Équipe de prévention et de gestion des isolements et contentions (Epic) au Centre hospitalier Camille Claudel en Charente (voir aussi

conséquences de cette surveillance dans une unité avec deux chambres d'isolement occupées où travaillent trois soignants ? Comment peuvent-ils être suffisamment disponibles pour prévenir d'éventuels « *dommages imminents* » ?

Entre le texte législatif et la réalité, il peut y avoir un gouffre mais comment avancer sans règle, ni repère ? La loi ne saurait répondre à toutes les situations.

L'article 1 précise ensuite les durées maximales d'isolement (12 heures) et de contention (6 heures), et les conditions de renouvellement de ces mesures.

• **Dans une deuxième partie**, le texte détaille la reconduction à titre exceptionnel de ces mesures (au-delà de 48 heures pour l'isolement et de 24 heures pour la contention). Cette partie a suscité les interventions du Conseil constitutionnel : délais d'information du juge des Libertés et de la détention qui peut se saisir d'office pour y mettre fin, information d'un membre au moins de la famille du patient, représentation ou non du patient par un avocat. Cette partie extraordinairement détaillée rend effectivement très complexe le maintien et le renouvellement de la mesure. D'un point de vue juridique, il s'agit, au vu du discours même des soignants, de traiter l'exception des exceptions.

• **Une troisième partie** ordonne la création d'un registre qui mentionne le nom du psychiatre ayant décidé la mesure, un identifiant du patient concerné ainsi que son âge, son mode d'hospitalisation, la

date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé qui ont assuré la surveillance. Le registre, établi sous forme numérique, doit être présenté sur leur demande à la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), au Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) et aux Parlementaires. L'établissement, enfin, établit annuellement un rapport qui rend compte des admissions en chambre d'isolement et des contentions, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre.

Pour résumer, pour ceux qui appliquaient les différentes recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), la loi actuelle complexifie à peine les contentions de moins de 24 heures et les isolements inférieurs à 48 heures. Il devient en revanche extraordinairement compliqué de dépasser ces durées. Ce dépassement ne peut intervenir que dans un très petit nombre de cas qui mobilisent, certes, extraordinairement les soignants. Dans une équipe qui n'utilise pas ou peu les isolements et contentions, un même patient peut ainsi concentrer la totalité des isolements et contentions (nombre et durée), pour peu qu'il soit particulièrement violent (ou que sa violence ne puisse être contenue par les soignants).

À la complexité de la clinique se rajoute donc celle de la loi, des règles, règlements, critères de qualité que chaque échelon hiérarchique multiplie pour se couvrir. Et malgré cela, selon l'étude Plaid care, des équipes courageuses, convaincues, de plus en plus nombreuses, persistent à refuser toute contention.

### DES PRATIQUES D'UNE TRÈS GRANDE DISPARITÉ

Les établissements présentent de fortes disparités, notamment au regard des libertés et du respect des droits fondamentaux (liberté d'aller et venir – droit, droit de disposer de ses effets personnels, de refuser ou négocier son traitement) : certains établissements se caractérisent par un recours important à des mesures coercitives (mise à l'isolement, injection forcée, contention mécanique, soins sans consentement, fermeture du service), d'autres ne recourent que peu, voire pas, à ces mesures (voir aussi l'article de C. Gandré et al., p. 18). Le lien entre les hospitalisations sous contraintes et les recours aux isolements et contention

est linéaire et mécanique puisque ces dernières dispositions s'adressent à une population relevant, sauf exception sur un temps très bref, de ces mesures.

Pour expliquer ces disparités, sont généralement convoquées des raisons combinant des déterminants psychopathologiques, sociologiques, économiques ou d'organisation des soins (donc relatives à la composition de la population accueillie, à la formation des professionnels, ou au ratio soignants/soignés). Toutefois, ces raisons, qui ne sont pas forcément à exclure, restent insuffisantes. À population ou à effectif similaire, des établissements ou des secteurs présentent des fonctionnements parfois très différents au regard des libertés individuelles (voir aussi l'article de S. Saetta, p. 26).

Ces disparités et cette variabilité extrême ont été rappelées récemment par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) (8), en 2017 dans le rapport de Denys Robiliard (9), ainsi que dans la littérature scientifique (10). Elles s'avèrent particulièrement problématiques dans le cadre d'une psychiatrie sectorisée, où, en pratique, les individus ont rarement le choix de l'établissement dans lequel ils seront hospitalisés. Elles constituent une invitation constante et toujours renouvelée à discriminer ce qui, dans ces recours, relève du sécuritaire, des intentions thérapeutiques, voire de mesures d'ordres locales ou punitives. La Haute Autorité de santé (HAS) note à ce propos : « *D'ailleurs, depuis plusieurs années, diverses autorités attirent l'attention sur les recours aux mesures d'isolement et de contention, considérant que leur usage n'est pas toujours motivé par des raisons thérapeutiques et qu'il convient de les encadrer* » (10).

Nous pouvons remarquer que des établissements, ou des unités, se transforment en un temps relativement bref et modifient de manière très significative leur organisation dans le sens d'un moindre recours. Le regard clinique qui porte ces évolutions devient alors la variable surdéterminante avant toutes les autres.

À l'inverse, chaque fois que l'on privilégie les techniques aux dépens de l'humain, chaque fois que la psychiatrie oublie le sujet, évacue la relation et la parole, chaque fois que l'on considère que le fou est totalement envahi par sa maladie, qu'il est violent par nature, chaque fois même que l'on se remet à penser à une explication unique, génétique ou biologique de la

folie, chaque fois que se systématisent les mises à distance de l'autre, les contentions réapparaissent.

Comment penser autrement qu'en termes manichéens, le passage d'un mode de contenir qui contraint à l'immobilité, à la mise à l'index à un mode plus contenant qui privilégie la qualité de présence, l'écoute attentive, les valeurs soignantes traditionnelles ?

### LES STADES DU CHANGEMENT

Le refus de la contention ne fait pas consensus, on peut même affirmer que les équipes et les institutions font preuve d'ambivalence entre des valeurs qui, par exemple, les orientent rétablissement ou les situent du côté de la psychothérapie institutionnelle et des pratiques coercitives qui les rassurent, pacifient le lieu de soin, font cadre quand celui-ci ne leur paraît pas fonctionner.

Il peut être possible d'envisager le changement d'attitude des équipes et des institutions vis-à-vis des isolements et contentions à partir des travaux de J. Proshaska et C. C Di Clemente (11) sur l'ambivalence, qui proposent six stades de changement.

— **Au stade de précontemplation**, l'équipe ne considère pas son usage des isolements et contentions comme constituant réellement un problème, elle dénie toute utilisation abusive. De nombreuses équipes de soins somatiques (gériatrie, urgences...) sont à ce stade. Le CGLPL signale régulièrement des équipes ou des institutions psychiatriques qui sont arrêtées à cette étape.

— **Le stade de contemplation** se caractérise par l'ambivalence de l'équipe vis-à-vis du changement. Les soignants sont conscients qu'il existe un problème mais hésitent. Ils vont et viennent entre leurs vœux de changement (leurs valeurs) et les raisons pour rester dans la même situation (manque de moyens pour faire autrement, crainte de perdre le contrôle, dissensions dans l'équipe...).

— **Au stade de détermination**, l'équipe a collectivement la volonté de changer une pratique identifiée comme néfaste. Une action devint alors possible. C'est un stade particulièrement instable, avec une possibilité de passage au stade suivant (l'action) ou de retour au précédent (la contemplation). Il s'agit ici de trouver les meilleures stratégies pour mener à bien le changement visé. Elle a moins recours aux isolements et contentions,



© Ibrahim Ballo (2023) La Pensée censurée, 39 x 29 cm, posca, acrylique, broderie et tissage de fil de coton sur papier - Courtesy Galerie Carole Krasniewski.

leurs durées diminuent mais il suffit d'une prise en charge un peu plus complexe, d'un patient un peu plus agité, d'une période de vacances pour qu'elle ait de nouveau recours à des mesures coercitives.

— **Au stade de l'action**, le changement est effectif. L'équipe réduit les isolements et contentions, elle a mis au point des stratégies alternatives qui fonctionnent. Elle reste encore un peu fragile mais globalement en ressent les bénéfices en termes de qualité de soin et de relation avec les patients.

C'est parfois difficile de résister, il peut lui arriver d'isoler quelques heures un patient voire de l'attacher une heure mais très vite la mesure est abandonnée. D'autant plus qu'elle s'est dotée d'un dispositif d'analyses des pratiques professionnelles qu'elle a bien investi.

— **Au stade de consolidation**, le changement s'est installé. L'équipe n'a plus recours aux isolements et contentions. La nouvelle organisation, axée sur la clinique,

le collectif, révèle un plaisir au travail que les soignants ne soupçonnaient pas.

— **Le stade de rechute**, qui correspond à un revirement, est souvent dû à l'ambivalence encore présente. Elle reflète que tous n'adhèrent pas totalement à l'évolution (notamment en raison de renouvellement de membres importants de l'équipe).

Changer un comportement dysfonctionnel est difficile. Ce processus est évolutif et souvent émaillé de rechutes et de renouement avec le changement, mais on ne repart jamais de zéro (du stade de précontemplation). La loi peut être un stimulant important pour peu que l'équipe explore son ambivalence. Pour le clinicien ou le chercheur, il ne s'agit pas de porter un jugement sur les pratiques, aussi discutables soient-elles, mais de provoquer des dissonances cognitives, de « rouler avec la résistance », de montrer que le changement est possible et que l'équipe a les moyens de l'entreprendre, tous principes contenus dans l'entretien motivationnel.

### CONCLUSION

La question du droit des patients, en lien avec l'émergence des associations d'usagers à la fin des années 1990, s'est affirmée, puis imposée dans le paysage sociétal et disciplinaire. À titre d'exemple de ces évolutions majeures, l'exigence d'une identité de sujet et non de diagnostique, la place autour de la capacité d'agir, avec le concept d'« empowerment », et surtout l'affirmation du concept de rétablissement (12), l'accompagnement au « recovery » (voir aussi l'article de S. Wooley, p. 74), que l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 13) et le Conseil des droits de l'homme de l'ONU (14) définissent comme un objectif des services de santé mentale. L'isolement et la contention font l'objet d'une réprobation croissante à l'échelle européenne et internationale, autant pour leurs effets délétères, leurs absences d'efficacité thérapeutique, que pour leurs aspects contraires aux droits fondamentaux. De surcroît, ces mesures de coercition alimentent une vision péjorative

### Quels leviers pour des soins sans mesures de contrainte ?

| Les services « violents »                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Les services « non-violents »                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>— Chef de service et médecins peu présents, manifestations d'autoritarisme</li> <li>— Peu d'activités structurées et programmées</li> <li>— Pas ou peu de responsabilités et procédures définies</li> <li>— Les infirmiers très souvent regroupés dans le poste de soin, gestion des urgences et peu d'interaction avec les patients</li> <li>— Dossier du patient « minimal » (exigences réglementaires seulement)</li> <li>— Usage punitif de l'isolement</li> <li>— Absence d'écoute des patients : violence comme moyen d'attirer l'attention</li> <li>— Pas ou peu de reporting des incidents et pas de « staff » sur les incidents</li> <li>— Atmosphère de peur et de défiance, insatisfaction des personnels, conflits</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Leadership : chef de service présent, accessible et apportant soutien/valorisation</li> <li>— Prévisibilité : des activités structurées et programmées : réunion patients/soignants, réunions de service, de synthèse, thérapies...</li> <li>— Responsabilités et procédures définies</li> <li>— Développement professionnel encouragé</li> <li>— Projets de soin pour les patients</li> <li>— « Staff » systématique en cas d'incident</li> <li>— Travail d'équipe, satisfaction au travail, atmosphère de confiance</li> </ul> |

Dans un rapport bibliographique (2016), la Haute Autorité de santé (HAS) présente ce tableau, s'appuyant un article (1) de Pearl Katz et Faris Kirkland. Les auteurs restituent les résultats d'une étude qualitative d'observation menée par des anthropologues pendant 38 mois dans 6 services de psychiatrie aux États-Unis (services des « Veterans' Health Affairs »). Ils tentent de comprendre les raisons des variations importantes qui existent entre services au regard du nombre et de la sévérité des incidents violents, alors même que leur dotation en personnel est équivalente et qu'ils prennent en charge une population de patients similaire. Katz et Kirkland pointent deux profils d'unité en termes de violence : les unités « violentes » et les unités « non-violentes ».

1— Katz P, Kirkland FR. Violence and social structure on mental hospital wards. *Psychiatry* 1990; 53(3):262-77.

• Source : Haute Autorité de santé, *Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie*, Rapport bibliographique, 2016, 139 pages, page 57.

et stigmatisante des soins en psychiatrie, laquelle concourt à des retards aux soins et à des ruptures de parcours.

Et pourtant, les tensions sur les effectifs soignants et médicaux, la montée en puissance du pouvoir administratif, le développement des normes liées à la certification, la paupérisation de la clinique, la désagrégation des collectifs de travail... contribuent à majorer le recours aux isolements et contentions que le droit tente de réguler. La notion de « dernier recours », bien fragile, ne parvient pas à juguler des pratiques qui parent souvent au plus pressé. Les professionnels, psychiatres ou infirmiers, n'adhèrent pas à des textes qui leur paraissent irréalistes et inapplicables.

Malgré cela, des équipes, de plus en plus nombreuses, revendiquent de se passer d'isolement et de contention, pourquoi ne pas s'appuyer sur leur expérience, chercher ce qu'il y a de reproductible dans leur manière de procéder ? D'autres créent des dispositifs d'accompagnement physiques, cliniques et psychiques destinés à se greffer sur les équipes en difficulté. D'autres encore proposent des outils pour faciliter l'acceptation des soins en cas de rechute (directives anticipées sous diverses formes). S'inspirer de ces trouvailles et de ces aménagements ne permettrait-il pas de faire reculer le nombre d'isolement et de contentions, voire de les supprimer ?

Aujourd'hui, un consensus et un accord s'établissent sur la réduction des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie, relèvent Jean-Paul Lanquétin et Loïc Rohr (15). « *Les objectifs poursuivis semblent arriver à un carrefour quant à*

*ces orientations, oscillant entre d'un côté réduire l'usage en luttant contre les abus, et de l'autre considérer cette réduction comme une étape vers l'abolition* » (15), en particulier de la contention mécanique. Beaucoup de signes vont aujourd'hui dans ce sens. Il faut en tout cas le croire, comme Alexander et Selesnick, ne serait-ce que parce que c'est plus dynamique en termes de soin et plus respectueux de la citoyenneté. Nous avons collectivement su le faire, nous pourrions donc le refaire à nouveau.

1— Alexander (F. G.), Selesnick (S. T.), *Histoire de la psychiatrie*, Armand Colin, Paris, 1972, p. 138.

2— Médecine du corps, médecine de l'esprit, 39es Journées de la revue *L'Information psychiatrique*, programme à retrouver sur [https://sip.sphweb.fr/wp-content/uploads/sites/2/2021/07/PROGRAMME\\_HD\\_2021\\_CONFERENCIERS-1.pdf](https://sip.sphweb.fr/wp-content/uploads/sites/2/2021/07/PROGRAMME_HD_2021_CONFERENCIERS-1.pdf)

3— La communauté hospitalière s'est fortement mobilisée pour dénoncer le caractère inapplicable de la réforme sur l'isolement-contention en psychiatrie, et en particulier de l'art. 84 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) qui encadre les délais d'isolement et de contention et instaure un contrôle judiciaire des mesures. Pour ex, ce communiqué, intitulé « L'article 84 de la LFSS et son décret d'application aussi inapplicables que symptomatiques » 17 février 2021, signé par les Conférences nationales des directeurs généraux de CHU et directeurs de CH, celles des présidents de commissions médicales d'établissement (CME) de CHU, la conférence nationale des présidents de CME de CHS, et la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (Fnapsy). Disponible sur le site de la Fédération française de psychiatrie, <https://fedepsychiatrie.fr/wp-content/uploads/2021/02/CP-Article-84-Vdef-le-16022021.pdf>.

4— Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements, Esther Touitou-Burckard, Coralie Gandré, Magali Coldefy *Questions d'économie de*

*la santé*, Irdes, n° 286, février 2024.

5— Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

6— Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

7— « Soins sans consentement, isolement et contention », Fédération Française de Psychiatrie, [fedepsychiatrie.fr](http://fedepsychiatrie.fr), consulté le 3 mars 2024.

8— CGLPL, *Soins sans consentement et droits fondamentaux*, Dalloz, Paris, 2020.

9— Rapport d'information déposé à l'Assemblée Nationale relatif aux modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques (février 2017).

10— Cf. les travaux de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), en particulier les travaux de Magali Coldefy qui analyse les disparités territoriales en se basant sur les données du Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie (RIM-P) : Coldefy, « Les données administratives de l'isolement », *Santé mentale*, n° 210, 2016/09, 46-49.

11— Prochaska J. O., Di Clemente C. C., Norcross C., « In search of How People Change : Applications to addictive behaviors », *American Psychologist*, 1992, pp. 1102-1114.

12— Une définition du rétablissement de 2006, cité par Antoine Baleige, thèse de médecine 2019, page 125 : « Une définition claire du rétablissement est difficile à définir et signifie différentes choses pour différentes personnes. Mais la plupart des gens s'entendent pour dire qu'une personne "en rétablissement" s'efforce de reprendre le contrôle de sa vie et d'atteindre ses propres buts et rêves » M. E. Copeland, 2006 Extrait de *Involuntary Commitment and Recovery : An Innovative Mental Health Peer Support Program* [186]

13— Organisation des Nations Unies. *Santé mentale et droits de l'homme - A/HRC/34/32*. United Nations. 2017

14— Organisation Mondiale de la Santé. *WHO Quality Rights Tool Kit*. World Health Organization. 2012.

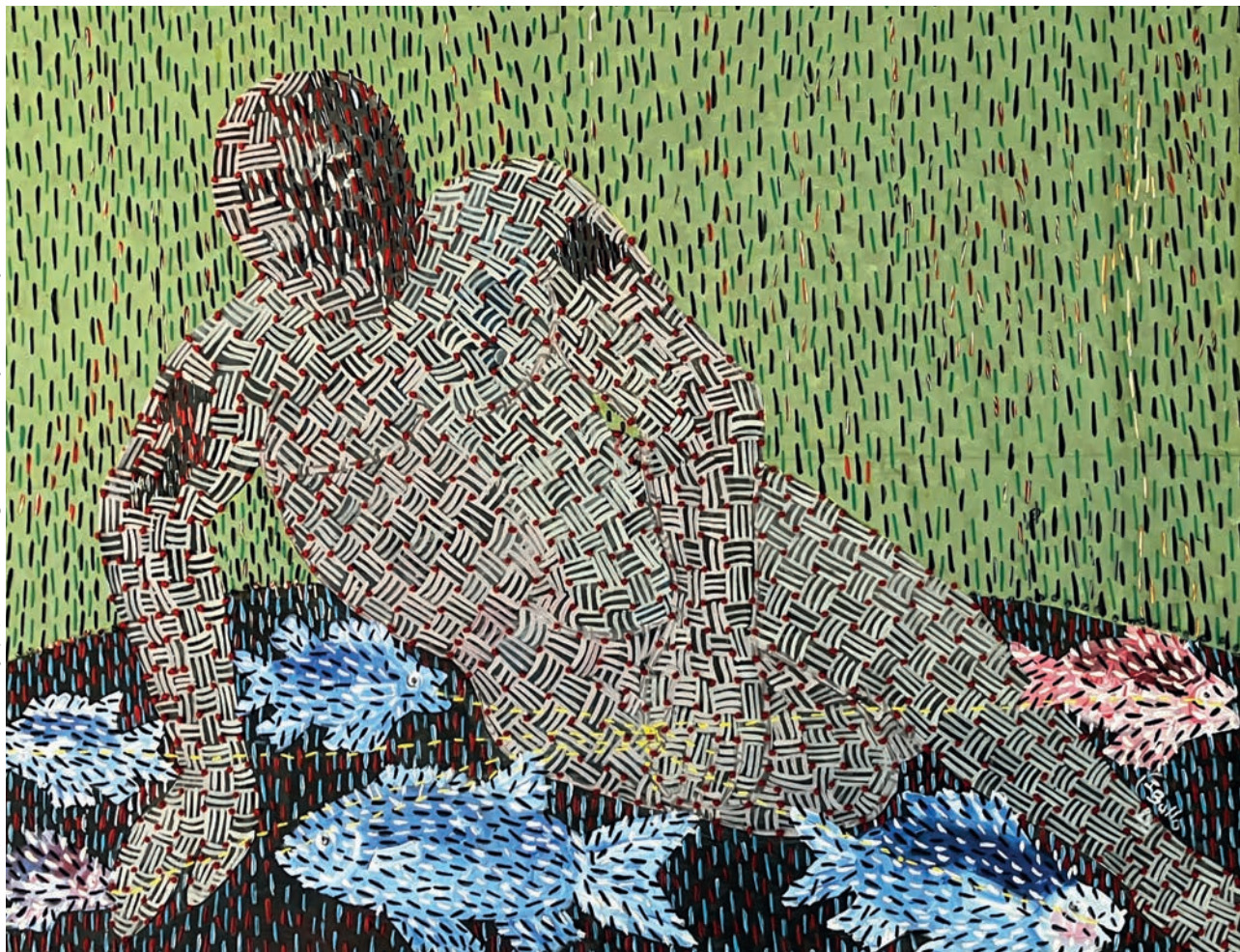
15— Lanquétin, Jean-Paul, Rohr, Loïc, *Audits Croisés en région Rhône-Alpes-Auvergne sur le moindre recours à la contention*, Groupe de travail régional Audits Croisés, octobre 2020, 132p. page 87 ; <https://urlz.fr/gonM>

**Résumé :** Réduire l'isolement et la contention est loin de faire l'unanimité. L'auteur revient sur les évolutions récentes de ces mesures de contrainte en psychiatrie, explorant les leviers des évolutions. Les objectifs poursuivis semblent arriver à un carrefour quant aux orientations de réduction, oscillant entre, d'un côté, réduire l'usage en luttant contre les abus, et, de l'autre, considérer cette réduction comme une étape vers l'abolition, en particulier de la contention mécanique.

**Mots-clés :** Changement – Citoyenneté – Contention – Contrôle – Droit de la personne – Éthique – Étude critique – Isolement – Législation – Pratique professionnelle – Unité de soin psychiatrique.

Chaque mois, le réseau documentaire en santé mentale, Ascodocpsy, propose des éléments de bibliographie en lien avec le thème du dossier : **Comment éviter isolement et contention ?**

© Ibrahim Ballo, Homme aux Poissons - acrylique, broderie et tissage de fil de coton sur jeans - Courtesy Galerie Carole Kvasnevska



### Ouvrages

- **Bellahsen M.** *Abolir la contention. Sortir de la culture de l'entrave.* Montreuil : Libertalia ; 2023.
- **Dupuis M, Friard D.** *Les sens au cœur du soin. Valoriser les savoirs soignants forgés dans la relation avec les patients.* Paris : Seli Arslan ; 2022.
- **Malinowski C.** *Accompagner les crises en psychiatrie. Quelles postures infirmières et d'équipe pour prévenir et soigner ?* Des soignants papillons. Paris : Seli Arslan ; 2024.
- **Wanquet-Thibault P.** *Contention et privation de liberté des personnes soignées. Applications en institution et à domicile.* Paris : Lamarre ; 2021.

### Articles

- **Balse J.** *Isolement et contention en psychiatrie : pratique et retours d'expériences professionnelles.* Rev infirm 2023 ; (292) : 20-2.
- **Billé V.** *Prévenir la contrainte dès l'accueil.* Santé Mentale. 2022 ; (264) : 70-5.
- **Billé V, Gonsalvès C.** *Le pacte du partenariat de soins en psychiatrie adulte.* Soins 2023 ; (872) : 54-8.
- **Billé V, Gonsalvès C, Lamarche-Vadel A, et al.** « C'est possible », réduire la coercition dans les soins pour les personnes adultes vivant avec des troubles neurodéveloppementaux : une étude à devis mixte. Rech soins infirm 2023 ; (153) : 4059.
- **Candini F, Marquis C.** *Interroger les pratiques de la contention pour développer la logique soignante.* Soins 2023 ; (878) : 58-61.
- **Claret PG, Giron A, Lopez-Castroman J, et al.** *Contention physique du patient adulte présentant une agitation incontrôlable.* Soins psychiatrie 2021 ; (336) : 23-5.
- **David M.** *Chronique interminable de l'isolement et de la contention.* Inf psychiatr 2022 ; 98(1) : 3540.
- **Devers G.** *Isolement et contention : le régime textuel est désormais complet. Un guide pratique pour les équipes.* Santé mentale et droit. 2022 ; 22(4) : 53441.
- **Engel C, Maugiron P, Gross O.** *Sur la contention et la contrainte en psychiatrie. Évolution des idéologies, des lois et des pratiques.* Pratiques en santé mentale. 2021 ; 67(4) : 93100.
- **Fernández VI, Karavokyros S, Lagier F, et al.** *Soigner sans contention physique, quels enjeux psychiques ? De la contention à la contenance.* Evol psychiatr 2019 ; 84(3) : 43550.
- **Fresnel H.** *La psychiatrie à l'isolement.* Clin méditerran 2021 ; (103) : 5561.
- **Friard D.** *Du nursing aux sciences infirmières : l'oubli du corps dans les soins.* Inf psychiatr 2022 ; 98(4) : 265-71.
- **Goulet MH, Lessard-Deschênes C.** *Le Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale : une revue intégrative.* Santé ment Qué 2022 ; 47(1) : 15180.

■ **Hazif-Thomas C, Abou NN, Lacambre M.** *Isolement et contention en psychiatrie : à l'ombre du dogme de la fatalité.* Ann méd psychol 2021; 179(8) : 70812.

■ **Jurdana MA, Lacambre M, Fovet T.** *Espaces et techniques d'apaisement en psychiatrie.* Rev infirm 2023; (292) : 2931.

■ **Khiredine-Medouni I, Gourevitch R.** *Enjeux de la contention mécanique dans les services d'urgence.* Ann méd psychol 2021; 179(8) : 72230.

■ **Kivits P, Pradel A, Thuaudet R, et al.** *La Palette des émotions : une médiation graphique pour améliorer les pratiques d'isolement et de contention.* Ann méd psychol 2023; 181(10) : 863-70.

■ **Lacambre M, Péchillon É, Fovet T.** *Isolement et contention mécanique en psychiatrie.* Rev infirm 2023; (292) : 16-9.

■ **Lagier F, Fernández VI, Védie C.** *L'ouverture des services en psychiatrie : effets et paradoxes.* Evol psychiatr 2023; 88(2) : 225-35.

■ **Leboucher A.** *Innovation et pratiques de soin à l'heure de la co-construction patients/soignants. Un cas d'étude autour de dispositifs de « contenance volontaire ».* Gest hosp 2022; (613) : 81-4.

■ **Leboucher A, Fleury C.** *De la contention involontaire au sujet "se contenant".* Soins 2021; (859) : 61-4.

■ **Lefèvre-Utile J, Guivarch J, Cohen D, et al.** *Soins sans consentement, mesures d'isolement et de contention en pédopsychiatrie : une analyse des défis éthiques en France.* Neuropsychiatr enfance adolesc 2023; 71(8) : 42736.

■ **Lefèvre-Utile J, Montreuil M, Perron A, et al.** *Prendre en compte la vulnérabilité partagée pour réduire le recours à la contrainte dans la prise en charge des troubles graves du comportement des patients avec déficience intellectuelle et/ou autisme : une ethnographie-herméneutique participative.* Neuropsychiatr enfance adolesc 2022; 70(7) : 36879.

■ **Lolivier I coord.** *Isolement et contention. Faire autrement [dossier].* Santé mentale 2021; (260) : 22-84.

■ **Lombart B, Dupont M, Lefèvre-Utile J, et al.** *La contention lors des soins [dossier].* Soins 2024; (882) : 9-55.

■ **Michel A, Beck M.** *La chambre d'isolement, un soin thérapeutique qui a ses limites.* Aide-Soignante 2023; (249) : 267.

■ **Morisset J.** *Le jugement clinique infirmier en situation de soins sous contrainte.* Soins 2021; (853) : 524.

■ **Neyme P, Brulin-Solignac D, Jésus A de, et al.** *Apaisement en unités pour malades difficiles et en unités de soins intensifs psychiatriques.* Rev infirm 2023; (292) : 323.

■ **Neyme P, Brulin-Solignac D, Jésus AD, et al.** *Isolement et contention en unités pour malades difficiles et en unités de soins intensifs psychiatriques.* Rev infirm 2023; (292) : 235.

■ **Picquet G.** *Envisager la question de l'isolement et de la contention en psychiatrie.* Soins psychiatrie 2024; (350) : 337.

■ **Rohr L, Lanquetin JP.** *« Ici, on travaille la frustration ! »* Santé mentale 2023; (281) : 705.

■ **Saetta S, Coldefy M, Degry J, et al.** *PLAID-Care : une recherche sur le moindre recours à la coercition en France.* Encéphale 2023; 49(4) : 4336.

■ **Toy-Riont S, Gaini F, Monteil C, et al.** *Une loi folle peut-elle être un mal nécessaire ?* Ann méd psychol 2021; 179(8) : 740-3.

## Thèses ou mémoires

■ **Bapst A, Guillemin A.** *Les alternatives à l'utilisation de l'isolement en psychiatrie hospitalière adulte.* Fribourg : Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers; 2016.

■ **Charachon P.** *L'accompagnement occupationnel comme alternative à la contention physique chez les personnes atteintes de démence de type Alzheimer en EHPAD.* Lyon 1 : DE ergothérapie; 2022.

■ **Charnal P.** *Vécu des soignants face à la contention mécanique en pédopsychiatrie.* Angers : DES psychiatrie; 2022.

■ **Dubois-Harvard L, Androutsos Antico A.** *Protocoles d'isolement et contention : la France parmi l'Europe.* Besançon : Thèse de médecine; 2023.

■ **Mader P.** *Isolement et contention, mesures de dernier recours en psychiatrie : quelles sont les bonnes pratiques ?* Bordeaux : Thèse de médecine; 2016.

■ **Zaouter C.** *La contention physique des patients agités aux urgences de Saint-Omer : évaluation des pratiques et des connaissances du personnel soignant.* Lille : Thèse de médecine; 2022.

## Sur internet

■ **Coldefy M, Gandré C, Rallo S.** *Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre.* Questions d'économie de la santé 2022; (269) : 1-8.

■ **Funk M, Drew Bold N, Baudel M, et al.** *Stratégies pour mettre fin aux pratiques d'isolement et de contention: formation spécialisée QualityRights de l'OMS: guide de formation.* 2022.

■ **Primerano A.** *« Enfermer en « salle détente ».* Terrains/Théories. 2022; (16).

## À écouter

■ **GHU Paris psychiatrie & neurosciences.** *Journée d'étude « De l'art d'apaiser et de s'apaiser en psychiatrie » [Internet].* 2022. <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/journee-detude-de-lart-dapaiser-et-de-sapaiser-en-psychiatrie>

## À voir

■ **CCOMS Lille.** *Réduire la contrainte : présentation par l'équipe du Dr Michel Triantafyllou, Paris.* 16 Février 2022 : 55'. <https://www.youtube.com/watch?v=wRbJi2BV3Wk>

• **RECHERCHE COORDONNÉE PAR :** Carine Herbez (CH Montfavet), et Brigitte Cocu (GH Paul Guiraud), Katia Escoffier (CH Charles Perrens), Sophie Karavokyros (CH Valvert), avec la participation de Laura Cecotti (ASM13), Christine Paillard (CASH Nanterre), Christelle Remy (EPSM de l'agglomération Lilloise), Elsa Derivry (MGEM La Verrière), Nathalie Pietka (EPSM Lille Métropole), Florence Eon (CH Guillaume Rénier).

• **Contact Ascodocpsy :** Nathalie Berriau, coordinatrice du groupement d'intérêt public (GIP) Ascodocpsy,

CH Saint-Jean-de-Dieu, 290 route de Vienne, 69373 Lyon cedex 08. Tél. : 04 37 90 13 07; fax : 04 37 90 13 37;

mobile : 06 82 44 18 24. Courriel : [Nathalie.Berriau@arhm.fr](mailto:Nathalie.Berriau@arhm.fr); internet : [www.ascodocpsy.org](http://www.ascodocpsy.org)



# Se former au soin relationnel en santé mentale



L'Université Toulouse Jean-Jaurès propose un Diplôme universitaire (DU) Soin relationnel en santé mentale. Entretien avec Florent Poupart, psychologue, professeur de psychologie clinique et responsable pédagogique de ce DU.

## • Qu'entendez par « soin relationnel » ? N'est-ce pas une évidence en psychiatrie ?

Le « soin relationnel » consiste à considérer la relation comme le principal outil de soin en santé mentale. Cela ne va pas de soi ! On a parfois tendance à penser que ce qui soigne, ce sont les activités proposées au malade : certaines seraient thérapeutiques, d'autres occupationnelles. Le soin relationnel invite, au contraire, à envisager l'activité comme un prétexte à la rencontre. C'est un support, une médiation, un tiers, un cadre contenant, qui la rend possible. La fonction des soignants en psychiatrie pourrait alors se résumer à inventer des cadres où la rencontre devient possible. Cela demande une grande habileté, et beaucoup de créativité. Dans cette perspective, peu importe ce que l'on fait avec les malades (tricoter, lire le journal, jardiner...), l'important est d'être avec eux, ensemble autour d'un objet commun, et de tisser le soin à partir de la relation. Cette philosophie du soin psychiatrique n'est plus à la mode. Ces dernières décennies, notre champ a connu une mutation qui touche à son objet même. On s'intéresse moins à la maladie mentale, et davantage à ses conséquences : le handicap psychique, la désinsertion sociale des patients. C'est pourquoi on se tourne de plus en plus vers des méthodes rééducatives (remédiation cognitive, psychoéducation, réhabilitation psychosociale). Ces approches sont importantes, mais elles ne doivent pas se substituer au soin psychique, qui passe par l'accueil inconditionnel de la subjectivité des personnes malades.

## • Pourquoi ce DU et à qui s'adresse-t-il ?

Le DU Soin relationnel en santé mentale (SRSM) veut replacer la relation au cœur des pratiques soignantes en psychiatrie, ce qui implique d'abord de consolider les

savoirs en psychopathologie, c'est-à-dire de reconnaître les processus psychiques qui sous-tendent les états psychotiques, les troubles de l'humeur, les problématiques auto-agressives, les agirs violents, les conduites addictives, les cliniques du vide, ou encore les problématiques propres à l'adolescence ou au vieillissement. Il est également essentiel pour les professionnels de repérer et manier les principales dimensions impliquées dans le soin relationnel : l'intersubjectivité, le cadre et ses fonctions, les approches médiatisées (créativité, corps, groupe...), les enjeux institutionnels...

Cette formation s'adresse donc aux infirmiers, médecins, psychologues, éducateurs. Elle peut intéresser de jeunes soignants, qui souhaitent compléter leur formation initiale pour mieux répondre aux réalités cliniques qu'ils rencontrent, ou des professionnels plus expérimentés qui veulent réactualiser leurs connaissances et donner un nouvel élan à leurs pratiques.

## • Quels contenus (par rapport à la formation initiale) et pourquoi des sessions d'analyse des pratiques ?

Les intervenants du DU sont tous des cliniciens expérimentés (psychologues ou psychiatres). La formation se déroule de septembre 2024 à juin 2025, à Toulouse, à raison de 2 jours par mois. Tous les deux mois, nous consacrons une demi-journée à l'analyse des pratiques, au cours de laquelle les stagiaires sont invités à présenter des situations rencontrées dans leur pratique clinique, pour mettre à l'épreuve les apports théoriques (c'est pourquoi les stagiaires doivent justifier d'une pratique professionnelle en santé mentale pour s'inscrire au DU). Ce temps d'échange les aide à s'approprier les concepts, et à partager leur expérience clinique.

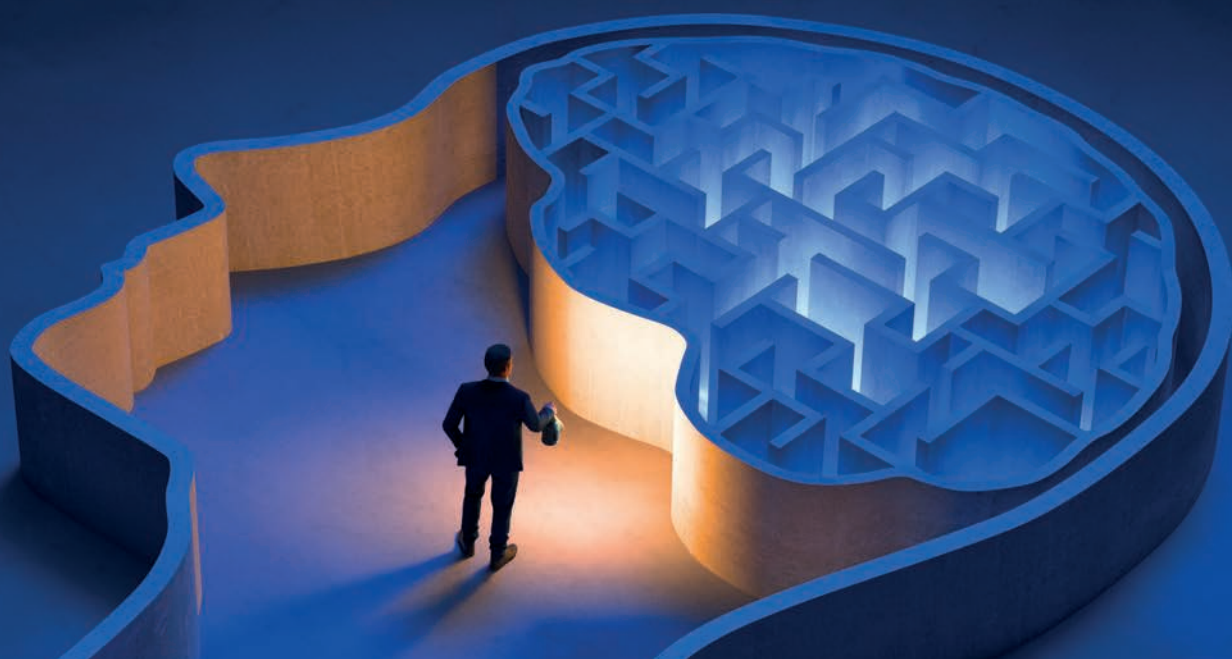
## • Quel est l'enjeu pour la prise en charge des patients ?

La relation est un outil de soin à part entière. Mais comment le simple fait d'être là, avec le patient, et de porter une attention à ce qu'il vit et nous fait vivre dans cette rencontre pourrait-il l'aider à apaiser son mal-être et ses symptômes ? La relation intersubjective sollicite des processus psychiques qui entraînent des réaménagements internes, en permettant la mise en image, en forme, en scène, en mot... L'enjeu est de donner du sens au vécu et à la souffrance psychique. Les malades ont besoin de s'approprier cette partie d'eux-mêmes qui leur échappe et fait retour, de façon parfois catastrophique, dans leurs symptômes. Cela se réactualise dans l'ici et maintenant de la relation de soin, c'est pourquoi ce travail d'appropriation subjective ne peut se faire qu'au sein d'une relation, avec des soignants qui se considèrent eux-mêmes comme sujets de la rencontre. L'ambition de ce DU est de sensibiliser les professionnels de la santé mentale à cette potentialité thérapeutique de la relation de soin.

## • Du même auteur :

- *La psychose est-elle soluble dans le handicap psychique ? Santé mentale*, n° 150, sept. 2010.
- *La bureaucratie, menace sur les soins infirmiers. Santé mentale*, n° 182, nov. 2013.
- *Psychoéducation : une clinique du non-sens ? Santé mentale*, n° 184, janvier 2014.
- *À la rencontre du patient psychotique. Paris : Acte Presse ; 2014.*
- *Le cadre thérapeutique, une peau pour le soin. Santé mentale*, n° 244, janvier 2020.
- *Le cadre clinique et institutionnel du psychologue. (dir. Poupart F.) Toulouse : Érès ; 2022.*
- *Le psychologue clinicien dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale (dir. Poupart F. & Roques M.). Paris : In Press, coll. Fiches de Psycho (à paraître).*

# Formations courtes Intra, Inter Formations sur mesure Diplômes d'Université (DU)



- > Soin relationnel en santé mentale
- > Troubles du spectre de l'autisme
- > Musicothérapie
- > Art-thérapies
- > Thérapies familiales
- > Danse thérapie

- > Psychologie interculturelle
- > Groupe d'Analyse de Pratiques Professionnelles
- > Le répit et l'accompagnement des aidants
- > Qualité et conditions de vie au travail
- > Psychocriminologie

**Professionnels du soin, du médico-social, de l'accompagnement psychologique, de l'intervention socio-éducative, auprès des adultes, des enfants et adolescents,** découvrez notre offre de formation

pour :

- > approfondir votre pratique
- > acquérir de nouvelles connaissances
- > bénéficier des dernières avancées de la recherche universitaire

**Confiez-nous vos projets** : nous élaborons avec vous des formations sur-mesure : analyses de pratiques, régulations d'équipe, supervisions, etc.



**Université Toulouse Jean Jaurès**

**Service de la formation continue et de l'apprentissage**

5 allées Antonio Machado 31058 Toulouse Cedex 09

✉ [formationsdiplomantes@univ-tlse2.fr](mailto:formationsdiplomantes@univ-tlse2.fr)

🌐 [www.univ-tlse2.fr](http://www.univ-tlse2.fr)

rubrique : formation insertion > formation continue



recrute

## un médecin pédopsychiatre

pour son site de Bertrix en Belgique

### Missions :

- Assurer des soins optimaux et individualisés aux patients dont il a la charge en partenariat étroit avec l'équipe pluridisciplinaire.
- Le médecin participe pleinement au projet thérapeutique de l'unité.
- Il assure les soins hospitaliers en articulation avec le réseau large du patient.
- Il assure la continuité des soins.
- Il assure l'administration des dossiers patients.
- Le médecin participe également aux activités du département médical et à certains projets institutionnels, tout comme il peut assurer une mission pédagogique.
- Participation aux projets : Soins de santé Mentale pour Enfants et Adolescents...

### Temps de travail :

Idéalement à temps plein (4 jours par semaine) ou à temps partiel

Les candidatures doivent être adressées au  
Dr John STRUL, Directeur médical du site de Bertrix –  
Route des Ardoisières 100 à B-6880 Bertrix ou par e-mail :

[john.strul@vivalia.be](mailto:john.strul@vivalia.be)

et doivent contenir obligatoirement pour être traitées :  
lettre de motivation, curriculum vitæ, copie  
du ou des diplôme(s) utile(s) à l'exercice de la fonction.



recrute

## un médecin psychiatre

pour son site de Bertrix en Belgique

### Missions :

- Assurer des soins optimaux et individualisés aux patients dont il a la charge en partenariat étroit avec l'équipe pluridisciplinaire.
- Le médecin participe pleinement au projet thérapeutique de l'unité.
- Il assure les soins hospitaliers en articulation avec le réseau large du patient.
- Il assure la continuité des soins.
- Il assure l'administration des dossiers patients.
- Le médecin participe également aux activités du département médical et à certains projets institutionnels, tout comme il peut assurer une mission pédagogique.
- Participation aux projets : High Intensive Care, Soins de santé Mentale pour Enfants et Adolescent ...

### Temps de travail :

Idéalement à temps plein (4 jours par semaine) ou à temps partiel

Les candidatures doivent être adressées au  
Dr John STRUL, Directeur médical du site de Bertrix –  
Route des Ardoisières 100 à B-6880 Bertrix ou par e-mail :

[john.strul@vivalia.be](mailto:john.strul@vivalia.be)

et doivent contenir obligatoirement pour être traitées :  
lettre de motivation, curriculum vitæ, copie  
du ou des diplôme(s) utile(s) à l'exercice de la fonction.



**RE SOURCE**  
CONSEIL & FORMATION

**Organisme de formation continue intervenant  
dans toute la France, recherche des**

**formateurs**

**ayant le goût de la transmission de leurs savoirs,  
savoir-faire, dans les secteurs sanitaire et médico-social.**

**Renseignements sur**

**[www.re-source-consultants.com](http://www.re-source-consultants.com)**

## Emploi formation colloque ...

**Communiquez dans  
la revue Santé mentale, sur  
[www.santementale.fr](http://www.santementale.fr)  
ou sur nos réseaux sociaux**

Contactez Béatrice Bertelli  
au 01 42 77 55 31  
ou par mail : [bbertelli@santementale.fr](mailto:bbertelli@santementale.fr)



**LE PARTENAIRE DE VOTRE COMMUNICATION**



# **31ème Colloque international Bordeaux**



## **"Rupture(s) et Lien(s)"**

Marie Baudin, Patrick Bordeaux, Clémentine Bouyssou,  
Myriam Cassen, Christian Clot, Boris Cyrulnik,  
Jean Decety, Federico Ferrari, Jean-Paul Gaillard,  
Raphaële Miljkovitch, Jacques Moreau,  
Sophie Vallée, Hélène Verdoux, Pierre Vidal-Naquet.

inscriptions et programme en ligne

**[www.institutmichelmontaigne.com](http://www.institutmichelmontaigne.com)**



**27 et 28 Juin 2024**

**Le Rocher de Palmer**

**33150 Cenon**

**Institut Michel de Montaigne - 3 allée Elsa Triolet - 33150 CENON - Tél. 05 56 37 90 95**

**E-mail : [formation@institutmichelmontaigne.com](mailto:formation@institutmichelmontaigne.com)**

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 72330911933 auprès du Préfet de Région Nouvelle Aquitaine  
(cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'état) - N° SIRET : 35023305200058  
Membre d'une association agréée par l'Administration fiscale



#### FAUTEUIL INCLINABLE LEVO

Mécanisme inaccessible

Inclinaison par le poids du corps

Conçu pour empêcher les risques de ligatures

## RENFORÇONS ENSEMBLE LE BIEN-ÊTRE EN PSYCHIATRIE

# Pineapple



*Téléchargez notre catalogue*

**Des meubles spécialement conçus pour la  
santé mentale**

Composez le +33 (0)1 70 70 82 60 ou rendez-vous  
sur [fr.pineapplecontracts.com](http://fr.pineapplecontracts.com)